



B.S.S.

8 NOV 1966

VOLUME I

L'assurance-maladie

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ
JANVIER 1966

228



VOLUME I

L'assurance-maladie

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ
JANVIER 1966



YOUNG

L'assurance-maladie



OFF
A11D6
A29/AB
v.1
LS

PERMITS REPORT ON COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-MALADIE

C'est un problème social par excellence que le problème de la lutte pour la vie, pour la santé, pour la conservation de la vigueur, de l'intégrité physique.

Pierre Laroque

There is a great deal of
evidence that the
state of the
country is
very different
from what it
was some years
ago.


A SON EXCELLENCE
LE LIEUTENANT-GOUVERNEUR EN CONSEIL DU QUEBEC

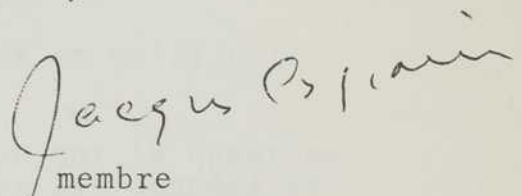
Nous, membres du Comité de recherches sur l'assurance-santé, avons l'honneur de présenter à Votre Excellence, notre premier rapport.

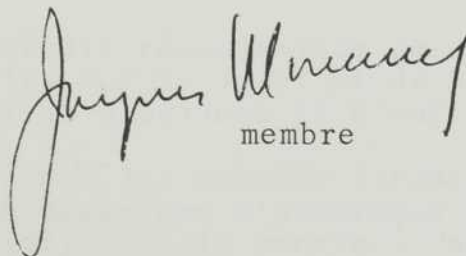
Notre Comité a été institué par l'arrêté en conseil numéro 748, en date du 9 avril 1965, pour faire une étude de la question de l'assurance-maladie et pour préparer une documentation sur la question et en analyser les données essentielles.

Nous prions Votre Excellence de bien vouloir agréer ce premier rapport que nous soumettons respectueusement.


président


membre


membre


membre


membre

Québec, janvier 1966.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.

[Handwritten signature]
Assistant

[Handwritten signature]
Assistant

[Handwritten signature]
Assistant

[Handwritten signature]
Assistant

ARRETE EN CONSEIL
CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 748

Québec, le 9 avril 1965

PRESENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil
CONCERNANT l'établissement d'un comité
de recherches sur l'assurance-santé

ATTENDU QUE, depuis 1960, la sécurité sociale a été une des préoccupations majeures du gouvernement de la province de Québec et que l'adoption d'un régime d'assurance-hospitalisation a été, dans ce domaine, l'une des plus importantes mesures;

ATTENDU QU'une nouvelle étape doit être franchie pour l'établissement éventuel d'un régime complet d'assurance-santé;

ATTENDU QU'il y a lieu, à cette fin, d'instituer un comité de recherches.

IL EST ORDONNE en conséquence, sur la proposition du Premier ministre:

QU'un comité de recherches soit institué et qu'il soit chargé

- a) de préparer une documentation de base sur la question de l'assurance-santé et d'en analyser les données essentielles;
- b) de prendre connaissance des études et rapports déjà publiés sur le sujet et de s'inspirer de l'expérience d'autres provinces et d'autres pays;
- c) d'évaluer les aspects financiers des divers services qu'un programme d'assurance-santé peut fournir à la population de la province; et
- d) de considérer les aspects fédéraux-provinciaux de l'ensemble de ce projet.

QUE ce comité soit dirigé par monsieur Claude Castonguay,

actuaire conseil, qui en fera partie et qu'il soit en outre composé de

Me Jacques Casgrain, c.r., Assistant-surintendant des assurances;

M. Jacques de la Chevrotière, Directeur général de la Mutuelle SSQ (Services de santé de Québec);

M. Thomas Boudreau, Economiste au ministère de la santé; et

Me Jacques Morency, conseiller juridique au ministère de la santé, qui agira aussi comme secrétaire de ce comité;

QUE ce comité de recherches soit tenu de faire rapport du résultat de ses travaux au plus tard le 15 janvier 1966 (1) afin de permettre au comité conjoint du Conseil législatif et de l'Assemblée législative, qui sera formé au début de la prochaine session de la présente Législature, d'examiner tous les aspects de l'assurance-santé au Québec et de recevoir les suggestions et opinions des groupements et individus que la question peut intéresser;

QUE les dépenses nécessaires à l'exécution du mandat de ce comité soient payées à même l'article 16 du budget du ministère de la santé pour l'année financière 1965-1966.

GREFFIER DU CONSEIL EXECUTIF

JACQUES PREMONT

(1) Cette date a été portée au 1er avril 1966 par l'arrêté en conseil numéro 2227, daté du 17 novembre 1965.

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTE

MEMBRES

Claude Castonguay, président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chevrotière

Jacques Casgrain

Jacques Morency, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHE

Thomas J. Boudreau, économiste
directeur de la recherche

Francyne Beaudoin, économiste

Guy Demers, sociologue

Micheline Nadeau, économiste

Lucien Tessier, économiste

Marthe Tanguay, bibliothécaire

Micheline Larivée, documentaliste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique

Dr. Pierre Jobin, conseiller médical

François Lacasse, conseiller économique

Gilles Paquet, conseiller économique





INTRODUCTION GENERALE

Mandat du Comité

Le Comité de recherches sur l'assurance-santé a été institué afin de préparer le travail du Comité conjoint du Conseil législatif et de l'Assemblée législative chargé d'examiner tous les aspects de l'assurance-santé et de remplir le rôle de conseiller technique auprès de ce Comité. Le Comité de recherches a donc reçu un mandat bien spécifique, soit:

- a) préparer une documentation de base sur la question de l'assurance-santé et en analyser les données essentielles;
- b) prendre connaissance des études et rapports déjà publiés sur le sujet et s'inspirer de l'expérience d'autres provinces et d'autres pays;
- c) évaluer les aspects financiers des divers services qu'un programme d'assurance-santé peut fournir à la population de la province; et
- d) considérer les aspects fédéraux-provinciaux de l'ensemble de ce projet.

Le Comité a constaté, dès le début de ses travaux, qu'une interprétation stricte de son mandat aurait pu donner lieu à des rapports très volumineux dont la préparation aurait nécessité de longs délais. Un coup d'oeil rapide sur la bibliographie relative à l'assurance-maladie permet d'arriver rapidement à cette conclusion. La documentation sur le sujet est tellement abondante, et bien souvent si peu objective, qu'il était littéralement impossible d'en effectuer une analyse à la fois complète et précise. Il en eut été de même si le Comité avait voulu, par exemple, effectuer une étude complète des diverses implications qui se rattachent à chacun des nombreux soins qui peuvent être couverts par l'assurance-maladie.

Le Comité s'est donc efforcé de donner, dans son premier rapport, une documentation de base sur chacun des aspects de son mandat. Il faut ajouter cependant qu'il a rassemblé une documentation qui lui permettra d'effectuer les études plus détaillées que le Comité conjoint pourrait désirer au cours de ses travaux.

Finalement, le Comité n'a pas cru devoir traiter la question des allocations en espèces en cas de maladie. Cet aspect de la sécurité sociale est plutôt relié aux mesures telles que le Régime de rentes du Québec et les allocations familiales et sociales

qu'à l'assurance-maladie. D'ailleurs, l'interprétation généralement donnée aux expressions "assurance-santé" ou "assurance-maladie" comprend uniquement la couverture des prestations en nature.

Présentation du rapport

Selon le mandat qui lui a été confié, le Comité n'avait pas à faire de recommandations puisque cette responsabilité est réservée strictement au Comité conjoint. Cette distinction est d'ailleurs très importante car seul le Comité conjoint pourra recevoir les suggestions et opinions des divers organismes et personnes du Québec que la question intéresse. Le Comité est demeuré conscient de cet aspect de son mandat tout au long de ses travaux et il s'est abstenu de tirer toute conclusion, sauf lorsque le développement ordonné d'une étude exigeait certaines conclusions ou encore la formulation de certaines hypothèses.

Afin de ne pas outrepasser son mandat, le Comité a même décidé de ne pas modifier les textes des études préparées par ses différents collaborateurs sauf lorsque l'exigeait leur clarification ou encore l'élimination de conclusions qui n'étaient pas nécessaires au développement de l'étude. Le texte de chaque étude est donc présenté substantiellement dans la forme que lui a donné son rédacteur, ce qui explique un certain manque d'unité dans la forme et la préparation du rapport. Le Comité désire toutefois mentionner qu'il en assume l'entière responsabilité.

Travaux du Comité

La tâche confiée au Comité était relativement complexe par suite des implications très diverses de l'assurance-maladie. Le Comité s'est donc astreint à un programme de travail précis selon lequel chacun de ses membres, chacun de ses conseillers, et chacun des membres du groupe de recherche a dû assumer une somme considérable de travail. Il serait injuste de vouloir souligner le mérite particulier de certains collaborateurs du Comité car la préparation de ce rapport a constitué avant tout un travail d'équipe.

Le Comité doit cependant remercier les fonctionnaires des ministères de la Santé, de la Famille et du Bien-Être Social, des Affaires fédérales-provinciales et du Conseil exécutif, qui se sont empressés d'apporter leur collaboration chaque fois que ce fut nécessaire. Les excellents travaux du Comité d'étude des termes de médecine, ainsi que les analyses statistiques préparées par la Division de la recherche et de la statistique du ministère fédéral de la Santé et du Bien-Être Social, ont aussi été d'une grande utilité.

Au mois d'août dernier, les membres du Comité ont été appelés à préparer à l'intention du Gouvernement un rapport relatif à la couverture des soins médicaux pour les récipiendaires d'allocations sociales. La préparation de ce rapport a nécessairement

imposé à la plupart des membres et des collaborateurs du Comité un travail supplémentaire.

Ce travail ainsi que la préparation du présent rapport, ont nécessité plus de trente séances plénières du Comité, dont l'une a duré trois jours, et une autre deux jours, en plus d'imposer à tous une somme considérable de lectures et de travaux de recherches. Certains des membres du Comité ont en outre assisté à la Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé tenue à Ottawa le 23 septembre, au Congrès des Affaires Québécoises tenu à Québec le 20 octobre et à la Conférence interprovinciale des ministres de la Santé tenue à Winnipeg le 22 novembre.

Le Comité a de plus effectué un voyage d'étude de dix-huit jours dans quatre pays européens et, au cours de ce voyage, a rencontré pas moins de cinquante personnes appartenant à trente organismes différents. Il convient de mentionner ici que les excellents arrangements qui ont permis au Comité d'effectuer cette somme de travail en un si court délai ont été pris par les Délégations du Québec à Londres et à Paris.

Le Comité a effectué un second voyage d'étude d'une semaine dans l'Ouest canadien et, cette fois, le docteur Pierre Jobin et mademoiselle Francyne Beaudoin ont accompagné les membres du Comité. A l'occasion de ce voyage, les membres ont rencontré les responsables de onze organismes différents, intéressés à divers titres à l'assurance-maladie en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie Britannique.

Un rapport détaillé de chacune de ces visites a été rédigé. Il en est d'ailleurs de même pour les voyages d'étude des membres du groupe de recherche.

Deux des membres de ce groupe ont assisté au congrès des syndicats médicaux tenu à Montréal le 2 octobre et, en outre, ont effectué un voyage d'étude d'une semaine en Saskatchewan. Un autre membre de ce groupe a assisté, à titre d'observateur, à la conférence sur les services de santé tenue à Ottawa le 29 novembre dernier.

Bien que les membres et les collaborateurs du Comité aient rencontré un grand nombre de personnes de l'extérieur, ils n'ont pu, en raison même de la nature du mandat du Comité, agir de la même façon à l'égard des différents organismes intéressés du Québec. Malgré certaines critiques formulées à l'endroit du Comité à ce sujet, il était de son devoir d'agir ainsi afin de ne pas usurper le rôle réservé aux législateurs du Comité conjoint et de ne pas fausser le processus de consultation déjà annoncé par le Gouvernement.

C'est d'ailleurs pour ces mêmes raisons que le Comité n'a

pas fait état dans son rapport des divers mémoires qui ont déjà été soumis au Gouvernement du Québec sur l'assurance-maladie, sauf à titre de référence pour les fins de certaines études bien particulières. Il ne faudrait donc pas conclure qu'il s'est agi là d'un oubli de la part du Comité ou d'une appréciation quant à la qualité de ces mémoires.

Plan du rapport

Le Comité a cru que la consultation de son premier rapport serait facilitée s'il était présenté sous forme d'études séparées. Le lecteur qui s'intéresse plus particulièrement à un aspect de la question pourra ainsi y référer plus facilement. En outre, cette forme de présentation facilitera l'addition des études supplémentaires que pourrait désirer le Comité conjoint.

Deux groupes d'études constituent notre rapport. Les études comprises dans les six premiers volumes sont des analyses descriptives et générales, portant principalement sur la situation des services de santé et la protection des populations contre la maladie, à l'heure actuelle au Québec, au Canada et dans certains autres pays. Les études formant les quatre volumes suivants abordent des problèmes plus spécifiques et dont l'analyse paraît être indispensable à la formulation de propositions concrètes et objectives sur les questions relatives à l'assurance-maladie. Enfin, on trouvera au dernier volume une bibliographie la plus complète possible sur tous les sujets pertinents.

Voici une brève description du contenu de chacun des onze volumes qui constitue le premier rapport du Comité de recherches.

- Volume I: Le Comité présente un aperçu de l'évolution de l'assurance-maladie en Europe et en Amérique du Nord et tente d'en dégager les aspects les plus intéressants. Cet aperçu historique est suivi d'une analyse sur l'utilité de l'assurance-maladie et, en annexe, d'un glossaire de l'assurance sociale.
- Volume II: Ce volume présente une analyse de l'étendue de la protection dont bénéficie la population du Québec par l'entremise des régimes publics et privés d'assurance-maladie. Cette analyse permet d'évaluer la répartition du coût de l'assurance-maladie au Québec et les besoins de protection supplémentaire.
- Volume III: L'étude présentée dans ce volume établit la juridiction du Gouvernement du Québec en matière de santé et précise l'état des relations fédérales-provinciales dans ce domaine au cours des dernières années. Une analyse descriptive d'une partie de la législation touchant à la santé complète ce volume.

- Volume IV: Ce volume est consacré à l'étude des régimes nationaux d'assurance-maladie de la Belgique, des Etats-Unis, de la France, de la Grande-Bretagne et de la Suède.
- Volume V: Une étude analogue des régimes d'assurance-maladie de l'Alberta, de la Colombie britannique, de l'Ontario et de la Saskatchewan est présentée dans ce volume.
- Volume VI: Ce volume présente un résumé du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall). La présentation de ce résumé ne constitue pas une duplication des renseignements contenus dans les autres volumes. Le mandat de la Commission Hall couvrait l'étude de l'ensemble du domaine de la santé, et non seulement la question de l'assurance-maladie: la masse des renseignements contenus dans le rapport en fait un document de première valeur.
- Volume VII: L'étude présentée dans ce volume a pour but de proposer certains critères de choix quant à la nature de la couverture d'un régime d'assurance-maladie.
- Volume VIII: Une analyse du coût des soins médicaux et des prescriptions pharmaceutiques constitue la première partie de ce volume. Elle est suivie d'un examen de trois modes de financement qui pourraient éventuellement être envisagés dans le cadre d'un régime universel, et de considérations d'ordre général quant au champ d'application de l'assurance-maladie.
- Volume IX: Ce volume traite des problèmes d'organisation des services de santé et propose certains éléments de solution au problème de la participation des diverses parties intéressées à la direction des services de santé.
- Volume X: Une analyse des effectifs de certaines professions de la santé au Québec complète les études présentées dans ce premier rapport du Comité.
- Volume XI: Ce dernier volume contient une bibliographie portant sur la sécurité sociale et, plus particulièrement, sur l'assurance-maladie. Le lecteur qui désire se renseigner d'avantage sur un aspect particulier de la question trouvera utile de la consulter.

Le Comité désire souligner qu'il a attaché plus d'importance aux soins médicaux car, quels que soient les critères de choix que l'on puisse envisager, il semble bien que toute nouvelle mesure

dans le domaine de l'assurance-maladie comprendra nécessairement la couverture au moins partielle de ces soins. Toutefois, afin de ne point ignorer d'autres aspects du problème qui pourraient être jugées prioritaires par le Comité conjoint, d'autres études sont amorcées notamment en ce qui concerne les prescriptions pharmaceutiques et les soins dentaires.

Enfin, le Comité désire rappeler au lecteur que son mandat n'incluait pas l'analyse des changements des politiques gouvernementales qui pourraient s'avérer nécessaires par suite de l'établissement d'un régime d'assurance-maladie.

CHAPITRE I

L'ASSURANCE-MALADIE

* * *

L'ASSURANCE-MALADIE ET LA SECURITE SOCIALE

De nos jours, il est possible d'affirmer que la plupart des pays du monde s'efforcent de concevoir et de réaliser une politique de sécurité sociale.

" Cette unanimité, cette communauté d'orientation de l'effort social, résultent de la conjonction de deux courants d'idées d'origine très différente: c'est, d'une part, la tendance à combattre la misère au nom de la morale et de la justice, la volonté d'abolir le besoin; c'est, d'autre part, l'effort constant de la classe ouvrière pour s'affranchir de sa situation de dépendance, pour réagir contre un complexe d'infériorité dont l'une des causes profondes tient à l'insécurité dans laquelle se trouvent les salariés, à l'incertitude du lendemain pesant sur tous ceux qui vivent de leur travail". (I)

Quelle que soit la diversité des motifs plus ou moins conscients qui commandent les réactions de chaque société et des gouvernements vis-à-vis de la sécurité sociale, il semble bien que l'on rencontre une certaine unité au sujet des objectifs.

Il s'agit de garantir à chaque homme qu'en toute circonstance il sera mis à même d'assurer dans des conditions convenables sa subsistance et celle des personnes à sa charge.

Un tel projet d'action a une portée très vaste. Il englobe néanmoins des objectifs plus particuliers et ceux-ci diffèrent d'une société à l'autre selon les politiques économiques et sociales des gouvernements. Il touche à la fois à la sécurité de l'emploi, à la sécurité de la capacité de travail et à la sécurité du gain.

(I) Pierre Laroque - De l'assurance sociale à la sécurité sociale, l'expérience française. Revue internationale du Travail, juin 1948, vol. 57, no 4, p. 622.

" La politique de sécurité sociale résulte en réalité de la conjonction de trois politiques différentes:

" C'est d'abord une politique économique commandée par le souci du plein emploi.

" C'est en second lieu une politique d'équipement sanitaire et d'organisation médicale permettant de lutter contre la maladie en la prévenant d'abord, en la soignant ensuite dans les meilleures conditions possibles, politique qui trouve son complément naturel dans une politique d'équipement technique permettant de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.

" En troisième lieu, c'est une politique de répartition des revenus tendant à modifier la répartition qui résulte du jeu aveugle des mécanismes économiques pour adapter les ressources de chaque individu et de chaque famille aux besoins de cet individu et de cette famille, compte tenu de toutes les circonstances qui peuvent affecter l'évolution de ces ressources". (I)

Au Québec, l'on reconnaît généralement aujourd'hui la nécessité d'une politique économique commandée par le souci du plein emploi. Depuis assez longtemps, la prévention des accidents du travail et des maladies industrielles est chose acceptée, ainsi que l'indemnisation financière des victimes du travail. Enfin, la législation abondante dans les domaines des allocations sociales et familiales et des pensions de retraite, d'invalidité et de décès, atteste clairement que la répartition des ressources constitue une politique sans laquelle la structure même de notre société serait ébranlée.

Naturellement, les opinions diffèrent quant à la formulation concrète de ces politiques. Il est même essentiel qu'il en soit ainsi pour conserver le dynamisme de tout système économique et social.

Il en est de même relativement au besoin d'une politique de soins et d'équipement sanitaire. Les diverses lois dans le domaine de la santé établissent clairement la reconnaissance générale de ce besoin. Cependant, il semble bien que les opinions diffèrent davantage sur la conception de cette politique qu'à l'égard des au-

(I) Pierre Laroque, op. cit., pp. 624-625.

tres politiques économiques et sociales. L'on peut même affirmer qu'au Québec une partie de la population ne peut clairement concevoir une telle politique dans le cadre de la sécurité sociale ou, du moins, concevoir l'assurance-maladie comme partie intégrante de la sécurité sociale.

D'ailleurs au Québec, si l'on fait exception de la législation sur les accidents du travail, l'on constate que la préoccupation de l'Etat relativement à l'assurance-maladie est encore récente. Il y a même lieu de croire que cette attitude a pu contribuer à renforcer la thèse selon laquelle l'assurance-maladie ne constitue pas une composante de la sécurité sociale.

L'intégration de l'action collective en matière de santé à une politique générale de sécurité sociale est largement admise dans la majorité des sociétés modernes, à l'exception toutefois des Etats-Unis. Aussi croyons-nous utile, pour expliquer une telle différence de conceptions, de tracer brièvement un parallèle entre le développement de la sécurité sociale en Europe et en Amérique du Nord.

Développement de la sécurité sociale en Europe et en Amérique du Nord

Au départ, il est essentiel de rappeler l'influence du phénomène d'industrialisation sur le développement des sociétés.

La révolution industrielle a pris son essor en Grande-Bretagne, avant 1750, et en France et en Belgique, vers la fin du 18^e siècle. Par contre, elle ne faisait son apparition aux Etats-Unis que dans la seconde moitié du 19^e siècle et n'atteignait le Canada, à toute fin pratique, qu'au début du 20^e siècle.

Au Canada, ce n'est que depuis la seconde guerre mondiale que le nombre de travailleurs dans l'industrie a dépassé le nombre de travailleurs agricoles. En 1921, l'agriculture au Canada employait près de 40% des travailleurs et constituait de loin le secteur le plus important. L'industrie employait alors 19% de la main d'oeuvre. En 1961, le nombre des travailleurs agricoles ne représentait plus que 12% de la main d'oeuvre comparativement à 30% dans l'industrie.

Mentionnons par ailleurs qu'au Québec la proportion de la population rurale est passée successivement de 80% en 1871 à 50% en 1911 et en 1961 elle n'était plus que de 25%. De ce 25%, cependant, seulement 40% (ou 10% de la population totale) était dans le secteur agricole.

Le développement de la production industrielle et l'urbanisation ont été réalisés, en Angleterre et dans les autres pays

d'Europe occidentale, dans des conditions fort différentes de celles qui sont survenues en Amérique du Nord.

On connaît la situation déplorable des travailleurs européens au début de l'industrialisation. L'apparition des grandes manufactures et l'exode rural ont fait naître un prolétariat de plus en plus nombreux, mal préparé aux conditions nouvelles de travail et vivant dans des faubourgs urbains mal aménagés. L'extrême précarité de l'économie à cette époque, soumise à des crises périodiques graves, créait une insécurité chronique de l'emploi et des vagues successives de paupérisation.

Pour remédier à une telle situation, les gouvernements, sous la pression des syndicats ouvriers naissants, ont du adopter un nombre de plus en plus grand de mesures d'hygiène publique et d'assistance sociale.

C'est ainsi, par exemple, qu'en 1883 l'Allemagne rendait obligatoire la prévoyance collective contre les risques sociaux pour toutes les personnes vivant exclusivement du produit de leur travail. Les éléments essentiels de l'assurance-maladie étaient déjà compris dans cette mesure qui devait constituer le premier régime de sécurité sociale.

Les premiers développements de l'industrie, aux Etats-Unis et au Canada bénéficièrent des nombreuses innovations et expériences européennes. S'appuyant de plus sur l'épargne des pays européens, sur une économie agricole florissante (dans l'ouest quant au Canada) et sur un marché local soutenu par un niveau de consommation relativement élevé, les Etats-Unis, puis le Canada, purent entrer dans l'ère industrielle en échappant davantage aux bouleversements sociaux connus en Europe.

De ce fait, la sécurité sociale qui naît de la conscience que prennent les travailleurs de leur situation d'insécurité, devait apparaître ici, bien après son avènement en Europe. Elle devait également prendre des formes différentes.

Aspects particuliers du développement de la sécurité sociale au Canada et au Québec

Il ne faudrait pas conclure toutefois que le décalage dans le temps entre l'industrialisation et l'urbanisation en Europe occidentale et en Amérique du Nord constituent la seule explication d'un décalage analogue dans le développement de la sécurité sociale. Certains aspects particuliers de ce développement au Canada et au Québec doivent nécessairement être mentionnés.

Les problèmes que l'on reconnaît aujourd'hui comme des problèmes sociaux étaient considérés, en 1867, comme des problèmes individuels ne requérant aucune intervention publique sauf sur le

plan local. Ceci s'explique en partie par la très grande dispersion géographique de la population à cette époque.

Ainsi, en vertu de l'Acte de 1867, le gouvernement fédéral fut investi des responsabilités que l'on jugeait alors importantes et le domaine du bien-être social devait être laissé aux provinces sans même que des obligations leur soient imposées à ce sujet.

" The fathers of Confederation clearly thought they were assigning the provinces the unimportant and inexpensive functions of government, among which education, hospitals, charities, and municipal institutions were then reasonably numbered". (I)

Cette conception devait prévaloir durant plusieurs décennies. Au Québec, la solution des problèmes sociaux fut longtemps laissée presque uniquement à la charité publique, le gouvernement se limitant à la construction d'asiles, d'orphelinats, etc. De fait, la pauvreté était même considérée comme un symptôme de paresse et de faiblesse et l'on préférait laisser au hasard la solution des problèmes des vieillards, des malades, des chômeurs et des veuves.

Mais avec l'urbanisation et l'industrialisation, les problèmes sociaux prenant plus d'ampleur devenaient plus évidents. Ils devaient faire l'objet de nombreux débats et de divers projets de législation. Les réalisations concrètes devaient toutefois tarder encore davantage par suite de l'absence de juridiction de la part du gouvernement central, d'une part, et de l'insuffisance des ressources financières des gouvernements provinciaux, d'autre part.

C'est ainsi que la première loi sociale de quelque importance ne devait être adoptée qu'en 1926; il s'agissait du programme fédéral sur les pensions de vieillesse à laquelle les provinces acceptèrent successivement de participer. Nous devons aussi noter qu'il ne s'agissait aucunement d'une mesure d'assurance sociale mais plutôt d'une loi d'assistance aux vieillards indigents.

Comme ce n'est pas l'objet de cette étude de faire l'histoire de la législation sociale au Canada et au Québec, nous limiterons à mentionner que le développement de notre législation sociale, ou de notre sécurité sociale, devait après 1926 se continuer très lentement pour éventuellement prendre une allure plus rapide à compter de la seconde guerre mondiale. Il est important de souligner toutefois qu'il s'est agi d'un développement à la "pièce", tantôt sur le plan fédéral, tantôt sur le plan provincial et, bien souvent, sur les deux plans à la fois au moyen de programmes conjoints.

(I) Wallace - The Origin of the Social Welfare State in Canada. Canadian Journal of Economics and Political Science, 1950, vol. 16, p. 384. (Les soulignés sont de nous).

Aucune politique générale de sécurité sociale n'a pu ainsi se concrétiser de telle sorte que chaque nouvelle étape devait nécessiter de longs débats sur les principes en cause. De même, et ceci est significatif, chaque nouvelle mesure ne pouvait toujours s'intégrer harmonieusement aux mesures existantes comme partie d'un ensemble bien équilibré.

Alors que l'assurance-hospitalisation "universelle" (I) vient à peine d'être instaurée au Québec, il demeure donc en quelque sorte nécessaire de reprendre l'examen de l'ensemble de la question quant aux aspects complémentaires de l'assurance-maladie.

LA PROFESSION MEDICALE ET L'EFFORT SOCIAL DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

L'effort social qu'engendre une politique cohérente et complète de sécurité sociale, ne saurait exclure le problème de la maladie:

" Fondamentalement, le but de la sécurité sociale est d'associer tout le corps social à une entreprise systématique de libération du besoin créé par l'inégalité, la misère, la maladie et la vieillesse." (2)

La maladie, un problème social

La "Déclaration de Philadelphie" concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail et signée le 10 mai 1944, et la "Déclaration universelle des droits de l'homme" adoptée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 10 décembre 1948, reconnaissent l'importance primordiale d'un effort social universel dans le domaine de la santé.

La "Déclaration de Philadelphie"

" III. La Conférence reconnaît l'obligation solennelle pour l'Organisation internationale du Travail de seconder la mise en oeuvre, parmi les différentes nations du monde, de programmes propres à réaliser:

" ...

-
- (1) Les guillemets s'imposent par suite de l'exclusion des tuberculeux et des malades mentaux du champ d'application de la loi.
 (2) Jacques Doublet - Sécurité sociale. Paris, Presses Universitaires de France, 1964, p. 7.

" f) l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets;

" g) une protection adéquate de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les occupations;

" h) la protection de l'enfance et de la maternité;

..." (I)

La "Déclaration universelle des droits de l'homme"

" Article 25. -1- Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

-2- La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale." (2)

Le droit à la santé est un droit tout aussi fondamental que le droit à l'éducation ou le droit au travail. La jouissance et l'exercice de ces droits ne peuvent se réaliser que par l'entremise d'une politique de sécurité sociale globale. De là l'importance accordée à l'effort social dans le domaine de la santé.

La maladie est certes un problème personnel. On connaît les effets de l'état de santé des individus sur l'épanouissement

(I) - Déclaration de Philadelphie. Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail, 10 mai 1944. Revue internationale du Travail, juillet 1944, vol. 50, no 1, pp.42-45.

(2) Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations-Unies, le 10 décembre 1948. New York, Département de l'information de l'Organisation des Nations-Unies.

de leur personnalité et l'on connaît l'influence de la maladie sur leur capacité de travail et les conséquences économiques graves qui peuvent en résulter pour leur famille. Par ailleurs, on ne saurait nier la responsabilité de chaque individu en matière de santé. Il est de son devoir de prévenir la maladie et, lorsqu'elle survient, de se faire bien soigner.

Cependant la maladie est aussi un problème social.

Il n'est pas besoin de rappeler l'influence de l'environnement socio-culturel sur l'état de santé des populations. La maladie est souvent associée au statut social des individus et des groupes, à leur mode de vie, à leur situation familiale aussi bien qu'à leur plus ou moins bonne adaptation aux conditions changeantes de la vie en société. Les groupes socialement défavorisés, résidant dans les quartiers pauvres des grandes villes, par exemple, vivent non seulement dans des conditions sanitaires déplorablement qui accroissent les risques de la maladie, mais aussi sont souvent privés de connaissances élémentaires en matière de santé et dépourvus des ressources financières indispensables à l'obtention des soins.

L'influence de l'état de santé des divers groupes de la population sur l'ensemble de la vie et du développement des sociétés, tant du point de vue social et culturel que du point de vue économique, est aussi connue. Une élévation sensible du niveau de vie d'une population ne saurait d'ailleurs éliminer un tel problème.

La Charte sociale des pays membres du Conseil de l'Europe, signée en 1961, qui représente la codification la plus récente en matière de sécurité sociale, reconnaît bien ce fait. En dépit de la hausse considérable du niveau de vie en Europe occidentale au cours des dernières années, les pays membres ont voulu, en proclamant dans cette Charte les droits fondamentaux de leurs citoyens, y inclure le droit à la protection de la santé. Une telle proclamation constitue un refus d'accepter la thèse selon laquelle le droit à la protection de la santé pourrait cesser d'être une préoccupation de l'Etat lorsque le niveau de vie devient suffisamment élevé.

Les droits et devoirs des médecins dans le domaine de la santé

L'effort social dans le domaine de la santé suppose une mobilisation de toutes les forces vives de la société. Les professionnels de la santé ont une responsabilité considérable en ce domaine. Aussi, nous semble-t-il essentiel d'esquisser brièvement ce que peuvent être les droits et les devoirs de la profession médicale en cette matière.

Le Comité de recherche du Congrès des Affaires Québécoises, tenu en octobre 1965 à l'Université Laval et portant sur la socialisation de la médecine, a étudié une codification des droits et devoirs des médecins dans le domaine de la santé. Cette codification a été présentée et publiée par des étudiants en médecine du Québec dans le dossier de travail préparé à l'intention des participants au Congrès.

Nous reproduisons ici, en premier lieu, les pages de ce dossier qui traitent des droits des médecins dans un régime d'assurance-maladie. En second lieu, nous citons le texte du "Code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale" qui traite des devoirs des médecins. Publié dans le Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, ce texte est également reproduit dans le dossier de travail du Congrès.

Droits des médecins dans un régime d'assurance-maladie

" Dans le chapitre précédent on a parlé des droits et devoirs de la société. Reste à souligner en quelques mots qu'est-ce qu'un régime d'assurance-maladie doit sauvegarder chez le médecin et quelles sont les responsabilités de ce dernier.

" L'aspect le plus fondamental de toute assurance-maladie doit se baser sur le fait qu'elle s'adresse à une profession qui se doit d'être libre et autonome dans l'exercice de sa fonction. La liberté et la responsabilité professionnelles sont les conditions indispensables pour assurer aux patients les meilleurs soins médicaux possibles et pour stimuler la recherche et appeler les médecins à se renouveler sans cesse. Les médecins sont les seuls compétents pour juger de la qualité des soins médicaux, pour discerner entre ce qui pourrait être une négligence ou un cas incurable et assurer une éducation continue tant aux étudiants qu'aux praticiens. L'Etat ne devrait en rien intervenir dans le traitement de l'affection du malade non plus que dans le caractère confidentiel des relations entre le médecin et le malade.

" Liberté, cela veut dire encore que chaque médecin doit être libre d'adhérer ou non au plan d'assurance-maladie. Cela signifie que le médecin peut continuer d'exercer privément et rendre les services que son diagnostic lui indique de prodiguer au malade.

" Le médecin doit être libre également de soigner qui il veut sauf dans les cas d'urgence ou pour des raisons humanitaires, de choisir librement le lieu et le mode de son exercice. En d'autres mots, toute planification qui attribuerait un secteur à chaque médecin, qui l'orienterait dans une spécialité qu'il n'aurait pas choisie, brimerait les libertés individuelles et serait une menace pour la qualité des soins prodigués. En ce qui concerne les hôpitaux, enfin, cela signifie l'absence de contrôle ou de domination politique et l'encouragement à s'administrer sur le plan local selon leurs besoins et leur orientation propres.

" On devrait s'efforcer enfin de ne pas demander au médecin de consacrer de trop nombreuses heures de travail à la rédaction de formulaires administratifs.

" En somme, on devra s'opposer à une médecine d'Etat où les dispensateurs de la santé sont des fonctionnaires directement assujettis sur le plan professionnel au contrôle de l'Etat. Si le mode de paiement peut être transformé, la liberté et le secret professionnels doivent être rigoureusement respectés".(I)

Devoirs généraux des médecins, devoirs des médecins envers les malades et devoirs des médecins les uns envers les autres.

" 1. Un médecin doit toujours dans son activité professionnelle agir conformément aux normes les plus élevées.

" 2. Un médecin ne doit pas agir exclusivement en fonction de son intérêt.

" 3. Les actes suivants sont contraires à l'éthique professionnelle;

" 4.a) Toute publicité à l'exception de celle permise de façon expresse par les codes nationaux d'éthique médicale.

" 5.b) Toute participation à un système de distribution de soins médicaux qui n'accorderait pas aux médecins l'indépendance professionnelle.

(I) - Assurance-maladie. Congrès des Affaires Québécoises. Québec, Association des Etudiants de l'Université Laval, 1965, 152p. (miméo).

" 6.c) Le fait de recevoir à la suite de services rendus à un patient, des sommes d'argent autres que les honoraires professionnels réguliers, ou de verser de telles sommes d'argent sans le consentement du patient.

" 7. En aucune circonstance, il n'est permis à un médecin de poser des gestes de nature à diminuer la résistance physique ou mentale d'un être humain, à l'exception des mesures purement thérapeutiques ou prophylactiques prescrites dans l'intérêt du patient.

" 8. Il est recommandé aux médecins de faire preuve de prudence dans la publication de découvertes. Il en va de même pour les méthodes de traitement dont la valeur n'a pas été reconnue par la profession.

" 9. Lorsqu'il est fait appel à un médecin pour obtenir un témoignage ou un certificat, celui-ci ne doit affirmer que ce qu'il lui est possible de vérifier.

" 10. Un médecin doit toujours se rappeler l'importance de préserver la vie humaine.

" 11. Un médecin est tenu envers son patient à une loyauté absolue et il doit en plus lui fournir toutes les ressources de sa science. Lorsqu'un examen ou un traitement dépasse sa compétence, il doit avoir recours à un autre médecin ayant la compétence voulue.

" 12. Un médecin est tenu au secret absolu de tout ce que son patient lui a confié ou de tout ce qu'il a pu connaître par des confidences qui lui auraient été faites.

" 13. En cas d'urgence, un médecin est tenu de prodiguer les soins nécessaires à moins qu'il n'ait l'assurance que ces soins peuvent être prodigués par d'autres et qu'effectivement ils le seront.

" 14. Un médecin doit se comporter envers ses confrères de la même façon qu'il aimerait voir ceux-ci se comporter envers lui.

" 15. Un médecin ne doit pas inciter des patients à abandonner des confrères en sa faveur.

" 16. Un médecin doit observer les principes de "La Déclaration de Genève" approuvés par l'Organisation Mondiale de la Santé." (I)

CARACTERISTIQUES DE L'ASSURANCE-MALADIE

L'énoncé de ces divers droits et devoirs soulève nécessairement de nombreuses questions relativement à l'élaboration d'un régime d'assurance-maladie. Un tel régime doit aussi s'intégrer harmonieusement à la politique socio-économique de l'Etat, ce qui nécessite donc un examen de l'ensemble de la question sur un plan plus concret.

L'expérience des autres pays et provinces dans le domaine des régimes de soins constitue une source précieuse de données et de leçons qui ne sauraient être ignorées dans cet examen. C'est pourquoi le Comité a cru nécessaire de dégager les principales caractéristiques des régimes dont les analyses descriptives sont présentées dans les Volumes IV et V(2). Cette analyse des caractéristiques pourra en outre tenir lieu, jusqu'à un certain point, de définition de l'assurance-maladie, tout en permettant de faire le point sur l'évolution que connaissent tous les régimes.

L'étude sur l'utilité de l'assurance-maladie présentée au chapitre suivant complètera cet examen pratique.

Type de régime

Il est essentiel au départ de souligner qu'un grand nombre de facteurs entourant l'établissement des divers régimes nationaux ont, dans chaque pays, fortement influencé leur conception. Avec le temps, la conception de ces régimes a évolué de manière plus ou moins marquée, selon les pays, de façon qu'ils s'adaptent à l'ensemble des nouveaux facteurs socio-économiques environnants.

(I) - Code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale. Montréal, Nouvelles du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, août-septembre 1965, p. 17.

(2) Voir le volume IV: Grande-Bretagne, France, Belgique, Suède et Etats-Unis.

Voir le volume V: Alberta, Colombie Britannique, Ontario, Saskatchewan.

C'est ainsi que l'on peut maintenant distinguer, en Europe occidentale et en Amérique du Nord, trois types génériques de régimes.

a) Le régime de soins dont l'objectif est d'accorder à l'ensemble de la population, sans égard aux moyens financiers, à l'âge, au sexe et à l'occupation, les meilleurs soins et services disponibles. Ce type de régime peut être considéré comme le plus audacieux au point de vue social.

Le régime de soins de la Grande-Bretagne (National Health Service), conçu au cours de la seconde guerre mondiale alors que les services de santé s'étaient détériorés correspond dans les grandes lignes à cette définition.

b) Le régime d'assurance sociale dont l'objectif est de protéger la population assurée contre les frais résultant de la maladie. Ce type de régime, qui constitue essentiellement une mesure d'assurance sociale, comporte le paiement de primes ou de cotisations de la part des assurés et, pour la plupart des soins, certains paiements de la part des bénéficiaires lors de la réception des soins ou de l'utilisation des services. (I)

Le régime français d'assurance-maladie, qui constitue en quelque sorte une extension et un prolongement du système des sociétés mutuelles d'assurance-maladie, correspond à cette définition. Bien que le régime d'assurance-maladie de la Saskatchewan ne couvre pas tous les soins, il s'apparente sous certains aspects à un régime d'assurance-maladie et, sous certains autres, à un régime de soins.

c) Le régime facultatif dont l'objectif est de rendre l'assurance-maladie accessible à l'ensemble de la population et où l'Etat joue un rôle supplétif. Les deux principales caractéristiques de ce type de régime, fondé sur une extension de l'assurance-maladie privée, consistent dans le paiement total ou partiel des primes par l'Etat pour les personnes à faible revenu, et dans l'obligation imposée aux assureurs reconnus d'accepter tous les risques.

Le premier régime de ce type fut établi en Alberta à la fin de 1963. Deux autres provinces, la Colombie Britannique et

(I) En Europe, l'expression "ticket modérateur" est généralement utilisée pour désigner ces paiements. Nous employons dans ce rapport cette expression ou l'expression "frais modérateurs".

l'Ontario, possèdent maintenant des régimes analogues (1). Il est intéressant de souligner que ces trois provinces jouissent des niveaux de vie les plus élevés au Canada et qu'une proportion assez élevée de leurs populations était déjà assurée contre la maladie avant l'établissement de ces régimes. Un régime de même nature, dont la couverture et le champ d'application sont limités, entrera en vigueur aux Etats-Unis, le 1er juillet 1966.

Par suite du caractère particulier de ces régimes et de leur avènement très récent, ils ne font pas l'objet de la présente analyse des caractéristiques des divers régimes. Toutefois, les études de ces régimes présentées aux Volumes IV et V permettent d'en dégager les caractéristiques essentielles.

Couverture

La règle générale est celle de la couverture de tous les soins et services, soit:

- a) les soins du médecin ou du spécialiste à domicile, au bureau ou à l'hôpital;
- b) les soins hospitaliers et de convalescence;
- c) les médicaments;
- d) les soins dentaires;
- e) les soins oculaires;
- f) les prothèses, les soins infirmiers, les services ambulanciers;
- g) les soins de réadaptation.

Les régimes d'assurance sociale comportent en général des frais modérateurs dont les montants diffèrent selon les divers soins d'un régime à l'autre. Ces frais modérateurs sont généralement réduits ou éliminés dans le cas des affections graves ou prolongées.

Dans le régime britannique de soins qui, en principe, ne devait point en comporter, des frais modérateurs ont été imposés pour divers soins depuis son établissement.

(1) Le régime de la Colombie Britannique est entré en vigueur en septembre 1965 et celui de l'Ontario entrera en vigueur le 1er juillet 1966.

Champ d'application

Dans les régimes d'assurance sociale, la tendance consiste à étendre le champ d'application constamment afin d'atteindre éventuellement l'ensemble de la population. Par définition, le régime de soins s'applique à l'ensemble de la population; tel est le cas en Grande-Bretagne et en Saskatchewan.

Les personnes assujetties au régime demeurent toujours libres toutefois de se faire soigner à titre privé. Les frais que doit alors assumer le malade varient selon les catégories de soins, et d'un régime à l'autre.

Structures administratives et consultatives

Les structures administratives et consultatives diffèrent passablement entre les divers régimes car, dans tous les pays, l'on a voulu autant que possible élaborer à partir des structures qui existaient avant l'établissement des régimes. Toutefois, ces structures possèdent plusieurs caractéristiques en commun.

A l'échelon supérieur l'on retrouve soit un ministère soit une commission à caractère représentatif chargé de la tutelle et du contrôle général du fonctionnement du régime. Aux échelons inférieurs, des réseaux de caisses régionales et locales chargées de la gestion proprement dite du régime. La Grande-Bretagne est quelque peu différente à ce sujet car il existe trois grands services dont la gestion est confiée à des conseils à caractère représentatif.

Dans tous les régimes, il existe des organismes consultatifs nationaux et, dans la plupart des cas, ils sont assistés par des organismes consultatifs régionaux. La composition de ces organismes à caractère représentatif varie selon leur but respectif.

Afin de coordonner l'action des divers organismes de sécurité sociale, il existe en France une Inspection Générale de la Sécurité Sociale dont le rôle est d'exercer un contrôle supérieur sur les organismes et services de l'ensemble du système de sécurité sociale.

Financement

L'assurance-maladie est financée par des contributions de la part des assurés, des employeurs et de l'Etat, sauf en France où l'Etat ne contribue pas. Bien que les formules utilisées diffèrent beaucoup, elles tendent généralement à fixer la répartition à long terme du coût entre les parties. Les contributions des travailleurs sont toujours prélevées sur la tranche de leur revenu du travail qui n'excède pas un certain plafond.

Même s'il ne s'agit pas d'une caractéristique proprement

dite des régimes, l'on doit noter que l'augmentation rapide de leur coût constitue un des problèmes majeurs que présentent ces régimes.

Participation et rémunération des praticiens

En aucun cas les praticiens sont-ils tenus de participer obligatoirement au régime de soins ou d'assurance-maladie. Dans tous les cas, leur adhésion se fait au moyen de la signature d'une entente ou convention.

La convention fixe le mode de rémunération du praticien et, généralement, contient les dispositions nécessaires au respect de la liberté d'exercice du praticien. Sauf en Grande-Bretagne où les médecins sont salariés ou rémunérés selon le système de la capitation, les médecins sont généralement rémunérés à l'acte médical.

La conciliation des impératifs contradictoires que posent d'une part la nécessité du contrôle financier et le maintien de la qualité des soins et, d'autre part, le respect de la liberté d'exercice des praticiens et la protection de la population constituent les deux problèmes les plus épineux des régimes de soins ou d'assurance-maladie.

CHAPITRE II

JUSTIFICATION DES REGIMES DE SOINS

L'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé et l'évolution de la pensée socio-économique

Le libéralisme économique des 18^e et 19^e siècles, caractérisé par l'expression "laissez faire", reflétait une conception de la vie sociale et économique qui ne saurait plus guère convenir de nos jours.

Selon ces théories économiques, l'individu normal arrivant à maturité était pourvu de connaissances et de ressources suffisantes pour pouvoir tirer le meilleur parti possible de la situation dans laquelle il se trouvait. Par conséquent, il était normal de s'attendre à ce que l'individu laissé à lui-même, puisse se tirer d'affaire dans la société et que le développement le plus efficace de la société dans son ensemble soit atteint par la somme de ces efforts individuels.

Dans le contexte social où elles s'inséraient, soit celui de la révolution industrielle en Europe, ces théories économiques classiques constituaient probablement un réflexe social normal. Au début de la révolution industrielle, il n'était pas difficile de percevoir la primauté de la production. Les premières tentatives de la société industrielle pour accumuler un capital de production ont exigé des efforts que nous avons peine à imaginer maintenant. Le travail dans les premières usines et les conditions de vie dans les premiers quartiers ouvriers des villes européennes ont été abondamment décrits et nous avons peine aujourd'hui à en croire le récit. Il fallait absolument produire, et ceci très rapidement, et réaliser une épargne aussi considérable que possible pour généraliser et implanter le plus vite possible les développements technologiques. A partir du moment où cette société a pris la décision de passer de l'économie rurale à l'économie industrielle, une organisation économique comme celle préconisée par les théories économiques classiques correspondait probablement à la meilleure allocation possible des ressources pendant cette période de transition, qui ne pouvait qu'être extrêmement difficile.

Il ne faudrait cependant pas croire que les économistes classiques ne réalisaient pas l'existence de la pauvreté. En fait, ils réclamaient même, en général, une certaine action publique pour remédier à cet état de chose, mais leur motivation était alors basée sur des considérations morales plutôt qu'économiques.

A l'heure actuelle, il nous apparaît évident que le développement économique des sociétés occidentales a dépassé le stade où l'issue de la course entre la production et la consommation était incertaine. Présentement, notre économie produit suffisamment pour assurer un niveau élevé de consommation et permettre en même temps une rapide accumulation de capital de production. En réalité, le problème qui se pose maintenant en est autant, sinon davantage, un de consommation que de production. Quelle quantité de ressources doit-on affecter à la consommation? Quels biens seront consommés, dans quelles proportions et comment sera partagée cette consommation entre les citoyens? Ces problèmes relativement nouveaux se posent quotidiennement et il est généralement accepté qu'ils ne peuvent être résolus de façon satisfaisante par le seul jeu des initiatives personnelles. La complexité et le dynamisme de nos sociétés modernes rendent l'individu incapable de maximiser isolément et individuellement son propre bien-être et rendent également nécessaire une action publique collective pour maximiser le bien-être de la société en général(1).

A notre avis, le domaine de la santé est un de ceux dans lesquels le simple jeu des mécanismes du marché n'entraîne pas une allocation optimale des ressources, et où, par conséquent, il est justifié d'envisager une intervention gouvernementale. Nous essaierons de voir ici quelles sont ces justifications économiques à une intervention gouvernementale dans le domaine de la santé. Pour ce faire, nous utiliserons trois approches ou trois types d'argumentation qui en fait sont complémentaires les uns des autres et qui, à la limite, se chevauchent. Nous parlerons d'abord de la maladie comme une des causes de la pauvreté. En second lieu nous dirons un mot du rendement qui peut être escompté des investissements faits dans le domaine de la santé. Enfin, en dernier lieu nous essaierons de faire ressortir brièvement les raisons qui, au niveau de la nature des soins et des structures du marché, empêchent les mécanismes normaux d'échange de réaliser une distribution optimum de ces biens.

La maladie: une des causes de la pauvreté

Il ne fait aucun doute que la pauvreté, caractérisée en général par l'habitation de logements insalubres et encombrés, un bas niveau d'éducation et une alimentation déficiente, constitue un facteur favorisant l'éclosion de nombreuses maladies. Au surplus, les personnes à faible revenu sont en général moins bien placées, à la fois pour des raisons financières et pour toutes celles que nous venons d'énumérer, pour recouvrer la santé lorsqu'elles l'ont perdue.

(1) Irving J. Goffman - Some fiscal aspects of public welfare in Canada. Toronto, Canadian Tax Foundation, 1965, p. 9.

Il faut par contre réaliser que ce lien de causalité entre la pauvreté et la maladie joue aussi en sens inverse, et que la maladie constitue à son tour, un des facteurs de pauvreté. Ainsi qu'on le fait remarquer dans un des documents préparés pour la Conférence fédérale-provinciale sur la pauvreté tenue à Ottawa en décembre 1965 (1), les maladies de longue durée peuvent réduire le revenu familial et même diminuer ou annihiler de façon permanente la capacité de gain du soutien de famille. Au surplus, en l'absence d'une assurance-maladie complète, la maladie entraîne des dépenses souvent considérables. Il semble donc évident que les maladies ou incapacités chroniques soient des causes potentielles de pauvreté en particulier lorsqu'elles affectent la population mâle comprises dans les groupes d'âge formant la population active.

Le même document du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social cite également certaines données de l'"Enquête sur la maladie au Canada, 1950-51" (2), qui laissent entrevoir l'influence de la maladie comme facteur de pauvreté. On y mentionne en effet que les personnes de sexe masculin recevant un faible revenu (3) et comprises dans le groupe d'âge 25 à 44 ans représentaient 14% des individus de ce groupe d'âge mais devaient supporter 30% des "jours d'incapacité". De la même manière, les hommes recevant un faible revenu et compris dans le groupe d'âge 45 à 64 ans représentaient 16% des individus de ce groupe d'âge et devaient supporter 35% des "jours d'incapacité".

Or, par ailleurs dans les groupes d'âge 0 à 15 ans et 65 ans et plus, les personnes de sexe masculin classées dans les bas niveaux de revenu devaient supporter un nombre de "jours d'incapacité" qui, proportionnellement, n'étaient que très légèrement supérieur à leur représentation numérique au sein de ces deux groupes d'âge. Par conséquent, les enfants et les personnes âgées de sexe masculin classés dans les bas niveaux de revenu n'étaient guère plus affectés par les maladies causant l'incapacité que les personnes de revenu plus élevé compris dans les mêmes groupes d'âge. Par ailleurs l'expérience plus que proportionnelle, en termes de "jours d'incapacité" supportés par les bénéficiaires de bas revenu dans les groupes d'âge où se recrute la population active, laisse entrevoir la possibilité que leur bas niveau de revenu puisse avoir été causé, du moins en partie, par leur mauvais état de santé.

-
- (1) Canada. Department of National Health and Welfare - Health Document préparé pour la Conférence fédérale-provinciale sur la pauvreté. Ottawa, 1965. (document photocopié).
 (2) Canada. Dominion Bureau of Statistics - Canadian Sickness Survey 1950-1951. Ottawa, Queen's Printer, 1960.
 (3) Revenu familial annuel de \$1,500. ou moins.

Le raisonnement qui précède porte sur les données quantifiées, rattachées aux "jours d'incapacité". De façon plus générale, l'observation courante et le sens commun nous permettent de réaliser quotidiennement que, dans la course pour l'amélioration du niveau de vie, les personnes jouissant d'une bonne santé, et qui peuvent compter sur d'abondantes réserves d'énergie physique et intellectuelle, ont beaucoup plus de chance que les personnes dont les capacités physiques ou mentales sont amoindries.

Au surplus, ainsi que nous le mentionnions plus haut, il est vrai que la pauvreté elle-même peut être cause d'une détérioration de la santé; mais alors ce mauvais état de santé contribue à son tour à maintenir l'état de pauvreté.

Or, une des formes les plus anciennes et les plus acceptées de sécurité sociale est l'assistance financière aux indigents. Mais, apparemment, le consensus semble maintenant se faire autour de l'idée qu'il n'est plus suffisant d'identifier les indigents et de les assister financièrement, mais qu'il faut essayer de déceler les raisons de leur indigence et s'efforcer d'éliminer les causes de leur pauvreté. Par conséquent, dans la mesure où l'on peut établir que la maladie est une cause de pauvreté et que les personnes à faible revenu ne peuvent efficacement se procurer les moyens d'améliorer leur santé, il semble qu'une action publique ou collective dans le domaine de la santé est justifiée. Le Mémoire du Québec à la Conférence sur la pauvreté, tenue à Ottawa en décembre 1965, établissait très bien ce principe. On pouvait en effet y lire:

" Une telle politique (d'assistance sociale) implique que des ressources importantes soient consacrées à identifier les facteurs qui ont contribué à l'apparition de cas individuels ou collectifs d'assistance. Cette identification des causes permet alors de recourir à ceux des services gouvernementaux qui peuvent corriger la situation (1) ".

La Santé: un investissement

Dans le passé, les soins avaient surtout été considérés comme des biens de consommation. Depuis quelques années, cependant, on en est venu à réaliser que les dépenses dans le domaine de la santé pouvaient être considérées comme un investissement en capital humain et que, comme telles, le rendement social qu'on pouvait en escompter était relativement élevé.

(1) Mémoire du Québec à la Conférence sur la pauvreté. Ottawa, 7 au 10 décembre 1965. 31p. (document photocopie).

A ce sujet, le mémoire soumis par le Collège des médecins au gouvernement provincial en septembre 1964 déclarait:

" Qu'en tant qu'investissement l'utilité ou la désirabilité des dépenses pour services médicaux doit se mesurer à partir du rendement qui peut être obtenu de ces investissements.

" Les études sur le rendement des investissements en capital humain dans le domaine de l'éducation ont fait de grands progrès au cours des dernières années. Celles sur le rendement des investissements en capital humain dans le domaine de la santé n'ont pas encore retenu autant l'attention des économistes.

" La question fondamentale à laquelle il faut répondre ici est la suivante: jusqu'à quel point l'amélioration du capital humain dans une société favorise-t-elle le progrès économique? " (1)

Certaines mesures approximatives de ce rendement ont cependant été faites et il nous semble intéressant d'en donner ici quelques résultats.

Goffman mentionne (2) que le taux brut de mortalité est tombé de 10.2 par mille habitants en 1931 à 7.8 en 1960. Ce résultat serait attribuable en majeure partie à la baisse de la mortalité infantile et de la mortalité chez les jeunes adultes, due à l'élimination presque complète des maladies contagieuses et infectieuses.

A la suite de ces progrès médicaux, l'âge moyen au décès est passé de 44 ans en 1931 à 61 ans en 1960. A l'heure actuelle, l'espérance de vie à la naissance est de 67 ans pour les hommes et 73 ans pour les femmes pour l'ensemble du pays. Cette hausse de l'espérance de vie, en plus de prolonger la période d'activité des travailleurs, et par conséquent, d'augmenter le rendement des investissements en capital humain, signifie qu'une proportion considérable de la main-d'oeuvre actuelle, possiblement 10% a survécu jusqu'à maintenant à cause de la baisse de la mortalité depuis 1930. Pour l'année 1960 seulement, cette main d'oeuvre supplémen-

(1) Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. - L'Assurance contre les frais médicaux dans la province de Québec. Document de travail préparé à l'intention du gouvernement provincial et du public. Montréal, sept. 1964. 16p.

(2) Irving J. Goffman, op. cit. p. 61.

taire a probablement ajouté de \$1 milliard à \$2 milliards au revenu national du Canada.

Pour ce qui est de la maladie, Goffman estime qu'au Canada, elle cause en moyenne par travailleur une absence du travail d'au moins 5 jours par an. Pour 1962, ceci aurait signifié 27 millions d'hommes-jours, soit plus que la perte occasionnée par toutes les grèves et lock-outs qui ont eu lieu au Canada depuis 1947.

Cette estimation des pertes encourues en 1962 n'est probablement pas exagérée, puisque le juge Hall affirmait récemment (1) qu'en 1963 environ 100 millions d'hommes-jours avaient été perdus à cause de la maladie au Canada, représentant un montant de \$1,630 millions, soit 3.8% du revenu national brut. Pour la même année, les pertes économiques dues aux grèves ont été de 917,140 hommes-jours, soit moins que 1% de celles dues à la maladie.

Ces chiffres permettent donc d'entrevoir que l'état de santé de la population peut avoir des implications économiques importantes pour la société, et que l'Etat peut avoir un intérêt économique direct et immédiat à investir dans ce secteur.

Caractéristiques du marché des soins

Dans le cadre d'une allocation optimum des ressources disponibles dans la société, il existe un niveau donné de consommation de soins qui correspond à une satisfaction maximum des besoins de la collectivité. Pour des raisons dont nous essaierons de donner plus bas un aperçu sommaire, nous ne pouvons compter sur les mécanismes normaux des marchés pour réaliser cette allocation optimum des ressources et ce niveau souhaitable dans la consommation médicale. C'est cette défaillance partielle des mécanismes de marché dans le cas des soins qui constitue, à notre avis, le principal argument en faveur d'une intervention publique dans le domaine de la santé.

Disons tout de suite, que le rôle du technicien des sciences de l'homme ou des sciences sociales n'est pas de dicter à la société les principes moraux qui doivent guider son action ni l'échelle des valeurs à partir de laquelle elle doit orienter ses choix et allouer ses ressources. Au contraire, son rôle est d'abord de percevoir ces principes et ces valeurs et, à la lumière

(1) Emmett M. Hall - Implications of Health Charter for Canadians. Texte présenté à la Conférence sur les services de santé au Canada. Ottawa, le 29 novembre 1965. (Document photocopié).

de ces indices, d'évaluer de façon objective qu'elle est la véritable fonction d'avantage collectif de la société. En second lieu, une fois défini cet avantage collectif ou cet intérêt général, il doit travailler à l'élaboration de programmes qui permettront d'atteindre les objectifs de la société de la façon la plus efficace possible, c'est-à-dire au coût social le plus bas possible.

Les techniques dont disposent actuellement des disciplines comme la science économique, la psychologie sociale et la sociologie ne nous permettent pas encore de définir de façon tout à fait exacte ce que peut être la fonction d'avantage collectif d'une société. Des approximations cependant peuvent être élaborés, qui fournissent déjà un instrument de travail valable et qui permettent d'éliminer en grande partie l'arbitraire dans la prise de décision par l'autorité publique (1).

Nous savons par exemple que presque tous les chefs politiques et les dirigeants des professions de la santé et des sociétés d'assurance s'entendent pour déclarer qu'aucune personne ne devrait être privée des soins dont elle a besoin à cause d'un manque de ressources financières. Nous savons par ailleurs que tel n'est pas le consensus en ce qui a trait aux voitures automobiles (2). Goffman pour sa part prend pour acquis que la souffrance physique est incompatible avec les valeurs "éthiques" de notre société et que, par conséquent, la maximisation de l'avantage collectif de notre société exige clairement que des soins suffisants soient mis gratuitement à la disposition des personnes à très faible revenu (3).

A la lumière de ces premiers examens très superficiels sur les préférences des canadiens en matière de santé, et en particulier à la lumière de l'analyse plus détaillée de l'intérêt collectif des québécois en ce domaine (4), nous réalisons facile-

(1) Le Volume VII du présent rapport, intitulé "Critères de choix", tente précisément de définir ce qu'est l'intérêt général des québécois en matière de santé et explique le genre de problèmes techniques que l'on rencontre dans la définition de cet intérêt général.

(2) J.J. Madden - Some Aspects of the Economics of Health Services. Texte présenté à la Conférence sur les services de santé au Canada. Ottawa, 30 novembre 1965, p. 6. (Document photocopié).

(3) Irving J. Goffman, op. cit. p. 63.

(4) Voir le volume VII du présent rapport.

ment que le niveau actuel de la consommation des soins n'est pas celui qui correspond au point maximum de la fonction d'avantage collectif des québécois. Un certain nombre de raisons peuvent être invoquées pour expliquer ce phénomène. En général, cependant, elles découlent de la nature particulière du marché des soins et des caractéristiques technologiques des biens et services échangés sur ce marché. Parmi les principales de ces caractéristiques particulières, nous pouvons ranger: les économies externes découlant de la consommation de la plupart des soins, le peu de connaissance qu'ont les consommateurs en ce qui a trait à la nature, à l'efficacité et au prix des soins, et l'élément d'incertitude relié au phénomène de la maladie et de la guérison.

I) Economies externes

En général, on considère que les biens que consomme un individu ne profitent qu'à ce dernier, à l'exclusion des autres. C'est ce que les économistes appellent le principe de l'exclusion. Selon ce principe, le bien être de chacun est indépendant de celui des autres, puisqu'il n'y a pas d'effets secondaires ou d'économies externes pour les autres découlant de la consommation d'un bien par un individu.

Ce principe est évidemment contesté depuis très longtemps. Il est en effet très évident que, dans le cas de plusieurs biens, la consommation qu'une personne ou qu'un groupe peut en faire a des répercussions positives ou négatives sur le bien-être d'autres individus. Mentionnons comme exemple d'effet positif, la vaccination contre certaines maladies, qui profite non seulement à la personne vaccinée mais aussi aux autres personnes pour lesquelles elle diminue les risques de contagion. Les gas carboniques s'échappant des véhicules automobiles sont un exemple d'effet négatif ou de "déséconomies externes".

Ce que nous voulons faire ressortir ici c'est qu'il importe de tenir compte de ces économies externes dans la définition de l'intérêt général de la collectivité. Selon les mécanismes normaux du marché, les individus ne seront prêts à payer que pour les avantages qu'ils retirent personnellement, ce qui implique que les avantages externes ne seront pas pris en considération dans la courbe de demande des individus. Ceci fera qu'en général la production de ces biens demeurera en deçà du niveau optimum, à moins qu'une action

collective n'intervienne pour corriger le résultat des mécanismes du marché (I).

2) Les problèmes du manque de connaissances chez les consommateurs

Le modèle classique de la concurrence parfaite, selon lequel les mécanismes du marché assurent d'eux-mêmes une allocation optimum des ressources, repose sur un certain nombre d'hypothèses, dont une des plus importantes est la connaissance parfaite que doivent avoir les consommateurs concernant la nature et la qualité des produits qu'ils achètent et les prix de ces produits. Or, en réalité, dans le cas des soins, cette connaissance est loin d'être parfaite. Le malade, en général, peut difficilement juger de la qualité du soin qu'il reçoit. Ceci est si vrai qu'il est facilement accepté par le malade que ce soit le dispensateur des soins et non lui-même qui décide quel type de soins il consommera et en quelle quantité.

En somme, les soins constituent un bien très différent de la plupart des autres biens. La demande pour ce bien est irrégulière et imprévisible et, en général, elle ne trouve un avantage à s'exprimer et à être satisfaite qu'en cas de maladie, c'est-à-dire dans des circonstances où l'on s'éloigne de l'état normal des choses.

Tout ceci, joint au fait que la combinaison de soins que doit consommer une personne pour une maladie très précise est souvent assez rigide, fait que dans bien des cas, la consommation que les gens effectuent individuellement ne correspond pas à une allocation de leurs ressources pouvant leur assurer un maximum de bien-être.

3) Les problèmes posés par l'incertitude dans le domaine de la santé

L'élément d'incertitude relié à la maladie fait que des dépenses souvent considérables doivent être effectuées à des moments imprévus. Ceci ris-

(I) Le volume VII de ce présent rapport tente également de déceler l'importance de la composante publique et la présence d'économies externes dans les divers types de soins.

que évidemment d'entraîner une consommation sub-optimale de soins. Il est évident qu'une forme quelconque d'assurance peut jouer ici un rôle considérable en permettant d'étaler dans le temps et entre les individus les risques de la maladie. Sans une certaine participation de l'Etat, cependant, il ne semble pas que la formule des assurances privées puisse en arriver à résoudre tous les problèmes.

En plus du fait que de nombreuses personnes ne pourront jamais défrayer les coûts d'une assurance complète, il n'est pas certain que le consommateur soit en mesure de choisir le type d'assurance dont il a le plus besoin (I). Un marché libre de l'assurance-maladie, sans intervention de l'Etat, entraîne un très haut degré de différenciation du produit offert, à la fois à cause des variations de prix dues à l'expérience de l'assureur (experience rating) et à cause de la multiplicité des types de contrat qui sont offerts.

En fait, il n'apparaît plus guère possible de considérer la protection contre le coût de la maladie uniquement en fonction du mécanisme de l'assurance. Etant donné la nature du bien "santé" qui possède des dimensions publiques ou sociales importantes, il est devenu nécessaire d'envisager également cette protection en termes de sécurité sociale.

(I) Madden, op. cit. p. 5.

BIBLIOGRAPHIE

- Assurance-maladie. Congrès des Affaires Québécoises. Québec, Association des Etudiants de l'Université Laval, 1965, 152p. (Document photocopié).

BOUDREAU, Thomas J. - Le marché des soins médicaux et l'organisation de la profession médicale. Relations Industrielles, 1964, vol. 19, no 3, p. 344.

CANADA. Department of National Health and Welfare - Health. Document préparé pour la conférence fédérale-provinciale sur la pauvreté. Ottawa, 1965. (document photocopié).

CANADA. Dominion Bureau of Statistics. - Canadian Sickness Survey 1950-1951. Ottawa, Queen's Printer, 1960.

- Code international d'éthique médicale de l'Association médicale. Montréal, Nouvelles du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, août-septembre 1965, p. 17.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC - L'assurance contre les frais médicaux dans la province de Québec. Document de travail préparé à l'intention du gouvernement provincial et du public. Montréal, 1964. 16p.

- Conclusions relatives à la convention (No 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum). Genève, Bureau international du Travail, Quarante-cinquième session, rapport III, partie IV.

- Déclaration de Philadelphie. Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail, 10 mai 1944. Revue internationale du Travail, juillet 1944, vol. 50, no 1, pp. 42-45.

- Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948. New York, Département de l'information de l'Organisation des Nations Unies.

DOUBLET, Jacques - Sécurité sociale. Paris, Presses Universitaires de France, 1964. 580p.

GETTING, André - La Sécurité sociale. Paris, Presses Universitaires de France, 1963. 128p.

GOFFMAN, Irving J. - Some Fiscal Aspects of Public Welfare in Canada. Toronto, Canadian Tax Foundation, 1965. 106p.

HALL, Emmett - Implications of a Health Charter for Canadians. Texte présenté à la conférence sur les services de santé au Canada. Ottawa, 29 novembre 1965. (document photocopié).

LAROQUE, Pierre - De l'assurance sociale à la sécurité sociale, l'expérience française. Revue internationale du Travail, juin 1948, vol. 57, no 4, p. 621.

MADDEN, J.J. - Some Aspects of the Economics of Health Services. Texte présenté à la conférence sur les services de santé au Canada. Ottawa, 30 novembre 1965. (document photocopié).

- Mémoire du Québec à la Conférence sur la pauvreté. Ottawa, 7 au 10 décembre 1965. 31p. (document photocopié).

MICHANEK, Ernst - For and Against the Welfare State. Swedish Experiences. Stockholm, Swedish Institute, 1964. 47p.

- Vingt-sixième session de la Conférence internationale du Travail, Philadelphia, avril-mai, 1944. Revue internationale du Travail, juillet 1944, vol. 50, no 1, pp. 1-45.

WALLACE - The Origin of the Social Welfare State in Canada. Canadian Journal of Economics and Political Science, 1950, vol. 16.

GLOSSAIRE

Le domaine de la sécurité sociale en général et de l'assurance-maladie en particulier suscite à l'heure actuelle un intérêt considérable en notre milieu. De plus, l'assurance-maladie est un phénomène relativement nouveau puisque les régimes privés ne se sont vraiment développés que depuis la dernière guerre alors que l'intervention de l'Etat y est encore toute récente.

C'est pourquoi il nous a semblé opportun d'apporter une attention particulière au choix des termes et des expressions désignant certaines réalités techniques.

Notre travail en ce domaine a été considérablement simplifié grâce à la collaboration étroite du Comité d'étude des termes de médecine. Dans le cadre de ses travaux, ce Comité a préparé entre autres choses, un glossaire des assurances sociales. Les définitions proposées ici sont presque exclusivement inspirées de ce travail du Comité d'étude des termes de médecine.

Il est d'ailleurs de l'intention du Comité d'étude des termes de médecine de soumettre au Comité conjoint des deux chambres qui sera chargé d'étudier la question de l'assurance-maladie, un mémoire qui contiendra l'ensemble des travaux du Comité d'étude des termes de médecine.

Affilié

Personne inscrite aux assurances sociales.

Assurance

Contrat par lequel un assureur garantit à l'assuré, moyennant une prime ou une cotisation, le paiement d'une somme convenue, en cas de réalisation d'un risque déterminé.

Assurance-maladie

Assurance qui garantit l'assuré et sa famille contre toutes les affections ou contre un certain nombre d'entre elles, selon le cas. En France le régime d'assurance-maladie couvre les soins médicaux, les soins hospitaliers, les médicaments prescrits, les appareillages dentaires, les cures thermales et la maternité.

Cette assurance peut être soit une assurance privée ou encore une assurance sociale. Il ne semble pas approprié cependant de parler d'assurance-maladie dans le cas d'un régime qui serait entièrement fiscalisé. On pourrait alors parler tout simplement

d'un régime de soins ou d'un régime de soins médicaux selon le cas.

Assurances sociales

Assurances qui ont pour objet de protéger le travailleur ou sa famille en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse ou de décès et qui font l'objet d'une législation d'Etat. - La notion traditionnelle d'assurance perd de son importance au profit de celle de solidarité et d'obligation.

Assuré

Celui qui est garanti par un contrat d'assurance.

Assuré cotisant

Celui qui paie une cotisation.

Assuré indigent

Assuré qui ne peut payer la cotisation ou la prime selon le cas, parce qu'il est sans ressources.

Bénéfice

Dans la terminologie des assurances sociales, action pour l'assuré de bénéficier et non le résultat de cette action. C'est fautivement que, sous l'influence de l'anglais, on emploie ce mot au pluriel pour prestations, indemnités, allocations. Exemples: Les ayants droit conservent le bénéfice des prestations de l'assurance-maladie.

Bénéficiaire

Celui qui recueille le bénéfice d'une assurance.

Champ d'application

Ensemble des personnes bénéficiant des prestations d'un régime donné. Le champ d'application d'un régime peut s'étendre à toute la population d'un territoire donné et on parle alors de régime universel ou bien encore à une certaine tranche de cette population et on parle alors de régime particulier.

Conditions d'attribution

Conditions que doit remplir l'assuré social pour pouvoir bénéficier des prestations d'une assurance sociale; versement de la cotisation, nombre de mois de travail, nationalité, etc.

Synonyme: conditions à remplir.

Convention

Contrat intervenu entre un organisme assureur et les médecins au sujet des prestations en nature à fournir à l'assuré.

Convention collective

Adhésion d'un groupe de médecins à une convention.

Convention individuelle

Adhésion individuelle des médecins à une convention.

Conventionné (médecin)

Le médecin qui adhère à une convention. Conventionné ne s'emploie pas comme substantif.

Conventionnel

Qui résulte d'une convention: système conventionnel, régime conventionnel.

Cotisation

Quote-part versée par l'assuré à une caisse et calculée en fonction du salaire ou, dans certains cas, fixée forfaitairement (cotisation forfaitaire).

Couverture

Extension de la garantie. Ce sur quoi elle porte.

Dépassement de tarifs d'honoraires

Différence ou écart entre les honoraires exigés par le médecin et ceux qui sont établis par la convention.

Synonyme: dépassements d'honoraires.

Exonération de cotisation

Dispense de versement de la cotisation en raison d'un revenu inférieur à un moment déterminé.

Frais modérateurs

Quote-part du coût des soins que l'assurance-maladie laisse à la charge de l'assuré. En France on emploie l'expression ticket modérateur.

Franchise

Partie des pertes et des dommages non garantis par l'assureur. Montants des premiers dommages que l'assuré conserve à sa charge.

Honoraires

Rétribution versée aux personnes qui exercent des professions libérales.

Indemnité

Dédommagement pour une perte de salaire ou pour des frais. Exemples: indemnité de déplacement, indemnité journalière de maladie, indemnité de repas ou d'hôtel, indemnité de soins, indemnité journalière de maternité ou indemnité journalière de repos.

Médecine libérale

Médecine qui s'exerce dans le cadre de l'entente directe médecin-malade et conserve au médecin son caractère de travailleur indépendant.

Paieement à l'acte

Mode de rémunération du médecin par lequel le client ou

l'organisme assureur paie chacun des actes professionnels du médecin.

Prestation (n.f.pl.)

Fournitures en nature ou en espèces livrées en vertu d'une loi, d'un contrat d'assurance.

Prestations en espèces

Les indemnités, les pensions ou rentes payées à l'assuré en vertu d'un contrat.

Prestations médicales

Celles qui sont fournies par les médecins.

Prestations en nature

Les soins, médicaments, etc. qui sont fournis à l'assuré en vertu d'un contrat d'assurance.

Prime

Somme que l'assuré doit payer à l'organisme assureur. Somme allouée à un assuré qui se soumet à certains examens favorisant la prévention des maladies. Exemple: La prime de maternité versée aux femmes qui ont subi les examens prénataux dans les délais prescrits.

Régime

Ensemble des règles qui régissent les modalités d'application à un groupe de citoyens d'une assurance sociale ou privée ou des mesures de sécurité sociale.

Régime de soins

Celui visant à fournir les soins.

Risques

Du point de vue de l'assuré: éventualité aux conséquences préjudiciables et dont il est responsable. Du point de vue de l'as-

sureur: éventualité dont la réalisation entraîne pour l'organisme assureur l'obligation de payer. Exemples: risques-vieillesse, risques-maladie, risques-décès, risques-maternité, risques-invalidité, gros risques, petits risques. Par extension, ce mot désigne l'objet même qui est assuré.

Sécurité sociale

1^o Ensemble des textes législatifs et réglementaires qui ont pour objet de garantir les particuliers et les familles contre certains risques.

2^o Ensemble d'institutions assurant la sécurité d'une part croissante de la population à l'égard d'un certain nombre de besoins.

Service (souvent au pluriel)

1^o Organisme, partie d'un organisme, d'une administration, d'un établissement ou groupe d'organismes, destiné à fonctionner pour un usage déterminé dans l'intérêt de l'Etat, du public ou de l'ensemble dont il fait partie. Exemples: le service national de santé en Grande-Bretagne, le service d'hospitalisation du Québec, le service des consultations externes dans un établissement hospitalier, le service des prestations dans une compagnie d'assurance.

2^o Produit de l'activité de l'homme destiné à la satisfaction d'un besoin humain, mais qui ne se présente pas sous l'aspect d'un objet matériel. Dans le cas des professions médicales ou paramédicales, les services rendus portent le nom spécifique de soins.

Sinistre

Terme d'assurance générale qui s'emploie quelquefois par analogie dans l'assurance-maladie. Fait dommageable pour soi-même ou pour autrui et de nature à mettre en jeu la garantie de l'assureur. Exemples: évaluer, payer le sinistre, déclaration de sinistre.

Soins

Ensemble des moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé aux malades. Services rendus par les membres des professions médicales et paramédicales. Exemples: soins médicaux, soins dentaires, soins hospitaliers, etc.

Système de la capitation

Mode de rémunération du médecin par lequel celui-ci re-

çoit un montant fixe proportionnel au nombre de clients inscrits sur sa liste.

Tarif

Tableau ou liste des honoraires des praticiens et des auxiliaires médicaux.

Tarif conventionnel

Tarif établi par convention.

Tarif d'autorité

Tarif établi unilatéralement par l'Etat ou son représentant.

Tarif indicatif

Tarif suggéré par un syndicat médical ou un organisme autorisé mais qu'aucun médecin n'est tenu de suivre.

Tarif opposable

Tarif que sont tenus d'appliquer, dans le cadre de la convention, les praticiens qui y adhèrent, soit par le fait de leur affiliation au syndicat contractant, soit par le fait d'une déclaration individuelle.

Tiers-payant

L'organisme qui, en vertu d'une convention, verse directement au médecin les honoraires qui lui sont dus pour le traitement d'un malade. Système qui comporte une telle modalité.



TABLE DES MATIERES

	page
Présentation du rapport à son Excellence le Lieutenant-Gouverneur en Conseil du Québec.....	5
Texte de l'Arrêté en conseil du 9 avril 1965 concernant l'établissement d'un Comité de recherches sur l'assurance-santé.....	7
Membres, personnel de recherche et conseillers du Comité de recherches sur l'assurance-santé.....	9
INTRODUCTION GENERALE.....	11
- Mandat du Comité.	
- Présentation du rapport.	
- Travaux du Comité.	
- Plan du rapport.	
CHAPITRE I: L'ASSURANCE-MALADIE.....	17
- L'assurance-maladie et la sécurité sociale.	
- La profession médicale et l'effort social dans le domaine de la santé.	
- Caractéristiques générales de l'assurance-maladie.	
CHAPITRE II: JUSTIFICATION DES REGIMES DE SOINS.....	33
- L'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé et l'évolution de la pensée socio-économique.	
- La maladie: une des causes de la pauvreté.	
- La santé: un investissement.	
- Caractéristiques du marché des soins.	
BIBLIOGRAPHIE.....	43
GLOSSAIRE.....	45



