

C 328.4

Annexe 2 $\frac{48}{4}$



Province de Québec

**L'ASSISTANCE SOCIALE
DANS LA PROVINCE DE QUEBEC**

1608 - 1951

GONZALVE POULIN, o.f.m.
*Directeur de l'Ecole de Service Social
Université Laval*



Commission Royale d'Enquête sur les Problèmes Constitutionnels

1955

PRESENTATION

Nous avons demandé au révérend Père Gonzalve Poulin, o.f.m. de faire l'histoire de l'assistance sociale dans la province et la synthèse des mémoires qui nous ont été présentés sur les problèmes de l'assistance, du service social, de l'hospitalisation et du bien-être. Nul n'était mieux préparé que lui à faire ce travail.

Le révérend Père est docteur en sciences sociales de l'Université catholique de Paris; il possède un diplôme supérieur en sciences sociales et politiques de l'Université de Lille. Depuis plusieurs années, il est directeur des études à la Faculté des Sciences sociales de l'Université Laval et directeur de l'Ecole de Service social de la même Université. Il est aussi professeur titulaire de sociologie familiale et de philosophie du service social. Il a publié plusieurs ouvrages parmi lesquels on remarque surtout "Le Peuple est-il éduicable" , "Problèmes de la Famille Canadienne". Collaborateur assidu à plusieurs revues de service social, il est directeur fondateur de la revue trimestrielle "Service social" publié par L'Université Laval de Québec. Il a été l'âme dirigeante de la fondation du Conseil central des Oeuvres de Québec et du Service familial de Québec.

Nous lui sommes reconnaissants de sa contribution au travail de la Commission Royale d'Enquête sur les Problèmes Constitutionnels. Nous devons cependant, noter que les opinions qu'il émet dans cet appendice lui sont personnelles et n'engagent pas la responsabilité de notre Commission Royale.

LA COMMISSION ROYALE D'ENQUETE SUR LES
PROBLEMES CONSTITUTIONNELS

AVANT - PROPOS

La complexité croissante des problèmes de l'assistance sociale dans la province de Québec invite à une révision des fonctions et des structures de nos services de santé et de bien-être. La confusion présente s'explique par de nombreux facteurs tels que la révolution industrielle et urbaine, l'évolution rapide des conditions de vie, le nouvel équilibre de la population, la participation plus généreuse des pouvoirs publics et les idées modernes de bien-être et de sécurité répandues dans la population depuis la dernière guerre.

Par la loi de l'assistance de 1921, le gouvernement de la province avait cru régler pour longtemps les problèmes financiers des services hospitaliers qui provenaient surtout des contre-coups de la guerre 1914-18.

Dès 1930, la crise mondiale du chômage qui secoua si profondément l'économie et la vie sociale de la Province obligea les gouvernements fédéral et provincial à des interventions directes dans le domaine de l'assistance réservé jusque-là à l'initiative privée et aux municipalités.

La deuxième grande guerre et les années qui la suivirent, en accélérant le développement économique et le mouvement démographique, multiplièrent les interventions des pouvoirs publics dans le champ du bien-être et de la sécurité et rendirent définitivement précaire l'équilibre tripartit établi par la loi d'assistance de 1921.

C'est ce problème de l'évolution de l'assistance sociale du Québec dans sa perspective historique et sociologique, qu'étudie le présent travail.

Notre but tend à situer le rôle prépondérant de l'initiative privée dans le développement de l'assistance comme aussi des théories historico-religieuses qui l'ont inspiré. Même si nous nous attachons principalement à la période contemporaine avec les problèmes d'administration, de financement et de personnel qui la caractérisent depuis 1921, nous avons cru nécessaire de remonter jusqu'au début de l'ancien Régime pour mieux en saisir l'esprit et la continuité. Notre travail embrassera donc trois périodes historiques: la période de 1608 à 1760; celle de 1760 à 1921 et celle de 1921 à 1951.

P R E M I E R E P A R T I E

L a p é r i o d e 1 6 0 8 - 1 7 6 0

Chapitre premier

PREMIERS PLANS D'ORGANISATION SOCIALE ET CONTRADICTIONS ECONOMIQUES

Jusqu'à la loi de 1921, l'assistance sociale de la province de Québec évolue conformément à un mode établi dès les premières années de la colonisation française.

De type féodal et ecclésial, ce mode reproduisait, en petit, la structure d'assistance qui existait dans la France du XVII^e siècle. Cette assistance était basée sur la solidarité des groupes naturels de la famille et de la paroisse; elle tirait de l'Eglise et de l'Etat une aide complémentaire. Cette dernière, l'Eglise la dispensait par l'intermédiaire de ses instituts religieux qui élèvent l'exercice de la charité à la dignité d'un service religieux et lui donne ainsi une valeur hautement spirituelle. Tout en laissant à l'Eglise l'initiative de cette suppléance, l'Etat apportait l'appui de ses subventions financières et de ses privilèges.

Alors que des provinces récentes du Canada comme la Colombie connaissent surtout la forme publique d'assistance fédérale ou provinciale et que les vieilles provinces anglaises du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Ecosse introduisent au Canada le système élizabéthain du "Poor Law" qui fait surtout relever des municipalités le domaine de l'assistance, Québec, dès ses origines, maintient une forme d'assistance reposant avant tout sur l'initiative privée.

Ce système privé se développait à Québec au moment même où la Métropole subissait déjà la contrainte du pouvoir absolu de la monarchie qui tentait, avec succès, de mettre la main sur les institutions d'assistance en remplaçant partout les conseils et le personnel ecclésiastiques par des administrateurs laïques nommés par le roi (1)

(1) Dès 1505, un arrêt du Parlement de Paris du 2 mai fait passer la gestion de l'Hôtel-Dieu de Paris entre les mains de 12 notables de la cité. cf. Deux siècles d'histoire hospitalière, p. 20; Docteur Pierre Vallery-Radot.

La direction épiscopale et religieuse qui distingue l'institution d'assistance du Québec en fait l'unité et la stabilité et la différencie déjà des institutions similaires de la France. Pour mieux saisir sa genèse et sa formation, nous étudierons brièvement dans ce chapitre les premiers plans d'organisation sociale de la colonie de Québec et les difficultés économiques qui en ont retardé la réalisation. Nous analyserons ensuite le rôle respectif de l'Etat et de l'Eglise dans l'organisation des premiers services de santé et de bien-être.

Le caractère particulier de l'organisation sociale du Québec se dessine dès ses origines. C'est le 3 juillet 1608 que Champlain arrive à Québec avec une trentaine d'hommes, dont le chirurgien Bonherme. "Il débarqua, écrit l'historien Garneau, sur la petite pointe de terre qu'occupe aujourd'hui la basse-ville. Il la fit défricher et y fit élever d'abord quelques cabanes. La nature semblait avoir formé le plateau que baignent le fleuve St-Laurent, la rivière du Cap Rouge et la rivière St-Charles, pour être le berceau de la colonie et, plus tard, le siège d'un empire. Champlain y fixa son établissement. Il mit tout son monde à l'oeuvre. Les uns élevèrent une habitation spacieuse et fortifiée, les autres défrichèrent la terre et exécutèrent d'autres travaux plus ou moins indispensables. Le mouvement et le bruit remplacèrent le silence qui avait régné jusque-là sur cette rive déserte et annoncèrent aux Sauvages l'activité européenne et la naissance d'une ville qui allait devenir bientôt l'une des plus fameuses du Nouveau-Monde". (1)

Ce pays âpre et rigoureux ne devait donner ses richesses qu'à la suite d'un travail dur et opiniâtre dont l'initiation fut particulièrement coûteuse aux compagnons de Champlain. Dès les premiers jours de la fondation, des ouvriers mécontents ourdissent un complot contre le fondateur, dont la dénonciation amène la pendaison de Jean Duval, le chef de la conspiration, et le rapatriement de ses trois associés. Le premier hiver canadien coûte la vie à seize compagnons de Champlain dont Bonherme, premier chirurgien de la colonie; six meurent de dysenterie et dix de scorbut. Au printemps suivant, il ne restait que huit compagnons à Champlain.

En dépit de travaux et de difficultés de toutes sortes, l'administrateur du petit poste de fourrures de Québec, trouve le temps d'entreprendre des guerres contre les Iroquois, de poursuivre des explorations et de fructueuses activités commerciales à l'avantage de son maître, monsieur de Monts. En 1609, le 18 juin, il conclut un traité avec les Algonquins contre les Iroquois et entreprend une expédition de guerre contre les nouveaux ennemis qui mettront la jeune colonie en alerte jusqu'en 1666. En 1610, il poursuit une nouvelle expédition contre les Iroquois et explore en 1615 les lacs

(1) Garneau, Frs.-Xavier, Histoire du Canada, T.1, p.73. Edition Alcan

Hurons et Ontario.

C'est après cette première pénétration du milieu qu'il dresse son plan d'organisation sociale de la colonie. Québec ne peut rester un simple poste de commerce mais doit devenir un centre de culture et de civilisation chrétienne. Aussi songe-t-il à s'adjoindre des missionnaires pour l'aider dans son aventure civilisatrice. L'idée de mission allait populariser en France l'idée de colonisation.

De passage en France au mois d'août 1613, Champlain, avec la coopération du sieur Houel, secrétaire du roi et contrôleur général des salines de Brouage, entreprend des démarches fructueuses auprès du Père Bernard du Verger, récollet. Dès 1615, quatre missionnaires récollets quittent Honfleur avec Champlain et arrivent à Québec le 2 juin de la même année.

Ainsi commence à se réaliser le plan qu'il exposait au roi: 1) afin que ce saint oeuvre soit béni de Dieu, d'y mener, disait-il, d'abord quinze religieux récollets, lesquels seront logés en un cloître qui sera proche de l'Eglise de Québec, "que Champlain voulait dédier au Rédempteur", en signe et commémoration du bien qu'il plaira à Dieu faire à ces pauvres peuples, lesquels n'ont aucune connaissance de son saint Nom; de porter la volonté du roi à les faire venir à la connaissance de la sainte foi chrétienne et au giron de notre mère sainte Eglise; 2) Y amener trois cents familles, chacune composée de quatre personnes, savoir le mari et la femme, fils et fille ou serviteur et servante, au-dessous de l'âge de 20 ans, scavoir les enfants et les serviteurs.

3) "Et d'autant que tous les Etats qui subsistent sont appuyés politiquement sur quatre arcs-boutants, lesquels sont la force, la justice, la marchandise et le labourage, ayant ainsi parlé en premier lieu pour ce qui est de l'Eglise, il est nécessaire d'y porter la force, laquelle sera de trois cents bons hommes bien armés et disciplinés, et lesquels néanmoins ne laisseront pas de travailler à tour de rôle à ce qui sera nécessaire, n'étant besoin aux établissements de colonies d'y porter des gens de quelque qualité que ce soit qui ne sachent gagner leur vie."

4) "pour l'établissement des autres parties de l'Etat, scavoir: la justice, le commerce et le labourage, Sa Majesté sera très humblement priée députer quelques-uns de son conseil, pour établir et ordonner les lois fondamentales de l'Etat, par lesquelles toutes les chicaneries et procédures de ces quartiers seront retranchées et tous les différents terminés à la troisième tenue des causes et sans qu'il soit besoin de procureur ni d'avocat et que la justice se fasse gratuitement." (1)

(1) Voyages de Champlain, Vol. 2, p. 332 et ss. Ed. Biggar, Toronto.

Ces sept années de tâtonnements avaient donc permis à Champlain de dessiner le plan idéal de sa colonie de Québec dont il entrevoyait la prodigieuse prospérité dans une lettre qu'il écrivait à la Chambre de Commerce de Rouen: "les bons effets économiques de la nouvelle colonie et les richesses commerciales que la Métropole en pourra tirer par une judicieuse exploitation pourront s'élever à un million de livres annuellement pour les industries maritimes, neuf cent mille livres pour les industries forestières, cinq cent mille livres pour l'agriculture, sept cent mille livres pour les textiles indigènes, un million de livres pour les mines et quatre cent mille livres pour les fourrures.

Ce premier plan d'organisation sociale de Champlain fut complété par le plan de colonisation des Récollets. En effet, les problèmes d'établissement, leurs travaux apostoliques et les obstacles qu'ils avaient rencontrés avaient permis à ces premiers missionnaires de se faire une idée exacte de la situation et d'élaborer un plan pour l'accomplissement duquel ils travaillèrent sans relâche jusqu'à la prise temporaire de Québec en 1629.

Dans sa Relation au Cardinal François de Joyeuse, président de l'Assemblée du clergé de France, lors des Etats Généraux de 1624, le récollet Denys Jamet, qui revenait d'un voyage d'exploration au Sault-Saint-Louis, déclare que, pour établir la civilisation chrétienne, il importait d'abord de coloniser le pays de français dont les bonnes moeurs et l'influence conquerraient peu à peu les peuplades sauvages. "S'il y avait des colons, nous demeurerions avec eux en de petites maisons retirées. Les sauvages, même les vagabonds comme les Algonquins et les Montagnais, s'appriivoiseraient peu à peu, voyant le fruit du labeur. Ceux qui sont en haut (les Hurons) descendraient et les Français avanceraient tant qu'ils voudraient vers le midi et ainsi nous les instruirions tous chacun selon sa portée." (1)

Champlain pensait comme les Récollets. "Il faut des peuples et des familles françaises, écrit-il, pour les tenir (les Hurons) en devoir, et avec douceur les contraindre à faire mieux et par bons exemples les émouvoir à correction de vie. Le père Joseph le Caron (Récollet) et moi les avons maintes fois entretenus sur ce qui était de notre créance, lois et coutumes; ils écoutaient avec attention en leurs conseils, nous disant quel-

(1) Cité par O. Jouve dans "Les Franciscains et le Canada" pp. 66-67

quefois: tu dis choses qui passent notre entendement. Mais si tu veux bien faire, est d'habiter ce pays, et amener femmes et enfants, lesquels venant en ces régions, nous verrons comme tu sers ce Dieu que tu adores, et de la façon que tu vis avec tes femmes et enfants, de la manière que tu cultives les terres et ensemences, et comme tu obéis à tes lois et de la façon que tu nourris les animaux et comme tu fabriques tout ce que nous voyons sortir de tes inventions. Ce que voyant, nous apprendrons plus en un an qu'en vingt à ouïr discourir, et si nous ne pouvons comprendre, tu prendras nos enfants qui seront comme les tiens; et ainsi jugeant notre vie misérable au prix de la tienne, il est aisé de croire que nous la prendrons pour laisser la nôtre". (1)

Les Récollets et Champlain se mirent immédiatement à l'oeuvre. Champlain organisa un jardin d'acclimatation de plantes potagères et les Récollets mirent sur pied une ferme de démonstration. (2) L'agriculture s'avérait le moyen par excellence, pour coloniser et peupler le pays. Mais il fallait aussi songer à répondre vis-à-vis des colons et des sauvages à ces premiers besoins d'une société policée que sont l'éducation et le soin des malades.

Déjà le père Denys Jamet, dans une relation du 15 août 1620 au grand vicaire de Pontoise, Charles de Boues, indiquait qu'une fois posées les bases d'une ferme d'expérimentation à Notre-Dame des Anges, l'étape suivante qui s'imposait était la fondation d'un séminaire pour les sauvages et aussi les Français. Dans sa réponse au père Jamet, Charles de Boues résume bien le plan du futur séminaire et aussi le type d'institution polyvalente qui devait se répandre en Nouvelle-France. Il écrit, en effet, que le nouveau couvent de Notre-Dame des Anges servirait en même temps de forteresse contre les incursions des ennemis, de séminaire pour les enfants sauvages et aussi "de lieu pour exercer la charité envers les malades!" (3) Le prince de Condé voulut bien aider la réalisation de ce projet par un don de cinq cents écus. Le sieur Houel et Charles de Boues devinrent aussi les bienfaiteurs du séminaire. A partir de 1620, les Récollets eurent toujours des enfants sauvages et quelques français au séminaire de Saint-Charles. Quant au projet d'hôpital annexé au séminaire, des facteurs économiques et la prise de Québec en ajournèrent la réalisation jusqu'à l'arrivée des hospitalières en 1639.

(1) Champlain, *Oeuvres complètes*, Ed. Laverdière pp. 575-77.

(2) Sagard, Gabriel, *Hist. du Canada*, T. 1, pp. 70-71.

(3) Sagard, l.c. pp. 75-76.

LA CONTRADICTION DES FORCES ECONOMIQUES

Les difficultés que rencontrèrent Champlain, les Récollets et plus tard les Jésuites à réaliser le plan de civilisation chrétienne par la colonisation et l'agriculture vinrent d'abord de l'idée mercantile que les marchands se faisaient de l'économie coloniale et du caractère monopolistique de l'entreprise commerciale.

De 1608 à 1663, la colonie de Québec demeure sous le contrôle exclusif des compagnies de marchands, qui organisent de la Métropole le commerce des fourrures. En retour du privilège de la traite, ces compagnies promettent d'appuyer l'oeuvre des missionnaires et des colonisateurs.

En fait, l'entreprise économique basée sur la seule traite des fourrures, entre en conflit avec l'entreprise agricole. Alors que la riche vallée du St-Laurent favorisait une agriculture stable, le système continental des voies fluviales poussait à l'expansion du commerce des fourrures. Cela explique que le peu d'empressement des compagnies à favoriser la colonisation et la civilisation comme en témoignent le récollet Sagard, Champlain, et plus tard les Jésuites et monseigneur de Laval.

Durant toute la période d'économie de frontière qui va de la fondation de Québec jusqu'aux premières années du XVIII^e siècle, l'intégration de ces deux formes d'entreprises fut quasi-impossible; bien plus, leur opposition ouverte menaça la stabilité de l'Ancien Régime.

Le commerce des fourrures prélevait parmi la population jeune et vigoureuse de la colonie une relève continue de commis qui constituèrent le type social bien connu des coureurs de bois mais désagrégeaient d'autant la famille, la seigneurie et toute l'organisation agricole qui en dépendait.

Cette situation s'améliora avec le gouvernement personnel de Louis XIV en 1663 qui prit un intérêt direct à l'entreprise agricole et lui permit de se développer en dépit de la saignée constante des forces de travail causée par le commerce des fourrures.

Le coureur des bois fut aussi à l'origine des premiers problèmes d'assistance de la colonie. Il constitue un facteur permanent de désintégration de la culture sociale des Indiens, qui devinrent de plus en plus dépendants des modes de vie des Français. Cette remarque d'un vieux sauvage gaspésien rapportée par Chrétien LeClerc dénote les mauvais effets des contacts entre les coureurs des bois et les sauvages sur le bien-être de ces derniers. "Avant l'arrivée des Français, en ces quartiers, dit-il, les Gaspésiens ne

vivaient-ils pas plus longtemps qu'à présent? Et si nous n'avons plus parmi nous de ces vieillards de cent trente à quarante ans, n'est-ce pas parce que nous prenons insensiblement votre manière de vivre, l'expérience nous faisant assez connaître que ceux-là d'entre nous vivent davantage qui méprisent votre pain, votre vin et votre eau de vie, se contentant de leur nourriture naturelle de castor, d'originaux, de gibier et de poisson selon l'usage de nos ancêtres et de toute la nation gaspésienne."(1)

Par contre-coup, le contact des coureurs des bois avec les sauvages développa chez les premiers l'esprit d'imprévoyance, d'extravagance et de dissipation qui en fit des dépendants sociaux, une fois devenus impropres à ce métier. Comme l'écrit Clark: "une grande part de la misère de la colonie résulte indirectement sinon directement de l'influence dissolvante du commerce des fourrures. Le paiement en usage pour les coureurs des bois qui leur était attribué à leur retour à Montréal, l'exemple d'imprévoyance et d'indolence des sauvages encourageaient chez eux des habitudes de dissipation qui laissaient les employés, devenus vieux, démunis et sans moyen de subsistance."(2) Ajoutons que la famille et l'entreprise agricole souffraient à leur tour de ce métier. D'abord le caractère nomade du coureur le rendait impropre aux travaux de défrichement dont il ne pouvait supporter la monotonie ni la dureté. Comme ce métier exerçait un grand attrait sur les fils des seigneurs, il fut l'une des causes du lent défrichement et des nombreuses famines dues, sans doute, à l'absentéisme des seigneurs, à la pauvreté des techniques agricoles, à la difficile adaptation à de nouvelles conditions de sol et de climat mais aussi à la participation d'un trop grand nombre de colons (3) au commerce des fourrures. Par ailleurs, la liberté et la mobilité du métier émancipaient ces jeunes gens des contrôles familiaux et communautaires et les entraînaient, à l'exemple des sauvages, à des excès de conduite qu'on peut constater dans les nombreux règlements publics contre l'alcoolisme.

Cette contradiction des forces économiques persista jusqu'à la faillite des comptoirs de traite des Grands Lacs vers 1700. La fermeture des marchés rapprochés poussa à une plus grande concentration, à des investissements plus considérables et ferma ce commerce aux petits entrepreneurs d'autrefois. Elle ouvrit l'ère des grands trafiquants du Nord-Ouest qui dura jusqu'à la conquête de 1760, date où le marché des fourrures passa aux mains des marchands anglais.

(1) Chrétien LeClercq; Nouvelle Relation de la Gaspésie, pp. 346-47. Edit. Champlain.

(2) Clark, S.D. The social Development of Canada, p.30, Toronto

(3) Leur nombre s'éleva jusqu'à 1500, d'après Massicotte.

La faiblesse de la structure économique sous l'Ancien Régime presque uniquement axée sur l'industrie non diversifiée des fourrures fut un facteur de dépendance sociale; elle influença la politique des alliances avec les tribus indiennes et devint indirectement une cause de guerre. Elle retarda l'oeuvre de colonisation, diminua la cohésion de la famille canadienne, affaiblit l'autorité des parents et la fidélité conjugale, développa le problème social de l'alcoolisme des sauvages et des blancs. Par ailleurs, cette industrie n'enrichit pas la colonie du fait que les directeurs habitaient la Métropole; ce qui explique que la colonie soit allée chercher en France l'argent nécessaire à ses fondations charitables.

L'intendant Talon aura un succès partiel dans son effort pour diversifier l'économie canadienne en créant des chantiers maritimes sur la rivière St-Charles, en construisant des tanneries et une brasserie, en encourageant les industries domestiques et l'exploitation des mines, en établissant des relations commerciales avec Boston, les Antilles et l'Europe. Malheureusement, ce mouvement sera peu encouragé après son départ.

Chapitre deuxième

LE ROLE DE L'ETAT DANS L'ORGANISATION DU BIEN-ETRE DE 1608 à 1760

Le caractère dispersé de l'industrie des fourrures qui rendait difficile son intégration avec l'entreprise agricole ne lui permettait pas de jouer un rôle positif dans l'organisation des services d'assistance des individus et des familles. Par ailleurs, l'Etat, à ces débuts, ne pouvait puiser dans ses ressources inexistantes, pour répondre aux besoins d'assistance de l'époque. Il se déchargea pour une bonne part de ce soin sur l'Eglise, débordé qu'il était par ses problèmes militaires.

De 1608 à 1663, période où l'activité des coureurs de bois obstrue littéralement l'oeuvre de la colonisation, l'action des pouvoirs publics est neutralisée par les privilèges concédés aux compagnies de traite.

En 1663, Louis XIV, prenant en mains la direction des affaires de la France, daigne se souvenir de la colonie du Canada et en accélère l'organisation sociale sous le signe de l'absolutisme royal et de la centralisation.

Une première organisation civile avait bien existé dès 1648 avec la création du Conseil Souverain dont les pouvoirs étaient à la fois judiciaires, administratifs et législatifs. Ce gouvernement civil assimilait le Canada à une province française. Il se composait du gouverneur, de l'intendant et de cinq conseillers, tous nommés par le roi. La Coutume de Paris devint loi du pays.

En 1651 fut créée par Jean de Lauzon, la Sénéchaussée de Québec pour l'exercice de la justice civile et criminelle, exercée jusque-là par le gouverneur. Ce nouvel organisme comprenait: le grand sénéchal; un lieutenant-général; un lieutenant particulier; un procureur fiscal. C'était une réplique exacte des sénéchaussées des provinces de France.

En 1663 il y eut une tentative pour donner à Québec l'institution municipale avec la nomination par l'assemblée générale des habitants de Québec, d'un maire et de deux échevins dont les fonctions assignées par le Conseil Souverain consistaient à s'occuper des affaires publiques de la ville.

Monsieur Jean-Baptiste Le Gardeur de Repentigny fut élu premier maire de Québec avec messieurs Jean Madry et Claude Charon comme échevins. Cette initiative fut désapprouvée par le pouvoir royal et dès le 14 novembre de la même année, le maire et les deux échevins avaient donné leur démission.

Un avertissement de Colbert au gouverneur Frontenac exprime bien la mentalité centralisatrice de l'époque: "L'assemblée et la division que vous avez faites de tous les habitants en trois ordres ou états, pour leur faire prêter le serment de fidélité, dit-il, pouvait produire un bon effet dans ce moment. Mais il est bon que vous observiez que, comme vous devez toujours suivre dans le gouvernement et la conduite de ce pays-là, des formes qui se pratiquent ici, et que nos rois ont estimé du bien de leur service depuis longtemps de ne point assembler les Etats Généraux de leur royaume, pour peut-être anéantir insensiblement cette forme ancienne; vous ne devez aussi donner que très rarement, et pour mieux dire jamais, cette forme au corps des habitants du dit pays, et il faudra même avec un peu de temps, et lorsque la colonie sera plus forte qu'elle n'est, supprimer insensiblement le syndic qui présente des requêtes au nom de tous les habitants, étant bon que chacun parle pour soi, et personne ne parle pour tous." (1)

Ce climat politique est bien différent de celui des "Town Meetings" des colonies de la Nouvelle Angleterre où dominait un individualisme rude, indépendant et souvent turbulent.

Au Conseil Souverain revenait donc l'administration méticuleuse de la colonie, des seigneuries et des villes. Ici se confrontent les théories opposées de l'Etat que Taché mettait en parallèle quand il écrivait: "que le système anglais fait à l'Etat une part moins large et lui impose des obligations bien moins onéreuses. Il abandonne à l'esprit d'association le soin de s'occuper de bien des choses de l'ordre public et se dispense de lui créer des restrictions et de lui imposer des charges. D'après le système français, l'Etat, comme représentant la collection de tous les individus qui composent la société, doit étendre sa surveillance et sa protection, et par conséquent, l'action de son autorité à tout ce qui a trait aux choses de la vie de relation dans l'ordre public il se charge de faire, ou de diriger au moins, tout ce que les particuliers ne pourraient faire ou pourraient ne faire qu'imparfaitement." (2)

(1) Morin, Emile: La municipalité, page 8. Edit: Université Laval

(2) Taché, J.-C.: Des provinces de l'Amérique du Nord, pages 211-13, de 1858.

Une ordonnance de 1667 réglait la procédure civile des cours. Les appels pouvaient être portés devant le Prévôt de Québec ou devant les tribunaux, en dernier ressort, de Québec, Trois-Rivières et Montréal. Cette organisation de la justice était peu coûteuse. Quoique les sanctions fussent sévères, l'histoire nous apprend que par suite de la mauvaise condition des prisons, les condamnés avaient souvent le moyen de les éviter par la fuite dans la forêt. D'Auteuil n'écrivait-il pas au ministre de Pontchartrain en 1704: "Depuis plus de quinze ans, je représente que les prisons ne sont pas propres pour retenir les criminels et l'expérience fait voir, depuis ce temps, qu'il s'en évade autant qu'on y en met." (1)

Les mesures royales se succèdent pour pousser les plans de colonisation mis en avant par Champlain et les Récollets. Louis XIV tente de créer une élite rurale en activant dans la colonie le développement du régime seigneurial. A cause de son caractère surtout administratif et improvisé, ce système de développement agricole n'aura pas tous les bons effets attendus. Aussi ne survivra-t-il pas aux grands bouleversements du XIX siècle.

L'oeuvre de la colonisation grandit jusqu'en 1670. Le roi permet le licenciement des troupes de la colonie en faveur de l'établissement agricole. Il envoie personnellement et à ses frais 5000 à 6000 colons de 1663 à 1672. Par ailleurs, le système des engagés assure une sorte d'apprentissage à l'agriculture et permet un développement rationnel. Ce système est complété par des allocations aux colons. C'est de là que sortira le type de l'habitant canadien qui constitue un facteur de stabilité de la société québécoise avec ses appuis naturels que sont la famille et la paroisse.

Pour compenser les limitations de la politique d'immigration, l'accroissement naturel de la population est encouragé par des primes au mariage, aux familles nombreuses, des dots aux jeunes filles pauvres et des impôts aux célibataires. Dans une lettre de messieurs de Vaudreuil et Raudot au ministre, le 7 novembre 1711, on lit qu'il ne tient pas à ces personnages "que les filles et les garçons ne se marient, ils les exhortent assez à le faire, et le sieur Raudot même de son côté leur dit toujours que c'est l'intention de sa Majesté que les garçons se marient à l'âge de vingt ans et les filles à l'âge de seize ans, ayant fait connaître aux enfants, sans les écarter cependant du respect qu'ils doivent à leurs pères, qu'en 1668, il y a eu un arrêt rendu au conseil de sa Majesté qui fait défense aux pères de s'opposer aux mariages de leurs garçons quand ils auront vingt ans, à peine d'amende, et lorsque ces sortes d'empêchements du côté des pères se sont trouvés, il a rendu des ordonnances en conformité du dit arrêt; peut-être que le rétablissement que vous avez eu la bonté de faire faire des mariages

(1) Archives de la Province de Québec, page 14, 1922-23

(quoique ce soit très peu de chose) les y portera." (1)

Les coureurs des bois restèrent-ils insensibles à ces avances? Il semble que oui par l'ordonnance de Talon du 20 octobre 1671 qui "oblige les célibataires à épouser les filles qui arrivent de France sous peine d'être privés des privilèges de pêche, chasse et traite des fourrures." (2)

Les ordonnances de l'Ancien Régime contiennent plusieurs règlements publics sur l'hygiène. En 1664, Québec connaît son premier règlement d'hygiène comme on peut le lire dans le procès-verbal de la séance du 21 avril 1664 du Conseil Souverain: "Sur ce qui a été remontré par le procureur général du roi que les habitants de la basse-ville jettent indifféremment des pailles et fumiers dans les rues, lesquels venant à sécher, il y aurait beaucoup à craindre que le feu venant à s'y mettre il s'en suivit l'incendie total de la dite basse-ville s'il n'y était apporté remède, le Conseil voulant y pourvoir a ordonné et ordonne que tous les habitants de la dite basse-ville chacun à son égard dans l'étendue et consistance de leurs maisons nettoyeront les rues de pailles, fumiers et toutes autres choses qui pourraient communiquer le feu, dans la huitaine à peine de dix livres d'amende payables sans déport par les contrevenants; défenses à l'avenir de jeter aucunes pailles ni fumiers dans les dites rues sous mêmes peines, et sera la présente lue, publiée et affichée aux lieux ordinaires afin que nul ne l'ignore. (3)

D'autres ordonnances avaient trait à la qualité du pain, aux abattoirs, aux porcheries, aux latrines, à la destruction des vidanges.

En 1706, le Conseil supérieur de la Nouvelle-France adopte des règlements concernant spécialement l'approvisionnement de la viande de boucherie. Lorsqu'ils se proposent d'abattre des animaux, les bouchers doivent avertir le procureur du roi ou son délégué, au moment de l'abatage, afin qu'il soit présent et puisse vérifier la qualité de la viande.

Avant de pouvoir apporter de la viande à la ville, les cultivateurs sont requis d'avoir en main et de présenter au procureur du roi un certificat provenant du juge de l'endroit, s'il y en a un dans la localité, sinon

(1) Rapport de l'Archiviste, Québec, pp. 238-39-425, 1946-47. Le roi avait rétabli la subvention annuelle de 3,000 livres pour doter 60 filles (7 juillet 1711)

(2) Bulletin des recherches Historiques, p. 169, 25; 1919.

du Seigneur, du curé ou de l'officier de milice, établissant que l'animal n'était pas malade, qu'il n'était pas mort par immersion et qu'il n'avait pas été empoisonné. A la suite de quoi, le procureur du Roi émettait le permis de vente.

Quant au problème de la dépendance, il pouvait être causé par plusieurs facteurs: soit l'imprévoyance des coureurs des bois, soit la condition des colons. Plusieurs édits du roi tentent de réglementer la trop grande liberté de ce commerce par des peines ou la perte du privilège de la traite. Il pouvait surgir aussi d'une mauvaise qualité de colons, incapables de s'adapter aux difficile labeur des premiers défrichements. Une délibération du Conseil Souverain du 15 octobre 1663 nous apprend qu'au regard "des personnes incapables de travailler au défrichement des terres ou autrement inutiles au pays tant à cause de leur âge caduc, infirmités naturelles, maladies que pour leurs services et mauvais comportements, telles personnes seront renvoyées en France le plutôt que faire se pourra et leurs passages payés des deniers publics". (1)

Des édits de 1677 et 1683 leur défendaient de mendier dans la ville de Québec et défendaient à la population de leur donner la charité. Pour mieux assurer ces défenses légales de la mendicité, nous verrons plus tard le roi permettre la fondation de bureaux des pauvres pour venir en aide aux dépendants temporaires et la construction des hôpitaux généraux pour habiter les invalides chroniques.

Dès l'épiscopat de monseigneur de Laval, s'organisent des Comités des pauvres pour assister ceux qui étaient temporairement dans le besoin. Mais ce n'est qu'en 1688 que furent autorisés pour les villes et les campagnes les bureaux des pauvres qui existaient dans la plupart des villes de France et surtout à Paris.

Cette forme d'assistance à domicile est l'une des plus caractéristiques de l'Ancien Régime. Elle se rapproche à la fois du service familial moderne et du bureau municipal d'assistance. Ses principaux caractères sont les suivants. D'institution publique, le bureau des pauvres est administré par un Comité de bénévoles à la tête duquel se trouvent le curé, un directeur-trésorier et un directeur des pauvres. Le fonds d'assistance est constitué par des dons volontaires ou des collectes à

(1) Jugements et délibérations du Conseil Souverain de la Nouvelle-France, p. 29, T.1.

domicile ou des quêtes dans les églises ou même des amendes imposées. Le bureau s'occupe surtout de la réhabilitation du pauvre. Le curé a pour fonction de découvrir les pauvres honteux. Les secours sont distribués en argent, en outils ou matériaux et en travail.

Il était défendu aux cabaretiers et "à tous autres d'acheter des dits pauvres leurs outils et hardes qu'ils ne pourront vendre sous quelque prétexte que ce soit".

"Les dits directeurs exclurent du bureau les fainéants et glorieux qu'ils renverront travailler; mais les pauvres honteux que l'on connaîtra d'ailleurs attachés au bien de leur famille et n'être point débauchés, leur seront en très grande considération, et les vieillards seront assistés, en gardant pour les uns et pour les autres un très grand ménagement, ne donnant que le nécessaire absolu, le tout à l'arbitrage des dits directeurs."(1)

L'Etat s'occupait d'aider aussi les services hospitaliers de l'Eglise en leur versant de légères subventions. Il prenait enfin à sa charge le soin des enfants illégitimes.

Le taux de ces illégitimes fut d'abord assez peu élevé. L'historien Ferland qui a compulsé soigneusement les actes de baptême de la ville de Québec de 1621 à 1690, assure qu'il n'est fait mention que d'un seul illégitime sur 674 enfants baptisés.(2)

L'organisation de l'assistance était simple. "Aussitôt après leur naissance, écrit Salone, les bâtards sont, de droit, les pensionnaires du Domaine. Le procureur du roi, le procureur fiscal, ou dans les lieux où il n'y a pas d'officiers de justice, le curé leur choisit une nourrice à raison de quarante-cinq livres le premier quartier, de trente livres les quartiers suivants. Cette assistance se prolonge jusqu'à leur adolescence, jusqu'au moment où ils pourront être engagés à des habitants."(3)

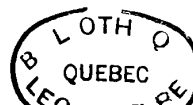
J.C. Bonnefons dans son Voyage au Canada décrit la maison du lieutenant du roi à Québec où l'on déposait les enfants trouvés qui sont, dit-il "élevés à la campagne jusqu'à ce qu'ils soient en âge de gagner leur vie, ou qu'ils aient été adoptés; ce qui arrive presque toujours dans ce pays où les habitants sont naturellement humains et hospitaliers"(4). En 1736,

(1) Arrêts et règlements du Conseil Supérieur, T.2, p.119.

(2) Roy, P.-G. Québec sous le régime français, T.1, p. 24

(3) Salone, Emile: La colonisation de la Nouvelle France pp. 355-56

(4) Bonnefons, J.C: Voyages au Canada Nord de l'Amérique Septentrionale, p. 33 ss. 1751.



sur 390 naissances illégitimes, on ne compte que 12 ou 13 décès, preuve que les nourrices sont bien choisies. Mais la situation change en 1748, alors que l'intendant Hocquart signale une mortalité plus élevée chez les nourrissons. Il donne ordre au procureur du roi de porter une attention spéciale au choix des nourrices qui recevaient en ce temps 4 à 5 livres pour les premiers mois et 10 livres par mois par la suite jusqu'à ce que l'enfant atteigne 18 mois.

Le procureur du roi les plaçait alors dans de bonnes familles jusqu'à l'âge de 17 à 20 ans. Salome rappelle qu'en 1752, le coût d'entretien de ces enfants par l'Etat s'élevait à 12153 livres, ce qui portait le nombre des illégitimes à une centaine si l'on tient compte de l'entretien de chaque enfant qui coûtait annuellement 120 livres. En 1757, le coût était de 18500; il atteindra peu avant la conquête 24 000 livres. Cette hausse s'explique par l'état de guerre et la présence inaccoutumée de nombreux prisonniers, soldats et marins. La population de la province atteignait alors environ 70 000 âmes. Signalons encore qu'en 1722, on remit en vigueur une loi de Henri II qui punissait de mort les malheureuses filles qui cachaient leur grossesse. L'histoire rapporte qu'une de ces filles fut pendue en 1732.

Ajoutons encore que l'Etat payait les frais d'hospitalisation des marins dans les Hôtels-Dieu et les Hôpitaux Généraux

Le rôle joué par les pouvoirs publics dans le domaine de l'hygiène et dans l'établissement de la loi du domicile, s'exprime par un contrôle méticuleux, centralisé et même tracassier.

Toute l'assistance est abandonnée à l'Eglise et à l'initiative privée. L'Etat n'intervient plus tard que pour accorder la reconnaissance juridique aux institutions et pour suppléer par des subventions d'argent à l'insuffisance des dons privés.

En définitive, l'assistance relevait des solidarités naturelles. La vie s'interprétait alors en termes familiaux et paroissiaux. Comme l'écrit M. Esdras Minville: "La charité privée, individuelle et organisée, assumait le fardeau complet de l'assistance. Le soin des pauvres, des infirmes et des malades, était considéré comme le devoir de l'individu et de la famille et, à défaut de ceux-ci, de l'unité sociale la plus rapprochée. Chaque famille prenait soin de ses infirmes, de ses vieillards et des orphelins de la parenté immédiate, voire du voisinage; chaque paroisse s'occupait de ses pauvres. Il existait même, au dire de l'un de nos premiers sociologues, Léon Gérin, une certaine émulation entre les paroisses, à qui traiterait le mieux ses pauvres. Les hôpitaux, les orphelinats, les hospices fondés et entretenus par les congrégations religieuses tiraient leurs ressources de la charité privée, et accueillaient, moyennant une rémunération

proportionnée aux moyens de l'assisté, souvent à titre gracieux, les malades, les orphelins, les infirmes et les vieillards sans familles" (1).

Il revenait aux pouvoirs publics d'encourager le commerce et l'organisation rurale, de développer le système seigneurial et le système corporatif par l'introduction des contrats d'apprentissage pour les métiers organisés. Ce plan d'organisation sociale aurait eu des résultats merveilleux et aurait justifié le jugement de Garneau sur le système d'assistance trop développé à son sens, s'il avait pu fonctionner pleinement; si le système seigneurial avait fonctionné avec succès, si le défrichement des terres et la colonisation avaient marché rapidement, si la colonie avait pu s'appuyer sur une économie diversifiée au lieu que sur un monopole de fourrure. Mais l'état de misère presque endémique de la colonie causé par le mauvais fonctionnement de tous ces facteurs fit jouer à l'initiative privée un rôle irremplaçable comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

(1) Minville, Esdras: L'aspect économique du problème national des Canadiens-Français, les Éditions Bellarmin, No 436

Chapitre troisième

LA PARTICIPATION DE L'INITIATIVE PRIVEE A L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE, 1615-1760

En dépit de l'absolutisme royal et de la concentration du pouvoir, l'Etat n'assuma jamais la direction ni le contrôle de l'assistance sous l'Ancien Régime. Ce fait s'explique par la conception du temps sur les relations de l'Eglise et de l'Etat, conception qui s'exprimait dans un régime d'union très intime des deux pouvoirs. Cette union reconnaissait à l'Eglise une fonction globale d'assistance, le rôle de l'Etat se réduisant à celui d'approuvateur. Par ailleurs, les ressources limitées en colons et en argent de l'administration du temps rendaient ce désistement inévitable. On se souvient du mot de Colbert à Talon: "Bien que le Royaume de France soit autant peuplé qu'aucun pays du monde, il est certain qu'il serait difficile d'y entretenir de grandes armées et de faire passer en même temps de grandes colonies dans les pays éloignés." (1)

L'Eglise, grande coordinatrice de l'initiative privée, disposait de vastes moyens qu'elle pouvait orienter vers l'organisation de l'assistance. C'était justement une période de grand renouveau spirituel marqué par les initiatives charitables de saint Vincent de Paul. L'Eglise du Canada sut canaliser ce mouvement vers ses services d'éducation et d'hospitalisation. Dans un pays démuní d'hommes comme le Canada, l'Eglise pouvait mobiliser un personnel uniquement voué au travail désintéressé de la bienfaisance. Ses premières réalisations étonnèrent d'ailleurs un historien comme Garneau: "Tel était, dit-il, l'esprit religieux du temps que différents ordres monastiques purent, par les libéralités des personnes pieuses de France, élever au milieu des forêts du Canada, de vastes établissements d'éducation et de bienfaisance qui font encore aujourd'hui l'étonnement de ce pays." (2) L'Eglise exprimait dans ses activités charitables l'une des idées essentielles de sa mission. "Si l'on veut s'expliquer, écrit M. Esdras Minville, la physionomie particulière du régime social dans la province de Québec, il faut dégager deux notions absolument capitales dans l'enseignement catholique: celles de justice sociale et de charité. Car le

(1) Cité par Parkman, *The Old Regime*, p. 417

(2) Garneau, F.X.: *Histoire du Canada*, T.1, p. 85, Ed. Alcan.

caractère et le régime des oeuvres sociales sont ici l'expression concrète d'une doctrine et non le fait d'une simple évolution historique." (1)

L'un des caractères particuliers de l'assistance ecclésiastique de Québec était sa centralisation entre les mains de l'évêque. Bien des faits expliquent cette centralisation. Il y a d'abord le monarchisme absolu des rois de France qui accordait une place de primauté à l'Eglise dans l'organisation très hiérarchisée de la société du temps. Monseigneur de Laval avait accentué cette centralisation en exigeant le paiement des dîmes au Séminaire et en obligeant tous ses prêtres paroissiaux à résider au Séminaire. La société du temps avec son caractère de frontière, ses établissements agricoles dispersés et la mobilité du commerce des fourrures réduisait les élites rurales aux seuls officiers publics. Elle favorisait l'établissement de l'autorité religieuse comme aussi d'ailleurs celle de la famille, seul groupe primaire subsistant devant l'Eglise et l'Etat.

Le système d'assistance inauguré par l'Eglise s'intégrait dans le plan de développement agricole, ce qui en explique le caractère organique et institutionnel qui se manifestera plus clairement quand l'entreprise agricole aura réussi à se stabiliser vers la fin du XVIIe siècle. Aussi apparaît-il comme une force de durée, ce qui faisait dire à Albert Jamet: "Plus encore que dans son nom, dans ses activités charitables la France gravera son empreinte sur le continent où elle est entrée sous le règne de Henri IV et de Louis XIII " (2)

Par sa structure institutionnelle, ce système d'assistance apparaît enfin comme une assise de la jeune civilisation canadienne-française. " Il transforme la solidarité familiale en fraternité sociale et par le dévouement, la générosité et les sacrifices désintéressés des instituts religieux et du bénévolat laïc qu'il inspire, il développe l'unité spirituelle de la société naissante tout en marquant de caractère chrétien la culture canadienne-française.

Le grand effort institutionnel de l'Eglise en faveur des pauvres s'opère au XVIIe siècle. L'année 1635 voit les commencements du collège des Jésuites. En 1639, sont inaugurés l'Hôtel-Dieu et le couvent des Ursulines de Québec. En 1644, c'est le tour de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

(1) Minville, Esdras: Le Régime social dans la province de Québec, p. 45, Rapport Rowell-Sirois.

(2) Jamet, Dom Albert, Les Annales de l'Hôtel-Dieu, p. 2, Québec

En 1693, monseigneur de Saint-Valier ouvre l'Hôpital Général de Québec. En 1694, Jean-François Charron fonde sa communauté des Frères Hospitaliers de St-Joseph de la Croix et inaugure l'oeuvre de l'hôpital général de Montréal. En 1697, les Ursulines des Trois-Rivières, à la demande de Monseigneur de Saint-Valier, commençaient l'oeuvre de l'Hôtel-Dieu approuvé par lettres patentes du roi en 1702. Toutes ces oeuvres de bien-être furent des fondations pieuses richement dotées par des bienfaiteurs de la métropole, sauf les trois dernières. Aussi est-il important que nous analysions les plus caractéristiques.

L'HOTEL DIEU DE QUEBEC

Les hôpitaux du type de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital général constituaient en France une des parties importantes de l'assistance hospitalière. L'origine des hôtels-Dieu remonte au moyen-âge et la plupart ont été fondés par les rois de France. Par suite des progrès de l'autorité royale, de la mauvaise administration des hôpitaux, de la nécessité de réprimer la mendicité qui croissait sans cesse et des besoins financiers de ces institutions, on voit l'autorité publique intervenir de plus en plus dans les questions hospitalières. Ainsi l'ordonnance de Blois de 1579 ordonne de n'établir à l'administration des hôpitaux "que simples bourgeois, marchands ou laboureurs et non personnes ecclésiastiques, gentilshommes, archers, officiers publics, leurs serviteurs ou personnes par eux interposées."(1)

Un édit de 1612 ordonnait la réforme des hôpitaux de France.(2)

L'Hôtel-Dieu de Québec reste, à ses origines, dans ce contexte français avec sa fonction multiple, sauf que son administration ne sera pas laïque et que ses patients, dès le commencement, comprendront des catégories d'indigents et de citoyens de toutes les classes sociales.

Les Annales de l'Hôtel-Dieu débutent par ces paroles: "Il y avait plusieurs années que l'on souhaitait un hôpital en Canada, non seulement pour secourir le peu de Français qui l'habitaient, mais beaucoup plus pour soulager les Sauvages qui étaient sujets à de grandes maladies et qui n'avaient aucun moyen d'adoucir la misère dont ils étaient accablés, surtout dans leur extrême vieillesse ce qui faisait que ceux d'entr'eux

(1) Ordonnance de Blois, art. 65, 1579.

(2) Marion, Marcel: Dictionnaire des institutions de la France au XVII et XVIIIe s. article Hôpital. p. 275

qui suivaient leur ancienne et barbare coutume tuaient les vieillards pour mettre fin à leurs maux, croyant en cela leur rendre un grand service.

"Les missionnaires qui étaient ici ne doutant point que la charité que les Sauvages verraient exercer dans un Hôtel-Dieu ne contribuât à leur donner une très haute idée de notre sainte religion et que cela n'aidât beaucoup à leur conversion, s'employèrent fortement à représenter la nécessité de cet établissement. Les plus considérables habitants du pays en écrivirent aussi en France aux personnes de qualité et de piété avec qui ils avaient quelque liaison, et en Europe, ceux qui s'intéressaient pour le bien du Canada parlèrent si efficacement de l'avantage que cette colonie en retirerait, qu'en l'année 1636, Madame la duchesse d'Aiguillon prit la résolution d'en faire la fondation."(1)

Cet extrait des Annales fait connaître les buts, les causes et les auteurs du premier hôpital en Amérique. Le but charitable s'accompagne ici d'une idée missionnaire. Les religieuses hospitalières de Dieppe en acceptant de fonder cet hôpital ouvraient l'ère des religieuses missionnaires et "rompaient avec une tradition plus que millénaire et qui semblait immuable comme un dogme, prenaient alors une initiative sans précédent dans la pratique des nations chrétiennes."(2)

Du mois d'août 1639 à mai 1640, plus de cent malades étaient hospitalisés dans l'hôpital improvisé; deux cents Sauvages y avaient été traités qui souffraient de petite vérole, d'ulcères et de chancres. Dès son inauguration, l'Hôtel-Dieu de Québec eut son service des pauvres, son aide à domicile, son service des vieillards nécessiteux et malades. En 1658, avait lieu l'ouverture de la construction nouvelle avec "grande salle de lits des deux côtés, comme en France." Saint Vincent de Paul aura un mot d'appréciation pour l'Hôtel-Dieu de Québec dans son éloge des missions du Canada: "Il est vrai, écrit-il, que ceux qui m'ont fait l'honneur de vous rapporter l'estime que je fais des missions du Canada ont eu sujet de le faire, car, en effet, je regarde cet oeuvre comme l'un des plus grands qui se soient faits depuis 1500 ans, et ces saintes âmes qui ont le bonheur d'y travailler comme des âmes apostoliques qui méritent l'approbation et le secours de toute l'Eglise, particulièrement vous et votre communauté qui contribuez à l'assistance spirituelle et temporelle des pauvres et des malades qui est le comble de la charité chrétienne."(3)

(1) Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec, Ed. Jamet, pp. 7-8

(2) Les Annales de l'Hôtel-Dieu, Int. p. III.

(3) Lettres de S. Vincent de Paul, Edit. P. Coste, Tome IV, No. 7490.

L'HOPITAL GENERAL DE QUEBEC

Le type institutionnel d'hôpital général était beaucoup plus récent en France. C'était une création de Louis XIV pour lutter contre la mendicité. L'édit de fondation de l'hôpital général de Paris date de 1656. Il avait pour premier but d'unir dans une même administration un certain nombre d'hôpitaux et de maisons de correction de Paris. L'autre but consistait dans la moralisation, l'assistance et la répression de la mendicité. Pour désencombrer l'hôpital général de Paris, un édit de juin 1662 ordonna la fondation d'institutions semblables dans toutes les villes et bourgs du royaume.

L'idée d'un hôpital général à Québec remonte à monseigneur de Laval "pour servir d'asile aux pauvres qui n'étaient que trop nombreux au milieu d'une population peu considérable, et surtout peu à l'aise." Madame de Monceaux, veuve du premier procureur général du Conseil souverain, favorisait l'évêque dans ce pieux projet; mais des obstacles nombreux firent remettre l'entreprise à plus tard. Dès son arrivée en 1688, monseigneur de Saint-Vallier s'apitoya sur le sort des vieillards et des invalides sans ressources et les fit hospitaliser avec le concours des directeurs du Bureau des pauvres de Québec dans la maison de la Providence dirigée à la haute-ville par les soeurs de la Congrégation Notre-Dame.

C'était là une solution temporaire et le pieux évêque qui, comme aumônier du roi Louis XIV, avait vu les bons effets des hôpitaux généraux de France et les généreuses intentions royales à leur égard voulait stabiliser son oeuvre par la fondation d'un hôpital général. Il put réaliser son projet grâce à la collaboration des directeurs du bureau des pauvres qui l'acceptèrent et à la coopération des Récollets qui lui cédèrent leur couvent de Notre-Dame-des-Anges comme siège social du nouvel établissement. Les directeurs du bureau des pauvres auraient désiré pour le nouvel établissement un personnel laïc; mais monseigneur de Saint-Vallier préféra y mettre des religieuses afin d'y assurer plus de stabilité. C'est le 1er avril 1693 que quatre religieuses de l'Hôtel-Dieu de Québec entraient dans la nouvelle institution.

Dans son édit d'établissement, Louis XIV indiquait quelques raisons de cette fondation: "Nous avons appris, disait-il, que la peine qu'il y a à défricher et à cultiver les terres, détourne la plupart des habitants des dites colonies de ce travail, quoiqu'ils en dussent faire leur principale occupation et qu'ils aient assez de forces et assez de santé pour y travailler, de sorte qu'ils y sont réduits les uns à mendier et les autres à

se jeter dans les bois pour y vivre dans le libertinage avec les Sauvages, ce qui empêche les dites colonies d'être aussi peuplées qu'elles le devraient être et les désordres que cela cause dans le Canada pourraient encore aller plus loin si nous n'y apportions des remèdes convenables dont le meilleur et le plus infaillible est l'établissement d'un hôpital général, dans lequel les pauvres mendiants valides et invalides, de l'un et de l'autre sexe, seront enfermés pour être employés aux ouvrages et travaux selon leur pouvoir, même à la culture des terres des fermes dépendantes du dit hôpital."(1).

Lors de la fondation, les directeurs du Bureau des pauvres constituaient le conseil d'administration du nouvel hôpital. Nous lisons dans un contrat entre l'évêque et les religieuses de l'hôpital signé le 27 avril 1699, que l'évêque de Québec fondateur du dit hôpital en est le seul administrateur et directeur. (2) C'est que l'évêque de Québec avait obtenu la démission du conseil laïque moyennant la garantie qu'il doterait la dite institution. Comme l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Général de Québec est devenu le modèle de toutes les autres institutions de la province, vouées au soin des vieillards et des invalides.

Ce serait minimiser la charité de nos ancêtres que de la réduire au seul effort institutionnel bien qu'il soit le plus caractéristique. L'assistance à domicile y a toujours été pratiquée sous des formes spontanées et organisées.

L'histoire des premières années nous a conservé les noms de bénévoles de l'assistance à domicile telles que Hélène Boullé, Marie Rollet, Madame de la Peltrie, Barbe de Boulogne, Jeanne Mance, Madame de Monceaux, Marie Pelletier, Madame de Champigny, etc.

On se souvient que Québec possédait son Bureau des pauvres pour l'assistance à domicile dès 1688. On sait que le Grand Bureau des pauvres de Paris datait de 1544, temps où l'assistance publique avait tendance à passer du clergé à l'administration publique et aux laïques.

(1)Archives de l'Hôpital-Général, Québec.

(2)Archives de l'Hôpital-Général (Cahier des Lettres patentes.)

La première mention d'un foyer nourricier au Canada remonte à 1635. Les Relations rapportent que François de Ré, sieur de Gand, accepta, à la suggestion des missionnaires, de prendre chez lui une petite sauvage, les missionnaires s'engageant à payer les frais de la pension.(1) Les occasions d'assistance ne manquaient d'ailleurs pas à nos ancêtres du fait de leur condition de colons. Marie de l'Incarnation écrivait à ce propos que "quand une famille commence une habitation, il lui faut deux ou trois années avant que d'avoir de quoi se nourrir, sans parler du vêtement, des meubles et d'une infinité de petites choses nécessaires à l'entretien d'une maison".

Tel est le visage de l'assistance sous l'Ancien Régime. Le XVIII^e siècle y ajouta peu de traits nouveaux mais en consolida la structure. Comme l'observe Clark "les institutions culturelles traditionnelles comme l'Eglise, affaiblies durant la longue période où dominait le commerce des fourrures, profitèrent de son déclin. Quand ce commerce passa en des mains étrangères, lors de la chute du régime français, l'Eglise obtint une position dominante à cause de l'absence d'autres intérêts puissants dans la colonie.(2)

(1) Roy, P.G. Histoire de Québec, T.1, p. 153.

(2) Clark, The Social Development of Canada, p. 44, Toronto 1942.

Chapitre quatrième

PROBLEMES DE FINANCEMENT, D'ADMINISTRATION ET DE PERSONNEL DE L'ASSISTANCE SOUS L'ANCIEN REGIME

Le financement de l'assistance sous l'Ancien Régime s'effectuait selon un mode privé et volontaire en usage dès les premiers siècles de l'Eglise et au Moyen-Age: les dotations pieuses.

Ces dotations venaient de riches personnages de la Métropole inspirés par des directeurs de conscience récollets ou jésuites à aider les Missions de la Nouvelle-France. On se souvient que dès 1621, le prince de Condé accordait 500 écus aux Récollets pour la fondation de leur séminaire de Québec. Madame de Combalet, duchesse d'aiguillon et fondatrice de l'Hôtel-Dieu de Québec, avait été amenée à son pieux dessein par la lecture de la Relation du Père LeJeune, S.J. et par les conseils de Mère Madeleine de St-Joseph, prieure française du Carmel de Paris. Elle fit don d'une rente de 22,400 livres à l'Hôtel-Dieu de Québec. Sur les conseils du père Rapine, récollet, madame de Bullion ne débourse pas moins que 180,000 livres pour la fondation de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Les Jésuites reçurent du marquis de Gamache 16,000 écus d'or pour la construction de leur collège de Québec. Leur Réduction de Sillery avait été financée par le commandeur Noël Brulart de Sillery. Les Ursulines furent financées par Madame de la Peltrie. On sait aussi le rôle financier de la Société Notre-Dame dans la fondation de Montréal.

La plupart de ces donateurs étaient de hauts fonctionnaires de la cour qui n'apportaient qu'un intérêt religieux à leur oeuvre: celui de l'avancement de la foi par le service des pauvres.

A cause de la pauvreté des colons, de l'insuffisante organisation sociale de la colonie et de l'incapacité des pouvoirs publics, ce système des fondations pieuses pour l'établissement de services hospitaliers était le seul à pouvoir fonctionner dans les circonstances.

Certains historiens tels que Garneau et Gérin ont douté de la valeur pratique de ces fondations au temps où elles furent accomplies.

C'est mal comprendre la tradition de l'Eglise et la valeur apologétique qu'elle attribue aux oeuvres de charité dans la propagation de la foi. Par ailleurs, ces institutions jouaient un rôle important dans le bien-être de la jeune société en formation et exerçaient une influence stabilisatrice dans ce milieu de colonisation.

Léon Gérin signale avec à propos "qu'en France la classe supérieure, au sein de laquelle se recrutaient les fondateurs pieux, s'était d'une manière générale désintéressée de toute préoccupation pratique, et menait à la cour, ou dans les centres urbains, une vie tout à fait artificielle. Dès lors, dans l'accomplissement de leurs plus grands desseins, ils étaient portés à ignorer complètement, ou du moins à négliger les conditions matérielles nécessaires au succès de l'oeuvre." (1) De cette situation particulière des fondateurs, il tire la loi suivante: "Les fondations pieuses soutenues par une classe dirigeante instable en arrivent, tôt ou tard, à réclamer la protection de l'Etat." (2)

D'autres facteurs que l'instabilité entrent évidemment en cause pour rendre compte de l'insuffisance du système des fondations dans l'organisation hospitalière. Rappelons que la plupart de ces fondations suffisaient à peine à la construction matérielle et à la mise en activité des services; il y a tels faits que le développement des besoins, le progrès des sociétés et une prise de conscience de la responsabilité des pouvoirs publics qui expliquent la participation ultérieure de l'Etat.

La défection des fondateurs dans l'histoire de nos institutions hospitalières est un fait historique. Ce qui explique sans doute que dès la fin du XVII^e siècle, les fondateurs de nos hôpitaux-généraux furent des Canadiens. L'assistance royale vint aussi, à temps, aider les services hospitaliers de subventions de plus en plus généreuses.

Un état des charges de l'intendant Talon en 1665 accorde 800 livres à l'hôpital de Québec (3). Divers privilèges leur sont aussi accordés comme l'exemption d'impôts et la remise de certaines peines pécuniaires. Un arrêt du 12 avril 1670 applique aux hôpitaux l'amende contre les pères qui ne marieront pas leurs fils à 20 ans et leurs filles à 16 ans (4)

(1) Gérin, Léon, *Aux sources de notre histoire*, pp. 177-78

(2) Ibid. p. 188. Montréal 1946

(3) Salone, Emile, *La Colonisation en Nouvelle-France*, p. 279.

(4) *Edits et Ordonnances royaux*, T.1, p. 67. Ed. 1854

Dans son Rapport Général sur l'Etat du Gouvernement de Québec, Murray en 1762 indique les dernières subventions du roi de France aux institutions d'assistance du Québec. L'Hôtel-Dieu de Québec recevait 7,500 livres annuellement. Cette somme comprenait les salaires du médecin, de deux chirurgiens et d'une sage-femme au coût global de 3,800 livres. L'Hôtel-Dieu de Montréal recevait 2,000 livres. L'Hôpital Général de Québec se voyait allouer la même somme.(1)

Sur une dépense totale de 12,000,000 de livres, la dépense affectée à l'assistance publique paraît toutefois misérable et démontre que les services hospitaliers trouvaient dans leurs revenus et la générosité privée les ressources nécessaires pour subvenir à la majorité des besoins de bien-être de la population.

La formule d'administration des institutions d'assistance d'Ancien Régime est assez caractérisée. Dans la France du temps, des institutions comme l'hôpital général et l'Hôtel-Dieu groupaient plusieurs établissements et étaient dirigées par des administrateurs laïques. Il était impossible pour les institutions similaires de la Nouvelle-France de jouer cette fonction de coordination, étant donné qu'elles étaient trop peu nombreuses aux débuts. Quant aux administrations laïques, il en fut question pour l'hôpital général. Dans l'édit royal d'établissement de l'hôpital général, le roi indique que des laïques feront partie du conseil d'administration, soit le gouverneur, l'intendant et trois autres administrateurs laïques.

En fait, ces administrateurs laïcs démissionnèrent pour laisser toute la responsabilité d'administration et de direction à l'évêque de Québec. Bien des raisons, sans doute, poussèrent à cet état de choses. Sans exclure le caractère autoritaire de l'évêque de Québec, il faut dire que l'expérience démontrait le peu d'efficacité des administrations laïques dans la réforme des hôpitaux de France. Par ailleurs l'instabilité de l'administration laïque coloniale et la marche heureuse de l'Hôtel-Dieu de Québec qui n'avait pas de représentation laïque sauf dans l'administration du bien des pauvres incitaient sans doute à imiter ce modèle. Cette forme d'administration épiscopale accentuait le caractère féodal des institutions de Québec comme on peut s'en rendre compte par la lecture du Contrat entre l'évêque de Québec et les religieuses de l'hôpital général rédigé par Genaple en 1699.

(1) Report of The State of the Government of Quebec, p. 27, Québec

Les institutions étaient de type général et remplissaient plusieurs fonctions d'assistance. Ainsi l'Hôtel-Dieu de Québec dont le but spécifique consistait dans le soin des malades se vit forcé d'adopter des orphelins et après la conquête anglaise de prendre soin des enfants illégitimes. Les hôpitaux généraux de Québec et de Montréal abritaient des infirmes, des vieillards, des malades mentaux, des orphelins et des soldats blessés.

Cette non spécialisation dans les fonctions était apparente dans le personnel. Ce personnel, on le sait, se vouait à sa tâche par profession religieuse. Lors des difficultés qui avaient surgi entre l'Hôpital Général et l'Hôtel-Dieu de Québec, le roi voulut y remplacer le personnel religieux par un personnel laïc comme c'était la coutume dans les établissements de France.

Monseigneur de Laval en écrivit à l'archevêque de Paris: "Il paraît impossible, disait-il, de soutenir cette oeuvre en se conformant à l'usage des autres hôpitaux généraux du royaume, parce qu'il n'y a pas en ce pays comme en France des femmes et des filles séculières entre les mains de qui on puisse se reposer de la conduite de cet hôpital sous la direction des administrateurs." (1)

De son côté, monseigneur de SaintVallier disait au cardinal de Noailles: "que l'hôpital général ne peut être gouverné sous la direction des administrateurs par des femmes et des filles d'oeuvres séculières comme il se pratique en France n'en ayant point de capables dans le pays".

"C'est ce qui l'a obligé dans le temps qu'il commença le dit hôpital, il y a environ dix ans, de faire choix, de concert avec Monsieur le Comte de Frontenac, gouverneur général, Monsieur de Champigny, intendant et autres administrateurs, d'une communauté d'hospitalières pour conduire le dit hôpital sous la dépendance et la direction des administrateurs." (2)

Il ajoute, plus bas, que les directeurs l'ont prié de prendre seul l'administration de l'hôpital pendant sa vie aux conditions de lui faire un nouveau revenu de quinze cents livres outre les six mille vingt livres qu'il a déjà employées.

(1) Bulletin des Recherches Historiques, Vol. XXIX, No 10, p. 301

(2) Ibid. No 11, p 335.

Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec indiquent pour l'année 1664, la somme de 4,400 journées de malades, ce qui laisse entrevoir le dévouement du personnel qui ne fut jamais très nombreux. Dans le Rapport de Murray, le nombre des religieuses recensées pour l'Hôtel-Dieu était de 36. Comme nous l'avons vu plus haut, le roi payait les salaires des seuls professionnels de ces institutions: les médecins, chirurgiens et sages-femmes: soit 1200 livres pour le premier médecin; 1200 livres pour le premier chirurgien; 800 livres pour le second chirurgien; 600 livres pour la sage-femme.

Les nombreuses épidémies du temps dues à l'absence de véritable hygiène dans les navires et à l'ignorance de la prophylaxie épuisaient le dévouement de ce personnel tant religieux que professionnel et multipliaient le taux de la mortalité.

Il n'est pas exagéré de conclure toutefois que pour le temps, la colonie disposait de services hospitaliers de qualité supérieure tant dans le mode d'administration que dans les méthodes de financement et dans la valeur du personnel. Ces services étaient sensiblement comparables à ceux de la métropole et fournissaient à la population du Québec, à peu de frais, des secours de santé et de bien-être qui correspondaient à tous leurs besoins.

Les traits typiques de cette forme d'assistance se développeront identiques dans les autres parties de la province et du continent. Basée sur l'entraide mutuelle comme l'illustre bien la Convention des colons de Cap Rouge devant le notaire Jean Durand le 19 avril 1654 (1), cette assistance, dans sa partie hospitalière, sera assumée par des instituts religieux d'hommes et de femmes. La participation des religieuses à l'activité missionnaire a été l'une des caractéristiques du Canada français. Jamais jusque là des religieuses s'étaient aventurées en terre coloniale. Peu nombreux, ces services hospitaliers accomplissaient des fonctions multiples comme l'indique le schéma décrit par Charles de Boues au Récollet Denys Jamet en 1621 (2). Elles étaient toutes du type de fondations pieuses et administrées par l'autorité ecclésiastique. Elles étaient enfin des répliques exactes des institutions de la Métropole, ce qui fait dire à l'historien Jamet: "Plus que sa fortune, c'est sa personne, son âme que la France engage dans la conquête du Canada." (3)

(1) Roy, J.E.; Histoire de la Seigneurie de Lauzon, T.1. pp 117-23

(2) Sagard, Gabriel,; Histoire du Canada et Voyages. T.1. pp. 75-76, Paris 1636.

(3) Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec, Introduction, p.2, 1939

DEUXIEME PERIODE

1760-1921

Chapitre premier

L'EVOLUTION ECONOMICO-SOCIALE 1760-1921

Avec la guerre de sept ans entre la France et l'Angleterre qui prend fin par le traité de Paris de 1763 et cède le Canada à l'Angleterre, s'ouvre une nouvelle époque dans l'histoire de l'assistance de la province de Québec où nous verrons successivement surgir les formes publiques d'assistance de type municipal, provincial et fédéral. Joseph Bouchette la caractérisait en 1810 par "la plus grande stabilité et la régularité que le nouveau gouvernement a acquises." (1)

En 1763 le roi George III publie une proclamation qui octroie au peuple une certaine mesure de liberté politique; mais ce n'est qu'en 1774 que l'Acte de Québec accorde au Canada sa première constitution. Avant l'acte de Québec, le nouveau gouvernement est surtout préoccupé à rétablir l'ordre. Des lois sont publiées pour établir des cours de justice civile et criminelle, pour organiser le service militaire dans la Province et assurer la sécurité. On n'y trouve d'autres mesures d'assistance que des prêts de semences de blé d'inde et autres nécessités. Aucune démarche n'est faite pour introduire dans la province la "Poor Law" anglaise.

Par l'Acte de Québec, un Conseil législatif est formé par le roi et les Canadiens-Français commencent à participer à la chose publique. Le droit civil français pour ce qui concerne la propriété et les autres droits civils est restauré, mais la nouvelle colonie se voit soumise à la loi criminelle anglaise.

Des difficultés soulevées par les colons anglais conduisent à l'Acte Constitutionnel de 1791 qui pose le fondement d'un gouvernement politique autonome. Le Canada est divisé en deux provinces: le Bas Canada et le Haut Canada, avec chacun un gouverneur, un conseil législatif et une assemblée élue par le peuple. Comme l'Acte de Québec, l'Acte Constitutionnel de 1791 garantit aux Canadiens-Français leur religion, leurs institutions et leur droit civil. En 1840, l'Acte d'Union unit les deux provinces sous un gouverneur général et accorde des droits plus larges de

(1) Bouchette, Joseph: Description topographique de la province du Bas Canada, p.8.

gouvernement autonome. Cette constitution sera remplacée en 1867 par l'Acte de l'Amérique du Nord Britannique qui unit dans une fédération les provinces de Québec, d'Ontario, de la Nouvelle-Ecosse et du Nouveau-Brunswick.

Nous étudierons brièvement l'évolution économique-sociale de la Province durant cette période et le rôle joué par l'Eglise et l'initiative privée ainsi que par les pouvoirs publics dans le domaine du bien-être et de la santé.

L'envahissement du commerce par les marchands anglais fut dès 1763 l'occasion d'une ruralisation plus marquée des Canadiens Français. Cette tendance est observable jusqu'en 1820 environ, période où apparaît une première saturation du domaine agricole sous l'influence de plusieurs facteurs. Signalons d'abord une trop grande subdivision des terres due à un accroissement rapide de la population rurale et au mauvais fonctionnement du système seigneurial dominé de plus en plus par des seigneurs qui ne concèdent plus de terre ou le font à des prix prohibitifs. La mauvaise politique de colonisation explique aussi cette congestion de la population rurale. De 1795 à 1815, plus de 2,203,709 acres de terres et forêts furent distribuées en franc et commun socage, dans le Bas-Canada, à une minorité de favoris pour la plupart anglais et sans préoccupation agricole. Le taux de population atteignait déjà 335,000 âmes en 1815 et 697,084 en 1844. (1) Des auteurs expliquent enfin cette congestion par la limitation du domaine agricole cultivable de la province de Québec qui était déjà presque occupé dès 1854. (2)

La population rurale surabondante du temps se trouvait donc dans l'alternative ou de surpeupler les terres ou d'émigrer dans les villes. Il était difficile d'assimiler ce surplus de population en ouvrant de nouveaux défrichements. Il restait l'émigration.

Or le commerce des villes du Québec et les industries existantes étaient trop peu considérables pour absorber cette migration rurale. A côté du commerce des fourrures, les petites industries canadiennes se réduisent à quelques tanneries, à des meuneries, des distilleries, des chantiers maritimes à Québec et à Sorel, de petites fabriques de canots aux Trois-Rivières et des ateliers d'artisanat. Hériot, dans ses voyages au Canada, relate que les Canadiens commencèrent en 1795 à abandonner les vêtements de fabrication domestique pour les vêtements importés

(1) Bouchette, Joseph: op. cit. pp. LIV-LIX

(2) Rapport du Commissaire des Terres, 1856-57, Toronto.

d'Angleterre, ce qui eut pour conséquence d'encourager ce commerce d'importation. (1) Un rapport des marchands de Québec publié en 1787 fixait à un demi million de livres le volume du commerce d'importations et d'exportations de la Province.

Sans parler de la technologie qui n'était pas encore assez avancée pour mettre en valeur le riche potentiel minéral de la Province, il faut dire que les principaux obstacles à l'activité économique consistaient dans la situation géographique du Québec et l'insuffisance de ses voies de communication, sans oublier l'état de guerre, la pauvreté monétaire de ses habitants et l'analphabétisme.

Lors de l'Union des deux Canadas en 1840 se dessinent un commencement d'intégration commerciale des deux provinces et un développement des voies fluviales et terrestres qui devait s'accroître après la Confédération.

Par suite de l'absence de grandes industries dans les villes, de la mauvaise politique agricole, du développement rapide de la population dû à une forte natalité et à une abondante immigration anglaise et irlandaise et aussi de la publicité des manufacturiers de la Nouvelle Angleterre, la province de Québec connaît après l'Insurrection de 1837 un mouvement d'émigration vers les Etats-Unis qui se poursuivra jusqu'au premier quart du XXe siècle.

Dans une enquête sur les causes de l'émigration des Canadiens aux Etats-Unis, le Comité spécial de l'Assemblée législative nommé à cet effet, en 1849 énumère les problèmes de bien-être qui se posaient alors.

"Dans un pays qui n'a défriché qu'une partie de son territoire où la population n'est nulle part assez dense pour y présenter le triste spectacle du paupérisme; dans un pays qui, au lieu d'avoir un excédent de population à repousser appelle au contraire à son secours les bras et les capitaux de l'émigration étrangère, le double fait que l'émigration ne s'y fixe qu'en portions peu considérables, et que les natifs eux-mêmes se dirigent en grand nombre vers des pays étrangers, doit éveiller l'attention du législateur et le forcer à se demander si tout est bien dans l'ordre des choses qu'il a pour mission de diriger et de modifier: si c'est la nature

(1) Heriot, George.: *Travels through the Canadas*, p. 230, (1807)

elle-même qui n'offre pas à l'homme de son pays des avantages suffisants pour l'y retenir ou si ce n'est pas plutôt la société qui a négligé d'exploiter le champ que la nature lui offrait."(1)

D'abord circonscrite au district de Montréal, dans les comtés de Rouville et de Huntingdon qui fournissent dès 1841 des exodes massifs de travailleurs vers les travaux de colonisation et de chemins de fer des Etats-Unis, le mouvement s'étend aux ouvriers de Montréal et de Québec où sévit une dépression dans le commerce du bois. Les autres comtés de la Province suivent le même courant vers les Etats-Unis. D'après L.O. David, l'émigration vers les Etats-Unis a arraché au Bas-Canada de 1850 à 1870, plus de 300,000 Canadiens. (2) Des auteurs récents fixent ce chiffre à 400,000 entre 1871 et 1932. (3)

Parmi les causes permanentes de cette saignée, on relève les suivantes dans le Rapport de 1849: le découragement des cultivateurs à cause du manque de chemins et des vexations des grands propriétaires terriens; les difficultés des parents à se procurer des terres de la couronne et le refus de certains seigneurs à concéder des terres à des prix raisonnables; le défaut d'instruction, le morcellement exagéré des terres, les mauvaises récoltes dues à la mouche à blé, l'état arriéré de l'agriculture, l'intempérance et l'insuffisance des lois de voirie. Parmi les conditions de vie urbaine qui incitent l'ouvrier à émigrer, on mentionne l'état précaire du commerce et de l'industrie des villes de Montréal et de Québec, le manque de manufactures, la montée des gages aux Etats-Unis et leur baisse dans la Province, le manque de travaux publics, l'insuffisante diversité des carrières ouvertes aux jeunes, le manque de marine et d'armée, l'encombrement des professions existantes et les préjugés sociaux contre le commerce et l'industrie.

L'ouverture de nouvelles régions de colonisation telles que le Lac St-Jean et le Saguenay, le nord de Montréal, le Témiscamingue et l'Abitibi permit toutefois à la Province de poursuivre son développement agricole après 1850. Le commerce et l'industrie naissante absorbaient une partie de la population que ne pouvait assimiler l'agriculture. L'un des effets positifs de l'émigration aux Etats-Unis durant cette période de croissance démographique extraordinaire fut d'empêcher le paupérisme de la

(1) Journaux de l'Assemblée Législative, App. 3, 1849
(App. A.A.A.A.A.)

(2) David, L.O.: L'Union des deux Canadas, p. 310

(3) Lanctôt, G.: Les Canadiens Français et leurs voisins du Sud, p. 297, Montréal 1941

masse de s'établir à demeure dans nos cités. Avant 1867, plus de 80% de la population de la Province vivait encore au sein des agglomérations rurales et villageoises. L'exploitation familiale des fermes permettait à cette majorité de se suffire et de supporter ses dépendants familiaux avec l'aide du voisinage et des institutions traditionnelles d'assistance. Le 2 avril 1890, la Législature votait une loi très familiale pour les pères et mères ayant douze enfants vivants qui leur donnait droit à cent acres de terres publiques gratuites. (1)

D'après "The Manufacturing Industries" de 1922, les manufactures font leur apparition au Canada à partir de 1860 et 1870; mais la grande industrie ne deviendra un facteur dominant de production dans la province de Québec qu'au vingtième siècle et surtout depuis 1921 comme en témoigne le mouvement de l'urbanisation de la Province. Ce développement urbain apparaît en effet comme un sûr indice de l'accroissement des industries qui attiraient et retenaient le surplus de la population rurale.

QUEBEC		CANADA	
Population rurale	urbaine	rurale	urbaine
1871 -77.18	22.82	80.42	19.38
1881 -72.15	27.85	74.35	25.65
1891 -66.43	33.57	68.20	31.80
1901 -60.33	39.67	62.50	37.50
1911 -51.80	48.20	54.58	45.42
1921 -43.97	56.03	50.48	49.52
1931 -36.91	63.09	46.30	63.70
1941 -36.68	63.32	45.66	54.34
1951 -32.72	67.28	39.70	60.30

Les conséquences de cette rapide urbanisation qui s'accélère avec les débuts du XXe siècle peuvent être déjà observées dans la désorganisation familiale et sociale. Avec l'urbanisation de la Province, un nombre

(1) Loi 53 Victoria, Ch. 26, Annuaire de Québec 1914.

de plus en plus considérable de familles connaît l'insécurité économique. Le travail des femmes et des enfants nullement protégé par la législation du temps est réduit à des formes inacceptables d'exploitation comme en témoigne le Rapport de la Commission royale sur les Relations du capital et du travail au Canada en 1889. Ainsi apparaissent pour la première fois dans la Province des problèmes d'assistance et de bien-être dont l'ampleur dépasse les capacités de la structure d'assistance traditionnelle ce qui explique la crise financière des institutions d'assistance de la Province vers la fin de la guerre 1914-18. Le premier ministre de la Province, monsieur Alexandre Taschereau, déclarait en 1919 que les institutions d'assistance accusaient un déficit de plus d'un quart de million.⁽¹⁾ Cette situation financière anormale, révélatrice de nouveaux besoins dans la population, fut à l'origine de la loi d'assistance publique de 1921, comme nous le verrons plus longuement dans le chapitre suivant.

(1) Le Devoir, 13 avril 1921, Montréal.

Chapitre deuxième

LE ROLE DE L'ETAT DANS L'EVOLUTION DE L'ASSISTANCE DE 1760 à 1921

Durant cette longue période, deux faits historiques aident à saisir l'évolution des formes d'assistance de la province de Québec: le rétablissement du droit civil français en 1774 et l'introduction des institutions municipales en 1832.

Le rétablissement du droit civil français explique le maintien de l'assistance traditionnelle dans la Province. Comme le signalait M. Esdras Minville dans son mémoire de la Commission Rowell-Sirois, l'organisation sociale en ce qui concerne la famille, l'autorité paternelle, la responsabilité des parents vis-à-vis des enfants et la responsabilité des enfants vis-à-vis des parents est juridiquement définie dans le code civil de même que les conditions du contrat de travail et les obligations naissant de ce contrat pour l'employeur et le salarié. Le code civil apparaît donc comme une constante dans l'évolution du bien-être de la Province. Il symbolise la continuité et inspire avec la tradition d'assistance de l'Eglise, les lois et les institutions nouvelles.

Avec l'introduction des institutions municipales en 1832 apparaît dans l'organisation sociale le facteur nouveau du gouvernement municipal.

A la vieille tradition française de l'administration locale par des ordonnances et décrets de l'autorité centrale et dont l'exécution est confiée soit au juge, soit au capitaine de milice, soit au curé, soit au grand voyer est substitué le gouvernement municipal. Dans son célèbre Rapport, Durham écrivait en 1840 que "le manque absolu d'institutions municipales, donnant aux gens un contrôle de quelque sorte sur leurs problèmes locaux, peut certes être considéré comme une des causes premières de l'échec du gouvernement représentatif et de la mauvaise administration du pays." (1)

(1) Rapport Durham, Tra. Pierre Hamel, p.156, Québec 1948.

En 1832, les villes de Québec et de Montréal obtiennent des chartes d'incorporation identiques qui font de chaque propriétaire adulte d'un immeuble, un électeur. Suspendues en 1836 à cause de la Rébellion, ces chartes sont remplacées par d'autres en 1840.

La paroisse ou le district est désormais reconnu comme unité locale d'administration. Le code municipal de 1871 divise la province en 74 comtés qui servent, chacun, de district électoral. Le conseil de paroisse, de village ou de ville a juridiction sur les affaires et problèmes locaux tels que ponts, émission de licences, taxes personnelles et immobilières pour fins d'administration locale. Les maires de chaque unité locale constituent le conseil des municipalités de comté qui est chargé d'administrer les territoires non-organisés du comté et d'édicter des règlements d'intérêt général, tels que la prohibition ou la vente des liqueurs enivrantes pour le comté.

Les principales mesures qui relèvent du gouvernement local d'après le code municipal visent à "établir et administrer des maisons et autres établissements d'aumône ou de refuge pour le soulagement des nécessiteux; à accorder du secours à domicile aux pauvres de la municipalité; à subventionner les hôpitaux ou les institutions charitables établies dans la municipalité (A 398); à exempter de taxe la propriété actuellement utilisée par les institutions charitables en vue des fins pour lesquelles elles ont été établies (A 693); à protéger la dite propriété contre l'expropriation (A 793); à permettre à toute corporation locale, par résolution, de subvenir à l'aide et au soutien des personnes pauvres de la municipalité, et qui, à raison de l'infirmité, de l'âge ou d'autres causes, sont incapables de gagner leur vie (A. 338); à pourvoir à la santé publique, aux hôpitaux, à la vaccination, au contrôle du surpeuplement, au service des vidanges, aux bains publics (A. 427); à la réglementation portant sur la moralité publique et le commerce (A. 428); à la réglementation sur la mendicité (A. 428); (1).

Ces dispositions législatives du nouveau code municipal, tout en reconnaissant la responsabilité municipale pour l'assistance directe et l'aide que la municipalité devait accorder aux institutions de charité, n'obligeront les municipalités ni par loi statutaire ni par règlement provincial à remplir cette responsabilité. Il faudra attendre la loi d'Assistance de 1921 pour voir spécifier pour la première fois la responsabilité municipale dans l'hospitalisation des indigents.

(1) Code Municipal de la Province de Québec, 1871, Québec

Ces deux grands faits politiques établissent juridiquement l'action de l'Etat dans le développement du bien-être et de la santé.

Pour fins d'organisation politique, la province du Bas-Canada était organisée en 1792 en comtés, en cités et en villes. Les lois existantes restaient en vigueur à moins de rappel ou d'amendement. Tout le bien-être public se résumait alors dans l'établissement et le maintien des cours et dans les règlements de police. On sait qu'en 1785, le procès par jury avait été établi dans la Province et la loi de "l'habeas corpus" en 1786.

En 1799, un Acte était passé pour construire des maisons de correction dans plusieurs districts de la province; en attendant leur achèvement, on devait utiliser les prisons communes pour séquestrer les délinquants. On voit qu'en 1805, la législature provinciale accorde des subsides pour la construction de prisons nouvelles à Québec, Montréal et autorise la nomination de commissaires pour réaliser ce projet. Le coût de chaque prison ne devait pas dépasser 9,000 livres à être prélevées à même des impôts nouveaux sur le thé, les spiritueux et les vins, la mélasse et les sirops.

La plupart des règlements de bien-être de l'Ancien Régime sont maintenus, mais de nouveaux articles apparaissent comme la déclaration d'illégalité de l'esclavage en 1803. Cependant durant toute cette période, l'Etat reste fidèle à sa politique subventionnaire. La famille et les institutions privées continuent à assister les orphelins, les malades mentaux, les enfants illégitimes, les vieillards et les invalides.

La tradition des subventions publiques bien enracinée dans l'Ancien Régime est vite reprise sous le régime anglais. Dès 1760, le général Murray accordait une subvention à l'Hôtel-Dieu de Québec et il organisait une souscription parmi les troupes pour aider les victimes de la guerre. Il en fut de même de l'Hôpital-Général qui reçut en 1776 une première subvention pour couvrir les frais d'hospitalisation d'un certain nombre d'invalides, de soldats et de marins.

En 1793, les hôpitaux généraux de Québec et de Montréal sont priés d'hospitaliser temporairement les malades mentaux, le gouvernement assumant les dépenses de construction et d'hospitalisation pour le soin

de ces malades. (1)

A partir de 1801, des subventions régulières sont accordées aux institutions hospitalières pour le soin des malades mentaux et des enfants trouvés.

Le montant global des subventions votées par le gouvernement aux institutions de Québec, Trois-Rivières et Montréal en faveur des malades mentaux et des enfants trouvés équivalait pour les années qui s'étendent de 1801 à 1823 à la somme de 52,255 livres. Les octrois s'élèvent selon les besoins. C'est ainsi que l'octroi global à l'assistance qui était de 1,000 livres en 1801 monte à 6,430 livres en 1823. (2)

En 1824, le Conseil Législatif nommait un comité spécial pour "s'enquérir et faire rapport sur les établissements de cette province pour la réception et la cure des insensés, pour la réception et le soutien des enfants trouvés et pour le soulagement et la guérison des pauvres malades et infirmes."

L'enquête avait été suscitée par suite de l'augmentation trop rapide des subventions publiques au gré de certains membres du Conseil. (3)

Certains personnages s'inquiétaient, écrit une religieuse de l'Hôpital Général de Québec des sommes octroyées aux maisons religieuses pour aider au soutien de leurs différentes oeuvres; ils se récriaient contre l'augmentation effrayante de telles dépenses, et, dans leur sollicitude pour la santé morale du peuple, nos sages législateurs paraissent craindre de fournir en cela de l'encouragement à l'imprévoyance et à la paresse. Ce fut sous l'impression de ces sentiments que le Conseil Législatif nomma un comité spécial.... Les ennemis de notre culte et de nos institutions se flattaient que, de toutes ces démarches si bien calculées, ressortirait au moins quelque discrédit pour les établissements catholiques de charité et de bien faisance; mais ils se trouvèrent frustrés dans leur attente. (4)

(1) Beaubien, Sr. Marguerite: Report from Montreal General Hospital, Appendix A to Report on the Affairs of British North America, No. 3, 3-11, D.

(2) Actes législatifs votés de 1801 à 1823, Québec.

(3) Mathieu, lise, Thèse manuscrite de l'Ecole de Service social, Québec: Etude de la Législation sociale du Bas-Canada, p. 22, 1953

(4) Monseigneur de Saint-Vallier, et l'Hôpital Général, de Québec, pp. 498 ss. Québec, 1881.

Le rapport final de cette enquête nous offre une riche documentation sur l'état du bien-être à cette époque et l'ensemble des subventions de l'Etat pour les années 1801 à 1823 dont voici le tableau:

TABLEAU I

SUBVENTIONS ACCORDEES AUX INSTITUTIONS DE CHARITE POUR LE SOIN DES INSENSES, ENFANTS TROUVES, MALADES ET INFIRMES AU BAS-CANADA, 1801 - 23

ASSISTES ET INSTITUTIONS

1. PERSONNES DERANGEES DANS LEUR ESPRIT:	L.	S.	D.	L.	S.	D.
Québec, Hôpital Général				5	119	0
Réparations en 1818				2	500	0
Réparations depuis					336	0
				7	955	0
Montréal, Hôpital Général,	5	125	17	8		
Trois-Rivières, Ursulines,	1	900	0	0		
				7	025	17
				14	980	17
2. ENFANTS TROUVES						
Québec, Hôtel-Dieu	16	516	12	4		
Montréal, Hôpital Général	5	174	11	7		
Trois-Rivières, Ursulines	2	461	15	2		
				24	152	19
3. MALADES ET INFIRMES						
Québec, Hôpital Général	11	398	10	10		
Hôtel-Dieu	1	200	0	0		
Réparations(1818)	6	000	0	0		
Réparations(1823)	2	139	6	9		
Hôpital des Emigrés		750	0	0		
Montréal, Hôtel-Dieu	4	740	0	0		
Hôpital Général		850	0	0		
Trois-Rivières, Ursulines	1	400	0	0		
				28	478	6
Pour la construction de la maison religieuse des Trois-Rivières,					500	
TOTAL GENERAL	68	112	3	6		

(1) Appendice 1, Journaux du Conseil Législatif, Bas-Canada, 1823-24, (1)

Durant la période de 1801-23, cette somme représente les soins donnés pour l'entretien de 207 malades mentaux reçus dans les institutions de charité des trois districts de Québec, Montréal et Trois-Rivières; pour la garde de 1569 enfants trouvés dans les institutions de Québec et de Montréal; pour les soins donnés à 22,115 malades dans les institutions de Québec et de Montréal.

A propos du mode de détention des malades mentaux en vigueur à cette époque, les enquêteurs de 1823 constataient que "ni les cellules, ni les soins donnés aux malheureux ne peuvent leur permettre de jouir de l'air du dehors, de prendre de l'exercice ni de recevoir un traitement moral ou médical sur un système duquel on pourrait espérer une guérison mentale." (1)

Nous apprenons des sœurs de l'Hôpital Général de Montréal que les enfants trouvés étaient "gardés dans l'Hôpital Général jusqu'à ce que l'on ait trouvé une nourrice; alors on les y place jusqu'à l'âge de 18 mois, à raison de 15 francs par mois, et le trousseau que nous donnons aux nourrices, après lequel temps, nous les retirons. Lors de notre visite ou autrement, si nous nous apercevons de quelque négligence de la part des nourrices, nous les reprenons ou nous les plaçons ailleurs." (2)

Pour les années 1824 à 1837, les subventions accordées par la législature totalisent le montant à 24,316 livres sterling pour le district de Québec, 16,077 livres pour le district de Montréal et 4,638 livres pour le district des Trois-Rivières, ce qui fait une subvention globale de 45,031 livres durant cette période et un total de 112,967 durant la période de 1801 à 1837.

En 1840, année de l'Acte d'Union, les subventions d'assistance du gouvernement provincial couvraient les items suivants: (3)

Pour les commissaires chargés du soin des malades mentaux, des enfants trouvés et des malades indigents dans le district de Québec.....	L.1,600
Le Même dans le district de Montréal	1,150
Le même dans le district des Trois-Rivières.....	205 et 680

(1) Op. cit. Appendice 1.

(2) Op. cit. Appendice 1, (C), n.3.11, 15e.

(3) 3 Vic. c.22-

A la Corporation de l'Hôpital Général de Montréal.....	900
Aux administrateurs de l'Orphelinat protestant de Montréal.....	90
Aux administrateurs de l'Orphelinat pour filles de Québec.....	90
Aux administrateurs de la Société des Dames bienfaitrices de Montréal pour le soin des veuves et des orphelins.....	90
Aux administrateurs de l'Orphelinat catholique de Québec.....	90
Aux administrateurs de l'orphelinat pour garçons de Québec.....	90
Aux Dames charitables de l'orphelinat catholique de Montréal.....	90
Aux Commissaires de l'hôpital des Immigrants de Québec.....	270

A partir de 1800, l'immigration devient un problème relié à l'administration du bien-être public.

Les Iles britanniques qui connaissaient à l'état aigu le problème du paupérisme cherchaient à le résoudre par l'émigration des indigents. Des sociétés philanthropiques anglaises et de riches personnes aidaient au transport de ces immigrants vers le Canada. Alors s'organisa un véritable trafic de ces malheureux que des historiens du temps comparent au commerce des esclaves en Afrique. (1)

Les mauvaises conditions hygiéniques de ces navires et la nourriture insuffisante y développaient l'état endémique des maladies contagieuses qui obligèrent les autorités du Bas-Canada à prendre des mesures urgentes de prévention d'ailleurs presque toujours insuffisantes.

Comme Québec était le port d'arrivée de ces navires qui transportaient chaque année pas moins de 20,000 passagers, dès l'embouchure de la rivière St-Charles, un fonctionnaire de la Santé se rendait à bord des vaisseaux et dirigeait les malades contagieux vers l'hôpital temporaire des fièvres situé à la Pointe-Lévis.

(1) Abbott, Edith: Immigration: Select Documents, p.20

Cette institution était nettement insuffisante. L'épidémie de la variole qui avait fait de nombreuses victimes parmi les Indiens et la population de Québec en 1783, reparut en 1814 et en 1827. Dès 1821, la ville de Québec fait vacciner gratuitement contre la variole les indigents. En 1823, pour répondre aux soins les plus urgents, le gouvernement vote un montant en faveur des immigrants pauvres et malades du Royaume Uni qu'il dépose entre les mains des juges de paix de la ville de Québec. Un hôpital existe déjà, dès cette année, à Québec pour les émigrés. Il était situé à l'endroit occupé présentement par l'église St-Jean-Baptiste et dirigé par le docteur Joseph Painchaud. (1)

Ce seul hôpital est vite insuffisant. Dès 1830, les pouvoirs publics décident la construction d'un hôpital pour les marins et les autres malades indigents non résidents. Cet hôpital n'était pas encore terminé quand éclata en juin 1832 l'épidémie de typhus qui sévissait déjà en Angleterre et en Irlande. 3,831 personnes moururent du typhus en 1832. L'hôpital de la marine, d'une capacité de 360 lits fut terminé en 1835. Les marins et les passagers des navires y étaient admis gratuitement. De 1823 à 1839, le gouvernement avait dépensé 14,389 livres pour cet hôpital occupé aujourd'hui par les Anciens Combattants.

Il existait un poste de quarantaine à la Grosse-Isle, à 32 milles de Québec. Un montant de 17,862 livres fut voté pour ce poste de 1825 à 1835. De 1832 à 1838, sur 168,842 immigrants descendus à Québec, 2,314 avaient stationné à la Grosse-Isle pour y être soignés, soit de la fièvre, soit de la petite vérole ou autres maladies et 421 y moururent. (2)

A propos des maux qui résultaient de cette immigration incontrôlée lord Durham reconnaissait que deux mesures du gouvernement provincial les avaient considérablement diminués. "Premièrement l'imposition d'une taxe pour les émigrés venant du Royaume-Uni pour leur procurer l'abri, les soins médicaux, et les moyens pour ceux qui sont sans le sou de se transporter plus loin; en deuxième lieu, l'établissement d'une station de quarantaine à la Grosse-Ile, une île déserte à quelques milles en aval de Québec où sont retenus tous les vaisseaux qui arrivent avec des maladies contagieuses à son bord. Les malades sont conduits à l'Hôpital, les

(1) 4 Geo. IV c. 32 et 6 Geo. IV, c. 7

(2) Cowan, Helen I. *British Emigration to British North America, 1783-1837*, Ch. IX, (1928)

émigrés en santé sont débarqués et soumis à une espèce de discipline pour la propreté hygiénique. Pendant qu'ils sont à terre, le vaisseau est aussi nettoyé. De la sorte on peut prévenir l'entassement à Québec des pauvres malheureux et la contamination des maladies contagieuses. Une disposition, établie seulement en 1837 par laquelle le médecin de la quarantaine à la Grosse-Isle peut décider si un vaisseau chargé d'émigrés sera retenu ou continuera le voyage, pour se servir des mots du docteur Pool "a agi à la façon d'une prime sur le soin et l'attention à donner de la part du capitaine, et a apporté un effet salulaire au soulagement des émigrés." (1)

Signalons les mesures prises par l'Etat pour enrayer le "mal de la Baie St-Paul" qui faisait son apparition dès 1773, mal que les historiens identifient à la syphilis. Le gouvernement fournissait gratuitement remèdes et médecins et demandait au clergé des paroisses de l'aider à combattre la maladie.

Le gouvernement aidait encore les naufragés en déposant des dépôts de vivres sur les bords inhabités de la rive sud du St-Laurent. De 1829 à 1836, des crédits de 929 livres 15 s. furent votés à cette fin.

D'autres octrois étaient accordés en faveur de diverses sociétés bénévoles à direction catholique ou protestante. De 1832 à 1840, on alloua un montant global de 2,800 livres à l'institution des filles repenties, à l'asile des orphelins de Québec, à la société des Dames de charité, à la société de bienfaisance des Dames de Montréal, à l'asile des orphelins de Montréal, à l'asile des orphelins du faubourg St-Roch de Québec, à la société bienveillante de Montréal, à la société charitable des Dames de Montréal. Citons l'aide apportée aux agriculteurs durant les disettes de 1779 et 1789 et les secours pour mauvaises récoltes durant les années 1804, 1816, 1828, 1832 et 1833. Les subventions aux agriculteurs pauvres du Bas-Canada durant les années 1817 à 1834 se montèrent en tout à 57,805 livres sterling. D'autres subventions pour le développement des sociétés d'agriculture pour les années 1818 à 32 s'élevèrent à 19,685 livres.

Sous le régime d'union de 1840, il faut retenir, comme mesures de bien-être public, les lois municipales de 1844 pour la province de Québec et d'autres mesures en faveur des institutions pénitentiaires, des hôpitaux pour malades mentaux et des écoles de réforme pour jeunes délin-

(1) Le Rapport Durham, Trad. Hamel, p. 267.

quants. L'Acte d'Inspection de 1857 reconnaît à l'Etat certains droits sur les asiles pour malades mentaux, les hôpitaux, les prisons. Par ailleurs, l'Etat tenta de former le pays aux immigrants des classes pauvres de l'Angleterre et de l'Irlande par un Acte passé en 1841. (1)

Les subventions annuelles du gouvernement en 1866 nous donnent une idée du développement de l'assistance de 1840 à 1867:

Prison de St-Vincent de Paul	\$ 32,080.00
Inspection des prisons et des asiles	11,000.00
Hôpital de la Marine et des Immigrants de Québec.....	21,098.00
Asile des malades mentaux de Beauport	90,653.69
Aide aux indigents malades, Québec	3,200.00
Aide à l'Hospice de la Maternité, Québec.....	480.00
Aide à l'Association Catholique des Dames charitables, Québec	480.00
Aide à l'Asile du Bon-Pasteur, Québec.....	640.00
Aide aux administrateurs de l'orphelinat protestant pour filles, Québec	320.00
Aide à l'Hospice Finlay, (Québec)	320.00
Aide à l'orphelinat pour garçons, Québec	320.00
Aide à l'asile St. Bridget, Québec	320.00
Aide au Ladies' Protestant Home Québec.....	320.00
Aide à l'Hospice militaire canadien pour veuves et enfants, Québec	160.00
Aide aux indigents malades, Montréal.....	3,200.00
Aide à l'Hôpital Général des Soeurs de la Charité Montréal	800.00
Aide à la Corporation du General Hospital, Montreal ..,	4,000.00
Aide au St-Patrick's Hospital, Montreal.....	1,600.00
Aide aux Soeurs de la Providence, Montréal.....	1,120.00
Aide au Bonaventure Street Asylum, Montreal	430.00
Aide à l'Institution Nazareth pour enfants aveugles et destitués, Montréal.....	430.00
Aide au St-Patrick's Roman Catholic Orphan Asylum, Montreal,	640.00
Aide au Protestant Orphan Asylum, Montreal	640.00

(1) 24-5, Vic. c. 69.

Aide à la Maison du Refuge, Montréal	480.00
Aide à la "Ladies" Benevolent Society for Widows and Orphans, Montreal	430.00
Aide à l'University Lying-in Hospital, Montréal	480.00
Aide à l'Hôpital des Soeurs de la Miséricorde	480.00
Aide à l'Institution des Sourds-Muets, Montréal	3,000.00
Aide à l'Orphelinat Catholique, Montréal	320.00
Aide à l'Asile des Madeleines (Soeurs du Bon Pasteur) ..	320.00
Aide au Dispensaire de Montréal	320.00
Aide au Home and School of Industry, Montréal	320.00
Aide à l'Hospice St-Vincent de Paul, Montréal	430.00
Aide aux indigents malades, Trois-Rivières	2,240.00
Aide à l'Hôpital St-Hyacinthe, St-Hyacinthe	320.00
Aide à l'Hôpital Général, District du Richelieu	320.00

(1)

Avec la Confédération de 1867, la province de Québec acquiert l'autonomie administrative dans le domaine du bien-être et de la santé. Par l'article 92 de l'Acte Confédératif, sont dévolus à la province, l'établissement, l'entretien, l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité autres que les hôpitaux de la marine.

Margaret Kirkpatrick Strong résume aux huit points suivants les principes qui inspirent plus ou moins la politique de bien-être des provinces depuis 1867:

- 1) La reconnaissance des autorités locales pour l'organisation d'une large mesure de bien-être public. Ce principe appliqué rigidement dans les maritimes sera plus ou moins négligé dans la province de Québec, jusqu'en 1921.
- 2) L'utilisation très généralisée des oeuvres privées. Cette utilisation des oeuvres privées pour l'assistance constitue même dans la province de Québec le grand principe d'organisation.
- 3) Il n'existe aucune politique uniforme dans les provinces pour reconnaître à un seul ministère public, la responsabilité totale du bien-être public. Aucune tendance ne se dessine, même aujourd'hui, vers cette unification.
- 4) Le gouvernement provincial oriente et dirige très peu les municipalités dans leurs initiatives de bien-être, sauf dans des projets particuliers et dans la loi de l'assistance publique de 1921.

(1) 29 Vic. c.2.

- 5) Il existe une tendance continue de relier l'organisation du bien-être public avec la santé publique, ce qui explique un peu la plus grande compréhension de ce problème par la population.
- 6) Pour ce qui touche à la protection de la santé et de la sécurité, l'inspection gouvernementale acceptée comme méthode de contrôle gagne du terrain et constitue un organisme de contrôle administratif assez efficace.
- 7) La politique d'unir les pouvoirs d'inspection gouvernementale avec les subventions aux oeuvres privées est générale mais la mesure de contrôle obtenue par ce moyen varie de province en province.
- 8) Des conseils d'administration élus privément sont de plus en plus utilisés dans l'administration des hôpitaux d'assistance publique. (1)

Les dépenses d'assistance des oeuvres privées et les subventions de l'Etat provincial marquent aussi une gradation constante jusqu'à 1920, année qui précède la première loi de l'assistance publique de la Province.

TABLEAU II

DEPENSES ENCOURUES PAR LES INSTITUTIONS D'ASSISTANCE

	Hopitaux Maternités Crèches	Hospices Orphelinats Asiles	Sanatoriums Dispensaires anti-tuberculeux
1916	1,878,675	1,504,883	99,112
1917	2,455,596	1,666,686	86,925
1918	3,048,208	1,829,643	212,486
1919	2,927,117	2,243,818	159,019
1920	3,561,293	2,727,593	123,152 (2)

La progression n'était pas moins rapide dans les octrois payés par la Province aux hôpitaux psychiatriques. En 1885, la Province dépensait \$219, 844.46 pour l'hospitalisation de 1,862 aliénés. En 1920, le nombre de ces hospitalisés était porté à 5,491 et le coût s'élevait à \$974,483.18. ces services dépendaient directement de l'Etat. Pour les hôpitaux, maternités, crèches, hospices, orphelinats, asiles et sanatoriums, les sub-

(1) Strong, Margaret Kirkpatrick; Public Welfare in Canada, pp. 105-107, 1950.

(2) Annuaire statistique de Québec, 1922, pp. 169 ss.

ventions de la Province étaient beaucoup moins considérables. Sur une dépense totale de \$6,412, 058 encourue par ces institutions privées en 1920, la Province et les municipalités n'octroyaient que la somme de \$372,677. L'administration de l'assistance privée se soldait par des déficits annuels. Le gouvernement alerté par cette situation financière et par les besoins croissants d'assistance vota la loi de l'assistance publique de 1921.

Cette loi de 1921 créait une sorte de monopole hospitalier pour tout ce qui concerne l'assistance publique. Le directeur du Devoir, Henri Bourassa, bien à tort, "décelait dans cette loi une sorte de mainmise de l'Etat et une tutelle effective sur toutes les oeuvres de la province", (1) Il croyait que cette assimilation des oeuvres de charité pure aux services d'ordre public opérée par la loi de 1921 était fausse en principe et constituait une menace à la charité libre, aux institutions qui l'exercent, aux indigents qui en profitent.

Il est indéniable que la loi de l'assistance de 1921 qui ne reconnaissait que l'institution comme forme publique d'assistance relevait d'un concept traditionnel et étroit. En dépit de l'efficacité et de la nécessité de la forme hospitalière, il faut reconnaître qu'elle ne peut couvrir tout le champ du bien-être et qu'un trop grand développement institutionnel peut constituer un sûr indice de l'affaiblissement des solidarités familiales. Le directeur du Devoir avait donc raison d'écrire en 1921: "si dans l'exercice de la charité libre, on se préoccupait davantage de venir en aide à la famille sans la désorganiser; si l'on s'appliquait davantage à faciliter le soin à domicile des malades et des infirmes, la garde des vieillards au foyer, l'adoption des orphelins, on ferait meilleure besogne sociale qu'en invitant les familles, par les industries de la charité publique ou privée, à se débarrasser de leurs membres souffrants. La nouvelle loi de 1921, concluait-il, est essentiellement propre à accélérer le travail de désorganisation familiale et sociale." (2)

(1) Bourassa, Henri: Une mauvaise loi, Montréal

(2) Ibid. Bourassa, Henri: Une mauvaise loi, Montréal 1921, p.6.

Chapitre troisième

LE DEVELOPPEMENT DES SERVICES PRIVES DE BIEN-ETRE DE 1760 à 1921.

La conquête anglaise priva pour un temps l'Eglise canadienne des appuis traditionnels qu'elle trouvait dans la France et dans les ordres religieux d'hommes tels que Récollets et Jésuites qui n'eurent plus le droit de se recruter. Trente ans après la conquête, il ne restait dans le grand diocèse de Québec que 146 prêtres pour servir une communauté de plus de 160,000 fidèles dispersés sur un immense territoire.

Jusqu'en 1850 environ, l'Eglise développa presque sans obstacle son plan de civilisation rurale appuyée sur l'organisation paroissiale. Ce repliement rural subit un premier contre-coup aux environs de 1837 quand débuta l'exode vers les villes canadiennes et américaines avec ses effets de désorganisation familiale et communautaire. Comme l'explique M. Lionel Groulx: "la misère de l'agriculture du Bas-Canada vers 1850, c'est la misère de tout art et de tout métier qui a vécu trop longtemps replié sur soi-même, en dehors des courants du progrès, sans renouvellement possible de sa technique ou de ses méthodes. Privée depuis quatre-vingt-dix ans de tout contact avec d'autres méthodes agricoles, dépourvue d'enseignement professionnel, l'agriculture du Canada ne pouvait intéresser tous les enfants sortis du sol canadien et prêts à s'établir." (1)

C'est à partir de 1840 que les évêques de Québec et de Montréal, et surtout monseigneur Bourget, fondent des instituts religieux d'assistance ou en importent de la vieille Europe pour remédier aux maux nombreux suscités par l'exode rural et le commencement de l'industrialisation. Durham avait écrit en 1839 "Dans l'absence des institutions permanentes du gouvernement civil, l'Eglise Catholique seule présente des caractères de stabilité et d'organisation, et elle seule a été le soutien de la civilisation et de l'ordre". (2)

(1) Groulx, Abbé Lionel, *Orientations*, Montréal 1935.

(2) Rapport Durham, trad. Pierre Hamel, p. 177, Québec 1948.

On peut dire que de 1840 à 1921, l'Eglise garde la principale initiative de l'assistance sociale dans la Province comme nous le verrons brièvement en étudiant l'assistance à domicile et les services hospitaliers.

Pour l'assistance à domicile, l'esprit de l'ancien régime se maintient après la conquête. Le régime paroissial qui s'est fortement développé, surtout dans les campagnes, supplée aux insuffisances de la famille. Un historien nous rapporte qu' "on appelait, dans certaines paroisses, pains bénits, des personnes pauvres, infirmes et sans appui, qui vivent de la charité publique et qu'on transporte, pour un temps plus ou moins long, de maison en maison pour être soignées en entretenues"(1). Le sociologue Léon Gérin analyse ainsi cette assistance paroissiale: "Chaque rang pourvoit à l'assistance de ses pauvres. A St-Justin, la mendicité est fort exceptionnelle. Toutefois, quelques journaliers, sur leurs vieux jours, restent à charge aux habitants. C'est d'abord la famille, ce sont les parents du nécessiteux, qui sont censés devoir aviser à son entretien. Mais si la famille est elle-même hors d'état de supporter le fardeau, alors c'est le rang qui s'en charge. Ces indigents sont logés et pourvus de toute chose au moyen de contributions volontaires. Tous les six mois environ, on fait dans chaque rang une collecte ou tournée au bénéfice des pauvres du rang. Les aumônes sont faites en nature et les tournées sont très fructueuses. Les habitants de chaque rang ont à coeur que leurs pauvres soient assez bien pourvus pour n'avoir pas besoin d'aller mendier dans les paroisses voisines." (2)

Evidemment, les bureaux des pauvres des villes, de caractère semi-publics, avaient disparu avec l'Ancien Régime. Mais ils furent remplacés par des comités paroissiaux. Les Archives de la paroisse Notre-Dame de Québec conservent les règlements très élaborés qui étaient appliqués pour le secours des pauvres de la paroisse. Ces règlements de 1838 retiennent beaucoup des règles observées par les bureaux des pauvres. (3)

Les comités paroissiaux de secours aux pauvres furent peu à peu remplacés à partir de 1846-47, par les conférences de Saint-Vincent de Paul.

(1) Trudelle, Abbé Chas. Bulletin des recherches historiques, 18, p. 172, 1912.

(2) Gérin, Léon, Le type Economique et social des Canadiens, p. 92, 1937.

(3) La paroisse était divisée en douze quartiers. Des syndics étaient désignés pour visiter chacun de ces quartiers et recommander les pauvres aux curés. Des notes précises sur le budget, sur le coût des aliments, sur les règles à suivre dans le secours aux pauvres servaient de guides aux syndics.

La Société de Saint-Vincent de Paul fondée à Paris par l'illustre Ozanam était introduite à Québec dès 1846 par le docteur Painchaud qui s'était intéressé à Paris aux activités charitables de cette société et était désireux d'en faire bénéficier ses compatriotes.

On ne louera jamais assez les immenses services rendus par cette société à la classe pauvre de la province surtout durant ces dures années des débuts du capitalisme. De même que les bureaux des pauvres avaient incarné, sous l'ancien Régime, l'assistance à domicile, de même la société Saint-Vincent de Paul caractérisa cette forme d'assistance durant le dernier siècle. Ses développements rapides démontrent qu'elle venait remplir une fonction nécessaire. Dès 1867, la société se répandait à travers tout le Canada et comprenait 42 conférences. Ce nombre s'élevait à 152 en 1915.

C'était une formule toute de générosité et de souplesse qui se développait selon les besoins du moment et exprimait magnifiquement la charité privée. Ainsi, dans l'automne de 1914, par suite de la crise économique provoquée par la guerre, on craignait un développement inusité de la misère à Montréal. Ce qui porta monseigneur Bruchési, archevêque de Montréal, à faire appel aux conférences qui se multiplièrent en face du "flot grossissant de la pauvreté. Les autorités municipales remirent la somme de \$56,700. pour aider la Société à remplir sa fonction d'assistance directe. La Société elle-même amassa la somme de \$57.000. Grâce aux conférences établies dans chaque paroisse de la ville, 4,202 familles nécessiteuses furent visitées et secourues au cours de novembre 1914 à mai 1915. (1)

La Société de Saint-Vincent de Paul assumait la principale responsabilité d'assistance directe durant les périodes de dépression comme dans les périodes normales. Elle jouait un rôle d'initiative pour susciter des ressources institutionnelles plus abondantes en vue de soulager la pauvreté. C'est ainsi qu'en 1914, elle avait fondé et soutenait de ses générosités 5 patronages, 1 orphelinat, 1 hospitalité de nuit, 3 fourneaux économiques, 1 hospice, 1 comité de Sourds-Muets, 1 colonie de vacances, 1 Club de marins. Elle avait aussi aidé à la fondation d'une oeuvre de prévoyance,

(1) Magnan, C.J.: La Société Saint-Vincent de Paul, Annuaire de la Province, 384-90, 1915.

la Caisse d'Economie de Notre-Dame et à l'organisation de l'Institut du Bon-Pasteur de Québec. Elle perpétuait enfin l'influence de la France catholique dans l'organisation du bien-être de la province de Québec. (1)

On se souvient que l'Ancien Régime avait doté la province de services hospitaliers du type de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Général. Ces institutions recevaient toutes les catégories d'invalides tels que malades, contagieux, vieillards infirmes, militaires, malades mentaux et même enfants trouvés et orphelins.

C'est l'extrême pauvreté qui marque ces institutions durant les premières années du régime anglais. Dans son Rapport de 1762, Murray souligne que les religieuses de l'Hôtel-Dieu de Québec, au nombre de 62, s'étaient considérablement endettées par la perte des subventions du gouvernement français et par suite des réparations occasionnées par un désastreux incendie en 1755. Lors de la guerre de 1760, l'hôpital subit encore de lourds dégâts. Il fut réquisitionné par le vainqueur et n'abrita que des troupes anglaises dans les 25 années qui suivirent.

Quant à l'Hôpital Général de Québec, il se trouva dans un tel dénuement en 1763 par suite du non paiement de ses créances par la France qu'il fut question de le fusionner avec l'Hôtel-Dieu. Grâce à des prodiges d'économie, aux libéralités de l'évêque de Québec et à des bienfaiteurs privés, ces institutions réussirent à traverser ces difficultés.

En 1801, le gouvernement confie à l'Hôtel-Dieu de Québec le soin des enfants trouvés de la région. L'Etat défrayait les dépenses d'entretien, de logement et de subsistance. Cet arrangement dura pendant plus de quarante ans, soit de 1801 à 1845. Durant cette période, 1375 enfants avaient été reçus par l'Hôtel-Dieu. De ce nombre, 102 furent réclamés plus tard par leurs parents naturels, 575 placés dans des familles et 730 étaient morts. On y pratiquait le système inauguré par saint Vincent de Paul à Paris, à savoir que les enfants étaient déposés dans une tour munie d'une cloche destinée à avertir la femme de garde et on ne faisait pas généralement la recherche des parents.

(1) Rumilly, Robert: La plus riche aumône, Montréal, 1946.

L'Hôtel-Dieu de Montréal donnait asile à des orphelins. En 1859, il protégeait encore 57 orphelins, 32 orphelines, 22 vieillards et 12 femmes âgées, sans parler des 84, 285 malades qui avaient été admis dans l'institution de 1760 à 1859.

On sait que l'Hôpital Général de Montréal connut une histoire très mouvementée et qu'il ne fut maintenu que par le courage des soeurs de la charité, les générosités des Sulpiciens et des Montréalais. De 1771 à 1852, il avait hospitalisé 6,600 pauvres. De 1862 à 1898, il recueillit 4,498 enfants trouvés et durant la période de 1755 à 1869, le chiffre record de 15, 048 enfants. L'hôpital hospitalisait aussi en 1869 des femmes indigentes au nombre de 185 et 73 vieillards.

Les problèmes posés par le développement de la population et l'urbanisation provoquent dans les années 1840 une expansion des services hospitaliers et un commencement de décentralisation du fait de la création de nouveaux diocèses et de villes nouvelles. De l'Hôpital-Général de Montréal étaient sortis en 1869 treize hospices ou asiles pour vieillards répartis un peu partout dans la province et même aux Etats-Unis.

Jusqu'à 1880, le développement des services hospitaliers répond aux besoins les plus urgents de l'accroissement de la population et à des besoins particuliers comme les grandes épidémies du typhus et du choléra apportées par les immigrants. Le Montreal General Hospital doit sa fondation à la "Female Benevolent Society" fondée à Montréal pour aider les immigrants. Les Soeurs Grises de Montréal et les Soeurs de la Providence entrèrent dans les services de santé à l'occasion de grandes épidémies qui eurent lieu à Montréal après 1840. L'Hôpital de la Marine de Québec fut aussi fondé pour soulager les immigrants contagieux. On sait, en effet, que par suite de la famine et de la maladie de la pomme de terre en Irlande, près de 100,000 irlandais durent quitter leur pays surpeuplé en 1847. En prévision des maladies épidémiques qui devaient surgir d'un tel afflux d'immigrants, le docteur James Douglas de Québec avait ouvert à Beauport un hôpital privé pour secourir avec le docteur John Racey les malades contagieux; mais le plus grand nombre de ces infortunés étaient dirigés vers la station de la quarantaine à Grosse Isle.

A partir de 1880, le nombre des hôpitaux va se multipliant à Montréal et dans toute la province comme en témoignent les fondations suivantes:

- 1880- Notre-Dame, Soeurs Grises.
- 1885- Retraite de Saint-Benoit, (Montréal,) Psychiatrique
- 1881- Arthabaska, Hôtel-Dieu, Hospitalières de St-Joseph.
- 1884- Chicoutimi, Hôtel-Dieu de St-Vallier, Hospitalières de Québec.
- 1886- Trois-Rivières, Hôpital Saint-Joseph
- 1887- Montréal, Hôpital Général de la Miséricorde, (originellement pour les filles-mères.)
- 1888- Sherbrooke, Sherbrooke Hospital.
- 1889- Rivière du Loup, St-Joseph du Précieux-Sang, Soeurs de la providence.
- 1890- Verdun Protestant Hospital (psychiatrique).
- 1889- Baie St-Paul, Hôpital Ste Anne, (psychiatrique).
- 1891- Montreal Foundling and Baby Hospital.
(absorbé par l'hôpital Children's Memorial.)
- 1892- Lévis, Hôtel-Dieu de Lévis, Religieuses hospitalières de Québec.
- 1894- Homéopathic Hospital (general) Montréal.
- 1898- Grace Dart (Tuberculose) Montreal.
- 1899- Hôpital du Sacré-Coeur, Soeurs de la Providence, (Incurables) Montréal.
- 1901- St-Hyacinthe, Hôpital St-Charles. Soeurs Grises.
- 1901- Québec, Crèche Saint-Vincent de Paul, Soeurs du Bon Pasteur.
- 1902- Maniwaki, Hôpital St-Joseph, Soeurs Grises
- 1903- Québec, Hôpital Ste-Anne.
- 1903- Children's Memorial (laic) Montréal.
- 1904- Lac Edouard, Sanatorium.
- 1904- Valleyfield, Hôtel-Dieu, Soeurs de la Providence
- 1905- Saint-Paul, (maladies contagieuses) Soeurs Grises Montréal.
- 1906- Alexandra Hospital (maladies contagieuses) Montréal
- 1906- Buckingham, Hôpital St-Michel, Soeurs Grises d'Ottawa
- 1907- Harrington Harbour, Harrington Hospital, International Grenfell Association.
- 1908- Hôpital St-Luc (général) Montréal.
- 1907- Hôpital Ste-Justine (hôpital pour enfants, 0-14 ans), Filles de la Sagesse, Montréal.
- 1909- Royal Edward (Tuberculose) Montreal.
- 1909- Sherbrooke, Hôpital Général St-Vincent de Paul
- 1909- Shawinigan, Joyce Memorial.
- 1909- Lachine General Hospital

- 1910- Sherbrooke, Hôpital civique (contagieux).(Soeurs
Grises depuis 1918)
Drummondville, Hôpital Ste-Croix, Soeurs Grises
de Nicolet.
Theftford Mines, Hôpital St-Joseph, Soeurs Grises
de Québec.
- 1912- Institut Bruchési, (Tuberculose) Soeurs de la Providence.
Sweetsburg, Brome-Missisquoi Perkins Hospital.
La Tuque, Hôpital St-Joseph, Soeurs Grises
de Montréal.
Préfontaine, Mont Sinai Sanatorium, (Tuberculose)
- 1913- Hull, Hôpital du Sacré-Coeur, Soeurs de la Providence.
Lachine, Hôpital Saint-Joseph, Soeurs de la Providence.
- 1914- Québec, Hôpital St-François-d'Assise, Soeurs de
St-François d'Assise.
- 1916- Valleyfield, Soeurs de la Providence
- 1917- Québec, Hôpital Civique, Soeurs Grises.
- 1918- Roberval, Sanatorium St-Michel.
Hôtel-Dieu St-Michel, Augustines hos-
pitalières de Québec.
Havre St-Pierre, Soeurs Grises de Québec.
Montréal, Hôpital Chinois, Soeurs de l'immaculée-
Conception.
- 1919- Plessisville, Hôpital du Sacré-Coeur, Soeurs Grises
de Québec
- 1920- Montréal, Hôpital Ste-Jeanne d'Arc, Soeurs de
St-François d'Assise.
- 1923- Rimouski, Hôpital St-Joseph, Soeurs Grises de Québec.
- 1926- Gaspé, Hôpital de Notre-Dame-des-Neiges,
Hospitalières de Québec.
Ste-Anne de Beaupré, Hôpital Ste-Anne, Soeurs
Dominicaines.
- 1923- Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Soeurs Dominicaines.
- 1927- Québec, Hôpital du St-Sacrement, Soeurs Grises.
Montréal, Institut du Radium.
- 1924- Montreal, Hôpital St-Mary's, Sisters of Providence.
- 1930- Amos, Hôpital Ste-Thérèse, Soeurs Grises.
Noranda, Hôpital d'Youville, Soeurs Grises d'Ottawa.
Gaspé, Hôpital Ste-Anne, à Ste-Anne des Monts,
Soeurs St-Paul de Chartres.
- 1931- Shawinigan, Hôpital Ste-Thérèse, Soeurs Grises
d'Ottawa.

- 1932- Nicolet, Hôpital du Christ-Roi,
Mont-Laurier, Hôpital Ste-Anne
Verdun, Hôpital Général, Soeurs de la Providence.
- 1934- Hôpital Pasteur, Montréal.
- 1937- Hull, Sanatorium St-Laurent, Soeurs Grises d'Ottawa.
- 1938- Cap-aux-Meules, Gaspé, Soeurs Grises de Québec.
- 1939- Mont-Joli, Sanatorium St-Georges, Soeurs de la Sagesse.
- 1935- Matane, Hôpital St-Rédempteur, Soeurs Dominicaines.
- 1942- Ste-Agathe des Monts, Hôpital de la Providence,
Soeurs de la Providence.
- 1943- Trois-Rivières, Hôpital Ste-Marie, Soeurs de
La Miséricorde
Lachute, Hôpital de la Providence, Soeurs de
la Providence.

De cette époque date la création d'orphelinats pour le soin des orphelins. L'orphelinat de Québec d'abord fondé par la Société charitable des Dames catholiques est remis aux Soeurs de la Charité en 1849. De 1840 à 1875 surgissent dans les centres populeux de la province les hôpitaux de filles-mères et des refuges pour ces malheureuses. En 1850, c'est la fondation à Québec de la Maison Ste-Madeleine. La première Crèche est instituée à Québec en 1849, soit cinq années seulement après la fondation de la première Crèche française par Firmin Marbeau à St-Pierre Chaillot, France.

Ces oeuvres de protection de la jeune fille coïncident avec les commencements du travail féminin dans les manufactures. La fondation du premier refuge de filles repenties à Québec par Madame F.X. Roy ne suit que de six ans celle de Montréal en 1844 par les Soeurs de Notre-Dame de la Charité d'Angers. L'année 1845 voit aussi surgir à Montréal le nouvel institut des Soeurs de la Miséricorde. Madame Gamelin avait déjà commencé son oeuvre admirable de la providence dès 1828.

Au cours du XIXe siècle, la structure de l'assistance hospitalière inaugurée par les diocèses de Québec et de Montréal tend à se reproduire telle quelle avec le développement des nouvelles régions et des nouveaux centres industriels. Les protestants eux-mêmes dans l'organisation hospitalière de leur assistance acceptent cette formule institutionnelle avec une direction laïque ou épiscopale.

Il existait 24 hôpitaux généraux et spéciaux dans le Québec de 1900. De ce nombre, 9 étaient dirigés par l'Eglise protestante ou par des administrateurs laïques. On y relevait aussi 70 hospices et autres institutions pri-

vées d'assistance dont 14 dirigées par les protestants.

L'Eglise ne borna pas son effort à cette extraordinaire expansion hospitalière. Elle collabora à l'organisation sociale de la province par ses initiatives et par son enseignement social.

Ce qui pressait le plus après 1760, c'était l'organisation agricole et la colonisation. Le comité chargé d'enquêter sur les causes de l'émigration aux Etats-Unis en 1839, rend hommage au clergé du Bas-Canada pour avoir pris en main l'oeuvre de la colonisation et loue l'action agricole des abbés O'Reilly et Bédard dans leur effort d'établissement des Canadiens sur les terres de la Couronne. L'abbé P.J. Bédard expliquait ainsi devant le même comité l'action du prêtre dans la colonisation: "Le prêtre est d'absolue nécessité pour la prospérité d'un nouvel établissement. C'est lui qui est l'âme de tout. Car les personnes instruites y sont rares; et là où il faut tout créer pour donner la marche à la société, il faut une personne de tête qui jouisse de la confiance publique et qui puisse se sacrifier" (1)

Grâce à l'institution paroissiale, l'Eglise soutient le cultivateur de son appui religieux et social. Elle coopère avec le gouvernement à la création de sociétés d'agriculture qui remontent à 1847 et sont les ancêtres de la grande organisation professionnelle agricole de Québec: l'Union Catholique des cultivateurs fondée en 1927. Elle encourage à Québec et à Montréal la fondation des Caisses d'épargne pour venir en aide à l'ouvrier et soutient le Commandeur Alphonse Desjardins dans l'organisation de la coopération d'épargne et de crédit par la création des Caisses Populaires Desjardins. Elle poursuit la lutte contre l'intempérance commencée sous l'Ancien Régime et aide les ouvriers à se prévaloir de leur droit d'association en coopérant intimement à la création des syndicats catholiques. Les premières unions remontent à l'organisation du Conseil Central des métiers et du travail de Québec et de Lévis en 1889 et la mise sur pied du premier groupement ouvrier catholique à Chicoutimi en 1907.

Signalons enfin la part qu'elle prend dans l'avancement de la médecine par la fondation des deux écoles de médecine de Québec et de Montréal

(1) Journaux de l'Assemblée Législative, Appendice du VIIIe vol. (A.A.A.A.A)

C'est à l'Hôpital de la Marine de Québec fondé par l'Etat en 1830 qu'on trouve un premier centre d'enseignement médical et l'ancêtre de l'école de médecine de Laval. Une équipe de brillants médecins tels que les docteurs James Douglas, Anthony von Iffland, Joseph Morrin, Joseph Painchaud et autres furent les pionniers de l'enseignement médical à Québec. Dès 1835, leurs élèves demandaient la création d'une école de médecine à l'hôpital. En 1847 eut lieu l'incorporation de l'Ecole de médecine de Québec qui ouvrait ses portes l'année suivante sous la présidence du docteur Joseph Morrin. Cette école devait constituer la faculté de médecine de Laval en 1854.

En 1878, une école française de médecine était fondée, comme filiale de celle de Québec, par la fusion avec l'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal établie en 1843.

Signalons enfin la coopération harmonieuse que l'Eglise accorda au gouvernement dans la mise en exécution de la loi de l'Assistance Publique de 1921. Dans une lettre qu'il écrivait au cardinal Bégin, le premier ministre de la Province, monsieur Alexandre Taschereau, disait que l'assistance publique "est une question à la fois sociale et religieuse; religieuse surtout pour les catholiques, puisque pour ce qui est de nos coreligionnaires, elle est presque entièrement laissée entre les mains des communautés religieuses." (1)

C'est dans la même continuité que l'épiscopat interprétait la nouvelle loi. Aussi monseigneur Ross, évêque de Gaspé, se faisait-il l'interprète de tous quand il écrivait que tout en collaborant avec le gouvernement il fallait "obtenir la reconnaissance du maintien de l'autorité religieuse sur les communautés et empêcher que les communautés religieuses qui deviendront institutions d'assistance ne soient livrées à la discrétion du bon vouloir des officiers civils dans des choses où elles sont canoniquement soumises à l'autorité religieuse." Il fallait donc "assurer à l'autorité religieuse le contrôle que lui confère sur ces communautés leur statut canonique" et il concluait: "l'autorité religieuse qui n'est pas moins désireuse que l'autorité civile de collaborer harmonieusement au service des indigents a droit d'attendre des égards aussi élémentaires que celui de la reconnaissance de son autorité sur les communautés que son pouvoir a créées pour les mettre au service des malheureux." (2)

(1) Archives de l'Archevêché de Québec, G.Q.]-169.
Lettre du 3 mai 1921.

(2) Archives de l'Archevêché de Québec, D.G. 1-10.
Lettre du 22 septembre 1923.

Chapitre quatrième

ADMINISTRATION, FINANCEMENT et PERSONNEL DE L'ASSISTANCE SOCIALE: 1760-1921.

L'autonomie administrative et le caractère privé des services de santé et de bien-être de 1760 à 1921 ont permis l'éclosion de formes multiples d'assistance issues de l'initiative de tous les groupes de la cité.

Au type institutionnel et hospitalier d'assistance de caractère religieux, au type semi-public d'assistance à domicile s'ajoutèrent après 1763 un type institutionnel laïque et philanthropique développé par le groupe anglo-protestant et un type d'assistance à domicile essentiellement paroissial. D'où cette apparition du caractère confessionnel, qui surgit après 1760.

Ce pluralisme de formes d'assistance se développe dès les premières années du nouveau régime. Dès l'hiver 1761, alors que sévissait une grande misère au Canada, particulièrement dans la région de Québec où "quatorze cent belles fermes avaient été dévastées" d'après monseigneur de Pontbriand, des souscriptions s'organisent sous le patronage actif du général Murray, des officiers anglais et des marchands. Un fonds d'environ \$3,000,00 est vite souscrit pour secourir les indigents. (1)

Au cours du XIXe siècle, le bénévolat laïque tant protestant que catholique prend une plus grande importance dans le champ de l'assistance. En 1810, la Société de Bienfaisance obtient son incorporation (2). En 1818, grâce à un legs de John Conrad Marfteller du 17 mai 1808, une maison d'industrie à direction laïque et en faveur des enfants pauvres commence à fonctionner à Montréal. (3)

Un communiqué dans la Gazette de Québec du 2 août 1819 et signé par le Chevalier Robert D'estimaerville nous apprend la formation de La Société de Québec des Emigrés "en connexion et correspondance avec celles déjà existantes ou qui pourront par la suite se former dans ces

(1) Archives du Canada, Papiers d'Etat, série Q; T'l.

(2) Acte 47 Geo. III, Ch.17, (1807)

(3) Acte 58 Geo. III, Ch. 15 (1818)

provinces à l'effet de procurer de l'emploi et de donner des informations et l'assistance requise aux émigrants qui viennent pour s'établir à Québec et dans les environs." (1)

La Société amicale reçoit son incorporation en 1830. (2) Elle veut étendre à tous ses membres canadiens les avantages de la mutualité de type anglais. Une société canadienne-française s'organise en 1831 pour poursuivre les mêmes buts: l'Institut des Artisans.

Les laïcs catholiques, suivant le mouvement de la bourgeoisie protestante, se lançaient dans les activités charitables. Ainsi les Dames de la Charité, société fondée à Québec en 1831 pour l'instruction des enfants pauvres; la Société charitable des Dames catholiques de Québec, fondée la même année, pour s'occuper de l'instruction des orphelins.

Une première spécialisation par catégories d'indigents se développe durant cette période. Citons les orphelinats et les hospices. En 1841, s'ouvre à Montréal l'Asile pour les femmes âgées et infirmes. (3) L'institution des filles repenties de Montréal fonctionnait depuis 1834. (4) Signalons encore l'Asile des Orphelins protestants de Montréal qui débute en 1842, (5) et "The Charitable Firewood Society" incorporée en 1843. (6)

Avec les années, l'activité des bénévoles protestants et catholiques de l'assistance se portera de plus en plus vers l'assistance à domicile. Cette nouvelle tendance du laïcat charitable prend corps surtout avec la Société St-Vincent de Paul en 1846-47. Une forme nouvelle d'assistance-santé surgit en 1866 avec la fondation à Québec du premier dispensaire où "tous les pauvres sans distinction pourraient venir consulter les médecins et même les demander à domicile, quand la maladie rendait toute sortie impossible."

Un autre aspect du bien-être de cette époque apparaît avec l'introduction des institutions municipales. Dès 1832, existe à Québec un "Board of Health". En 1833, (6 mai), le conseil municipal de Québec constitue un comité sanitaire. Ce comité de Santé est définitivement établi en 1841. Il est presque toujours présidé par un médecin. Cette direction médicale

(1) La Gazette de Québec, 2 août 1819.

(2) Acte 10 et 11 Geo. IV, ch. 49 (1830)

(3) Acte IV et V, Ch. 67, (1841)

(4) Acte III, Ch. 35, Geo. IV, (1834)

(5) Acte IV Ch. 52, Geo. IV, (1842)

(6) Acte VIII, Ch. 82, Geo. IV, (1843)

deviendra permanente en 1884. Certaines villes, utilisant les pouvoirs de leur charte, prennent l'initiative de fonder des hôpitaux civiques soit pour contagieux soit pour malades généraux comme Montréal, Québec, Sherbrooke etc. D'autres activités d'assistance municipale existent dans la plupart des villes.

Dans son célèbre Rapport, Durham pose un diagnostic sévère sur l'administration de l'assistance dans le Bas-Canada de 1837: "Quant aux hôpitaux, prisons et institutions de charité du Bas-Canada, dit-il, je les réfère à des informations précieuses recueillies sous ma direction par Sir John Doratt, durant son exercice d'inspecteur-général des hôpitaux et des institutions littéraires et charitables; ces informations forment un chapitre séparé de l'appendice joint au Rapport. Je regrette que l'urgence de devoirs plus impérieux ne m'aient permis de prendre sur la matière des renseignements aussi étendus et aussi spéciaux que j'aurais désiré en d'autres circonstances. Le Rapport de Sir John Doratt m'a mis au fait de certains problèmes sur lesquels je crois très important d'appeler sans retard l'attention du Gouvernement de Sa Majesté. Je veux mentionner l'absence d'asiles pour recevoir les aliénés dans le Haut et le Bas-Canada. Le mauvais état des prisons en général, surtout la prison de Québec, les déficiences de la Quarantaine à la Grosse Isle, l'ignorance et le ravalement de la profession médicale à la campagne, la nécessité de donner un nouveau refuge aux fous, aux invalides pauvres, aux enfants trouvés, en votant à ces fins des subventions aux communautés de femmes. Il est évident que de graves abus règnent dans l'administration des oeuvres de philanthropie." (1)

Jusqu'en 1867, les institutions pénitentiaires pour criminels et délinquants telles que les prisons et les écoles de réforme étaient sous la seule juridiction provinciale. Une loi avait été passée en 1799 pour établir des maisons de correction dans divers districts; mais cette loi ne fut appliquée que plusieurs années après. Les criminels étaient donc internés dans les prisons communes avec les vagabonds.

Un acte voté en 1817 qui pourvoyait au règlement de police dans les villes de Québec, Montréal et Trois-Rivières définissait ce que l'on entendait alors par vagabonds. "Les personnes considérées comme débauchées, désœuvrées et déréglées sont celles qui étant capables de

(1) Le Rapport Durham, Edit. Hamel, p. 176, Québec 1948.

travailler et par là ou par d'autres moyens de se soutenir elles et leurs familles, refuseront ou négligeront volontairement de le faire; les personnes qui étaleront ou exposeront dans les rues chemins ou places publiques quelque chose d'indécent ou y exposeront leur personne d'une manière indécente; les personnes qui s'amuseront dans les rues et chemins, obstruant le passage en se tenant sur les trottoirs; ou se servant d'un langage insultant envers les passants ou autrement; arrachant ou défigurant les enseignes, brisant des fenêtres, des portes ou des plaques de portes, ou des murs de maisons, de cours ou de jardins; détruisant des clôtures; causant du trouble ou du bruit dans les rues ou chemins publics en criant, jurant ou chantant, se trouvant ivres et empêchant ou incommodant les passants paisibles; les personnes prostituées; les personnes errant la nuit dans les champs, les rues et les chemins publics, qui ne donneront pas d'elles un compte satisfaisant; les personnes qui seront trouvées à boire dans les tavernes ou cabarets après dix heures du soir et avant cinq heures du matin entre le 21 mars et le premier octobre, ou après neuf heures du soir et avant six heures du matin depuis le premier octobre jusqu'au premier avril; et les personnes qui gagnent de l'argent ou quelque chose de précieux en jouant aux cartes, aux dés, à quelque autre jeu de hasard dans les tavernes." (1)

Ces personnes de tous âges et de toutes catégories étaient internées pour deux ou six mois dans la même prison que les criminels. Les locaux y étaient étroits, malpropres et insuffisamment gardés. C'est dire que ces institutions avaient surtout en vue la protection du public et se souciaient peu de la réhabilitation des prisonniers.

Un comité spécial de Chambre chargé d'enquêter sur les institutions pénitenciaires en 1849, signale la dureté de traitement qu'y subissaient les prisonniers, l'inférieure qualification des gardiens, le manque de ségrégation des prisonniers. Il décrit ces établissements comme des centres de dégradation humaine. On sait qu'après 1867, le gouvernement fédéral assumait la charge des criminels condamnés à 2 ans de prison et plus et laissa aux provinces la responsabilité des autres délinquants.

Quant aux soins donnés aux malades mentaux, soeur Marguerite Beaubien nous apprend que "vers l'année 1793, le gouvernement d'alors proposa à l'Hôpital Général de Montréal de se charger temporairement, mais pour un temps qui n'a pas été fixé, du soin des pauvres insensés, moyennant que le gouvernement fit construire, à ses frais, sur le terrain de l'Hôpital Général, un bâtiment avec des loges pour les placer et payât

(1) Statuts Provinciaux du Bas-Canada, 57 Geo. III, ch.16 (1817)

les dépenses que nécessiterait le soutien des dits insensés. Cette proposition ayant été acceptée par la communauté du dit hôpital, il a été construit sur leur terrain, aux frais du gouvernement, un bâtiment contenant des loges pour les insensés." (1)

Dès 1810, les Commissaires du gouvernement signalaient la nécessité de construire des maisons mieux adaptées au soin des malades mentaux. Lors de l'Enquête de 1823, le comité spécial insiste de nouveau et fait des suggestions très précises. Nous avons lu plus haut les remarques de Durham en 1839. La situation était donc inchangée et le provisoire de 1793 était devenu une situation permanente. Le Rapport des Commissaires de 1843 constate que "la population a plus que doublé depuis 1825 et que le nombre de personnes qui souffrent de cette maladie a augmenté dans la même proportion, ce qui fait qu'il devient urgent que des mesures efficaces soient adoptées pour adoucir leur sort en établissant un Asile d'après le système suivi en Angleterre et dans les Etats-Unis, où tant de ces pauvres infortunés sont rendus à leurs familles et à la société,

En 1845, un asile pour malades mentaux était fondé à Québec et dirigé par une administration laïque et privée. Le Rapport des Commissaires de 1846 nous apprend que "les insensés sous les soins des Commissaires du district de Québec ont été transportés dans cet asile, le 15 septembre dernier, conformément aux instructions reçues le 3 du même mois." (2)

En 1893, l'administration et le personnel laïcs étaient remplacés par les soeurs de la charité qui devenaient les nouveaux propriétaires de l'Asile, le gouvernement se réservant le droit de nommer le surintendant médical de l'institution. C'est là un principe nouveau d'administration qui sera étendu peu à peu aux autres hôpitaux psychiatriques, et plus tard aux hôpitaux de tuberculeux.

Les observations de Durham sur les mauvaises conditions de la Quarantaine de Grosse-Ile sont liées aux épidémies de typhus et à l'immigration irlandaise à partir de 1832 à 1854. On sait que Québec connaissait une grande prospérité durant ces années grâce à son commerce du bois et à son industrie de construction des navires. Or, les navires qui transportaient le bois en Europe en rapportaient des immigrants. Les mauvaises conditions de nourriture et d'hygiène furent parmi les principales causes des épidémies qui décimèrent ces navires d'immigrants et transportè-

(1) Report from Montreal General Hospital, Cf. App. to Report on the Affairs of British North America, No. 3, 3-11, D

(2) Journaux de l'Assemblée Législative, 1846, App. 3, App."

rent à Québec avec ces malheureux la contagion. En 1832, une première épidémie est déclarée à Québec; 3,451 personnes succombent dont la plupart des Irlandais. En 1834, on signale 2,509 morts; en 1847, sur 90,000 immigrants, dont 70,000 Irlandais catholiques, 24,000 moururent ou durant la traversée ou à la station de Grosse-Isle ou à Québec; en 1849, on rapporte 1,185 morts; en 1851, 280 morts; en 1852, 145 morts et en 1854, 803 morts. (1)

La Quarantaine existait dans le Bas-Canada depuis 1795. (2) Le but de cet établissement était de retenir en quarantaine les bâtiments et "vaisseaux venant des places infestées de la Peste ou aucune fièvre ou maladie pestilentielle pour empêcher la communication d'icelles dans cette Province."

Sir John Doratt croyait que l'obligation de faire arrêter tous les navires à la Grosse-Isle, qu'il y ait des malades ou non, occasionnait trop de dépenses et de pertes de temps pour les commerçants. Il suggéra que les navires qui n'avaient pas de malades à bord à la Grosse-Isle poursuivent leur course jusqu'à Québec; et là, après inspection par les officiers de santé, si des malades étaient reconnus, les navires retourneraient à la Grosse-Isle.

Parmi les nouvelles initiatives administratives des autorités provinciales durant cette époque, signalons la création du premier bureau de santé provincial par une loi votée en 1886 et le premier budget provincial pour l'hygiène publique voté en août 1887. Ce bureau avait le pouvoir légal d'obliger les municipalités à établir des services locaux de santé.

Une loi sanctionnée le 14 février 1920 décrétait que les institutions privées de santé et de bien-être avait le droit de refuser l'hospitalisation d'un indigent malade à moins que le conseil de la municipalité où le malade a sa résidence actuelle depuis au moins six mois, ne s'engage, par résolution, à prendre à sa charge les frais d'hospitalisation de tel malade. Toutefois, la municipalité en question n'est pas responsable pour plus de quarante jours d'hospitalisation d'un malade, à moins qu'un nouveau consentement ne soit donné par le conseil municipal. (3)

(1) Gale, G. *Historic Tales of old Quebec*, p. 213, 1923.

(2) *Acte Geo. III*, Ch. 5 (1795)

(3) *Annuaire Statistique de Québec*, p. 219, 1920.

Cette mesure d'urgence illustre les problèmes financiers et les relations difficiles des institutions avec les municipalités dans le champ de l'assistance hospitalière.

D'autres principes d'administration entreront en jeu avec la multiplication des initiatives fédérales dans le domaine de l'assistance et du bien-être depuis la guerre 1914-18 en faveur des soldats et des vétérans.

Pour résumer le caractère essentiel de l'administration durant cette période qui court de 1760 à 1921, nous pouvons dire qu'elle continue l'esprit de l'assistance de l'Ancien Régime. Basés sur l'initiative et la charité privée, les services de santé et de bien-être voient la contribution des pouvoirs publics augmenter avec les années. Les différents groupes ethniques de la province organisent et administrent leurs formes d'assistance sociale, sur un plan confessionnel. Il faut toutefois noter que l'assistance plus familiale du XVIII^e siècle devient de plus en plus institutionnelle au XIX^e siècle. Ce caractère institutionnel de la santé et du bien-être sera consacré par la loi d'Assistance de 1921 qui n'accorde de subsides qu'aux institutions hospitalières et passe sous silence les services d'assistance à domicile.

Quant au personnel de ces institutions, il se compose aux débuts, en très grande majorité, de religieux et de religieuses. Cependant, le personnel laïc qui débute avec les organisations protestantes et philanthropiques du nouveau régime se développe, surtout au commencement du XX^e siècle avec le progrès des professions et des techniques de santé. Pour les services de bien-être, il faudra attendre le deuxième quart du XX^e siècle pour voir s'organiser la profession des travailleurs sociaux autour des idées de réhabilitation et d'adaptation sociales.

Dans son rapport de 1762, Murray dénombrant les institutions d'assistance de Québec déclarait 33 religieuses pour l'Hôpital Général de Québec et 36 pour l'Hôtel-Dieu. (1) Le personnel des institutions d'assistance restera assez stationnaire jusqu'à la révolution industrielle. En 1855, Langevin, dans sa monographie sur le Canada déclare un personnel de 48 religieuses pour l'Hôtel-Dieu dont la capacité en lits de malades était de 62. Le personnel de l'Hôpital Général comprenait 57 religieuses. Les Soeurs de la Charité dans leurs institutions de Québec en 1855 étaient au nombre de 26. (2)

(1) Rapport du général Murray sur l'Etat du Gouvernement de Québec, page 42, 1762.

(2) Langevin, Hector, Le Canada, p. 29, 1855.

Avec l'urbanisation du pays, les institutions, pour rencontrer les nouveaux besoins d'hospitalisation, firent appel aux laïcs. Le problème qui se posait immédiatement pour le personnel laïc était celui de la compétence. Ce problème était aigu dans les institutions pénitenciaires soutenues par l'Etat. On se souvient que le Comité d'enquête de 1849 y déplorait l'insuffisante préparation du personnel. Le problème se posait gravement dans les autres institutions. Le docteur Vailée dans son rapport sur les asiles d'aliénés de la province en 1890 rappelle que "le recrutement d'un bon personnel de gardiens est, un des points essentiels dans l'organisation d'un établissement d'aliénés." Il déclarait qu' "en Amérique, mais surtout en Angleterre et en Ecosse on a réalisé des progrès réels relativement au personnel des surveillants et gardiens d'asile et c'est en ce point plus encore que dans la beauté des installations qu'on doit reconnaître la supériorité de leurs asiles sur les nôtres. (1)

Ce problème de l'instruction professionnelle du personnel laïc et religieux trouvera sa solution définitive au XXe siècle. Mais on se préparera plus vite sur le plan des institutions de santé que sur celui des institutions de bien-être; ce qui explique un peu que les progrès de la santé aient été plus rapides dans la Province que les progrès de la réhabilitation et du bien-être.

En 1920, dans les institutions hospitalières de santé et de bien-être, le personnel s'élevait pour la Province au chiffre de 6,584, soit 2,473 pour le personnel supérieur, 1,892 pour le personnel secondaire, 400 médecins, 917 gardes-malades religieuses et 902 gardes-malades laïques. La proportion des laïques ne fera qu'augmenter dans les années suivantes.

Pour le financement de cette assistance, jusqu'en 1921, les institutions tant de bien-être que de santé ne reçurent du gouvernement qu'une légère subvention. Ainsi à l'Hôtel-Dieu de Québec en 1875, sur une dépense de \$5,000 occasionnée par le soin des malades de l'institution, l'allocation du gouvernement s'élevait annuellement à moins de \$640.00 (2) De 1883 à 1886, ces allocations diminuent comme en font foi les sommes votées par la Législature pour les malades indigents du district de Québec, soit \$3,200 pour 1883, \$2,280 pour 1884, \$2,560 pour 1885, et \$2,240 pour 1886. (3)

(1) Cité par Napoléon Legendre "Nos asiles d'aliénés, p.25, 1890.

(2) Les Corporations Religieuses Catholiques de Québec, Dr. Hubert Larue, p. 18, 1876.

(3) Archives Notre-Dame de Québec, carton 25, No 22, 1883-86.

La ville de Québec voulant imposer des taxes à l'Hôtel-Dieu de Québec avait reçu cette réponse en 1892: "L'Hôtel-Dieu est une institution strictement de charité. Les malades pauvres y reçoivent gratuitement la nourriture, les remèdes, le logement, le vêtement et tous les soins que requiert leur état; les 7 médecins qui desservent l'hôpital, le jour et la nuit souvent au prix des plus grandes fatigues, donnent aussi leurs soins gratuitement, ... enfin la communauté de l'Hôtel-Dieu offre aux citoyens de Québec les services gratuits de 80 hospitalières expérimentées qui, jour et nuit, au prix des plus grands sacrifices, prennent soin des malades délaissés de la ville".

"La communauté n'a jamais été à charge à la ville. Au contraire elle a toujours reçu gratuitement ses malades de toutes les dénominations, plus de 100,000 dans l'espace de 203 ans." (1)

Comme nous l'avons déjà signalé, la loi de 1921 vint régler pour plusieurs années le problème du financement de l'hospitalisation des pauvres dans la province. Dès 1919, le premier ministre du temps signale que le déficit des institutions d'assistance en 1919 s'élève à un quart de million. (2)

Cette loi de 1921 marque la substitution du régime des subventions qui existait depuis l'Ancien Régime par un mode statutaire de financement de l'assistance. Cette assistance directe par le gouvernement se limite toutefois aux institutions hospitalières tant de santé que de bien-être. Toutes les charges de la charité directe et à domicile restent encore du domaine privé. La nouvelle loi de l'Assistance publique mise en vigueur le 1er septembre 1921 distribuait les responsabilités de l'assistance hospitalière entre le gouvernement provincial pour un tiers, le gouvernement municipal pour un autre tiers et pour le dernier tiers, l'institution d'assistance. Ce système consacrait la structure privée de l'Assistance mais lui reconnaissait une fonction publique. A l'occasion de cette loi, le gouvernement affirmait sa philosophie d'assistance en déclarant par la voix de son premier ministre: "Il n'est nullement question d'une main-mise de l'Etat sur nos institutions d'assistance publique. La charité fait des merveilles qu'aucun gouvernement ne pourrait accomplir, et il convient de lui laisser toute son initiative. Nous voulons simplement aider le plus possible nos hôpitaux et toutes nos oeuvres d'assistance." (3)

(1) Archives Notre-Dame de Québec, Carton 25, No 22, 1883-86

(2) Le Devoir, 13 avril 1921.

(3) Ibid.

Le financement de la nouvelle loi s'inspirait du système français. Il était basé sur une taxe de spectacles intitulée "le sou du pauvre," et perçue par le gouvernement municipal mais dont la moitié devait être remise à la Province. Le rôle du nouveau service de l'assistance publique consistera à collaborer étroitement avec les institutions d'assistance. En principe, toutefois, l'assistance publique "restait fonction et charge municipale" le service provincial ne venant qu'aider et surveiller les municipalités. Enfin, la nouvelle loi n'obligeait aucune institution privée à être reconnue d'assistance publique.

TROISIEME PERIODE

1921 - 1951

Chapitre Premier

L'EXPANSION ECONOMICO-SOCIALE DE LA PROVINCE

La période qui s'étend de 1921 à 1951 marque la plus grande expansion industrielle de la province de Québec et correspond à un développement sans précédent de l'assistance sociale.

Sans rien rejeter de sa structure traditionnelle d'assistance privée, hospitalière et confessionnelle, la Province voit s'amplifier, sous le coup de circonstances inusitées, des services publics provinciaux dont le coût financier dépasse maintenant de beaucoup celui des services privés. Le gouvernement fédéral commence à jouer le rôle de "Welfare State" et réalise progressivement pour l'ensemble du pays un plan de sécurité sociale.

Nous verrons que ces forces nombreuses et puissantes mises au service du bien-être de la population, loin de toujours converger, semblent parfois agir parallèlement et même se dédoubler. Avant de toucher à ces problèmes d'intégration et de coordination, étudions rapidement les facteurs économique-sociaux qui ont permis la prospérité actuelle de la province de Québec et élargi son organisation sociale.

La fin de la guerre 1914-18 devait marquer pour la province de Québec une orientation nouvelle dans le développement économique. Alors qu'elle avait connu au XIXe siècle une ère surtout commerciale, elle devient le théâtre au XXe siècle d'une révolution industrielle. C'est que les ressources les plus précieuses du Québec exigeaient à cause de leur éloignement géographique, un tel développement technologique qu'il a fallu attendre pratiquement le deuxième quart du XXe siècle pour en actualiser les riches virtualités. La fonction historique d'absorption des surplus démographiques jouée par l'agriculture, la colonisation et l'immigration est partagée désormais par l'industrie dans une proportion de plus en plus considérable.

Une première étape d'expansion industrielle commencée un peu avant 1914 et qui se continue jusqu'après 1939 est marquée par le développement des industries de la forêt, de l'électricité et des mines. On constate une concentration de la fabrication, du commerce et de la finance dans la ville de Montréal qui accentue le mouvement rapide de l'urbanisation. De 1921

à 1931, la population urbaine qui devance la population rurale depuis 1921 passe de 56% à 63% de toute la population de la Province.

La crise de 1929 vint démontrer la vulnérabilité de ce développement économique. Sans doute, la crise était de grandeur mondiale et tout le pays en fut frappé; mais des centres urbains, comme Montréal, furent particulièrement touchés.

L'avènement jusque-là inconnu d'un chômage massif révéla l'insuffisance des structures traditionnelles de bien-être. Une conscience nouvelle des responsabilités de l'Etat se fit jour. Déjà timidement exprimée dans la loi d'Assistance de 1921, cette conscience pénétra les pouvoirs publics fédéral et provincial et envahit des champs d'assistance jalousement gardés jusque-là par l'initiative privée. On accepta désormais que l'indigence ne soit plus imputée uniquement à des facteurs personnels mais à des facteurs économiques et urbains et que sa solution relevait des pouvoirs publics.

Le gouvernement fédéral inaugura une politique de subsides aux provinces, à l'industrie, à l'agriculture, aux mines, et aux chômeurs. Le gouvernement de la Province intervint généreusement en faveur des chômeurs de même que les municipalités.

Conformément à la législation municipale créée au XIXe siècle qui leur abandonne la responsabilité de l'assistance directe, les municipalités engagèrent tout leur crédit dans l'assistance au chômage. Elles assumèrent même dans le Québec, une partie plus considérable des frais de chômage que les municipalités des autres provinces soit une proportion de 25% comparée à 15% pour les autres provinces. C'est de là que prennent naissance les embarras financiers de nos municipalités. Le gouvernement fédéral absorba 30% des dépenses totales.

Bien que la très grande partie des sommes dépensées pour le chômage, soit 70%, prit la forme de secours directs, la Province et les municipalités s'engagèrent aussi dans des travaux publics. Ajoutons que de 1930 à 1937, la Province dépense 26 millions pour l'établissement de colons, 54 millions pour la construction de routes et 14 millions pour des prêts aux cultivateurs. C'est dire que les immobilisations totales du gouvernement de la Province pour les dépenses de chômage durant la période de 1930 à 1938 atteignaient presque le montant global de la dette provinciale à cette époque. Concurrément à cette augmentation des charges, la Province voyait de 1928 à 1933 son revenu diminuer de 44%. (1)

(1) Rapport Rowell-Sirois, *Recommandations*, T. I, pp. 180 et ss.

La guerre mondiale 1939 constitue la deuxième étape de l'expansion industrielle de la Province. Elle eut pour résultat d'absorber rapidement le chômage.

Comment se situe la condition économique- sociale de la province en 1951? L'économie de la Province accentue sa décentralisation et prend un caractère nettement régionaliste. Cette diversité économique apparaît dans les zones métropolitaines de Montréal et de Québec liées à l'économie canadienne, dans la région économique au nord du St- Laurent qui abrite les fabriques de pâte de papier et d'immenses usines métallurgiques très mécanisées, dans les régions nouvelles de colonisation agricole où se développèrent des centres industriels actifs tributaires d'établissements miniers et dans la région du nouveau Québec.

Il est assez normal que cette décentralisation économique commande une nouvelle distribution urbaine de la population. Ainsi en 1921, il n'existait que deux cités de plus de 30,000 âmes; en 1951, le nombre en est monté à sept. Par ailleurs, la population globale des cités qui était de 515,544 en 1901 s'est élevée à 1,834,225 en 1951.

Le développement de la population suit celui des régions industrielles. Ainsi, la population du Saguenay s'est accrue de 35% durant la dernière décade, soit de 1941 à 1951. Dans la région Abitibi-Témiscamingue l'augmentation de la population durant le même laps de temps a atteint 30.8%. A côté de ce mouvement de population vers le nord et le nord-est de la Province, signalons un autre mouvement en direction du sud vers les régions du Richelieu, des Cantons de l'Est et du Sud de Montréal. Au cours de 1941-51, l'augmentation de la population du Richelieu est de 38%. Celle du sud de Montréal et des Cantons de l'Est, de plus de 23%. (1)

Il y a donc un fait de décentralisation urbaine qui s'exprime par l'augmentation des villes, des cités et des villages, augmentation et décentralisation commandée par l'orientation du développement industriel. Ce fait aura de grandes conséquences sur la décentralisation du bien-être et de la santé.

(1) Annuaire statistique de Québec, p.44 ss. 1951-52.

TABLEAU III
PROVINCE DE QUEBEC

Nombre (1) à chaque recensement				Population			%de la popul. totale		
Année	Cités	Villes	Villages	Cités	Villes	Villages	Cités	Villes	Villages
1901	11	40	136	437,319	106,319	110,427	26.52	6.45	6.70
1911	8	65	160	629,784	207,272	129,786	31.40	10.33	6.47
1921	21	86	251	955,822	181,895	184,852	40.48	7.70	7.83
1931	25	97	301	1,329,652	237,115	246,839	46.26	8.25	8.58
1941	26	106	312	1,515,568	326,753	267,363	45.49	9.81	8.02
1951	32	130	330	1,834,225	557,918	336,655	45.23	13.75	8.30

(1) *Annuaire de la province de Québec, 1918-51*

Le développement industriel accompagne un grand accroissement de la population. De 2,369,665 en 1921, le chiffre de population s'accroît à 4,055,681 en 1951. La proportion de la population rurale en 1951 n'est plus que de 32.72 par rapport à l'ensemble de la population de la Province.

De 1941 à 1951, il y a accroissement de la population rurale soit 928,464 en 1941 et 1,130,194 en 1951; mais le nombre des Québécois activement engagés dans l'agriculture a diminué de 251,539 en 1941 à 187,846 en 1951. (1)

Faut-il conclure à une décadence de la vie rurale? Pas nécessairement. Durant ce même temps, on assiste à un agrandissement de la ferme québécoise et à sa mécanisation. L'agriculture se situe en 1951 au quatrième rang des industries de la Province après les mines, les usines électriques, les manufactures et la manutention.

La population active de la province est passée de 646,287 en 1921 à plus d'un million en 1951. Sur un nombre total de 836,041 familles dont 252,945 rurales et 603,096 urbaines en 1951, il y avait 538,216 familles de salariés. De ce total, 44,646 tiraient un revenu de moins de \$1,000 de son chef; 150,293 un revenu de moins de \$2,000; 225,192, un revenu de moins de \$3,000 alors qu'on considérerait nécessaire en 1945 un revenu minimum de \$1,950 pour subvenir aux besoins d'une famille de 4 personnes et que le nombre moyen d'enfants par famille du Québec était de 4.2 par famille en 1951. Ces chiffres indiquent assez les conditions médiocres d'existence d'un grand nombre de familles québécoises. (2)

En dépit de la tendance urbaine à la dénatalité, il importe de constater que les catégories d'âge de 0 à 9 ans et de 10 à 19 ans dépassent numériquement dans la province de Québec les mêmes catégories dans la province d'Ontario; ce qui révèle l'amplitude de nos problèmes de l'enfance et de la jeunesse sur le plan de la santé et de la préparation professionnelle à la vie comme aussi les ressources du Québec en main-d'oeuvre. Le groupe d'âge de 70 ans et plus représentait dans la Province en 1951 le nombre global de 138,936 contre 245,266 en Ontario. Même si quantitativement, le problème des vieillards se pose en termes différents dans les deux provinces; il est évident que nous pouvons parler du vieillissement de notre popu-

(1) Keyfitz, Nathan; *Population problems*, p. 77, Essais sur le Québec contemporain, 1953.

(2) Bulletins de la Statistique, Ottawa, 3-6, Vol. III, 9e Réc. Familles, p. 136, 1953.

lation et des difficultés sociales qu'implique une telle situation.

Les deux tiers de la population de la province de Québec vivent maintenant dans les villes. La seule population du grand Montréal comprend 1,395,400 âmes en 1951. Des centres industriels tels que Sorel, Trois-Rivières, Montréal, Arvida attirent constamment et en rythme accéléré depuis 1939 la population rurale. En plus de ces migrations intérieures et extérieures le taux de naissances de la Province reste encore très élevé en 1950, soit 29.9 contre 26.8 pour le taux du Canada.

Ce mouvement démographique et cette urbanisation précipitée posent des problèmes de réorganisation de la famille. Par ailleurs, l'industrialisme, dans la province de Québec, provoque un changement des structures sociales qu'on peut comparer à une révolution. La famille rurale qui immigré dans la ville rencontre une situation nouvelle.

Hughes avait signalé déjà que la société rurale du Québec apparaît comme la plus stable et la plus traditionnaliste de l'Amérique du Nord. (1) Ce fait résulte des caractères particuliers de la famille rurale, de son indépendance et de ses fonctions qui tendent à former, comme l'a écrit Léon Gérin, "un domaine suffisant pour assurer la subsistance des vieux et la dotation des émigrants". (2) Ce domaine plein paysan fondé sur l'union intime de la famille et de l'atelier agricole, sur l'étroite dépendance mutuelle et sur la solidarité des membres du groupement communautaire constitue, au dire de Gérin, la pierre de voûte de tout l'édifice social du Canada français. Dans cette conception, la paroisse joue le rôle de lien principal entre la famille et les autres groupes de la société.

Ainsi l'indépendance de la famille rurale, renforcée par le mode d'utilisation du sol qui assure une union intime entre les membres du groupement familial et de l'atelier agricole, fixe à chacun sur le domaine son occupation propre. La famille rurale traditionnelle se suffit pour la nourriture, le chauffage et la main-d'oeuvre.

La transmission du bien à un seul héritier pose sans doute le grave problème de l'établissement des autres membres de la famille. Ici, le

(1) Hughes, G.C. *French Canada in transition*, Chicago 1943, ch. 1 - 11.

(2) Gérin, Léon, *Le type écuménique et social des Canadiens*, p. 79 ss.

lien intime entre le curé et la famille et les organisations paroissiales suppléent d'une certaine façon au fonctionnement inadéquat de la famille, et permettent une certaine orientation des jeunes. La paroisse absorbe presque toutes les activités extra-familiales de sorte que, au dire de Hughes, on peut à peine discerner le rôle du citoyen de celui du paroissien. Enfin la paroisse rurale groupe une classe sociale homogène fondée sur une similitude d'intérêts économiques, religieux et civils et qui trouvent leur solution à l'intérieur même de la communauté locale.

Ces structures de vie familiale et paroissiale ne peuvent se transposer en milieu industriel sans de profondes modifications, parce que la vie agricole se distingue nettement de la vie urbaine. Par ailleurs, l'urbanisation se doublant pour l'émigrant rural d'un problème éthique à cause de la direction anglo-américaine d'un grand nombre d'industries du Québec, il se trouve peu préparé aux modes de vie industrielle moderne. Son esprit traditionnaliste rencontre des situations incompatibles avec les exigences des coutumes traditionnelles.

D'abord, les membres de la famille de l'immigrant rural travaillent pour leur propre salaire, ce qui a pour conséquence de rompre radicalement l'unité économique de la famille. Les enfants travaillant individuellement et pour soi ne permettent pas l'accumulation d'un avoir familial; ce qui fait que la famille n'a rien à léguer et que le soin des vieux parents cause un problème difficile à régler pour la famille urbaine. En plus de ces occupations qui désintègrent la vieille unité de la famille rurale, la paroisse urbaine ne possède pas de cadres précis qui permettent de suppléer aux insuffisances de la famille. Elle n'est pas composée d'une seule classe economico-sociale comme la paroisse rurale, elle comprend des classes hétérogènes qui empêchent une intégration profonde du groupe des paroissiens.

La vie urbaine représente un obstacle au fonctionnement traditionnel de la famille rurale qui persiste souvent à maintenir des attitudes conservatrices incompatibles avec la condition nouvelle. Il en a résulté des conflits sur le plan du développement scolaire et du bien-être qui explique un peu l'opposition de certaines municipalités rurales et urbaines au développement de l'assistance publique et surtout à leur participation au coût de cette assistance, comme à l'acceptation des exigences urbanistes dans le développement des villes. Ce qui faisait dire au sociologue Hughes qu' "au point de vue économique, la culture canadienne-française s'est stabilisée autour d'une phase antérieure au capitalisme. Les spécialités

du savoir et les qualités humaines accentuées par les dirigeants intellectuels du Québec, ne coïncident pas avec celles du régime économique au milieu duquel ont à vivre la plupart des canadiens-français des villes" et il allait jusqu'à affirmer que le Québec a un système d'institutions et une mentalité orientés vers un monde économique différent et anachronique". (1)

C'est dire que l'âge moderne est caractérisé dans le Québec par la migration des masses de population vers l'usine, par le manque d'organisation de la famille ouvrière, par le surpeuplement, par l'instabilité et la mobilité de la vie collective, par la dépersonnalisation des relations de travail, de religion, de récréation et de voisinage, par la réduction du contrôle de la communauté, par le travail accru des femmes et des enfants, par la rupture de l'organisation économique de la campagne et par le déséquilibre de l'organisme social.

Les conséquences de ces facteurs industriels sur la vie interne de la famille sont désastreuses. La famille québécoise, dans sa majorité, n'est plus une unité basique de production et de moins en moins un centre actif de solidarité. La société se voit chargée de certaines responsabilités assumées jadis par la famille comme la récréation, l'éducation, la santé, l'assistance et le bien-être. Si l'on songe aux tensions auxquelles la vie urbaine soumet la famille; si l'on considère cette influence conjuguée des facteurs de mauvaise habitation, de revenu insuffisant, de mauvais voisinage, de fatigue nerveuse causée par les exigences du travail moderne, il faut conclure que notre famille urbaine est en crise aujourd'hui à cause de ces changements de structure et de fonctions et parce que le changement s'accompagne de confusion et de doutes sur les valeurs traditionnelles poursuivies par elle. Cette crise familiale influe nécessairement sur les problèmes d'organisation sociale et de bien-être.

Il n'est pas exagéré de dire que les dernières périodes décennales de l'évolution de la Province ont amené une véritable perturbation dans sa vie sociale. La vieille homogénéité de la Province a perdu de sa cohésion et de sa force. On y rencontre aujourd'hui cette complexité et ces différences de pensée qui existent dans toute société soumise à un changement rapide. Les oppositions entre les classes urbaine et rurale, entre les divers groupes économiques et professionnels vont s'accroissant. Sans doute

(1) Hughes, G.C. op. ci. Ch. X.

la Province reste fidèle à certaines structures traditionnelles; l'Eglise et sa doctrine sociale inspirent une large majorité de sa population; l'initiative privée multiplie ses oeuvres dans le domaine de l'assistance sociale; mais une végétation trouble d'autres formes de pensée et d'action se fraie un chemin à travers ces cadres traditionnels.

L'initiative privée se voit débordée par l'ampleur des tâches d'assistance directe alors que les pouvoirs publics entraînés par les faits et par les exigences accrues de l'électorat urbain assument des responsabilités plus larges dans le champ du bien-être.

Ces changements exigent une considération particulière du bien-être de la famille et de l'enfance, des problèmes de santé et d'hospitalisation, des aspects nouveaux du financement, de la coordination et du personnel des services d'assistance. C'est ce que nous tenterons d'établir dans les chapitres suivants.

Chapitre deuxième

LE BIEN-ETRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE

Le soutien de la famille et de l'enfance a toujours inspiré la politique sociale de la province de Québec. Si l'on remonte aux origines, on voit qu'en 1657 un arrêt du Conseil d'Etat du roi permet de verser une pension de 300 livres aux familles de 10 enfants et une pension de 400 livres aux familles de 12 enfants. Un cadeau de noces est aussi accordé par l'Etat à chaque mariée de 16 ans et au-dessous et à chaque marié de 21 ans et au dessous. (1)

Par ailleurs, le Code civil en vigueur dans la Province, aux articles 165 à 172 reconnaît les responsabilités des parents vis-à-vis de leurs enfants et des enfants vis-à-vis de leurs parents. Les enfants ont droit d'exiger en justice de leurs parents la nourriture, l'entretien et l'éducation. Ils doivent, à leur tour, fournir à leurs parents et ascendants qui sont dans le besoin, les aliments nécessaires dans la mesure du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit,

Les conditions de la vie familiale depuis 1921 situent ces responsabilités dans une perspective nouvelle. Sans omettre les répercussions de la crise de 1930 sur les finances municipales, sur la sécurité de la famille urbaine et sur les structures traditionnelles d'assistance, l'industrialisation rapide des centres urbains y a accentué la concentration de la population et a rendu beaucoup plus difficile la solution des problèmes du bien-être de la famille et de l'enfance.

La phase de transition de l'économie de guerre à l'économie de paix que nous connaissons présentement laisse à découvert les effets de la deuxième guerre mondiale sur la famille, dont l'instabilité et la mobilité du travail qu'elle a développées. Cette instabilité menace de se prolonger dans la conjoncture économique d'un monde de plus en plus divisé. Il s'ensuit une complexité accrue de l'assistance qui se manifeste par l'insuffi-

(1) Edits, Ordonnances Royaux. Déclarations, Arrêts du Conseil d'Etat du Roi, Ed. 1854, Vol I, p. 67, Québec.

sance de la législation traditionnelle.

M. Jean-Marie Martin dans une analyse profonde de la situation de la famille ouvrière moderne concluait que "les plus importantes modifications qu'a subies la famille, passée de l'état rural à l'état urbain, ont pris des formes de dépossession, de dépendance et de démembrement et que ces trois grands aspects des changements survenus dans les conditions de la famille ouvrière constituent les trois plus importantes causes générales de l'indigence moderne". (1)

Cette situation d'insécurité a forcé l'Etat canadien, à ses divers paliers, d'organiser des mesures de sécurité sociale pour couvrir les plus grands risques de l'existence dont la charge était devenue inaccessible à la famille traditionnelle.

En dépit de cette assistance nouvelle qui couvre les plus grands besoins, la communauté locale porte le poids d'assistance d'un certain nombre de familles dépendantes dont le pourcentage, en temps normal, ne dépasse par le taux de 6% de l'ensemble des familles. La dépendance de ces familles est provoquée par des facteurs industriels ou des facteurs de personnalité tels que la débilité mentale, la conduite anti-sociale, la mort du soutien naturel, ou la maladie et l'invalidité.

Ces familles ont trouvé l'assistance qu'elles réclamaient auprès de leur parenté et des sociétés bénévoles telles que les Conférences St-Vincent de Paul ou les institutions religieuses, ou auprès des agences sociales qui se sont multipliées depuis quelques décades et dont le but principal consiste à sauvegarder l'unité et à promouvoir l'adaptation de la famille désorganisée.

Les municipalités possèdent bien, d'après leur charte, le pouvoir d'aider ces indigents, mais une telle obligation reste d'ordre moral. Aucune loi provinciale n'a jamais forcé les municipalités à s'occuper des malheureux à domicile, sauf la loi de l'assistance publique pour les indigents hospitalisés et la loi des écoles de protection pour les enfants abandonnés. Un très petit nombre de municipalités possèdent un département de bien-

(1) Mémoire de l'Union des Municipalités de la province de Québec présenté à la Commission Royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, mémoire général, p. 102, 1954.

être social pour l'assistance aux indigents.

Il reste, pour les causes que nous avons indiquées plus haut, que les organismes privés sont de moins en moins capables d'assumer seuls le soin de ces indigents, tant invalides que valides.

Les indigents inaptes au travail soit temporairement soit de façon permanente devraient compter sur la communauté pour subvenir à leurs besoins essentiels. Bien que cette responsabilité retombe premièrement sur les proches et les groupements privés dans un milieu qui veut s'inspirer du christianisme comme la province de Québec, et considère la charité d'abord comme une fonction religieuse, ceux qui s'occupent du soin de ces malheureux croient que l'Etat devrait prendre une part plus grande dans leur assistance. Cette responsabilité de l'Etat, selon la doctrine sociale de l'Eglise, est basée sur le fait que "les sociétés qui bénéficient du paiement des impôts doivent assumer la responsabilité de pourvoir aux nécessités vitales de ceux qui sont dans le besoin. Ce qui ne veut pas dire qu'il est dans les intentions des souverains Pontifes de supprimer toute charité personnelle".

1) Des Départements régionaux de bien-être (1)

Les services privés déplorent l'inexistence d'une forme quelconque d'assistance publique directe dans un grand nombre de municipalités et suggèrent, sauf dans les grandes villes qui possèdent déjà leur service d'assistance, la création, sur un plan régional, de bureaux de bien-être munis d'un personnel compétent et dont la tâche principale serait de fournir l'assistance aux familles indigentes et, en particulier, pour les besoins de logement et de chauffage.

Ces départements régionaux auraient à coopérer intimement avec les agences sociales locales et les sociétés privées de charité dans le travail d'adaptation et, si nécessaire, de réhabilitation des familles dans le besoin.

2) Les Services sociaux

Le but des agences sociales ou services sociaux n'est pas surtout l'assistance financière, bien que ces services aient un budget d'assistance. C'est une idée malheureusement trop répandue dans le public que ces ser-

(1) Mémoire général de l'Union des Municipalités, No. 59, p. 177, Québec

vices ont pour objet d'assister matériellement toutes les familles en détresse. L'assistance financière dans ces services ne compte que comme un moyen en vue de la réhabilitation et du relèvement familial. En effet, comme l'explique une autorité américaine, le service social est "l'art d'aider notre prochain, de l'aider dans ses difficultés, quelles qu'elles soient, et de le soutenir de telle manière que, comme être humain, il puisse porter la tête haute, maintenir son indépendance et conserver sa dignité".

Ces agences sociales qui dépassent la trentaine, fonctionnent maintenant dans tous les diocèses de la Province et dans le plus grand nombre de villes; elles commencent à rayonner dans les comtés ruraux. (1) Dotées d'un personnel professionnel et travaillant en contact constant avec les familles sur le plan local et régional, elles peuvent servir à la fois de centre de dépistage et de référence ainsi que d'assistance et de réhabilitation sociale grâce à leurs méthodes de travail social personnel, de travail de groupes et de travail communautaire. Elles sont surtout financées par des caisses privées de bienfaisance qui, par des souscriptions annuelles à travers la province, retirent du public près de \$6,000,000.

Il a été suggéré que l'Etat reconnaisse le bon travail professionnel de ces agences en leur accordant un subside annuel minimum qui correspondrait au moins à 5% des sommes totales d'assistance publique qu'elles administrent ou transmettent aux familles indigentes. (2)

Ce subside serait alors considéré comme une nouvelle classe d'assistance publique, devant être payée entièrement par la province, à l'exclusion des municipalités, et il ne devrait jamais être inférieur à \$5,000 par agence de service social.

3) La loi de l'assistance publique de 1921 et le placement institutionnel gratuit des indigents.

Cette loi régit encore la plus grande part de l'assistance publique donnée dans la province de Québec. C'est une loi provinciale, dont la mise en vigueur remonte au 1er septembre 1921 et qui ne devait favoriser, dans l'esprit de ses auteurs, que l'assistance hospitalière dont elle répartit la responsabilité entre le gouvernement provincial, la municipalité et l'institution ou l'hôpital.

(1) Comme toutes les autres oeuvres de charité, les services sociaux se sont intégrés dans le contexte culturel de la province et sont confessionnels. Il existe donc des services sociaux protestants, juifs et catholiques.

(2) Mémoire de la Conférence Catholique Canadienne de Bien-Etre, p. 18.

Cette loi se situe dans le contexte de l'après-guerre 1918. Les institutions hospitalières de Montréal et des autres centres urbains ne pouvaient plus répondre, avec leurs seules ressources aux demandes de l'hospitalisation des indigents.

Cette loi s'insère dans le contexte traditionnel en ce qu'elle reconnaît la formule traditionnelle d'assistance de la province et n'accepte d'aider que les indigents hospitalisés dans des institutions.

Elle est novatrice en ce sens qu'elle sanctionne pour la première fois, la responsabilité de l'autorité gouvernementale en matière d'assistance hospitalière. Cette responsabilité sera étendue à d'autres catégories de dépendants, de sorte que peu à peu la majorité des fonds d'assistance aux indigents proviendront des sources publiques par l'intermédiaire de la sécurité sociale, de l'aide aux mères nécessiteuses, aux enfants abandonnés, et de l'assistance à domicile.

Tout en accordant une fonction quasi-publique aux institutions hospitalières privées dans l'hospitalisation des indigents, la loi exige pour cette reconnaissance que l'institution fasse une demande officielle d'admission. Cette demande n'est acceptée qu'après l'examen des buts, de la nature, de l'oeuvre et de la manière dont elle entend disposer des octrois reçus. De 17 qu'elles étaient le 17 novembre 1921, ces institutions reconnues étaient au nombre de 305 en novembre 1952.

Dans l'esprit du législateur, n'avait besoin d'être aidé que l'indigent hospitalisé, c'est à dire le malade indigent, ou l'enfant sans soutien. Cette restriction était bien conforme à la mentalité traditionnelle. On ne concevait pas alors qu'un indigent valide ne puisse trouver du travail ou du secours parmi ses proches. Seul l'indigent inapte au travail soit à cause de maladie ou de vieillesse avait droit à l'assistance publique si personne ne pouvait prendre soin de lui.

C'est pourquoi, dans le texte de la loi, l'indigent est défini: "toute personne hospitalisée ou recueillie dans tout établissement reconnu d'assistance publique par le lieutenant-gouverneur en conseil et dans tout hospice, hôpital, crèche, sanatorium, refuge, institution de charité publique qui ne peut subvenir ni directement ni indirectement à son entretien d'une façon temporaire ou définitive, par elle-même ou par des personnes tenues

de lui fournir des aliments ou des soins". (1) Dans les établissements sus-mentionnés sont aussi compris ceux qui s'occupent des sourds-muets, des aveugles et des enfants trouvés.

Tout en reconnaissant à la famille et aux oeuvres privées une responsabilité d'assistance, la loi de 1921 établit donc le principe de l'assistance publique.

4) L'assistance à domicile des indigents inaptes au travail.

Le développement urbain eut pour effet de multiplier les inaptes au travail par incapacité physique ou mentale. Cette catégorie d'indigents s'augmente en temps de crise d'un nombre plus ou moins grand de manoeuvres et chômeurs saisonniers durant les mois d'hiver et de printemps.

C'est pour prévenir la désintégration de ces chefs de familles que les agences sociales professionnelles furent créées après la crise de 1929. Grâce à leurs méthodes d'enquête, de diagnostic et de traitement, ces agences par leur travail social du cas individuel aident vraiment ces gens à s'aider eux-mêmes et font oeuvre de prévention dans le champ de l'assistance.

Comme l'écrit M. Jean-Marie Martin, "Ce travail de prévention associé à celui de la réhabilitation, fit paraître au grand jour des cas d'assistance d'un genre nouveau ou encore des cas d'assistance du type habituel qui étaient demeurés ignorés ou dont on avait refusé, faute de renseignements suffisants ou exacts, de prendre soin. En ce sens, plusieurs de ces organismes nouveaux de charité ont paru augmenter le nombre des cas d'assistance publique. Ils n'ont en réalité fait autre chose que mieux organiser la lutte contre le paupérisme, les misères physiques ou morales des individus et des familles dans le besoin; ils ont ainsi puissamment aidé à se réhabiliter des êtres humains qui autrement auraient pu être un fardeau encore beaucoup plus lourd et une menace encore beaucoup plus grande pour toute la société. Il ne faut pas méconnaître ce caractère très particulier des organismes nouveaux de travail social: l'assistance sous ses diverses formes: logement, vêtement, nourriture, entretien,

(1) Article 3, paragraphe 3, S.R. 2, 1941, ch. 187

argent, soins médicaux, n'est considérée en général que comme un instrument de travail efficace, destiné à faciliter la réhabilitation des individus et des familles miséreuses ou encore à rendre possible la prévention des maux sociaux et économiques qui les affligent". (1)

Au moyen des agences sociales et à cause du surpeuplement des institutions, le département de l'Assistance publique de la province reconnu peu à peu une nouvelle classe d'assistés: les assistés à domicile. Cette interprétation plus large de la loi de l'assistance publique a permis de réduire le nombre des hospitalisés et d'économiser des sommes d'argent importantes qui auraient dû être affectées à la construction de nouveaux établissements. Cette interprétation de la loi eut aussi pour effet de redonner à la famille le caractère suppléant qu'elle possédait dans l'esprit de ses auteurs et de corriger, par contre, la tendance exagérément hospitalière de l'assistance québécoise par suite du développement urbain et démographique.

En payant une pension alimentaire à domicile pour certains enfants qui ont besoin de protection ou pour des invalides adultes, il est possible souvent de les laisser dans leur foyer ou de les placer dans des foyers nourriciers. Cette politique d'assistance à domicile a plusieurs conséquences heureuses. S'il s'agit de l'assistance à des enfants d'âge scolaire, ces enfants peuvent fréquenter les classes de la Commission scolaire, ce qui évite les frais énormes d'organisation scolaire à l'intérieur des institutions. La dispersion de la famille par le placement institutionnel, quand il n'est pas exigé par des conditions particulières au foyer, répugne à une saine politique familiale qui reconnaît à la famille, même indigente, des responsabilités éducatives vis-à-vis de ses enfants et l'aide financièrement, au besoin, à les remplir.

Pour ces fins pratiques, les agences de service social ont été reconnues comme des institutions d'assistance "sans mur" afin de faire bénéficier leurs clients à domicile des avantages de la loi d'assistance. Toutefois, le texte de la loi n'indique pas cette catégorie d'assistance à domicile. Certains organismes privés ont suggéré de modifier la loi afin d'y inclure les services sociaux privés et de reconnaître leurs fonctions et leurs responsabilités. (2)

Le sens restrictif donné à l'indigent dans le texte de la loi qui suppose la maladie physique ne correspond plus aux besoins présents. Il paraît opportun d'élargir cette interprétation de l'indi-

(1) Martin, Jean-Marie: Étude spéciale sur les problèmes de bien-être et d'assistance publique et l'administration municipale.

(2) Mémoire du Conseil Central des Oeuvres de Québec, P.14.

gent de manière à inclure toute personne qui ne peut subvenir, ni directement, ni indirectement à ses besoins, par ses propres moyens ou par les moyens de ceux qui juridiquement en ont la charge, et que ce soit d'une façon temporaire ou définitive. (1)

Sous la pression des faits et à cause de l'impuissance des oeuvres privées, les autorités publiques ont dû élargir l'interprétation de la loi de l'assistance de 1921 et étendre ses avantages aux inaptes au travail, tant à domicile qu'en institutions.

Certaines administrations municipales ont dénoncé cette interprétation nouvelle comme l'un des facteurs importants de l'augmentation des dépenses d'assistance publique. Monsieur Jean-Marie Martin, dans le texte cité plus haut, démontre que cette interprétation ne résiste pas à une analyse sérieuse de la situation. Les chiffres révèlent une hausse indéniable. Mais il semble bien que le facteur qui a le plus influencé cette hausse, c'est l'élévation des taux quotidiens d'assistance dans les institutions reconnues d'assistance publique.

Par ailleurs, comme en témoigne le mémoire de l'Union des Municipalités présenté à la Commission Royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels (2), l'étude des dépenses municipales d'assistance publique de la plupart des municipalités urbaines suggère que durant les premiers mois d'une crise et peut-être durant les premières années, si elle se prolonge d'une façon anormale, les dépenses municipales, au chapitre de l'assistance tendent à s'accroître. Il en est de même en période inflationnaire par suite de l'augmentation des taux quotidiens d'assistance, de l'irrégularité de l'emploi et d'une certaine inégalité économique entre les diverses régions.

Il est aussi avéré que les frais d'assistance publique par habitant sont plus élevés dans les grandes municipalités et que les groupes de municipalités des zones métropolitaines montrent la plus forte tendance à l'augmentation des frais d'assistance publique.

En 1951-52, les dépenses d'assistance publique de Québec et de

(1) Ibid. p. 10.

(2) Etude spéciale: Les problèmes de bien-être et d'assistance publique et l'administration municipale, pp.166 ss.

TABLEAU I V

PRINCIPALES VARIATIONS DES TAUX QUOTIDIENS D'ASSISTANCE PUBLIQUE DANS LES HOPITAUX GENERAUX DE LA PROVINCE DE QUEBEC

CATEGORIES	1921	1929	1945	1947	1951	1954
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Classe A-1	2.01	3.00	4.50	6.00	8.25	11.25
Classe A-2	1.50	2.01	3.75	4.50	6.30	9.00
Classe A-3	1.05	1.50	3.00	3.75	4.80	6.00

(1) Source: Renseignements fournis par le Ministère provincial de la Santé.

Montréal se montaient respectivement à \$432,192 et \$3,615,108, soit un pourcentage de 7.2% et de 60.2% du total des contributions municipales de la Province. Ce qui faisait pour les deux villes une proportion de 67.4% de tous les frais encourus par les municipalités.

Le pourcentage des dépenses payées par les municipalités de la banlieue de Montréal s'élevait à 6.2%, soit une somme de \$369,281 pour la même année et celui de la région de Québec à 1.6% des dépenses de toutes les municipalités.

Quant aux autres municipalités de 5,000 habitants et plus au recensement de 1951, elles avaient eu à payer en 1951-52 un montant de \$753,979, soit 12.6% du total des dépenses municipales d'assistance. (1)

Une conclusion qui ressort de l'étude de ces statistiques, c'est l'accroissement des frais d'assistance des municipalités et leurs moyens de financement de plus en plus réduits. Ainsi, les dépenses des municipalités de la zone métropolitaine de Montréal en assistance ont augmenté de 369.9% de 1926 à 1953. Celles des municipalités de la zone de Québec ont monté de 11.7 en 1926 à 386.3 en 1953. De même pour les municipalités de 5,000 habitants et plus dont l'indice a varié de 12.5% en 1926 à 294.7% en 1953 (2).

Le problème de la répartition des frais d'assistance se pose d'une façon aigue. La proportion établie en 1921 paraît trop onéreuse dans les circonstances économiques et sociales présentes.

Le même problème existe également pour les établissements hospitaliers privés qui sont groupés, la plupart, dans les villes mais reçoivent des indigents de tous les coins de la province.

On a demandé par divers mémoires présentés devant cette Commission que cette répartition soit revue tant pour les institutions privées que pour les municipalités. (3)

Les petites municipalités disent ne pas être en mesure d'adminis-

(1) Renseignements fournis par le Ministère de la Santé, Québec.

(2) Martin, Jean-Marie, op. cit., pp. 166-167.

(3) Cf. Mémoire sur les problèmes hospitaliers et Mémoire de l'Union des Municipalités, Québec.

trer convenablement l'attribution des pensions d'assistance publique parce que leur clientèle ne justifie pas l'emploi d'un personnel spécialisé dans les problèmes de l'assistance publique.

C'est ce qui a amené certains mémoires à insister sur l'urgence d'étudier l'administration de la loi de l'assistance publique et à suggérer la création de régions administratives où des représentants des centres locaux et des oeuvres privées assureraient sous la direction de l'autorité provinciale, une meilleure distribution des fonds d'assistance tout en élargissant le concept juridique du domicile en usage dans la Province de manière que les personnes éligibles à l'assistance puissent recevoir les secours en temps opportun.

Cette réorganisation de la loi de l'assistance de 1921 exige aussi une échelle plus adaptée des taux payés par catégories d'indigents, une extension du terme de l'indigent, et un examen des méthodes d'enquête et de sélection des cas d'admission aux institutions d'assistance.

5) Les indigents aptes au travail

Il est indéniable qu'une cause invisible de l'augmentation du coût de l'assistance provient d'une catégorie nouvelle de dépendants: les chômeurs aptes au travail qui sont dénués de ressources. Cette catégorie de dépendants est née des conditions mêmes du salariat en régime capitaliste.

La proportion de ces chômeurs aptes au travail par rapport avec les inaptes serait pour le pays de 70%. D'après des chiffres fournis par le Ministère du Travail d'Ottawa, il y avait, le 15 février 1951, dans le Québec, 90,800 chômeurs aptes au travail ou chercheurs d'emploi sur un total de 129,714 chômeurs. Le 21 février 1952, la proportion s'établissait à 110,794 chercheurs d'emploi sur 158,277 chômeurs; enfin, le 18 février 1954, on comptait 184,654 chercheurs d'emploi sur 263,791 chômeurs.

C'est parmi les chercheurs d'emploi que se pose le problème nouveau des indigents valides. Cette catégorie de dépendants se recrute chez ceux qui attendent leurs prestations d'assurance-chômage et sont privés de ressources matérielles durant cette période d'attente, ou ceux dont les prestations de chômage sont épuisées et qui n'ont pas encore trouvé de travail ou ceux qui n'ont pas travaillé assez longtemps pour avoir droit aux prestations de l'assurance-chômage et enfin ceux qui ne peuvent vivre avec les seules prestations d'assurance-chômage.

Comme la loi provinciale de 1921 ne prévoit rien pour les indigents valides et que les municipalités, pour la plupart, n'ont pas de budget d'assistance pour cette catégorie de dépendants, cette charge retombe sur les oeuvres privées telles que les conférences St-Vincent de Paul et les services sociaux.

A cause du nombre trop considérable de ces dépendants, les oeuvres privées sont incapables de les aider financièrement, surtout durant les mois d'hiver où règne dans le Québec le chômage saisonnier. Grâce à des subterfuges et à une interprétation très généreuse de la loi de 1921, un nombre important de ces indigents obtiennent des pensions d'assistance à domicile, ce qui constitue un facteur invisible mais réel d'augmentation des charges de l'assistance publique.

La Commission Montpetit des assurances sociales de Québec de 1933 avait déjà reconnu que ce problème ne pouvait être résolu efficacement qu'avec la collaboration du gouvernement fédéral.

Une politique préventive de plein emploi, de travaux publics, d'aménagement de la production en vue d'une production continue qui réduirait le chômage saisonnier et l'orientation des industries vers les régions et les centres de population menacés de cette sorte de chômage, diminueraient efficacement cette catégorie de dépendants. Ces mesures relèvent d'une organisation et d'une orientation économique auxquelles devraient participer les trois gouvernements fédéral, provincial et municipal, avec les associations de patrons et d'ouvriers.

Le gouvernement fédéral, du consentement des provinces, a établi une loi d'assurance-chômage pour venir en aide à ces dépendants. Le Conseil Canadien du Bien-Etre (1) a proposé des recommandations aux divers gouvernements du pays, en mars 1953, pour résoudre ce problème dont les plus importantes méritent d'être rappelées ici:

- 1) Grâce aux initiatives de recherche, de planisme, et à une vraie collaboration aux trois échelons du gouvernement, ainsi qu'entre l'Etat et l'entreprise privée, faire en sorte que le nombre des chômeurs soit maintenu au plus bas niveau possible.
- 2) Améliorer la loi de l'assurance-chômage pour lui donner une plus

(1) Assistance publique et chômage, 1952, Ottawa.

grande efficacité. Etudier particulièrement les points suivants:

- a) La nécessité d'augmenter le taux des prestations proportionnellement au coût de la vie et aux besoins de la vie familiale;
 - b) la nécessité d'élargir les cadres de l'assurance aux limites possibles de façon qu'elle s'applique à la quasi totalité des salariés;
 - c) La prolongation souhaitable de la durée des prestations supplémentaires accompagnée d'une hausse des montants versés avec la hausse du coût de la vie et des besoins en général;
 - d) l'assouplissement des rouages administratifs indispensable au règlement facile et expéditif des réclamations.
- 3) Les besoins des chômeurs, au cours des périodes de chômage anormal d'ordre national ou régional, devraient être prévus à l'avance par des mesures législatives assurant une prolongation des prestations à l'égard des personnes qui n'ont plus droit à l'assurance-chômage, ces prestations prolongées devant être versées à même le fonds du revenu consolidé.
- 4) Des programmes de réhabilitation destinés aux bien-portants et à ceux qui souffrent d'invalidité partielle devraient être multipliés.
- 5) Le gouvernement fédéral devrait prendre à sa charge le gros du fardeau financier que représente l'assistance résiduaire visant tous les chômeurs aptes au travail auxquels les prestations d'assurance-chômage ou les prestations prolongées ne pourvoient qu'insuffisamment.
- 6) Catégories spéciales d'inaptes au travail

Pour la catégorie des incapables au travail, la responsabilité de l'assistance revient d'abord au gouvernement provincial. Nous avons vu plus haut que la loi d'assistance de 1921 pourvoit au soin de ces malheureux tant à l'hôpital qu'à domicile. Certaines catégories spécialisées reçoivent aussi une assistance spéciale.

L'assistance aux vieillards

Depuis le premier janvier 1952, les personnes âgées de 70 ans et

plus, de toute condition de fortune ont droit à une pension de vieillesse de \$40.00 par mois en vertu de la loi fédérale de la sécurité de la vieillesse (1)

La même année, le gouvernement fédéral adoptait une loi d'assistance-vieillesse pour les personnes âgées de 65 ans à 70 ans ayant résidé au Canada durant les vingt dernières années et dont le revenu annuel, y compris l'assistance versée, n'excède pas la somme de \$720. dans le cas d'une personne seule et de \$1,200. dans le cas de deux conjoints vivant ensemble.

Le gouvernement de la province de Québec adoptait cette loi d'assistance-vieillesse pour les personnes de 65 à 70 ans la même année 1951.(2) Le gouvernement de la Province s'engageait à couvrir 50% des frais de cette assistance après entente avec le gouvernement fédéral qui assumait le reste de l'assistance. Cette convention fut signée le 29 janvier 1952.

La loi provinciale comporte une disposition spéciale qui autorise la Commission des allocations d'assistance aux personnes âgées de 65 à 70 ans d'accorder de telles allocations à des cas spéciaux ne rencontrant pas strictement les conditions de la loi fédérale, mais qui, aux yeux de la Commission, méritent de telles allocations selon l'esprit de la loi provinciale.

Pour fins d'administration de cette nouvelle loi d'assistance, la Commission a établi des bureaux régionaux à Montréal, Québec et Trois-Rivières.

Du premier février 1952 au 31 mars 1953, une somme globale de \$15,272,862.89 a été versée en allocations d'assistance-vieillesse dont la moitié a été remboursée par le gouvernement fédéral. Au 31 mars 1953, le nombre des bénéficiaires de cette assistance était de 30,490 dans la Province. L'administration de cette loi d'assistance-vieillesse est entièrement provinciale. La pension versée par l'Etat à ces vieillards assistés est de \$40.00 par mois.

Il est indéniable que cette assistance a grandement contribué au bien-être de ces vieillards indigents. Pour éviter un trop grand placement en institutions, des services sociaux ont posé la question à savoir si le montant de cette assistance ne devrait pas être révisé en rapport avec le manque de revenu de

(1) Geo. VI, 15-16, c. 18, S.C. 1951

(2) 15-16 Geo. VI c. 3, 1951-52

l'assisté, le problème du logement, le coût de la vie et les besoins des assistés. (1)

A l'administration de cette loi d'assistance-vieillesse, seraient annexés des services sociaux de bien-être des vieillards qui verraient à organiser, développer le bien-être des vieux, sauvegarder la vie au foyer et assurer les soins de santé et de loisirs qui préviendront leur désintégration mentale. Il serait souhaitable que cette assistance soit étendue aux vieillards de 60 ans qui sont dans le besoin.

Ces services ont exprimé les mêmes remarques pour les vieillards abandonnés de 70 ans qui pourraient bénéficier, en plus de leur pension, des services de bien-être aptes à conserver leur santé physique et mentale et à prévenir ainsi un développement indu d'autres formes d'assistance. (2)

(1) Mémoire de la Conférence Catholique du Bien-Etre, Montréal.

(2) Mémoire du Conseil Central des Oeuvres de Québec.

Besoins

TABLEAU V
Assistance-vieillesse
Estimé des besoins pour les prochaines
vingt années (1)

	Nombre des bénéficiaires	Administration	Déboursés Allocations	Part de la Province 50%
		\$	\$	\$
1953-54	40,000	740	15,920,000	7,960,000
1954-55	42,000	780	16,920,000	8,460,000
1955-56	44,000	820	18,920,000	9,460,000
1956-57	45 000	860	19 420 000	9 710 000
1957-58	46 000	900	19 920 000	9 960 000
1958-59	48 000	940	20 920 000	10 460 000
1959-60	49 000	980	21 420 000	10 710 000
1960-61	50 000	1 000	21 920 000	10 960 000
1961-62	51 000	1 000	22 420 000	11 210 000
1962-63	52 000	1 000	22 920 000	11 460 000
1963-64	53 000	1 000	23 420 000	11 710 000
1964-65	54 000	1 000	23 920 000	11 960 000
1965-66	55 000	1 000	24 420 000	12 210 000
1966-67	56 000	1 000	24 920 000	12 460 000
1967-68	57 000	1 000	25 420 000	12 710 000
1968-69	58 000	1 000	25 920 000	12 960 000
1969-70	59 000	1 000	26 420 000	13 210 000
1970-71	60 000	1 000	26 920 000	13 460 000
1971-72	61 000	1 000	27 420 000	13 710 000
1972-73	62 000	1 000	27 920 000	13 960 000

Dans le cas où le revenu permissibile serait augmenté de \$120. par année, les déboursés annuels des Allocations à la Vieillesse augmenteraient d'environ 4,000,000.

(1) Extrait de "Pensions de Vieillesse", Ministère du Bien-être, Québec, p.9.

TABLEAU VI

Dans le cas où l'âge d'éligibilité serait réduit à 60 ans au lieu de 65 ans rendant éligibles à une allocation les personnes âgées de 60 à 70 ans l'estimé des déboursés serait comme suit pour les prochaines vingt années, sur une base d'une allocation mensuelle maximum de \$40: (1)

	Nombre des Bénéficiaires	Déboursés Allocations	Part de la Province 50%
1953-54	80,000.	\$ 32,000,000.	\$ 16,000,000.
1954-55	84,000.	33,600,000.	16,800,000.
1955-56	87,000.	34,800,000.	17,400,000.
1956-57	90,000.	36,000,000.	18,000,000.
1957-58	93,000.	37,200,000.	18,600,000.
1958-59	97,000.	38,800,000.	19,400,000.
1959-60	100,000.	40,000,000.	20,000,000.
1960-61	102,000.	40,800,000.	20,400,000.
1961-62	106,000.	42,400,000.	21,200,000.
1962-63	109,000.	43,600,000.	21,800,000.
1963-64	113,000.	45,200,000.	22,600,000.
1964-65	117,000.	46,800,000.	23,400,000.
1965-66	120,000.	48,000,000.	24,000,000.
1966-67	124,000.	49,600,000.	24,800,000.
1967-68	128,000.	51,200,000.	25,600,000.
1968-69	131,000.	52,400,000.	26,200,000.
1969-70	135,000.	54,000,000.	27,000,000.
1970-71	138,000.	55,200,000.	27,600,000.
1971-72	143,000.	57,200,000.	28,600,000.
1972-73	147,000.	58,800,000.	29,400,000.

Les estimés ont été basés sur la population probable des personnes âgées de 60 à 70 ans. Les données démographiques ont été fournies par la Division de la Démographie du Ministère provincial de la Santé .

(1) Extrait de "Pensions de Vieillesse, Ministère du Bien-Etre, Québec, p.11.

TABLEAU VII

Estimé de la population des personnes âgées de 65 à 70 ans pour les
années suivantes: (1)

1953 -	103,229	1964 -	131,110
1954 -	105,763	1965 -	133,644
1955 -	108,297	1966 -	136,178
1956 -	110,832	1967 -	138,713
1957 -	113,367	1968 -	141,247
1958 -	115,902	1969 -	143,781
1959 -	118,437	1970 -	146,316
1960 -	120,972	1971 -	148,851
1961 -	123,506	1972 -	151,385
		1973 -	153,920

Estimé de la population des personnes âgées de 60 à 65 ans pour les
années suivantes:

1953 -	127,817	1964 -	200,439
1954 -	133,627	1965 -	209,153
1955 -	139,437	1966 -	217,867
1956 -	145,247	1967 -	226,581
1957 -	151,057	1968 -	235,295
1958 -	156,867	1969 -	244,009
1959 -	162,677	1970 -	252,723
1960 -	168,487	1971 -	261,437
1961 -	174,297	1972 -	273,007
		1973 -	284,578

La moyenne actuelle des personnes âgées de 65 à 70 ans qui sont bénéficiaires d'une allocation d'assistance-vieillesse est d'environ 40%.

Toutefois, il est possible que cette moyenne augmente dans l'avenir, dans le cas d'une longue période de chômage où les travailleurs ne seraient plus éligibles à des prestations d'assurance-chômage.

L'estimé du nombre des personnes âgées de 60 à 70 ans a été fait en ajoutant à l'estimé du nombre des personnes de 65 à 70, 30% du nombre des personnes âgées de 60 à 65 ans. Cette moyenne (30%) serait vraisemblablement celle des personnes de 60 à 65 ans qui deviendraient éligibles.

(1) Extrait de "Pensions de vieillesse", Ministère du Bien-être, Québec.

7) L'assistance aux aveugles

Il existe une loi fédérale de pensions aux aveugles depuis le 31 mars 1937. Cette loi a été remplacée en 1952 par la loi des allocations aux aveugles (1). Par cette loi, le gouvernement du Canada est autorisé à conclure une convention avec toute province du pays en vue de payer des allocations aux aveugles versées par la Province mais remboursées dans une proportion de 75% par le gouvernement fédéral.

En vertu de cette loi, toute personne certifiée aveugle, sujet britannique ou non, âgée de 21 ans ou plus, ayant résidé au Canada durant les dix dernières années et dont le revenu y compris l'allocation d'assistance n'excède pas la somme de \$840 dans le cas d'une personne seule ou de \$1320 dans le cas de deux conjoints vivant ensemble est éligible à l'allocation.

Le gouvernement de la province de Québec fit sanctionner sa première loi d'assistance aux aveugles le 14 avril 1937 (2), loi qui fut remplacée par la loi actuelle (3) mise en vigueur dès le 1er janvier 1952.

Comme pour la loi d'assistance aux vieillards, la loi provinciale des allocations aux aveugles comporte une disposition spéciale qui autorise la Commission chargée d'administrer la loi à accorder des allocations aux aveugles payables entièrement par la Province à des aveugles qui ne répondent pas aux exigences de la loi fédérale, mais à qui les commissaires jugent équitable d'accorder les allocations selon l'esprit de la loi provinciale. Ceci a permis d'octroyer les allocations à des aveugles incapables de travailler et qui ne rencontraient pas les exigences de la loi fédérale.

Du premier décembre 1937 au 31 mars 1953, une somme totale de \$14,368,078 a été versée en allocations aux aveugles de la province dont 75% a été remboursé par le fédéral. Le nombre des bénéficiaires au 31 mars 1953 était de 3,041.

Après entente entre le Ministère du Bien-Etre social de la Province et le Ministère de la Santé d'Ottawa, les aveugles qui peuvent améliorer leur cécité par des soins chirurgicaux reçoivent gratuitement ces soins qui sont payés par les deux gouvernements. Depuis l'ouverture de ce service

(1) 15 Geo. VI, c. 38, 1951

(2) Statuts de Québec 1927, I Geo. VI, c 83

(3) 15-16 Geo. VI, c. 4, 1951-52.

de traitement ophtalmique, le 8 mai 1953, 76 aveugles s'en sont prévalu. De ce nombre, 46 ont recouvré suffisamment la vue pour ne plus être éligibles à l'allocation et pourvoir par eux-mêmes à leurs besoins. Ce service de réhabilitation des aveugles constitue une heureuse orientation de l'assistance aux aveugles et mérite d'être étendu partout dans la province.

TABLEAU VIII

Répartition régionale des aveugles de la province de Québec

REGION (1)	POPULATION	AVEUGLES (2)	PROPORTION	
Gaspésie	171,468	464	1 par	367 habitants
Bas St-Laurent	198,164	324	1 "	611 "
Québec	602,497	840	1 "	717 "
Cantons de l'Est	322,739	435	1 "	741 "
Richelieu	325,139	318	1 "	1,022 "
Trois-Rivières	262,599	252	1 "	1,042 "
Sud de Montréal	93,714	109	1 "	860 "
Nord de Montréal	1,575,261	2,323	1 "	738 "
Outaouais	201,101	200	1 "	1,005 "
Abitibi-Témiscamingue	147,639	107	1 "	1,379 "
	<u>4,181,269</u>	<u>5,647</u>	1 "	740 "

(1) Guide municipal 1953, Ministère de l'Industrie et du Commerce, Québec.

(2) Institut Canadien National des Aveugles, Régistre, mars 1953

8) L'Assistance aux invalides.

En 1954, le gouvernement fédéral votait une loi d'allocations aux invalides et des subsides spéciaux de réadaptation dont pouvaient bénéficier les provinces qui signeraient l'accord avec le gouvernement fédéral (1)

D'après une enquête nationale (2), le taux d'incidence de l'invalidité permanente ou prolongée serait de 6.4% de la population du pays, ce qui donnerait pour la province de Québec un total de 259,520 personnes souffrant d'une forme quelconque d'invalidité.

Si l'on répartit ces invalides d'après les différents âges de la population, on obtient la proportion suivante:

10%	au dessous de 21 ans, soit		25,952	enfants invalides
57.2%	entre 21 ans et 65 ans, soit.....	147,926	adultes	"
30%	de 65 ans et plus, soit.....	77,856	vieillards	"
3%	non identifié.			

Evidemment, tous ces invalides ne sont pas des indigents. D'après l'enquête citée plus haut:

36%	soit 93,427	tireraient leur revenu de leur famille		
23.9 %	" 62 025	"	"	" d'un emploi
9.6%	" 24,913	"	"	" de ressources personnelles
13.5%	" 35,035	"	"	" de services publics
0.1%	" 2,595	"	"	" de services privés
13.7%	" 35,554	"	"	" de plusieurs sources
1.8%	" 4,671	"	"	" d'autres sources
1.4%	" 3,633	"	"	" de sources indéterminées.

Dans une étude sur la réhabilitation dans la province de Québec, monsieur Edgar Guay réduisait à un total de 37,632 le nombre des invalides qui dépendent des services publics (3)

(1) La province de Québec, après entente signée avec les autorités fédérales a passé la loi 2-3 Elizabeth II, ch. 55 pour venir en aide aux invalides en décembre 1954.

(2) Canadian Sickness Survey, 1950-51.

(3) Compilation d'après les comptes publics de 1951 et le VIIIe Rapport du Ministère de la Santé, Québec.

**Nombre de pensions accordées sur certificat médical
par la province de Québec en 1951**

Mères nécessiteuses,	
maris invalides	5,691
bénéficiaires invalides	3,214
Colons nécessiteux invalides	3,240
Aveugles	4,016
Bénéficiaires à domicile,	
Classe B ⁴ A.P.	3,633
Bénéficiaires à domicile,	
Classe C.A.P.	5,990
Accidents du travail	11,848
	37,632

En ajoutant à ce nombre d'invalides bénéficiaires d'une forme quelconque d'assistance publique, les invalides en institutions, on obtient sans doute un total proche de la réalité:

**Bénéficiaires de services en institutions susceptibles
de réhabilitation. Assistance publique en 1951 (1):**

Chroniques et incurables	
Classe B ³ et B ⁴ en institutions	2,921
Hospices Classe C	1,595
Tuberculeux	10,854
Enfants infirmes	818
Epileptiques	501

Le grand problème des invalides, c'est leur réhabilitation physique et leur réadaptation professionnelle et sociale. L'invalides est une personne humaine qui possède certaines aptitudes et certaines incapacités et qui ne réclame ni la pitié ni l'oubli, mais la place à laquelle elle a droit dans la société. L'argent dépensé pour la réhabilitation des invalides comporte une valeur réelle de rentabilité. Ainsi dans un centre de réhabilitation de Montréal le coût de réhabilitation de 11 hommes pendant trois mois de

(1) Ibid.

soutien s'est élevé pour la communauté à \$13,640. Dès la première année de leur emploi partiel ou permanent, ces 11 hommes gagnaient \$10,640.

La distribution des invalides par maladie dans la province serait la suivante selon un Comité d'enquête de Montréal sur la réhabilitation des handicapés:

Distribution des invalides par maladie (1)

Amputés	9,300
Enfants infirmes	9,000
Paralysie cérébrale	12,000
Surdité	30,000
Epilepsie	16,700
Troubles orthopédiques	75,300
Troubles orthophoniques	27,000
Tuberculeux	10,900
Cécité	5,600

Ainsi émerge depuis quelques années dans la province, un problème nouveau de bien-être, celui de la réadaptation professionnelle et sociale de milliers de diminués physiques qui deviendront une charge de plus en plus lourde pour la communauté, si cette dernière ne se préoccupe de mobiliser toutes les ressources techniques et sociales pour les aider à s'aider eux-mêmes. La réadaptation de l'invalidé qui mobilise les efforts non sur ce qu'il a perdu mais sur ce qui lui reste, exige un travail d'équipe professionnel comprenant les soins médicaux, la rééducation physique, la médecine la médecine physique, la physiothérapie, la thérapie de rééducation, la psychothérapie, la psychologie, l'orientation professionnelle, la formation en emploi ou sur place et le service social.

Ce travail de réadaptation des invalides doit tenir compte des causes de l'invalidité. D'après un rapport américain de 1951, les causes de l'invalidité de 66,193 invalides réhabilités en 1951 se répartissaient comme suit:

Cause	% des invalides
Maladie	56%
Accidents	30%
Facteurs congénitaux	14% (2)

(1) Re-Establishment of disabled Persons, Montreal 1949

(2) Report 1951, Office of Vocational Rehabilitation, Washington.

Il doit aussi tenir compte dans la province de Québec du facteur géographique. Une distribution par régions des aveugles de la Province entreprise par monsieur Edgar Guay nous indique l'importance du facteur de localisation dans la réhabilitation de l'invalidité.

Des organismes privés ont exprimé le souhait que la Province multiplie les services de réhabilitation, soit indirectement, soit directement, par une aide généreuse aux oeuvres privées. Ils considèrent comme désirable que soit signé au plus tôt, entre la Province et le gouvernement fédéral, l'accord de coordination pour les services de réhabilitation physique, afin de faire bénéficier les invalides de la Province de toutes les ressources disponibles de réadaptation.

D'autres mesures d'assistance spécialisée existent encore telle que l'assistance aux vétérans, qui est une mesure fédérale et les compensations provinciales données aux accidentés de travail soumis à cette assurance provinciale. Il suffirait de quelques autres mesures pour que l'ensemble de cette assistance constitue une politique cohérente et vraiment généreuse en faveur du bien-être des familles.

Services de bien-être pour l'enfance

Les nombreuses mesures en faveur de la famille que nous venons brièvement d'énumérer indiquent surtout la part prise par les pouvoirs publics dans le développement du bien-être des familles et ne prétendent pas rendre pleine justice aux oeuvres privées. Elles ne sauraient donner une image complète des services de bien-être familial à moins d'y ajouter les services de l'enfance.

Or, en 1953, il y avait dans la province de Québec 160 établissements privés pour enfants dont 95 étaient reconnus d'assistance publique. Ces 95 institutions abritaient un total de 17,364 enfants qui coûtèrent cette même année à l'assistance publique, \$5,046,000. 27 agences sociales avaient en plus la surveillance de 18,672 enfants dont le coût d'assistance publique était de \$4,841,000, en 1953. De ce nombre, 8,962 étaient assistés à domicile; 6,908 en foyers nourriciers et 2,800 en institutions non d'assistance publique. Le tableau suivant démontre que les foyers nourriciers sont plus utilisés par les oeuvres anglaises.

Ces 95 institutions et ces 27 agences sociales avaient donc à proté-

ger une population de 36, 036 enfants qui recevaient l'assistance publique (1).

Le placement des enfants en foyers nourriciers pose le grave problème de leur acceptation dans les écoles des commissions scolaires locales. Plusieurs des commissions scolaires où résident ces enfants refusent de les considérer comme des enfants du milieu et exigent une mensualité plus élevée.

Ce refus a pour conséquence de nuire à l'intégration sociale de ces enfants et de réduire par là même les bienfaits des foyers nourriciers, comme aussi de faire obstacle à la multiplication de ces foyers qui pourraient empêcher une institutionnalisation exagérée de l'enfant.

C'est surtout depuis 1921 qu'on a vu se développer dans la province des services spécialisés de l'enfance qui remplissent à la fois une fonction préventive et protectrice.

Le régime de l'enfance assistée du Québec se distingue premièrement par un caractère hospitalier, à la fois traditionnel et spécialisé, et deuxièmement par un caractère familial et professionnel qui tire son inspiration du service social nord-américain.

Les enfants qui requièrent cette assistance et ces services peuvent être classés dans les cinq catégories suivantes:

- 1) Les enfants qui vivent dans leur propre famille mais dont la famille seule ne peut satisfaire aux besoins.
- 2) Les enfants incapables de vivre dans leur propre famille à cause de la mort d'un ou des parents, ou à cause de maladie ou de problèmes sociaux à l'intérieur de la famille.
- 3) Les enfants négligés, exploités ou abandonnés par leurs familles.
- 4) Les enfants qui sont délinquants ou en danger de le devenir.
- 5) Les enfants qui vivent dans des communautés où manquent les services essentiels de santé, d'éducation, de formation religieuse et de récréation.

Voici les principales mesures législatives de la province depuis 1921, en faveur de l'enfance. Ces lois couvrent presque toutes les catégories d'enfants ci-haut mentionnées.

- 1) En 1921, une loi est votée à la magistrature de Québec, "La loi relative aux enfants trouvés" (2) qui autorisait certaines institutions recueillant des

(1) Dixième rapport du Ministère de la Santé, 1953, Québec, p.128

(2) Statuts de Québec, 11 Geo. V, 1921, p.366.

TAB LEAU IX

AGENCES SOCIALES

Enfants d'assistance publique en 1954 (octobre)

AGENCES	A DOMICILE	FOYERS NOURRI- CIERS	INST. NON D'ASS. PUBL.	INST. D'ASS PUBL.
St-Patrick Social Welfare, Québec	7	0	0	
Federation of C.C. Montréal	460	405	0	
Service Social St-Jean	444	111	14	
Service Familial Rive-Sud, Lévis	107	39	1	
Service Social, Chicoutimi	227	76	150	
Family Welfare, Montréal	481	1	16	
Secrétariat de l'Enfance, Rimouski	270	80	205	
Bureau d'Assistance sociale aux Familles, Montréal	3,428	227	243	
Service Social, Saguenay	46	11	17	
Service social de l'Enfance et de la Famille, Ste-Anne de la Pocatière	3	7	5	
Société de Réhabilitation, Sherbrooke	115	195	33	
Children's Service Centre, Montréal		2,391		
Sauvegarde de l'Enfance, Québec	151	403	702	
Service social du Bon-Conseil, Montréal	788	616	374	52
Société de Bienfaisance, Hull	97		43	
Baron de Hirsch, Montréal	113	1	2	

TAB LEAU IX

AGENCES	AGENCES SOCIALES(suite)			
	Enfants d'assistance publique en 1954 (octobre)			
	A	FOYERS	INST.NON	INST.
	DOMICILE	NOURRI-	D'ASS.	D'ASS.
		CIERS	PUBL.	PUBL.
Jewish Child Welfare Bureau of Montreal	0	35	4	
Service familial, Québec	640	142	28	
Service Social, Nicolet	70	175	18	
Service Social, Hull	95	233	31	
Corporation d'Ass. Soc. Joliette	154	268	114	
Société de protection Notre-Dame Montréal	80	16	546	
Société d'adoption et de Protection de l'Enfance, Montréal	18	466	20	
Centre de Service Social Trois-Rivières	251	328	9	230
Société d'Orientation, Montréal				
Service Social St-Jérôme	145	56	8	
	8,190	6,282	2,652	282
Pourcentage	48%	37%	15%	

enfants trouvés à les confier, par contrat, à des personnes, institutions ou corporations qui les élèveront, les entretiendront et les éduqueront. C'était une première reconnaissance, quoique timide, du foyer nourricier qui allégea le fardeau des institutions.

2) En 1922, était votée une "loi créant certaines écoles agricoles et industrielles" pour le placement en institutions agricoles ou industrielles de mineurs de moins de 18 ans, traduits devant toute cour juvénile, tout magistrat de district juge des sessions ou recorder, et trouvés coupables d'une offense criminelle ou d'un délit" (1)

Cette loi prévoit que certains pensionnaires des écoles agricoles ou industrielles peuvent bénéficier d'un régime de liberté sous la surveillance d'un délégué. Ce délégué pouvait être choisi dans les sociétés de patronage, les institutions charitables et religieuses, les associations s'occupant particulièrement des enfants. Le juge pouvait même désigner certaines personnes pour cet office.

3) La loi de l'adoption.

Durant la session 1924-1925 était votée une loi de l'adoption dont le texte remanié en 1925 et en 1927 reste encore en vigueur (2). Cette loi détermine qui peut adopter, qui peut être adopté et quelles procédures suivre pour l'adoption légale. Elle établit les quatre catégories d'enfants adoptables:

- 1- Les enfants illégitimes à moins que l'un ou l'autre de leur père et mère, ou les deux, n'ait pris charge du soin, de l'entretien et de l'éducation de leur enfant ou n'ait déclaré par écrit qu'il entend s'en charger;
- 2- Les enfants légitimes, orphelins de père et de mère, si aucun des ascendants ne prend soin d'eux;
- 3- Les enfants dont le père et la mère ou le survivant ne peut prendre soin d'eux parce qu'irrémédiablement privé de raison et dont aucun ascendant ne peut s'occuper;
- 4- Les enfants légitimes, orphelins de père ou de mère lorsqu'ils sont adoptés par le père et la mère du conjoint décédé.

(1) Statuts de Québec, 13 Geo. V, 1922, p. 362.

(2) Statuts de Québec, 17 Geo. V, 1927, p. 173

4) Loi relative à la tuberculose et à la mortalité infantile dans la Province (1)

Cette loi créait les dispensaires anti-tuberculeux et de puériculture pour combattre efficacement la tuberculose et la mortalité infantile. Une autre loi votée en 1930 (2) concernant la préservation de l'enfance contre la tuberculose établissait "l'oeuvre de placement familial dans des foyers ruraux" des enfants non tuberculeux mais menacés de le devenir (3).

Cette loi constituait une mesure de prévention. Au 1er janvier 1948, il y avait 267 pupilles de la province dans des foyers ruraux. Durant la même année, il se fit 271 placements nouveaux (4).

5) En 1929, la Législature de Québec votait une loi "concernant l'établissement de classes spéciales pour l'instruction de certains enfants"(5). Cette loi prévoit que "les bureaux de commissaires de toute municipalité scolaire peuvent établir et tenir en activité dans leurs maisons d'école, des classes pour enfants arriérés ou ne pouvant profiter de l'enseignement donné dans les classes correspondant à leur âge ou exigeant une attention spéciale à cause de faiblesse physique ou autres causes".

6) Assistance aux mères nécessiteuses (6)

Cette loi pourrait plus justement s'appeler "loi des allocations maternelles". Sanctionnée le 14 avril 1937 et entrée en vigueur le 15 décembre 1938, elle fut amendée en 1940 et 1947 (7).

La province de Québec est l'une des dernières provinces à adopter une loi d'assistance aux mères nécessiteuses. Les Etats-Unis possédaient une législation semblable dès 1911 (8) et la province du Manitoba dès 1916.

Cette loi vise à aider l'enfant dans son milieu naturel: la famille.

(1) Statuts de Québec, 14 Geo. V, 1923-24, p 85

(2) Statuts de Québec, 19 Geo. V, 1929, p. 147

(3) Cette loi est inopérante depuis 1953.

(4) Enquête sur les Services de Santé, T. VIII, pp. 45-46

(5) Statuts de Québec, 19, Geo. V, 1929, p 147

(6) Statuts de Québec, 1 Geo. VI, 1937, p. 305

(7) Statuts refondus de Québec, II Geo. VI, c. 55, 1947

(8) Abott, Edith and Breckenridge, S.P., The Administration of the aid-to-Mothers' Law in Illinois, Washington 1921, p. 7-17

Elle a pour but de permettre à la mère d'élever elle-même ses enfants comme le spécifient les conditions d'éligibilité; en vertu des dispositions de la loi, peut être admise à bénéficier d'une allocation mensuelle:

- a) toute mère qui est veuve ou épouse d'un mari absent depuis cinq ans ou totalement invalide, ou détenu dans une prison ou autre lieu de détention pour une période de douze mois et plus;
- b) possède la citoyenneté canadienne par naissance ou l'a acquise depuis au moins quinze ans, ou est l'épouse ou la veuve de tel citoyen canadien;
- c) est domiciliée dans la province depuis cinq ans lors de la demande de l'allocation et y a résidé effectivement au moins 1,095 jours durant cette période;
- d) offre, à la satisfaction de l'Office, des garanties raisonnables de bonne conduite et d'habileté à donner à ses enfants les soins d'une bonne mère;
- e) ne possède pas les moyens nécessaires à l'entretien de ses enfants;
- f) a à ses charges et soins au moins un enfant légitime âgé de moins de seize ans, ou qui n'ayant pas atteint l'âge de dix-neuf ans, ne peut travailler par suite d'une incapacité physique ou mentale.

Ces allocations aux mères nécessiteuses leur sont dues en justice bien plus qu'en charité. En effet, le travail de la mère pour ce qui touche à l'éducation et l'entretien de ses enfants peut être à juste titre considéré comme la contribution active d'un citoyen, contribution qui lui confère des droits. Il est donc du devoir de l'Etat de faciliter sa tâche en lui assurant une sécurité au moins relative et en donnant à ses enfants la possibilité de vivre au foyer, dans une atmosphère favorable à leur développement intégral.

Le taux des allocations a souvent été haussé comme en témoigne le tableau de la page suivante.

Cette loi a-t-elle eu tous les bons effets qu'en attendait le législateur? Certes, elle constitue l'une des lois les plus bienfaisantes pour la protection de l'enfance en milieu familial, comme le prouve le nombre même de ses bénéficiaires. Bien des familles, privées soudainement de revenu, sont restées unies et organisées grâce aux allocations aux mères nécessiteuses.

Ceux qui s'occupent de réhabilitation familiale sont unanimes à déplorer que la loi ne produise pas tous ses bonseffets à cause du taux insuffisant des allocations et de quelques autres lacunes qui pourraient être corrigées.

De nombreuses recherches ont prouvé que les intentions du législateur qui était de garder la mère et les enfants au foyer ne sont pas toujours sauvegardées à cause de l'insuffisance des ressources de ces foyers.

Une enquête poursuivie à Québec en 1953 illustre ce problème par la production d'un budget mensuel de mère nécessiteuse ayant 3 enfants de 8, 5 et 3 ans: (1)

Dépenses		Revenus	
Loyer, non chauffé	\$25.00	Allocations de mère	
Electricité	1.20	nécessiteuse	\$42.00
Combustible	10.00	Allocations familiales	16.00
Transport	1.00		
Nourriture, épicerie, lait, pain viande	60.00		
Vêtements	6.00		
Assurances	2.25.		
	<u>\$ 105.45</u>		<u>\$ 58.00</u>

Pour garder ensemble cette famille, le Service familial a dû obtenir une aide supplémentaire à domicile, et faire appel à la charité privée.

Cette supplémentation par un autre service public a pour effet de doubler les frais d'administration, de rendre les contrôles plus difficiles et de retarder l'assistance. Il s'ensuit que souvent ces mères placent leurs enfants en institution, ou les envoient trop jeunes au travail, ou quittent elles-mêmes leur domicile pour aller travailler.

Une recherche entreprise sur les placements en institutions des enfants de mères nécessiteuses de 1948 à 1953 dans une agence de l'enfance démontre que dans le seul diocèse de Québec, 20% des enfants placés en institutions étaient des enfants de mères bénéficiaires d'allocations à titre de mères nécessiteuses. Ce qui porte à 1,000 dans cette seule région, le nombre des enfants qui auraient pu rester dans leur famille et qui ont été placés en institutions à cause de l'insuffisance de revenus de la mère nécessiteuse (2). C'est dire que dans la seule région de Québec, il y aurait eu 1,000 enfants de moins en institutions si la mère nécessiteuse avait reçu une allo-

(1) Service familial de Québec, octobre 1953

(2) Turgeon, Gisèle, Appréciation de la Loi de l'Assistance aux mères nécessiteuses, à la lumière des Statistiques de la Sauvegarde de l'Enfance, de 1948 à 1953, Ecole de Service social, Québec.

TABLEAU X

Allocations aux mères nécessiteuses

Taux dans les cités et villes
de 5,000 âmes et plus

Nombre enfants	15 déc. 1938	1 août 1940	26 mars 1941	17 avril 1942	23 janv. 1943	5 sept. 1945	1 mars 1952
1	\$ --	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 35.00	\$ 40.00
2	40.00	27.50	30.00	30.00	30.00	36.00	41.00
3	45.00	30.00	35.00	35.00	35.00	37.00	42.00
4	50.00	32.50	40.00	40.00	40.00	38.00	43.00
5	55.00	35.00	45.00	45.00	45.00	39.00	44.00
6	60.00	37.50	45.00	50.00	50.00	41.00	46.00
7	60.00	40.00	45.00	50.00	55.00	43.00	48.00
8	60.00	42.50	45.00	50.00	60.00	46.00	51.00
9	60.00	45.00	45.00	50.00	65.00	49.00	54.00
10	60.00	45.00	45.00	50.00	70.00	52.00	57.00
11	60.00	45.00	45.00	50.00	75.00	55.00	61.00
12	60.00	45.00	45.00	50.00	75.00	58.00	63.00
13	60.00	45.00	45.00	50.00	75.00	61.00	66.00
14	60.00	45.00	45.00	50.00	75.00	64.00	69.00
15	60.00	45.00	45.00	50.00	75.00	70.00	75.00
16	60.00	45.00	45.00	50.00	75.00	70.00	75.00

TABLEAU XI (1)

Allocations aux mères nécessiteuses

Taux dans les villes de moins de 5,000 h.
et les centres ruraux

Nombre enfants	15 déc. 1938	1 août 1940	26 mars 1941	17 avr. 1942	23 janv. 1943	5 sept. 1945	1 mars 1952
1	--	20.00	20.00	20.00	20.00	30.00	35.00
2	40.00	22.50	25.00	25.00	25.00	31.00	36.00
3	45.00	27.50	30.00	30.00	30.00	32.00	37.00
4	50.00	30.00	35.00	35.00	35.00	33.00	38.00
5	55.00	32.50	40.00	40.00	40.00	34.00	39.00
6	60.00	35.00	40.00	45.00	45.00	36.00	41.00
7	60.00	37.50	40.00	45.00	50.00	38.00	43.00
8	60.00	40.00	40.00	45.00	55.00	41.00	46.00
9	60.00	40.00	40.00	45.00	60.00	44.00	49.00
10	60.00	40.00	40.00	45.00	65.00	47.00	52.00
11	60.00	40.00	40.00	45.00	70.00	50.00	55.00
12	60.00	40.00	40.00	45.00	70.00	53.00	58.00
13	60.00	40.00	40.00	45.00	70.00	56.00	61.00
14	60.00	40.00	40.00	45.00	70.00	59.00	64.00
15	60.00	40.00	40.00	45.00	70.00	62.00	67.00
16	60.00	40.00	40.00	45.00	70.00	65.00	70.00

(1) Tableaux tirés d'une étude préparée pour la Commission Tremblay, op.cit.
pp. 26-27.

Le taux en vigueur présentement est celui mentionné en regard du

TABLEAU XII

ESTIMATION, PAR ANNEE, DU NOMBRE DE FAMILLES ET D'ENFANTS SECOURUS ET DU MONTANT DES PRESTATIONS VERSEES, 1944-1948

Année (1)	Familles secourues	Enfants secourus	Prestations versées
	Nombre	Nombre	\$
1944	28,289	71,227	10,055,532.
1945	27,818	72,927	11,010,975.
1946	28,388	74,886	11,740,912.
1947	29,540	75,138	11,009,889.
1948	32,669	87,013	12,804,057. (2)

(1) Années financières provinciales les plus rapprochées du 31 mars

(2) Renferme un double emploi d'environ \$285,000. du 1er avril au 31 décembre 1947, parce que l'année financière du Manitoba passe en 1948 du 31 décembre au 31 mars.

1er mars 1952 dans le tableau qui précède.

En vertu des dispositions de la loi de l'assistance aux mères nécessiteuses l'administration de la loi a été confiée à un organisme connu sous le nom de "l'Office de l'Assistance aux Mères nécessiteuses" composé de trois membres nommés par le Lieutenant-Gouverneur en conseil.

T A B L E A U X I I I (1)

**Statistiques financières pour les
années fiscales suivantes (au 31 mars de chaque année)
en milliers de dollars**

	Administration	Allocations
1938-39	\$ 18	\$ 873
1944-45	110	3,786
1947-48	178	4,834
1948-49	188	5,239
1949-50	202	5,455
1950-51	216	5,624
1951-52	226	5,502
1952-53	258	7,483

(1) Etude préparée pour la Commission-Tremblay.

cation suffisante pour les garder à la maison.

Par ailleurs, 28% des bénéficiaires de l'allocation aux mères nécessiteuses dans la seule ville de Québec recevaient à domicile, en 1953, pour elles et leurs enfants, en plus de l'allocation aux mères nécessiteuses, des octrois d'assistance publique variant de \$33. à \$125. par mois. Dans la ville de Montréal, 1,100 bénéficiaires, soit 35%, recevaient ces octrois pour un montant variant de \$33. à \$125. Ainsi, l'augmentation des allocations aux mères nécessiteuses serait, dans la majorité des cas, compensée par la déduction des dépenses de l'assistance publique octroyée en supplément soit aux institutions, soit à domicile, sans compter l'économie de temps et le bien-être social qui en résulteraient. Certains ont suggéré que les allocations aux mères nécessiteuses, pour répondre plus adéquatement aux besoins de chaque famille concernée soient basées sur une échelle de budget-type à être révisée périodiquement en tenant compte du coût de la vie selon les différentes régions de la province. (1)

D'autres modifications pourraient être apportées à la loi pour lui donner une plus grande efficacité en matière d'assistance, de sécurité et de réhabilitation.

On a observé que les règlements concernant les délais prévus dans les cas de désertion et les périodes exigées dans les cas d'invalidité, de même que les restrictions relatives aux biens meubles et immeubles ne tiennent pas assez compte des besoins réels des bénéficiaires et que la loi pourrait servir, occasionnellement, à la réhabilitation des filles-mères qui veulent et peuvent se charger de l'entretien de leur enfant. (2)

Une telle réhabilitation sociale serait possible si l'Office pouvait utiliser un service social de réhabilitation dont le rôle consisterait à connaître les difficultés et les besoins des familles bénéficiaires et les améliorations possibles, à aider ces mères nécessiteuses à mieux s'acquitter de leur tâche et à permettre ainsi à la loi de consolider les liens familiaux de ces

(1) Mémoire du Conseil Central des oeuvres de Québec.

(2) Brief of the Montreal Council of Social Agencies.

familles dans le besoin. Ce service de réhabilitation pourrait aussi par l'intermédiaire d'orienteurs techniques à mieux diriger ces enfants dans le choix d'une carrière ou d'un métier.

Pour que cette loi constitue une mesure positive de bien-être de l'enfance, il faudrait qu'elle soit interprétée plus largement dans son contexte et ses règlements; qu'il soit permis à la mère de faire quelques travail externe qui lui rapporte un gain pourvu que ce travail ne nuise pas aux soins et à l'éducation qu'elle doit à ses enfants et que le sur-salaire gagné par ce travail ne soit pas déduit des allocations.

L'allocation minimum pour une mère avec un enfant qui vit en ville, si l'on tient compte du coût de la vie, devrait être fixé au moins à \$60. par mois.

7) Une loi qui a eu une influence considérable bien qu'indirecte sur le développement de l'instruction et finalement sur le bien-être de l'enfance, c'est celle des "Etablissements industriels et commerciaux (1) de 1941. Ce statut exige que l'enfant ne soit admis à travailler dans un établissement industriel qu'à l'âge de 14 ans s'il détient un certificat d'études qui peut être exigé par l'inspecteur de l'Etat et à 16 ans s'il ne possède pas ce certificat et s'il est illettré. Il faut regretter les trop nombreuses exemptions de la loi accordées par les administrateurs publics.

8) La loi la plus importante pour la promotion du bien-être de l'enfance dans la province de Québec depuis 1921 a été le Bill 18 constituant le département du Bien-Etre social et de la jeunesse. L'intérêt de cette nouvelle mesure, c'est qu'elle permettait une meilleure distribution des fonctions d'assistance sociale pour les enfants et les adolescents en réunissant sous cette nouvelle administration l'application des lois sur la formation professionnelle, sur l'établissement des jeunes, sur la protection de la jeunesse.

9) L'heureuse influence du nouveau ministère apparut dans la loi sur les Ecoles de protection de la jeunesse de 1950. (2) Cette loi étendait son influence sur tous les enfants qui ont besoin de protection, de l'âge de 6 ans à 18 ans. Elle remplaçait la loi des Ecoles de Réforme (3) et la loi des Ecoles d'Industrie (4) en vigueur depuis 1869, la

(1) S.R.Q. 1941, Ch. 175.

(2) S.Q. 14 Geo. VI, ch. II

(3) S.R.Q. Ch. 38, 1941

(4) S.R.Q. Ch. 39, 1941

loi du Travail dans les écoles de Réforme et d'Industrie (1), l'article 4 de la loi du Placement en Apprentissage des Enfants internés (2) et la loi de la Protection de l'Enfance. (3).

L'objet de cette loi est très large. Un enfant est réputé "avoir besoin de protection lorsqu'il est particulièrement exposé à des dangers moraux ou physiques, en raison de son milieu ou d'autres circonstances spéciales". Que l'enfant soit illégitime, orphelin, vagabond, mendiant ou délinquant, qu'il soit maltraité, négligé ou abandonné, la loi le protège.

Comme la définition de l'enfant dans la loi s'applique à tout garçon ou fille âgés de moins de 18 ans, elle permet de protéger en institution ou en foyer nourricier plusieurs enfants sans foyer qui autrefois étaient laissés à eux-mêmes. Grâce à cette loi, plusieurs de ces enfants peuvent poursuivre des études dans des collèges même secondaires.

Les écoles de protection visées par la loi sont des écoles spécialisées selon les catégories d'enfants. Deux de ces écoles sont des écoles pour la réhabilitation de jeunes délinquants masculins. Elles sont toutes deux dans la région de Montréal et sont dirigées par des organismes privés. Il serait désirable que les autres régions de la Province possèdent de ces écoles de protection pour jeunes délinquants. Il est à noter que la loi substitue l'idée de protection et de prévention à l'idée de punition qui prévalait dans les lois des écoles de réforme et d'industrie.

Les écoles de protection sont aujourd'hui au nombre de 14. En 1952, elles ont hébergé 3,400 enfants dont 57.5% étaient des garçons, et 42.5% des filles, âgés pour la plupart, de 9 à 15 ans.

Il est bien évident que ces écoles ne sont pas suffisantes pour hospitaliser tous les enfants qui ont besoin de protection. Par ailleurs, beaucoup de ces enfants auront plus de chance d'être réhabilités s'ils demeurent en liberté surveillée ou s'ils sont placés en foyer nourriciers.

On a suggéré que le service de liberté surveillée soit développé et que les agences sociales soient re-

(1) S.R.Q. Ch. 40, 1941

(2) S.Q. Ch. 33, 8 Geo. VI

(3) S.R. 2, Ch. 41, 1941.

TABLEAU XIV

Bénéficiaires des allocations aux mères nécessiteuses

pour les vingt années à venir

	Nombre des Bénéficiaires	Déboursés allocations
1953-54	17,100	\$ 13,500,000
1954-55	17,700	14,000,000
1955-56	18,300	14,500,000
1956-57	18,900	15,000,000
1957-58	19,500	15,500,000
1958-59	20,100	16,000,000
1959-60	20,700	16,500,000
1960-61	21,300	17,000,000
1961-62	21,900	17,500,000
1962-63	22,500	18,000,000
1963-64	23,100	18,500,000
1964-65	23,700	19,000,000
1965-66	24,300	19,500,000
1966-67	24,900	20,000,000
1967-68	25,500	20,500,000
1968-69	26,500	21,000,000
1969-70	26,700	21,500,000
1970-71	27,300	22,000,000
1971-72	27,900	22,500,000
1972-73	28,500	23,000,000

connues par la loi comme "des écoles de protection sans mur" afin qu'elles puissent exercer un pouvoir délégué de tutelle sur les enfants privés de leur soutien naturel. (1) Cette reconnaissance permettrait à ces agences le placement d'enfants dans les collèges, couvents, écoles, sans être obligés de leur faire faire un séjour dans une école de protection de la jeunesse.

L'intérêt nouveau de la loi des Ecoles de Protection de la Jeunesse est d'assurer une tutelle légale et une protection juridique pour les enfants abandonnés de 6 à 18 ans. C'est le ministre qui, aux termes de la loi, est le tuteur de ces enfants; mais il peut déléguer sa tutelle à des institutions ou agences privées.

Il existe encore dans la Province la catégorie d'enfants de 0 à 6 ans qui ne jouissent d'aucune protection juridique et ne connaissent, dans leur abandon, aucune tutelle légale. Ces enfants peuvent être victimes d'exploitation de toute sorte. Il serait désirable que la tutelle légale reconnue pour les enfants protégés par les Ecoles de Protection soit étendue à cette catégorie d'enfants.

Jusqu'ici, dans la Province, c'étaient les oeuvres privées qui s'occupaient de ces enfants: les crèches, les maternités et les orphelinats. Tant que ces enfants résident dans ces institutions, ils sont protégés par l'institution. Mais beaucoup de ces enfants exploités ne sont pas en institutions et ne voient pas leurs droits à une protection reconnus par une loi.

Il existe actuellement dans chaque diocèse et chaque ville importante une agence sociale d'adoption et de protection de l'enfance. Ces agences ont demandé à être reconnues comme les tuteurs légaux pour cette catégorie d'enfants abandonnés, responsables devant le ministre du bien-être de la protection de ces enfants contre tout risque d'exploitation. Ainsi, la tutelle s'exercerait en fonction des besoins réels qu'exige la protection de ces enfants. Un service de bien-être provincial de l'enfance, responsable devant le ministre et doté de services légaux, qui aurait pour fonctions de coordonner le travail de bien-être des agences et des institutions privées de l'enfance, et de protéger ces enfants contre tout abus et

(1) Brief of the Montreal Council of Social Agencies.

exploitation, compléterait heureusement cet ensemble de ressources en faveur de l'enfance malheureuse.

D'autres catégories d'enfants mériteraient une plus particulière attention de la part des autorités publiques. Il s'agit des enfants illégitimes et des enfants problèmes.

10) Les illégitimes

La protection des enfants illégitimes a une très longue histoire dans la Province. Sous l'Ancien Régime, l'Etat, par l'entremise du procureur du roi, prenait soin des illégitimes, leur trouvait des nourrices et des foyers d'adoption. Après 1760, cette responsabilité directe ne fut plus assurée par l'administration anglaise; mais des subventions furent accordées aux institutions de charité qui se chargeaient de ce soin.

Ce système a persisté avec la conséquence que l'assistance aux illégitimes est entre les mains des institutions privées; crèches, orphelinats, maternités et agences sociales qui se sont multipliées ces dernières années au service de cette catégorie d'enfants abandonnés.

Le taux annuel de ces illégitimes bien qu'il ne soit pas le plus élevé du Canada constitue toutefois un problème sérieux de placement et de protection, comme en témoignent les statistiques fédérales de la page suivante.

Bien que la province de Québec soit dotée d'une excellente loi d'adoption et que de nombreuses sociétés d'adoption s'occupent de l'adoption de ces enfants, il faut admettre que dans la province de Québec, l'adoption des enfants est plus difficile qu'ailleurs parce que les familles y sont plus nombreuses, les logements plus exiguës et peut-être les préjugés contre les illégitimes encore trop vivaces.

L'autre solution qu'on utilise de plus en plus pour parer au manque de foyer adoptifs, ce sont les placements en foyers nourriciers. Toutes les crèches et sociétés de protection utilisent cette ressource. Cependant, le manque d'argent ne permet pas de tout mettre en oeuvre pour procurer un foyer normal à tous ces enfants auquel ils ont un droit strict. D'où le surpeuplement des crèches qui risque de faire de plusieurs de ces enfants des enfants-problèmes.

Pour éviter de nouvelles constructions dont le coût s'avère prohi-

TABLEAU XV

Naissances vivantes illégitimes et pourcentage par rapport aux naissances vivantes totales, par province, 1945-1948, et moyennes de 1941-4

(Sauf les territoires)

Détail	I.P.-E. N.E.		N.B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.B.	Canada
Naissances vivantes illégitimes										
Moy. 1941-45..	115	1,067	619	3,001	3,712	595	697	849	879	11,534
1945.....	138	1,228	761	3,058	4,075	677	829	1,050	1,121	12,937
1946.....	149	1,288	773	3,031	4,165	750	959	1,218	1,262	13,595
1947.....	149	1,325	767	3,183	4,748	744	961	1,159	1,502	14,538
1948.....	134	1,250	797	3,439	4,795	786	917	1,222	1,585	14,925
Pourcentage par rapport aux naissances vivantes totales										
Moy. 1941-45	5.3	7.1	4.8	3.1	4.8	3.8	3.8	4.5	5.0	4.2
1945.....	6.1	7.9	5.6	2.9	5.2	4.2	4.4	5.3	5.9	4.5
1946.....	5.3	7.2	4.7	2.7	4.3	4.0	4.5	5.5	5.6	4.1
1947.....	5.0	6.9	4.3	2.8	4.4	3.6	4.1	4.7	5.7	4.1
1948.....	4.7	7.0	4.6	3.0	4.6	4.2	4.3	5.1	6.1	4.3

Sources: Bureau fédéral de la Statistique, Annuaire du Canada 1951
p. 180

bitif, des services sociaux ont formulé comme solution idéale que les enfants illégitimes non adoptés soient placés en foyers nourriciers spécialisés au cours de la deuxième année avec l'aide financière du gouvernement provincial, ce qui aurait pour conséquence de décongestionner les crèches. La même solution devrait être appliquée aux orphelinats. Les agences sociales ont en effet suggéré que les orphelins normaux soient placés dans des pensionnats ordinaires ou dans des foyers nourriciers, l'orphelinat ne devant plus servir que pour les enfants anormaux, ou certaines catégories d'enfants incapables d'être adoptés ou placés en foyer nourricier.

11) Les enfants - problèmes

Cette catégorie d'enfants comprend les arriérés éducatifs, les débiles mentaux non-éducatifs, les enfants présentant des problèmes émotifs ou caractériels.

Ces enfants-problèmes pourraient être considérés comme une catégorie à part dans les enfants protégés et recevoir l'assistance qu'ils exigent dans les institutions et services spécialisés, soit par la multiplication des classes spécialisées dans les écoles de la Commission scolaire, soit par le développement des services médico-sociaux qui existent déjà dans les grandes villes pour le diagnostic et le traitement de ces enfants, soit enfin par l'organisation d'orphelinats spécialisés pour la garde des enfants arriérés inéducatifs.

Pour bien saisir les problèmes que posent ces enfants placés dans les institutions ordinaires signalons le cas d'une école de protection de la jeunesse pour garçon où sur 325 élèves se trouvent 165 débiles mentaux, la plupart illégitimes, dont le quotient intellectuel est inférieur à 70. Il y aurait environ 7% des enfants d'âge scolaire qui présenteraient une arriération éducative; 2% de la population infantile seraient des débiles mentaux non-éducatifs qui exigent une hospitalisation. Les arriérés mentaux éducatifs peuvent suivre des classes spécialisées des écoles de la Commission scolaire et demeurer dans leur milieu familial. Ils devraient relever du département de l'Instruction publique. (1). Les débiles mentaux non-éducatifs ne peuvent fonctionner dans la société et réclament tôt ou tard une hospitalisation. Quant aux enfants qui présentent des troubles caractériels, d'ordre émotif ou mental, un bon dépistage et un traitement adéquat dans

(1) Mémoire de la Conférence Catholique Canadienne de bien-être, p. 27, Montréal.

des cliniques de l'enfance peuvent obtenir un excellent résultat et prévenir des formes de maladies mentales ou de conduites délinquantes.

12) Plusieurs de ces enfants devenus délinquants passent devant les cours de bien-être qui pourraient les aider plus efficacement si elles étaient en nombre suffisant (la province d'Ontario possède 29 cours familiales contre 4 cours de bien-être dans le Québec), et si elles étaient dotées d'un personnel compétent de travailleurs sociaux professionnels et assistées d'agences privées de réhabilitation où le jeune délinquant, en liberté surveillée, pourrait plus sûrement être rééduqué.

Les statistiques récentes sur le récidivisme des jeunes délinquants dans la Province en comparaison des autres provinces, démontrent qu'un plus grand effort porté sur la réhabilitation aurait pour résultat de diminuer la délinquance.

Le nombre des jeunes délinquants de la Province reste sensiblement le même depuis trois ans alors qu'il a diminué dans les provinces de l'Ouest, particulièrement en Saskatchewan où on enregistre une diminution de 55.1%.

De même pour les récidivistes. Depuis 1940, on enregistre une augmentation de cette catégorie de délinquants dans la province de Québec. De 17.4% qu'ils étaient en 1940, ils sont passés à 29% en 1951, alors que l'Ontario enregistrait une réduction de 7% durant la même période.

Devant cette hausse, voyons les moyens de traitement employés dans la Province en comparaison de l'Ontario, pour ce qui regarde le récidivisme:

	Québec	Ontario
Règlement final différé	45%	12.5%
Surveillance de la cour	12%	42%
Amende	15%	26%
Placement institutionnel	22%	16%

Ces statistiques démontrent l'urgence à multiplier les cours de jeunes délinquants et les services de réhabilitation des jeunes délinquants.

Il serait désirable que les jeunes délinquants relèvent du Ministère du Bien-Etre Social à cause de son organisation plus poussée en fonction de la rééducation. Les enfants contre lesquels aucun jugement n'a été rendu sont en effet placés dans des institutions qui relèvent du procureur général.

ral au même titre que les prisons. Ces maisons de détention pourraient se transformer en "centres d'observation". Ces centres pourraient opérer la ségrégation et avoir recours aux services des psychiatres, travailleurs sociaux, orienteurs et éducateurs spécialisés. Il est inadmissible qu'un enfant soit soustrait à sa famille et que les parents soient tenus responsables de sa conduite répréhensible quand cet enfant est détenu plusieurs mois dans une maison de détention peu propice à sa rééducation. Actuellement ces enfants sont maintenus dans des maisons de détention en attendant qu'ils soient placés dans des institutions ou écoles. Or, durant ce temps de détention, ils ne reçoivent ni instruction ni aucune forme d'orientation et de travail de rééducation.

Ces considérations rapides sur le bien-être social de la famille et de l'enfance ne rendent pas moins urgente la refonte des lois d'assistance à la famille et à l'enfance de la Province, refonte qui dans d'autres pays a pris le nom de Code de l'enfance et de la famille.

Chapitre troisième

Le problème de la santé publique et de l'hospitalisation depuis 1921

De grands changements ont marqué la politique de la santé dans la province depuis 1921.

Les problèmes de l'hospitalisation y ont pris aussi une importance qu'on ne retrouve à aucune autre période de notre histoire. Le nombre de patients admis dans les hôpitaux a augmenté de 183% de 1934 à 1951, alors que la population de la province avait augmenté de 101.2% durant la même période. Plusieurs facteurs, dont le fait démographique, expliquent cette transformation dans les attitudes du peuple et des autorités publiques.

Rappelons ici que la population du Canada a presque triplé en cinquante ans. De 5,371,315 qu'elle était en 1901, elle atteignait en 1952 environ 14,500,000 âmes. Il en fut ainsi pour la population de la province de Québec. De 1,648,000 âmes qu'elle était en 1901, elle passait à 4,174,000 en 1951 et atteindra probablement 4,700,000 en 1961. Cette même tendance s'observe dans l'évolution de Montréal dont la population a augmenté de 300,000 âmes de 1941 à 1951 (1)

La durée moyenne de la vie s'est allongée. En 1789, une personne de 20 ans n'était pas censée dépasser 34.2 ans. En 1900, la durée moyenne de la vie s'étendait à 42.19 ans pour les hommes et 43.77 pour les femmes. Aujourd'hui la survie probable d'un Canadien à sa naissance est de 65 ans et d'une Canadienne de 69 ans. (2) Ce fait s'explique par un redressement remarquable des taux de mortalité dû au progrès de la médecine. Le docteur Jean Grégoire affirmait que de 1926 à 1948, la Province a sauvé la vie à 125,000 nouveaux-nés.

Alors que la province de Québec avait en 1951 l'un des taux de naissances les plus élevés du Canada, soit 29.8 par mille de population, son taux de mortalité générale était réduit à 8.4 par mille de population en 1950 (3).

(1) Canada 1953, pp. 77-79

(2) Canada 1953, p. 78

(3) Grégoire, Jean, M.D. Sécurité de la famille ouvrière par la prévention sociale de la maladie, VIe Congrès des Relations Industrielles. P. 92

Tout en dénotant une prédominance des jeunes sur les vieillards, ces résultats supposent une lutte organisée contre la maladie tant au niveau des services publics qu'à celui des services privés.

1) Les initiatives provinciales en matière de santé.

Ce n'est que depuis la fin de la guerre de 1914-1918 que le gouvernement de la province de Québec a commencé à s'intéresser activement au développement de la santé. Jusque-là, le soin des malades relevait surtout des oeuvres privées.

Sous le régime français, l'administration de la santé publique appartenait au Conseil supérieur de la Nouvelle-France qui gouvernait par ordonnances royales; mais les activités de ce conseil se résument à quelques règlements d'hygiène et d'enregistrement, tel le règlement de 1667 qui requérait l'enregistrement des naissances, des mariages et des décès en duplicata dont une copie devait être envoyée au Juge Royal. Tout le mouvement de la santé depuis 1760 se porta sur la prévention des épidémies. C'est ainsi qu'après l'épidémie de la petite vérole, le parlement de la province de Québec votait une loi de vaccination en 1885.

En 1922, on voit une première édification des cadres publics de la santé avec la création du Conseil Supérieur d'Hygiène et l'octroi de \$500,000 pour lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile.

L'année 1925 marque un pas en avant avec la fondation des unités sanitaires dont le nombre s'élevait à 67 en 1952 et qui couvraient toute l'étendue de la province sauf les villes de Montréal et de Québec (1). L'unité sanitaire constitue "le principal organisme de la sécurité sociale dans le Québec quant à la préservation de la santé" (2) et il faut souhaiter que la ville de Québec bénéficie bientôt de ses avantages.

En 1936, le service provincial d'hygiène devient autonome et il acquiert tous les pouvoirs d'un ministère de la santé dont il prendra le titre officiel en 1941. En 1946, le nouveau ministère du Bien-Être assumera quelques-unes des fonctions exercées jusque-là par le Ministère de la santé.

(1) Quelques autres municipalités de l'Île de Montréal possèdent aussi une organisation indépendante de santé.

(2) Grégoire, Jean, M.D. VIe Congrès des Relations Industrielles, Université Laval, p. 99, Québec.

TABLEAU XVI

EVOLUTION DES UNITES SANITAIRES DE LA PROVINCE DE QUEBEC,* 1929 à 1951

	1929	1931	1936	1942	1947	1951
Nombre d'unités sanitaires	4	23	30	51	61	67
Cliniques d'enfants		1,039	4,906	7,507	8,899	9,889
Examens de bébés et d'en- fants d'âge pré-scolaire.		32,172	101,341	231,543	283,951	286,076
Visites à des bébés et à des enfants d'âge pré-scolaire		82,304	201,019	290,948	298,333	390,909
Visites à domicile (maladies contagieuses)		7,008	8,682	16,181	12,532	15,107
Immunisation contre la diphtérie		53,770	57,617	54,837	67,152	55,594
Cliniques ambulantes		1,965	2,402	1,901	2,131	2,402
Assistance aux confé- rences sur l'hygiène		289,585	270,961	206,176	142,719	157,052
Ecoliers examinés		136,600	115,756	115,985	167,097	133,759
Population desservie	151,300	801,000	1,083,600	1,706,600	1,912,300	2,300,000

(x) Estimé

* Lettre du Ministère de la Santé, Québec.

Tableau extrait du Mémoire sur les Problèmes hospitaliers,
présenté à la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitu-
tionnels, Montréal 1954, p. 37

Pour lutter efficacement contre la maladie et développer la santé, le Ministère Provincial de la Santé possède 13 divisions qui en indiquent les activités:

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Assistance publique | 8. Laboratoires |
| 2. Unités sanitaires | 9. Maladies vénériennes |
| 3. Tuberculose | 10. Service médical aux colons |
| 4. Génie sanitaire | 11. Nutrition |
| 5. Hygiène mentale | 12. Démographie |
| 6. Hygiène industrielle | 13. Enseignement de l'hygiène. |
| 7. Epidémiologie | |

Les dépenses de ce ministère n'ont cessé de croître comme en témoigne le tableau XVII, qui couvre les cinq dernières années.

Par ailleurs, des catégories de malades de plus en plus nombreuses reçoivent des soins gratuits dans la province dont les indigents en vertu de la loi de 1921, les vétérans en vertu de la loi fédérale, les accidentés du travail en vertu de la loi provinciale, les tuberculeux, les malades mentaux, les colons, etc. (1).

2) Les initiatives municipales en matière de santé.

Les initiatives des municipalités varient suivant leur population. Les municipalités s'occupent habituellement de problèmes d'hygiène, de la lutte contre les maladies contagieuses, de la prévention par l'immunisation et la vaccination, de l'hygiène pré-natale, infantile et pré-scolaire, soit directement soit indirectement en aidant les oeuvres privées. Elles ont aussi leurs services de nutrition, d'inspection des aliments, de l'inspection sanitaire et même, pour quelques-unes, un service d'infirmières visiteuses.

La principale initiative des municipalités en matière de santé vient de leur participation au coût d'opération des unités sanitaires et de la loi d'assistance publique. Ces dépenses n'ont fait que croître avec les années, comme on peut le constater dans le tableau XIX. L'accroissement des dépenses est indéniable, et sans doute au-dessus des moyens de beaucoup de municipalités.

(1) Cf. tableau XX.

TABLEAU XVII

Dépenses du Ministère de la Santé
totales et pour l'Assistance publique en particulier*

Année	Dépenses totales	Assistance publique
1948-49	\$ 26,347,955.76	\$ 14,616,521.52
1949-50	31,076,874.48	18,780,426.44
1950-51	37,140,095.76	29,209,623.55
1951-52	36,688,652.01	28,128,108.75
1952-53	45,131,762.60	34,441,731.18
Les 5 années	\$ 176,385,340.61	\$ 125,176,411.44

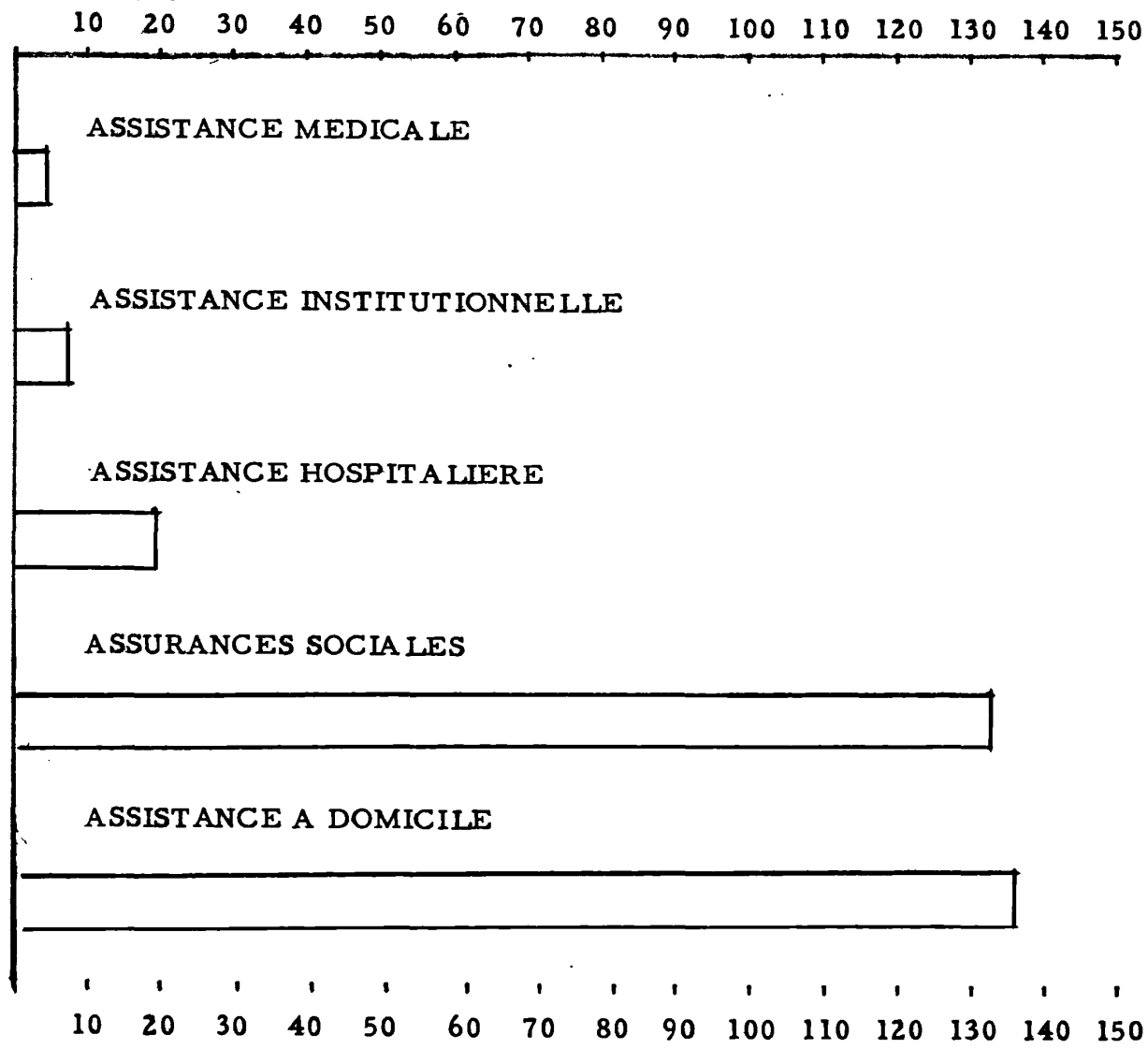
* Synthèse des Problèmes de la Santé, par le Dr. J. Ernest Sylvestre, M.D. présentée à la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, p. 61.

TABLEAU XVIII

Déboursés des services de bien-être et de santé dans la province
de Québec, année fiscale 1952-53

Dépenses fédérales et provinciales

En millions



Source: Comptes publics de la province de Québec, 1952-53. Annuaire du Canada 1954.

N.B. Ces montants ne comprennent pas l'assistance aux vétérans.

TABLEAU XIX

Contributions versées par les municipalités des différents comtés de la province de Québec pour un certain nombre d'années choisies, de 1926 à 1953, à l'exception des comtés renfermés dans les limites des cités de Montréal et de Québec: contributions et indice pour toutes les municipalités de ces comtés et contributions et indice sans les municipalités de 5,000 âmes et plus de chacun de ces comtés.

1945-46 = 100

	Contributions et indice de toutes les municipalités		Contributions et indice sans les municipalités de 5,000 âmes et plus	
	Montants des contributions	Indice	Montant des contributions	Indice
	\$		\$	
1926	79,525	10.2	27,027	8.2
1931	326,855	41.9	96,747	29.4
1932	418,021	53.6	136,013	41.3
1933	483,449	62.0	163,976	49.8
1934	541,853	69.5	194,215	59.0
1941-42	647,633	83.0	251,221	81.3
1945-46	779,989	100.0	329,029	100.0
1951-52	1,955,815 (1)	250.7	734,509	223.2

Source: Renseignements fournis par le Ministère provincial de la Santé.

(1) Chiffres pour la période s'étendant du 1er avril 1951 au 14 avril 1952 inclusivement, date du changement du pourcentage de la contribution des municipalités régies par le Code municipal aux frais de l'Assistance publique, pourcentage passé de 33 1/3% à 15%.

Tableau tiré du Mémoire de l'Union des Municipalités, op.cit.
p. 159.

Cette progression des dépenses ne signifie pas de plus nombreuses initiatives municipales en matière de santé. Au contraire, il y a une tendance marquée chez les municipalités à se démettre en faveur du gouvernement provincial de leurs responsabilités en matière de santé. La principale raison vient que les municipalités, par suite d'une urbanisation trop rapide, n'ont pas assez de revenus pour faire face aux simples dépenses de développement.

L'annuaire statistique de la province de Québec donnait comme dépenses globales des municipalités pour la santé et le bien-être en 1948, la somme de \$8,387,000 alors qu'en 1945, les dépenses de cette nature se chiffraient à \$6,552,000 (1)

3) Les initiatives fédérales en matière de santé

Les autorités fédérales se sont montrées pleines d'initiative dans le domaine de la santé. Alors qu'en 1871, avec une population de 3,700,000 habitants, le gouvernement fédéral dépensait un million de dollars pour les programmes de santé et de bien-être, en 1950, les sommes fédérales affectées à la santé et au bien-être dépassaient le milliard pour une population de 13,845,000. En 1950, le seul programme national de santé en vigueur s'évaluait à \$32,617,154 (2). Ces dépenses de 1950 étaient déjà 19 fois plus élevées qu'en 1945.

Il est intéressant de comparer cette action du gouvernement fédéral en matière de santé avec celle qu'il exerçait en 1867 et qui se limitait aux hôpitaux de marine et à la quarantaine. D'ailleurs, le ministère fédéral de la santé ne fut créé qu'en 1919 "à la demande d'associations médicales en vue de faciliter la coordination des initiatives provinciales en matière d'hygiène publique". (3) C'est depuis 1944 qu'existe le ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social avec ses quatre principaux services qui comprennent: 1) les aliments et les drogues; 2) les études sur l'assurance-santé; 3) les services de santé des Indiens; 4) les services d'hygiène et de santé. Ce dernier comprend 16 divisions qui couvrent: 1) la lutte contre la cécité; 2) l'hygiène maternelle et infantile; 3) la médecine de l'aviation civile; 4) la santé des fonctionnaires; 5) l'hygiène dentaire; 6) l'épidémiologie; 7) le bureau des stupéfiants; 8) les plans d'hôpitaux; 9) l'hygiène

(1) Annuaire statistique, Québec 1951-52, pp. 238-239

(2) Annuaire statistique du Canada 1951, p. 211

(3) Rapport de la Commission royale des Relations entre le Dominion et les provinces, Vol II p. 35.

TABLEAU XX

Montants alloués aux provinces en vertu du programme national
de santé et montants dépensés par elles, * 1948 - 1953

Provinces

Terre-Neuve	4,022,088.	2,889,464.	71.8
Ile du Prince-Edouard	1,484,302.	1,029,318.	69.3
Saskatchewan	10,440,168.	6,830,890.	65.4
Alberta	10,777,768.	6,892,379.	63.9
Colombie-Britannique	13,822,850.	8,582,485.	62.1
Québec	48,631,182.	28,778,284.	59.1
Nouveau-Brunswick	6,544,952.	3,774,256.	57.8
Nouvelle-Ecosse	8,149,741.	4,458,366.	54.9
Manitoba	9,622,890.	4,835,893.	51.3
Ontario	52,298,392.	24,729,831.	47.2
Territoires du N.O.	48,100.	4,782.	9.9
Territoire du Yukon	28,600.	10,960.	38.3
	165,871,033.	92,816,908.	53.8
Octrois pour recherches (non répartis par province)	1,536,798.	1,180,784.	76.9
Grand total	167,407,831.	93,997,692.	56.0

* Five year Report, National Health Program, p.2
Tableau extrait du Mémoire sur les Problèmes hospitaliers
op. cit. pp. 28-29.

industrielle; 10) le laboratoire d'hygiène; 11) l'hygiène mentale; 12) l'hygiène alimentaire; 13) le génie sanitaire; 14) la quarantaine; 15) le service médical de l'immigration; 16) le traitement des marins malades.

Ces seize divisions, au dire des autorités fédérales, ont été fondées dans le but " de conseiller et de guider les provinces avec autorité dans les domaines spéciaux, tels que l'hygiène mentale, l'hygiène alimentaire, les plans d'hôpitaux, l'hygiène maternelle et infantile, etc., ou l'engagement de spécialistes très compétents entraînerait pour les provinces des dépenses exorbitantes. (1).

Pour les années 1953 jusqu'à 1958, le gouvernement fédéral a déjà voté des subventions au total de \$52,000,000. ce qui donnera pour la période 1948-1958 comme grand total de subventions pour le plan de santé: \$219,303,261.

La distribution par projets de ce programme nous donne une vision plus claire des champs couverts:

TABLEAU XXI

Distribution, par genre de projets, des dépenses du programme national de santé 1948-1953

Enfants infirmes	\$ 1,284,670.
Entraînement professionnel	2,192,199.
Construction d'hôpitaux	35,635,481.
Prévention des maladies vénériennes	2,245,629.
Prévention des maladies mentales	13,282,186.
Contrôle de la tuberculose	16,523,186.
Recherches sur la santé publique	1,180,784.
Enquêtes sur la santé	521,058.
Santé en général	-3,267,929.
Contrôle du cancer	7,864,455.
	93,997,692.

(1) Rapport du Ministère de la Santé Nationale, année financière terminée au 31 mars 1948, p. 15.

Sans méconnaître les bienfaits réels de ce programme de santé pour le pays et les progrès qu'il a fait réaliser dans le domaine de la recherche et de la prévention, il est bon de signaler que l'initiative en revient uniquement au gouvernement central qui n'a pas, d'après la constitution, de responsabilité directe dans le domaine de la santé. Par ailleurs, tout changement de politique dans le développement de ce programme peut avoir des inconvénients assez graves pour les provinces qui se sont engagées dans ces champs particuliers de prévention avec l'assurance des octrois fédéraux et qui peuvent être obligées de continuer seules ces programmes à cause du changement d'attitude de l'autorité centrale. Plusieurs mémoires ont déploré que la planification et la marche de ce programme soient délimitées et administrées trop unilatéralement par le gouvernement central. (1)

4) L'apport privé des services hospitaliers

En signalant les facteurs qui ont influencé les développements de la santé dans la Province, il serait incomplet de ne pas signaler, à côté des initiatives provinciales, municipales et fédérales, les efforts vraiment remarquables des services hospitaliers depuis 1921.

On sait que dans la Province, l'hospitalisation est presque totalement entre les mains de l'entreprise privée et que plus de 80% des hôpitaux sont dirigés par des instituts religieux.

D'abord créés pour venir en aide aux indigents, ces établissements, surtout les hôpitaux, sont maintenant ouverts à toutes les classes de la population. Il est important de signaler que les institutions hospitalières exercent ainsi une double fonction publique: une fonction d'assistance pour les indigents et une fonction de promotion de la santé pour la population entière.

L'exercice de cette dernière fonction a complètement transformé l'hôpital dans la Province, surtout depuis 1921. Bien des facteurs expliquent une telle évolution. "La population est aujourd'hui plus exposée aux maladies. Le travail au grand air a été remplacé par le travail en usine; l'alimentation et les moyens de se distraire ont sensiblement affecté l'état de santé de la population; les nombreux soucis domestiques, la santé précaire des parents ou des enfants, un revenu insuffisant pour les exigences de la

(1) Conférence Catholique Canadienne du Bien-Etre, Montréal.

vie moderne, les perspectives d'un chômage prochain ou saisonnier, tous ces facteurs influencent défavorablement l'état de santé de la population"(1).

Ajoutons à ces facteurs, un besoin plus conscient chez le citoyen moyen de connaître son état de santé, de recevoir le traitement approprié, de corriger sans délai une condition physique précaire, sans parler de l'évolution scientifique de la chirurgie et de la prévention, la nécessité de l'hospitalisation pour le traitement scientifique des maladies; toutes ces causes ont contribué à une hospitalisation plus grande des malades.

Ces éléments de progrès avec l'évolution des méthodes scientifiques, l'augmentation de la population, le développement du prolétariat, l'application des mesures de sécurité sociale, ont poussé les institutions hospitalières à multiplier les services et les facilités d'hospitalisation.

Ainsi de 1933 à 1951, le nombre de lits a augmenté de 5,089 dans les hôpitaux publics de Québec. En 1951, le pourcentage des lits d'hôpitaux par 1,000 de population était de 4.65 contre 4.62 en 1933. En 1953, la situation hospitalière de Québec et d'Ontario s'établissait comme suit:

	Ontario	Québec
Population estimative au 1er juin 1953	4,950,000	4,300,000
Nombre de lits	27,300	22,700
Nombre de lits par 1,000 de population	5.75	5.35
Nombre de lits manquant sur la base de 7.25 par 1,000 de population	8,600	8,500 (2)

Le tableau XXII nous fournit une comparaison des différents services fournis par les hôpitaux de Québec, d'Ontario et de tout le pays.

Si nous regardons la distribution des services hospitaliers à travers la Province, nous voyons par le tableau XXIII, que les régions de Montréal et de Québec possèdent la meilleure organisation hospitalière et que ces régions dépassent même le minimum standard de lits par 1,000 de population. En comparant le nombre de patients qui passent par les hôpitaux depuis 1934, nous pouvons en déduire l'augmentation rapide (3).

(1) Mémoire de l'Association patronale des Services hospitaliers à la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, p. 6.

(2) Mémoire sur les services hospitaliers du Comité des Hôpitaux de Québec, 1954, Montréal, p. 62

(3) Cf. tableau XXVI

TABLEAU XXII

Services de radiologie, de laboratoires cliniques et de physiothérapie
organisés et rapportés (1) par les hôpitaux publics
du Canada, de l'Ontario et du Québec, au 31 décembre 1951

	CANADA	ONTARIO	QUEBEC
Radiologie			
Services organisés	226	65	65
Services rapportés	673	158	90
Services organisés par rapport aux services rapportés	33.5%	40.8%	72.5%
Laboratoires cliniques			
Services organisés	195	58	58
Services rapportés	503	109	88
Services organisés par rapport aux services rapportés	38.8%	53.2%	66%
Physiothérapie			
Services organisés	139	43	49
Services rapportés	299	85	69
Services organisés par rapport aux services rapportés	46.5%	50.7%	71%

(1) Rapport annuel des hôpitaux, 1951, B.F.S. p. 17

Tableau extrait du Mémoire sur les Problèmes hospitaliers,
op. cit., p. 65.

Ces quelques chiffres permettent de conclure au rôle important joué par les institutions hospitalières et par les autorités publiques en faveur de la santé des citoyens et pour la prévention des maladies.

Problèmes de la santé

En dépit des progrès accomplis, est-ce à dire que la Province n'a plus de problèmes de santé et d'hospitalisation? Sans doute, il y a eu progrès dans la réduction du taux de mortalité générale, qui de 19.9 personnes par mille au commencement de ce siècle tombait à 8.4 en 1950. Les maladies contagieuses ne comptent pratiquement plus comme causes de décès, sauf pour la tuberculose dont le taux de mortalité atteignait pour Montréal seulement 42.6 par 100,000 durant la période 1945-1949, ce qui constitue un progrès sur une vingtaine d'années alors que le taux de mortalité s'élevait à 128 par 100,000 de population.

On n'en peut dire autant des maladies de dégénérescence qui sont une conséquence de la prolongation de la vie et dont le taux de mortalité tend à croître. Prenons le cas du diabète dont le taux de mortalité à Montréal durant la période de 1900-1904 n'était que de 7.2 par 100,000 et qui a atteint en 1945 le taux de 33.2.

De même pour l'arthrite ou le rhumatisme dont le taux de mortalité à Montréal s'élevait à 54 par 100,000 au commencement de ce siècle et qui se montait à 108.5 durant la période 1945-1949. Le taux des maladies du coeur a atteint 355 par 100,000 en 1951, ce qui fait une augmentation de 32 points sur le taux 1940-1944. La mortalité des maladies du coeur est trois fois plus élevée en 1950 qu'aux débuts du siècle. Le cancer constitue aussi une maladie dont le taux de mortalité est en voie de croissance. Depuis les derniers 70 ans, le taux de mortalité de cette maladie a plus que quadruplé.

Par ailleurs, d'après la Mental Health Association, plus de 60,000 personnes sont traitées dans les hôpitaux de la Province, pour des maladies mentales. Si l'on considère maintenant le taux de mortalité du Québec en le comparant à celui d'Ontario, on peut conclure qu'en dépit de progrès réels, la santé dans la Province pose un problème dont la solution exige beaucoup de soin et de persévérance.

TABLEAU XXIII

Répartition géographique des hôpitaux de la province de Québec
classés A1, A2, A3, B1, B2, B3, B4, E, H, I, M, N1, N2, N3, et di-
vers par l'assistance publique au 31 décembre 1951(1)

Régions	Population	A1, A2, A3			B1, B2, B3, B4 et H			E, M, N1, N2, N3 et divers			Grand total		
		Nombre d'hôpi- taux	Nombre de lit-	Lits par 1,000 de pop.	Nombre d'hôpi- taux	Nombre de lits	Lits par 1,000 de pop.	Nombre d'hôpi- taux	Nombre de lits	Lits par 1,000 de pop.	Nombre d'hôpi- taux	Nombre de lits	Lits par 1,000 de pop.
Québec	334,185	9	1,630	4.38	5	462	1.20	5	367	2.25	19	3,009	7.33
Chaudière	261,236	7	642	2.46	2	125	0.48	1	150	.57	10	917	3.51
Saguenay	197,410	2	647	3.23	-	-	-	-	-	-	2	647	3.23
Bas du Fleuve	192,952	6	540	2.80	2	87	0.45	-	-	-	8	627	3.25
Gaspésie	167,333	6	562	3.35	-	-	-	-	-	-	6	562	3.35
Ungava	4,470	3	165	36.30	-	-	-	-	-	-	3	165	36.30
Hochelaga	1,358,075	18	5,556	4.09	18	2,535	1.87	15	1,940	1.43	51	10,031	7.39
Outaouais inf.	140,968	4	231	1.65	1	5	0.03	-	-	-	5	236	1.63
Outaouais sup.	311,314	9	930	2.99	2	56	0.18	-	-	-	11	986	3.17
Mauricie	301,770	7	912	3.03	1	10	0.02	1	30	.10	9	952	3.15
Richelieu	324,182	6	651	2.01	4	649	2.00	1	105	.32	11	1,405	4.33
Canton de l'Est	411,236	8	1,233	3.60	4	521	1.27	-	-	-	12	1,754	4.27
Grand total	4,055,631	85	13,749	3.39	39	4,450	1.10	23	3,092	.76	47	21,291	5.25

Notes

Le tableau ci-haut comprend quelques hôpitaux qui n'ont pas fait rapport au bureau fédéral de la statistique en 1951.

A1, A2, A3, - Hôpitaux généraux; B1, B2, B3, B4, H - Hôpitaux convalescents, chroniques et incurables, et enfants infirmes;

E, M, N1, N2, N3, divers - Hôpitaux filles-mères, maladies contagieuses, spéciaux et divers.

(1) Préparé par la Commission sur les problèmes hospitaliers.

Tableau extrait du Mémoire sur les Problèmes hospitaliers, op. cit., p. 67.

TABLEAU XXIV

Statistiques d'hospitalisation (1)
du Canada, de l'Ontario et du Québec, 1934 - 1951 (2)

Année	Admissions	Jours-patients	Séjour moyen	%des lits occupés
CANADA				
1951	1,678,772.	18,297,399.	10.1	75.0
1950	1,583,735.	17,383,569.	10.6	74.7
1949	1,525,544.	16,477,607.	10.3	75.1
1948	1,425,874.	15,821,293.	10.5	74.3
1947	1,348,857.	15,160,110.	10.6	75.3
1946	1,254,807.	14,827,360.	11.1	76.2
1945	1,143,554.	13,963,042.	11.4	74.5
1944	1,069,921.	13,298,090.	11.6	72.9
1943	1,007,042.	12,803,262.	12.0	71.2
1938	766,639.	12,003,676.	12.1	68.2
1934	594,158.	10,471,459.	16.8	63.8
ONTARIO				
1951	546,894.	5,666,000.	9.2	78.2
1950	508,813.	5,406,008.	10.4	78.7
1949	493,208.	5,159,916.	9.9	78.5
1948	463,976.	4,857,075.	9.6	77.8
1947	448,468.	4,804,601.	10.0	77.4
1946	423,846.	4,743,937.	10.4	78.0
1945	379,902.	4,533,386.	10.8	76.9
1944	353,340.	4,288,111.	11.0	74.5
1943	332,780.	4,099,876.	11.4	74.1
1938	244,636.	3,681,739.	14.4	67.9
1934	201,177.	3,229,607.	15.4	64.6
QUEBEC				
1951	350,019.	4,792,001.	12.6	79.3
1950	328,550.	4,560,678.	13.4	76.1
1949	303,498.	4,129,814.	12.5	75.8
1948	283,327.	4,103,532.	13.3	76.0
1947	266,736.	3,805,869.	13.6	76.7
1946	243,220.	3,902,556.	14.9	79.4
1945	232,753.	3,653,802.	14.5	77.4
1944	217,498.	3,503,088.	15.0	77.2
1943	207,899.	3,514,469.	15.6	76.4
1938	159,984.	3,474,558.	20.7	75.6
1934	123,646.	3,198,280.	24.3	67.6

(1) Ces statistiques ne couvrent pas les nouveaux-nés et les incurables.

(2) Rapports annuels des hopitaux, pour les années indiquées.

Tableau extrait du Mémoire sur les Problèmes hospitaliers,
op. cit. p. 74.

TABLEAU XXV

Tableau comparatif des taux de mortalité , dans le
Québec, l'Ontario et l'ensemble du pays
1952

	Générale	Infantile	Néo-natale	Puerpérale	Morts-nés
Québec	8.4	50	28	1.2	22.2
Ontario	9.3	31	21	0.8	16.8
Canada	8.7	38	23	0.9	18.0 (1)

Ces statistiques dénotent quelque faiblesse dans l'organisation des services maternels et infantiles de santé, puisqu'ils indiquent que le Québec a le plus haut taux de mortalité pour les enfants, les nouveau-nés et les morts-nés au Canada.

Dans un grand nombre de maladies autres que les maladies de la vieillesse comme le cancer, les lésions vasculaires, l'artériosclérose des coronaires, la myocardite dégénérative, le taux de décès du Québec est le plus élevé au pays. Ainsi, pour la tuberculose de l'appareil respiratoire, le taux de décès est de 21.4 dans le Québec, de 7.7 en Ontario et de 14.0 dans l'ensemble du pays.

Le nombre de cas de certaines maladies à déclaration obligatoire est plus élevé dans le Québec que dans l'Ontario comme l'indique le tableau XXVI.

TABLEAU XXVI

Tableau du nombre de cas de certaines maladies à déclaration obligatoire rapportés au Bureau Fédéral de la Statistique par les ministères provinciaux de la Santé, 1952.(2)

	Québec	Ontario
Diphtérie	132	17
Dysenterie	177	112

(1) Statistiques vitales, 1952, Gouvernement du Canada, Tableau I

(2) Tableau extrait du Mémoire de la C.T.C.C. à la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, p. 14

TABLEAU XXVI (suite)

	Québec	Ontario
Poliomyélite	125	705
Tuberculose	4, 187	1,287
Typhoïde et paratyphoïde	324	48
Fièvre ondulante	62	32
Maladies Vénériennes	5,066	3,197

Source: Tableau 10, Statistiques Vitales, 1952, Gouv. du Canada.

Pénurie des ressources hospitalières

En dépit des efforts remarquables accomplis par les établissements hospitaliers, les autorités fédérales et provinciales, les ressources hospitalières sont moindres dans le Québec que dans l'Ontario, et cet écart ne peut que s'intensifier si l'on tient compte des développements démographiques de la Province comme le démontre le tableau XXVII et de l'écart qui tend à grandir dans la distribution du revenu parmi les groupes de population des deux provinces selon les données du dernier recensement citées dans le tableau XXVIII.

TABLEAU XXVII

Nombre de lits dans les hôpitaux publics généraux requis en 1960 et 1970 basé sur les populations respectives du Canada de l'Ontario et du Québec (1).

	Canada	Ontario	Québec
Au 1er juin 1953			
Population	15, 100, 000	4, 950, 000	4, 300, 000
Nombre de lits	88, 000	27, 300	22, 700

(1) Estimations préparées par la Commission sur les problèmes hospitaliers, dans le Mémoire à la Commission Tremblay, op. cit., p.72

TABLEAU XXVII (suite)

	Canada	Ontario	Québec
De 1954 à 1960			
Augmentation de la population	1,100,000	300,000	400,000
Nombre de lits à ajouter	29,450	10,765	11,375
De 1961 à 1970			
Augmentation de la population	1,700,000	500,000	700,000
Nombre de lits à ajouter	12,325	3,635	5,075
En 1970			
Population	17,900,000	5,750,000	5,400,000
Nombre de lits	129,775	41,700	39,150

TABLEAU XXVIII

Distribution relative des revenus dans les villes de
Toronto et de Montréal, Recensement de 1951 (1)

	Toronto	Montréal
- \$1,000	13,1%	16.0%
\$1,000 à \$2,000	32.2	37.6
2,000 2,500	26.7	22.0
2,500 3,000	13.3	12.0
Plus de \$3,000	14.7	12.3

(1) Bulletin 5-1, Recensement du Canada, 1951.

Ce que coûte la maladie à la famille

D'après des renseignements fournis par la statistique fédérale et le ministère de la Santé nationale, les Canadiens auraient dépensé en 1950-51 pour la santé la somme totale de \$373,800,000. Les services médicaux auraient coûté \$87,700,000. soit 23.5% du montant total; les services hospitaliers, \$46,500,000. soit 12.4%; les services dentaires, \$32,900,000. soit 8.8%; les remèdes, \$73,000,000. soit 19.6% (1)

Si nous distribuons ces dépenses par unités familiales et selon le nombre d'enfants, nous avons la proportion suivante:

TABLEAU XXIX

Moyenne des dépenses par unité familiale dans l'ensemble du pays et dans le Québec, selon la grandeur de l'unité familiale (2)

(En dollars)

Personnes dans l'unité familiale	Dépenses par unité familiale	Dépenses par unité familiale du Québec	Dépenses par unité familiale ayant fait des dépenses.
1	33.60	31.00	52.80
2	83.10	71.00	91.00
3-4	110.40	114.00	112.90
5-6	114.70	124.00	116.50
7	104.80		108.00

Il découle de ces statistiques que les familles de 5 et 6 membres ont le plus fort pourcentage des dépenses pour la maladie; mais la progres-

(1) Tableau 8, Bulletin spécial No 1, enquête sur la Maladie 1950-51, Canada 1953.

(2) Tableau 7, Bulletin spécial No 1, Enquête sur la Maladie, 1950-51, Canada. Tableau 8, Bulletin spécial No 4.

sion des dépenses cesse avec les familles qui se composent de 3 membres. Or, ce fait mérite d'être retenu vu que la province de Québec a un plus grand nombre de familles nombreuses que l'Ontario et le reste du pays et que la moyenne de revenus de ces familles est plus basse que dans l'Ontario comme le prouvent les deux tableaux suivants:

TABLEAU XXX

Répartition estimative de toutes les unités familiales, selon la grandeur de l'unité familiale, pour l'ensemble du pays et les provinces de Québec et de l'Ontario (1)

(En pourcentage)

Personnes dans l'unité familiale	Canada	Québec	Ontario
1	29%	26%	32%
2	22	19	24
3-4	31	30	32
5	17	25	12

TABLEAU XXXI

Répartition estimative des dépenses totales, selon la catégorie des revenus, pour l'ensemble du pays, les provinces de Québec et d'Ontario (2)

(En pourcentage)

Catégorie de revenu	Canada	Québec	Ontario
Moins de \$1,500	16%	17%	12%
\$1,500 - 2,999	44	45	43
3,000 4,999	26	24	28
Plus de 5,000	12	12	16

(1) Tableau 5, Bull. spécial No 4, Enquête sur la Maladie, 1950-51

(2) Tableau 11, Bull. spécial No 4, Enquête sur la Maladie, 1950-51

Dans la province de Québec, la classe aisée qui comprend environ 15% de la population peut facilement assumer ses frais de maladie; la classe pauvre qui comprend 20% de la population se prévaut des avantages de la loi d'assistance publique pour se faire soigner; mais la classe moyenne qui représente environ 65% de la population et possède en général une famille moyenne de 4 ou 5 enfants ne peut se protéger efficacement contre les risques de la maladie et solder ses dépenses d'hospitalisation. "Il s'agit en définitive de protéger surtout la classe moyenne contre les risques de la maladie et les frais d'hospitalisation tout en sauvegardant la liberté individuelle et en conservant aux institutions hospitalières leur caractère charitable et bénévole" (1)

Les problèmes financiers des hôpitaux du Québec.

Comme nous l'avons déjà déclaré, les hôpitaux du Québec accomplissent deux fonctions: 1) ils tendent à satisfaire aux besoins hospitaliers de la population en vue du meilleur fonctionnement des soins hospitaliers de santé; 2) ils hospitalisent les patients indigents.

Pour accomplir leur première fonction, ils doivent développer sans cesse leurs ressources hospitalières en relation avec les besoins croissants de la population. A cette fin, ils reçoivent des subventions de construction des autorités publiques, et des dons de la population. Il faut reconnaître que la tendance à la hausse des prix de construction et du coût de l'hospitalisation rend l'accomplissement de cette première fonction de plus en plus coûteuse.

Ainsi l'indice des prix de gros de 102.1 qu'il était en 1938 est monté à 239.5 en 1952. Le coût des matériaux de construction a atteint 288.7 en 1951 de 101.4 qu'il était en 1938. Les salaires dans les métiers de construction se sont hissés à 198.2 en 1950 de 102.7 qu'ils étaient en 1938. Ainsi du prix de la nourriture qui est monté de 103.8 en 1938 à 240 en 1951.

Par ailleurs, la multiplicité des impôts réduit la capacité des philanthropes et des classes riches à assister les institutions hospitalières. Le Montreal General Hospital qui recevait en legs et dons en 1938 un total de \$800,000 voyait cette assistance réduite à \$32,000 en 1949 (2)

(1) Mémoire sur les Problèmes hospitaliers, présenté par la Commission sur les Problèmes hospitaliers à la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, p. 104

(2) The Financing of Hospitals in the Province of Quebec, Montréal, p.60

Le coût d'exploitation ou de gestion par suite de ce mouvement des prix a tendance à monter. L'augmentation du personnel dans un hôpital de Montréal, l'hôpital Notre-Dame, a été de 70% de 1938 à 1950 où il est passé de 600 à 1,000.

Il ressort des statistiques financières tirées du Rapport annuel des hôpitaux et citées dans le tableau XXXIV que les hôpitaux du Québec sont plus grands en moyenne que ceux des autres provinces, ce qui a pour conséquence d'alourdir le passif des dettes mais de réduire le coût d'exploitation.

Il est plus facile de comprendre les problèmes particuliers au fonctionnement des hôpitaux en analysant la répartition des dépenses de gestion. Comme l'indique le tableau XXXV, la hausse des salaires, des fournitures et de l'item divers depuis la dernière décade est évidente. Ainsi les salaires qui représentaient 38.2% des dépenses de gestion en 1942 passaient à 45.6% en 1949 et 46.5% en 1951. Ces variations ont une influence indéniable sur la hausse du coût de l'hospitalisation.

Le Comité des hôpitaux du Québec énumère comme causes particulières de l'augmentation du coût d'opération: le relèvement des salaires des employés qui absorbent dans certaines institutions jusqu'à 65% du budget; la diminution des heures de travail qui nécessite un personnel plus nombreux; l'emploi des techniques plus scientifiques d'hospitalisation et de traitement requérant plus d'heures de travail et un personnel spécialisé; enfin l'augmentation du coût de réparation et de modernisation des édifices de même que du coût des approvisionnements. (1)

Parce que les hôpitaux sont ouverts aux patients externes et internes qui peuvent payer, les hôpitaux tirent une grande partie de leurs revenus de ces patients. Ces revenus se rapprochent assez avantageusement de ceux de la province d'Ontario. Les déficits de nos hôpitaux viendraient donc de la trop lourde charge qu'ils portent vis-à-vis de l'assistance aux indigents.

D'après le Comité des hôpitaux de la Province, les jours d'hospitalisation des patients bénéficiaires de l'assistance publique en 1951 représentaient 24.5% du coût de gestion alors que les revenus per diem provenant des gouvernements provincial et municipal ne totalisaient que 12.0% du revenu net de gestion.

(1) Mémoires sur les problèmes hospitaliers, p. 96.

TABLEAU XXX11

Actif, passif et capital net des hôpitaux du Canada,
de l'Ontario et du Québec au 31 décembre 1951 (1)

	Canada		Ontario		Québec	
	Total	Moyenne par hôpital	Total	Moyenne par hôpital	Total	Moyenne par hôpital
ACTIF						
Fonds courants	\$ 53,844,318	\$ 33,600	\$ 17,257,923	\$ 109,400	\$ 14,037,336	\$ 137,200
Fonds permanents	34,110,021	52,900	13,255,703	83,900	17,993,625	233,900
Biens - Fonds	<u>347,711,216</u>	<u>541,000</u>	<u>131,136,946</u>	<u>329,300</u>	<u>110,343,243</u>	<u>1,473,209</u>
TOTAL	<u>\$ 435,665,555</u>	<u>\$ 677,500</u>	<u>\$ 161,650,532</u>	<u>\$ 1,023,100</u>	<u>\$ 142,324,209</u>	<u>\$ 1,905,309</u>
PASSIF						
PASSIF BRUT	<u>\$ 195,305,270</u>	<u>\$ 304,500</u>	<u>\$ 64,145,092</u>	<u>\$ 406,000</u>	<u>\$ 73,329,888</u>	<u>\$ 1,051,100</u>
CAPITAL NET						
Capital de roulement	\$ 20,293,340	\$ 31,500	\$ 6,453,733	\$ 40,900	\$ 5,531,630	\$ 74,400
Biens - Fonds	\$ 219,566,945	\$ 341,000	\$ 91,046,707	\$ 570,200	\$ 53,472,641	\$ 730,000
Capital net	<u>239,860,285</u>	<u>373,000</u>	<u>97,505,490</u>	<u>617,100</u>	<u>64,054,321</u>	<u>754,000</u>

	Canada	Ontario	Québec
Hôpitaux faisant rapport au B. F. S.			
A - Sur leur nombre de lits	726	160	87
B - Sur les chiffres de leur bilan	643	158	75
Rapport de B à A, en %	83.4	93.7	86.3

(1) Rapport annuel des hôpitaux, 1951, B.F.S., p. 88. (Les chiffres de ce tableau couvrent les hôpitaux généraux et ceux pour femmes et enfants.)

Mémoire sur les Problèmes hospitaliers, op. cit., p. 85.

TABLEAU XXX111

Etat comparatif des dépenses des hôpitaux du Canada,
de l'Ontario et du Québec, 1942 - 1951 (1 - 2)

	1942		1951		% d'augmentation	
	Total	Par jour-patient	Total	Par jour-patient	Total	Par jour-patient
CANADA						
Salaires et traitements	\$ 22,354,794	\$ 1.70	\$ 95,900,583	\$ 5.04	228	197
Fournitures	20,156,346	1.53	63,818,256	3.35	217	119
Divers	10,370,675	0.33	26,159,104	1.37	131	65
Total	<u>\$53,380,815</u>	<u>\$ 4.06</u>	<u>\$ 185,877,943</u>	<u>\$ 9.76</u>	<u>248</u>	<u>141</u>
ONTARIO						
Salaires et traitements	\$ 7,539,405	\$ 1.73	\$ 36,687,958	\$ 5.88	387	241
Fournitures	7,400,380	1.69	22,318,243	3.64	209	115
Divers	2,583,031	0.59	7,516,650	1.19	191	101
Total	<u>\$17,572,816</u>	<u>\$ 4.01</u>	<u>\$ 67,022,851</u>	<u>\$ 10.71</u>	<u>281</u>	<u>167</u>
QUEBEC						
Salaires et traitements	\$ 5,633,285	\$ 1.67	\$ 19,107,669	\$ 4.37	239	162
Fournitures	5,215,536	1.55	14,767,303	3.39	183	119
Divers	3,915,221	1.16	7,186,238	1.64	83	48
Total	<u>\$14,769,042</u>	<u>\$ 4.38</u>	<u>\$ 41,061,210</u>	<u>\$ 9.40</u>	<u>179</u>	<u>115</u>
Jours-patients		Canada	Ontario	Québec		
1942		13,154,998	4,386,582	3,367,833		
1951		19,461,165	6,256,230	4,369,154		
% d'augmentation de 1942 à 1951		44.8	42.8	29.8		

(1) Rapport annuel des hôpitaux, 1942, B.F.S., p. 91.

(2) Rapport annuel des hôpitaux, 1951, B.F.S., pp. 86-87.

Tableau extrait du Mémoire sur les problèmes hospitaliers, op. cit., p. 93.

C'est une somme de \$ 4, 000, 000. en services gratuits aux patients de l'assistance publique et \$ 400,000. en service gratuit à des indigents non reconnus par l'assistance publique que les hôpitaux des classes A-1, A- 2 et A-3 ont fournie en 1951. En 1950, dans cinq grands hôpitaux de Montréal, les déficits courants s'établissaient à \$ 1,068,750. De 1938 à 1950, les déficits accumulés se montaient à \$ 5,571,386. (1)

D'après une enquête poursuivie dans cinq grands hôpitaux de Montréal, le coût journalier d'hospitalisation des indigents est passé de \$ 3.73 en 1938 à \$ 10.43 en 1950 et 11.50 en 1951. Le subside accordé par l'Etat en vertu de la loi de l'assistance publique de 1921 a été de 2.00 par jour en 1938 et de \$ 5.50 par jour en 1951. Alors qu'en 1938, chaque jour d'hospitalisation signifiait une perte de \$ 1.73 par jour, cette perte s'élevait à \$ 4.33 en 1947 et \$ 6.43 en 1950. Quand on sait qu'en 1948 le nombre de jours d'hospitalisation des indigents s'élevait à 87,000 à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, à 82,000 à Ste-Justine, à 60,000 à l'Hôtel- Dieu, à 55,000 à St-Luc, à 52,000 au General Hospital et à 45,000 au Royal Victoria (2), on peut conclure que les difficultés financières des hôpitaux privés proviennent surtout de la mauvaise répartition des charges de l'assistance publique.

Solutions aux problèmes de la santé et de l'hospitalisation.

Pour assurer un progrès plus ordonné de la santé dans la Province et sauvegarder le caractère privé de la médecine et des établissements hospitaliers, des mesures médiate et immédiates s'imposent. Parce que la santé relève de la juridiction provinciale, ces solutions devraient relever des autorités provinciales.

A- Une mesure à long terme: L'assurance-maladie

Onze mémoires présentés devant cette Commission suggèrent un plan provincial d'assurance-maladie pour promouvoir la santé dans la Province. Un plan d'assurance-maladie apte à résoudre le problème de la santé et de l'hospitalisation devrait aider surtout les familles de salariés dont le revenu annuel au-dessous de \$ 3,000 ne permet pas d'assumer le risque des maladies curatives exigeant des soins hospitaliers et médicaux.

(1) The Financing of Hospitals in the Province of Quebec, p. 20, Montréal 1952.

(2) The Financing of Hospitals in the Province of Quebec, op. cit. p. 16.

Un tel plan, pour sauvegarder l'autonomie des médecins et des hôpitaux comme aussi, chez le patient, le libre choix du médecin, devrait prévoir les soins à domicile et les visites particulières chez le médecin afin d'empêcher une hospitalisation exagérée dont le coût pèserait lourdement sur les prestations des assurés; il devrait comporter un système de plafond sur les revenus. Ce qui signifie d'après le docteur Roma Amyot, que "les honoraires pour soins donnés à un assuré à revenu ne dépassant pas le plafond déterminé seront ceux du barème, mais que les honoraires pour soins donnés à un assuré dont le revenu est supérieur au plafond peuvent être établis par le médecin traitant comme dans tout acte médical actuel. Dans cette dernière alternative, les honoraires seraient constitués, partie par la prestation de l'assurance et partie par un supplément requis du client lui-même, pour compléter la somme demandée" (1)

Enfin, pour respecter la liberté privée et assurer le progrès de la santé, ce plan devrait être contributif selon les revenus de chaque famille.

Les services de Santé du Québec, dans un mémoire présenté à la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, ont établi pour la Province le coût approximatif d'une assurance-maladie dont les primes seraient payées en partie par le gouvernement provincial pour la catégorie des salariés dont le revenu annuel est au-dessous de \$3,000. Nous croyons utile d'en rapporter ici les principales données.

Les Services de Santé du Québec forment une société mutuelle qui a pour but premier "d'appliquer les principes coopératifs à la distribution des services médicaux, chirurgicaux et hospitaliers à ses membres pour leur bien-être économique, social et moral" (2).

Cette société assure à ses membres 1) des services hospitaliers; 2) des services chirurgicaux à l'hôpital, à domicile ou au bureau du médecin; 3) des services médicaux à l'hôpital, à domicile ou au bureau du médecin; 4) des services de diagnostic: examens pour fin de diagnostic par procédés de radiologie, de laboratoire, etc., faits au bureau du médecin, dans les centres privés de diagnostic ou en service externe à l'hôpital; 5) des services préventifs tels que l'examen périodique (3).

(1) L'Union Médicale du Canada, novembre 1951, p. 1272.

(2) Mémoire soumis à la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, 1954, p. 5.

(3) Mémoire soumis à la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, op. cit. p. 6.

La formule d'assurance-maladie que propose cette mutuelle est basée sur les principes suivant: a) un plan assumé par l'initiative privée; b) sans but lucratif; c) un plan à services complets; d) limitation des honoraires et des frais hospitaliers en regard de la capacité de paiement de l'assuré; e) le paiement de toute la prime des indigents par l'Etat; f) un plan d'assurance-maladie régionalisé.

Le point de départ pour établir le coût moyen des dépenses de maladie par famille est tiré de l'enquête fédérale sur la maladie dont les résultats ont été publiés en septembre 1953. (1)

D'après cette enquête, il a été prouvé que les familles dont le revenu du chef dépasse \$5,000 par année ont dépensé en moyenne \$139.00 annuellement pour fins de maladie. En tenant compte de la hausse du coût de la vie depuis 1950-51, soit en 1953, ce montant serait de \$141.00.

Si l'on multiplie ce montant par le nombre de familles de salariés dont le revenu du chef est de \$3,000, et au-dessous, on obtient le tableau suivant:

Catégories de familles selon gain du chef (2)	Nombre	Pourcentage de la prime payée par l'Etat	Total
Moins de \$1,000.	44,876	100%	\$ 6,327,516
De \$1,000 à \$1,999.	150,448	75	15,909,876
De \$2,000 à \$2,499.	137,507	50	9,694,243
De \$2,500 à \$2,999.	87,838	25	3,096,289
			35,027,925

Ainsi, dans un plan obligatoire d'assurance-maladie administrée par des sociétés à caractère mutuel, il en coûterait à l'Etat provincial \$35,027,925. pour couvrir partiellement la prime des familles de salariés tant ruraux qu'urbains dont le revenu du chef est de \$3,000 et moins par année.

(1) Canada, Enquête sur la Maladie 1950-51, Ottawa 1953.

(2) IXe Recensement du Canada, Familles Bulletin 3-1, 1952.

Si l'on songe que le gouvernement provincial paie déjà pour les frais d'hospitalisation d'une bonne partie de ces familles la somme annuelle de \$19,836,863.82 en 1952-53, le coût additionnel de l'assurance-maladie d'après cette formule des Services de Santé du Québec, serait de \$15,000,000. environ par année.

Evidemment, cette aide directe de la province au plan d'assurance-maladie n'atteindrait que 420,669 familles, nombre qui comprend presque la moitié des familles du Québec dont le total s'élevait à 856,041 en 1951. Pour les autres catégories dont les revenus du chef vont de \$3,000. à \$5,000. et où l'Etat n'interviendrait pas dans le paiement de la prime, il pourrait exiger une participation obligatoire des employeurs. A supposer que l'Etat veuille assumer tout le coût d'assurance pour les catégories de familles ci-dessus mentionnées, soit celles dont le revenu du chef ne dépasse pas \$3,000. il lui en coûterait une somme additionnelle de \$25,000,000.

L'avantage de la formule des Services de Santé du Québec, c'est qu'elle respecte davantage la philosophie de la Province en matière d'assistance, qu'elle n'aide que ceux qui ont vraiment besoin d'être aidés, qu'elle fait appel à l'initiative privée, qu'elle coûte moins cher à l'Etat et qu'elle inclut les soins médicaux et les soins à domicile.

Les objectifs de l'assurance-maladie seraient aussi plus facilement atteints en suivant cette formule basée sur la collaboration des services privés et publics à savoir:

- a) services médicaux et hospitaliers disponibles à tous sous le triple aspect de la qualité, du nombre et de la variété;
- b) financement efficace des services de santé de telle sorte que personne n'en soit privé par incapacité financière momentanée ou permanente;
- c) libre choix du médecin par tout patient, même indigent;
- d) intégrité des rapports médecin-hôpital-patient;
- e) protection efficace contre la maladie;
- f) sécurité économique assurée par la limitation des honoraires médicaux et des frais hospitaliers;
- g) respect des justes prérogatives de la profession médicale et des institutions hospitalières;
- h) système basé sur l'expérience, et conforme à la tradition et aux aspirations de la population du Québec;
- i) système assurant le perfectionnement continu des services.(1)

(1) Mémoire des Services de Santé du Québec, 1954, p.28.

Une telle formule pour avoir toute son efficacité exige la décentralisation. Cette décentralisation s'exprimerait par des organismes régionaux dont l'Unité sanitaire du district constituerait le centre et qui se fédéreraient au niveau provincial.

B- Solution immédiate

Par ailleurs, pour éviter une hospitalisation non motivée et favoriser un dépistage précoce de la maladie, les oeuvres demandent que soit appliquée la loi (2) qui prévoit l'établissement de centres de diagnostics. (3) La Commission sur les problèmes hospitaliers recommande aussi que les dispensaires ou cliniques externes des hôpitaux reçoivent l'encouragement et l'aide financière dont ils ont besoin.

Des mémoires ont encore réclamé un encouragement plus généreux de la part des autorités publiques aux associations d'infirmières-visiteuses qui distribuent des soins à domicile. (4)

Il est évident que les soins à domicile sont plus économiques pour le patient que ceux qui sont fournis dans un hôpital, et qu'ils libèrent les lits d'hôpitaux en faveur de nouveaux malades.

Il existe dans la Province deux groupes d'infirmières-visiteuses: la Victorian Order of Nurses et l'Association canadienne française des soins à Domicile. La Victorian Order of Nurses maintient*7 sections d'infirmières visiteuses dans le Québec avec un personnel de 68 infirmières qui avaient traité, durant cette année, 12,932 patients et fait 104,934 visites en comparaison de 10,833 patients traités et 101,239 visites, en 1943.

L'Association canadienne-française de soins à domicile comptait en 1938, année de sa fondation, 3 infirmières-visiteuses. En 1952, elle en avait 14 qui avaient effectué durant cette année 23,149 visites.

Certains hôpitaux ont aussi des équipes d'infirmières-visiteuses qui prolongent les soins d'hôpitaux comme le Herbert-Reddy Memorial Hospital de Montréal qui a reçu un octroi du plan national de santé pour développer ce service.

(1) 15-16 Geo. VI, Ch. VIII, 1951

(2) Mémoire sur les problèmes hospitaliers, Montréal.

(3) Mémoire sur les problèmes hospitaliers.

* en 1952

1- On a formulé le vœu que le gouvernement de cette Province nomme une commission d'enquête pour voir aux moyens les plus rapides de mettre en branle un système d'assurance-maladie et de choisir une formule de plan en rapport avec les moyens, les besoins et la mentalité de la population.

2- Que soit poursuivie la politique d'expansion des ressources d'hospitalisation pour les malades chroniques, les débiles mentaux inéducables, ainsi que des cliniques de réhabilitation des alcooliques.

3- Qu'une meilleure coordination de nos ressources hospitalières soit établie selon certaines catégories de patients, pour une meilleure utilisation de nos institutions et pour répondre aux besoins urgents tels que ceux des illégitimes, des attardés mentaux et des sous-doués rééducables.

4- Que la participation de 15% des frais d'hospitalisation attribuée aux municipalités rurales régies par le Code Municipal lors de la Législature 1951-1952 soit étendue aux institutions privées et que les autorités provinciales assument le reste des dépenses pour l'hospitalisation des indigents.

Chapitre quatrième

Financement, personnel et coordination

A - Problèmes de financement

Comme nous l'avons brièvement exposé dans les chapitres précédents, les développements remarquables de la province de Québec dans le champ du bien-être et de la santé depuis 1921 gravitent autour de la loi d'assistance de 1921. Cette loi consacre une structure traditionnelle: l'institution hospitalière; mais grâce à l'interprétation souple et réaliste que les administrateurs ont donnée à la loi, elle a pu intégrer d'autres structures plus récentes comme les services professionnels d'assistance à domicile.

Cette loi exprime aussi une philosophie de l'assistance qui distingue Québec de toutes les autres provinces. Cette philosophie exalte la responsabilité privée, tant celle de la famille que de la paroisse et des groupes confessionnels intermédiaires et permet une collaboration extrêmement fructueuse et démocratique. Elle reflète la pensée traditionnelle de l'Eglise que Pie XI exprimait en ces termes dans l'encyclique Quadragesimo Anno: "Ce que les particuliers peuvent faire par eux-mêmes et par leurs propres moyens ne doit pas leur être enlevé et transféré à la communauté; principe qui vaut également pour les groupements plus petits et d'un ordre inférieur par rapport aux plus grands et d'un ordre élevé. Car toute activité sociale est de nature subsidiaire; elle doit servir de soutien aux membres du corps social et ne jamais les détruire ni les absorber". (1)

Dans un esprit de fidélité à cette philosophie, M. Esdras Minville écrivait en 1939 que les faits nouveaux de l'industrie et du prolétariat "mettent l'accent sur ceci que la transformation brusque de notre économie est pour une large part dans les besoins nouveaux plus nombreux et plus pressants auxquels doivent répondre les institutions sociales. Il n'est donc pas exagéré de dire que le devoir de soutenir ces institutions et ses oeuvres s'impose aujourd'hui plus que jamais à tous ceux qui pos-

(1) Actes de S.S. Pie XI, T. VII, p. 134.

sèdent, au nom de la "justice sociale aussi bien qu'au nom de la charité elle-même" (1).

1- Le gouvernement de la Province de Québec

Les pouvoirs publics ont apporté une collaboration de plus en plus généreuse aux services privés comme en témoignent les dépenses officielles de la province en fonction de la loi de l'assistance de 1921. Le seul coût de fonctionnement des treize divisions du Ministère de la Santé s'élevait en 1948-49 à \$3,231,548.55.

L'étude des dépenses publiques d'assistance de 1937 à 1951 démontre que les déboursés augmentent plus vite que les revenus.

En plus de ces déboursés de la loi d'assistance, le gouvernement du Québec de 1944 à 1953 a voté une somme de \$74,558,084. pour la construction des hôpitaux (2).

Si l'on additionne le montant total consacré à l'assistance tant fédérale que provinciale distribuée dans la Province durant l'année 1952-53, on arrive à la somme étonnante de \$334,759,101.61 (3).

La sécurité sociale absorbe une bonne part de ces dépenses. Il reste que les déboursés pour le bien-être et la santé posent de gros problèmes de financement tant pour les autorités provinciales que pour les autorités municipales et pour les oeuvres privées.

C'est pourquoi le gouvernement de la Province a récemment voté une loi d'impôt sur le revenu personnel (4). Il n'est pas moins évident qu'avec les revenus courants, il sera difficile de financer la loi d'assurance-maladie demandée par de nombreux organismes, à moins que la Province ne possède de larges pouvoirs de taxation.

2- Les municipalités

La position financière des municipalités reste encore plus précaire

(1) Minville, Esdras, La Législation ouvrière et le Régime social de Québec, p. 45, Ottawa 1939.

(2) Lettre du Ministère de la Santé, 8 juillet 1953. Il est à noter que l'Etat central a conjointement contribué une somme de \$15,989,610. Calcul tiré des Comptes publics et des Statistiques fédérales, Cf. Tableau XXXVIII.

(4) 2 et 3 Elizabeth II, Ch. XVII, Bill No 43, 1953-54.

TABLEAU XXXIV (1)

Etat comparatif des revenus et dépenses du
fonds de l'Assistance publique et du gouvernement de la province de Québec, 1937-1938 à 1950-51

Année fiscale (1er avril au 31 mars)	(11) Revenus de la province pour A.P. (x)	(12) Grand Total des revenus de la province (x)	(13) % des revenus pour A.P. au grand total	(11) Dépenses de la province pour A.P. (x)	(12) Grand total des dépenses de la province (x)	(13) % des dépenses pour A.P. au grand total
1950-51	\$ 7,516	\$ 238,714	3.15	\$ 29,210	\$ 234,532	12.50
1949-50	7,269	207,249	3.51	19,334	198,197	9.76
1948-49	6,646	194,469	3.42	14,802	225,459	6.58
1947-48	5,949	167,793	3.55	10,891	104,352	6.62
1946-47	5,192	133,406	3.89	9,872	131,221	7.52
1945-46	4,471	110,321	4.06	8,622	108,531	7.94
1944-45	4,092	96,456	4.23	8,089	164,433	7.75
1943-44	4,222	93,037	4.53	7,050	91,752	7.68
1942-43	3,658	92,770	3.94	6,357	91,899	6.88
1937-38	2,699	53,344	5.07	5,002	88,451	5.67

(x) en milliers de dollars

-
- (1) Tableau extrait du "Mémoire sur les problèmes hospitaliers" présenté à la Commission Royale d'Enquête sur les problèmes hospitaliers, Montréal, janvier 1954, p. 43.
- (11) Annuaire Statistique, Québec 1951-52, p. 134, pour les années 1943-44 à 1950-51 et Annuaire Statistique, Québec 1945-46, p. 170, pour les années 1942-43 et 1937-38.
- (12) Voir tableau 6, dans le mémoire ci-haut mentionné, pour références.
- (13) Pourcentage calculé par la Commission sur les Problèmes hospitaliers.

TABLEAU XXXV*

Revenus et dépenses du fonds de l'Assistance publique

1937-38 et 1950-51 (15 et 16)

Revenus	1937-38	1950-51
Taxe d'amusement	\$ 1,018,331.	\$ 2,862,981
Taxe d'hôpital	629,013	3,232,911
Licenses et taxes sur paris mutuels, etc.	59,687	420,435
Octroi de la Commission des liqueurs	1,000,000	1,000,000
Contribution des municipalités	1,968,896	4,603,289
Autres contributions	96,840	45,694
Total	\$ 4,772,767	\$12,165,310
Dépenses	1937-38	1950-51
Entretien des indigents (hôpitaux et autres institutions)	\$ 5,154,999	\$18,288,009
Subventions pour intérêts et fonds d'amortissement	1,332,877	904,155
Subventions à long terme, annuelles et spéciales	587,146	14,666,443
Total	\$ 7,075,022	\$ 33,858,607
Déficit payé par la Province	\$ 2,302,255	\$21,693,297

* Tableau tiré du "Mémoire sur les Problèmes hospitaliers", op. cit.
pp. 44-45.

(15) Annuaire Statistique, Québec 1939, p. 213, pour 1937-38.

(16) Annuaire Statistique, Québec 1951-52, p. 134,
pour 1950-51.

TABLEAU XXXVI

**Coût des services de bien-être dans la province de Québec, financé
par les autorités publiques fédérale et provinciale, année fiscale 1952-53**

Assistance à domicile	\$ 138,952,779.32
Assistance institutionnelle	7,814,140.81
Assistance hospitalière	19,836,863.82
Assistance médicale	4,831,390.57
Assurances sociales	136,111,727.09
Total	307,546,901.61

Si nous ajoutons les dépenses effectuées pour le bien-être des
vétérans dans la province de Québec pour la même année, nous avons les
chiffres suivants:

Pensions d'invalidité	\$ 12,177,300.00
Allocations aux vétérans	2,734,900.00
Assistance médicale et hospitalière et services hospitaliers	12,300,000.00
Ce qui fait comme grand total	\$ 334,759,101.61 (1)

(1) Statistiques provenant des Comptes publics de la province de Québec 1952-53, de l'Annuaire du Canada 1954 et du Ministère des Vétérans, Ottawa. Les comtés de Gatineau, Hull, Pontiac et une partie du Témiscamingue ne sont pas compris dans le total des dépenses d'assistance pour vétérans du Québec.

que celle du gouvernement provincial. Il faut reconnaître que jusqu'en 1921 les charges publiques d'assistance des municipalités étaient plutôt minimales. Elles se réduisaient à l'entretien partiel des prisonniers dès 1875, à 50% de l'entretien des aliénés indigents et à l'entretien des aliénés constituant des cas d'urgence à partir de 1865; enfin, à couvrir les frais de séjour des enfants dans les écoles de réforme (1909).

A partir de 1921, les municipalités, en vertu de la loi d'assistance, doivent solder 33 1/3% des dépenses d'assistance pour tous les indigents qui habitent la municipalité.

L'un des facteurs qui a surtout favorisé l'augmentation des charges municipales, c'est l'élévation des taux quotidiens d'assistance dans les établissements reconnus d'assistance publique. Les hausses de taux les plus importantes ont eu lieu en 1929, en 1945, en 1947 et en 1951. Or, l'augmentation des dépenses municipales coïncide avec cette hausse des taux. Ainsi de 1928 à 1931, l'indice des dépenses municipales passe de 12.3 à 47.6; pour la ville de Montréal, cet indice varie de 42.5 à 95.3; pour la cité de Québec, il s'élève de 12.8 à 44.9. En 1951, cet indice passait de 20.8 à 53,6 pour toutes les villes de 5,000 âmes et plus (1).

Toutes les municipalités ont vu leurs dépenses d'assistance s'accroître avec les années; mais le phénomène est beaucoup plus marqué pour les municipalités de banlieue à développement rapide et surtout composées de population ouvrière.

Avec l'évolution de l'assistance à domicile, les dépenses des municipalités ont forcément augmenté sans qu'elles jouissent par ailleurs de compensations comme dans le cas du gouvernement provincial qui par l'assistance à domicile, a vu réduire ses dépenses à la construction de nouveaux établissements.

Il faut reconnaître enfin que la détermination discrétionnaire des taux quotidiens de l'assistance publique par l'Exécutif provincial pose de sérieux embarras aux municipalités dans l'établissement de leur budget ce qui constitue un obstacle sérieux à une saine administration municipale.

Les mêmes remarques valent pour la participation financière des

(1) Mémoire de l'Union des Municipalités de la Province de Québec, mémoire général, pp. 126-130.

municipalités à l'application de la loi des Ecoles de Protection de la jeunesse. On sait que la municipalité doit payer la moitié du coût d'entretien et de séjour des enfants recueillis dans ces institutions.

En pratique, certains inconvénients graves se sont manifestés dans la participation administrative des municipalités à la loi d'assistance. Indiquons-en deux:

1) La reconnaissance publique de l'indigence

On sait que le maire ou son suppléant doit juger de l'état d'indigence avant d'accorder la participation financière de la municipalité à l'assistance. Or, cette obligation de présenter en conseil les cas d'indigences les rend publics et a pour conséquence d'infliger à ces familles une dépréciation sociale non moins qu'une atteinte à leur réputation.

2) Théorie surannée du domicile

La loi de l'assistance qui oblige la municipalité à reconnaître comme valide la loi du domicile suscite toutes sortes de difficultés. Comme l'écrit M. Jean-Marie Martin: "le dynamisme social et économique du milieu urbain s'oppose à l'application d'une loi sans dynamisme" (1). Ces difficultés retombent et sur les municipalités et sur l'indigent. Dans la loi de l'assistance publique, le domicile légal est de douze mois; dans la loi des écoles de protection de la jeunesse, le domicile légal est fixé à six mois consécutifs dans une même localité.

Si un indigent migrateur a séjourné moins de douze mois consécutifs dans plusieurs municipalités pendant plusieurs années, c'est la dernière municipalité où il a séjourné qui est astreinte au paiement municipal de l'assistance. Dans les villes où les migrations sont fréquentes selon les possibilités de travail, la loi du domicile ne peut que causer de sérieux embarras.

Par ailleurs, l'application de la loi du domicile retarde souvent l'assistance à l'indigent à cause des démarches qu'elle exige et de la lenteur de certaines administrations municipales. Cette loi a souvent pour effet de retenir dans une localité les indigents assistés, ce qui a pour conséquence de gonfler indûment les charges d'assistance de cette localité et d'empêcher

(1) Martin, J.M. Les problèmes de bien-être et d'assistance publique, p. 132.

TABLEAU XXXVII*

Coût quotidien actuel de l'entretien,
du séjour et du traitement des indigents
placés "en domicile" ou en "foyers nourriciers"

Classes ou sous-classes	Catégorie de cas d'indigence	Coût quotidien
		\$
B-3	Incurables	3.00
B-4	Malades chroniques	1.80
C	Vieillards	1.10
D-1	Orphelins, garçons et filles	1.20
F-2	Enfants de 0 à 5 ans, qui auraient été placés dans des crèches	1.10
G	Enfants qui auraient été placés dans des garderies	0.40
H	Infirmes (0 à 21 ans) fréquen- tant des externats	1.34
I	Epileptiques	1.40

Source: Table des taux d'hospitalisation et de pension des indigents d'as-
sistance publique (O.C. 753/51 - O.C. 1369/51) et renseigne-
ments fournis par le directeur du Service familial de Québec.

une réhabilitation de ces familles par le travail.

Les municipalités ont deux sources de fonds pour défrayer le coût de l'assistance publique. La première de ces sources est constituée de la part qui revient aux municipalités du revenu de la taxe sur les divertissements. D'un usage limité à l'assistance publique, cette source est mal répartie entre les municipalités et souvent d'un caractère aléatoire. L'autre source provient de l'impôt foncier. Or ce recours à la taxe foncière peut difficilement financer les dépenses d'assistance publique, étant donné que la propriété immobilière est déjà lourdement grevée dans beaucoup de municipalités urbaines et qu'il ne saurait être question de l'augmenter pour cette fin.

De ce mauvais financement il est facile de déduire les conséquences, par le nombre même des municipalités insolvables, à cause de leurs dépenses d'assistance, vis-à-vis du gouvernement de la Province. Le tableau suivant illustre bien cette situation.

TABLEAU XXXVIII (1)

Sommes dues pour l'assistance publique par les municipalités de la province de Québec au gouvernement provincial pour les années se terminant le 31 mars 1943, 1946, 1950 et 1953.

Classes de montants dus par les municipalités	1943	1946	1950	1953
\$ 0-\$ 999	804	832	845	963
\$ 1,000 \$ 4,999	292	303	259	233
\$ 5,000 \$ 9,999	26	37	51	71
\$10,000 \$19,999	12	11	17	26
\$20,000 \$29,999	4	3	3	8
\$30,000 et plus	7	6	9	9
	1,145	1,192	1,184	1,310

Source: Liste des comptes débiteurs du Service de l'Assistance publique du ministère provincial de la Santé, de 1943 à 1953.

(1) Tableau extrait du Mémoire de l'Union des Municipalités de la province de Québec, op. cit. p. 181.

L'Union des Municipalités propose que les municipalités soient exemptées de participer aux frais d'entretien, de séjour et de traitement des indigents assistés pour les raisons suivantes:

- a) Les municipalités n'exercent aucun contrôle sur les principales causes d'indigence, à savoir l'insécurité de l'emploi, l'instabilité et l'insuffisance du revenu du travailleur, la nature du travail, l'affaiblissement de l'unité familiale, la privation de la propriété, l'insuffisance d'instruction, l'absence de formation technique du travailleur, les privations causées par la maladie, l'infirmité, etc.;
- b) Elles n'ont pas les pouvoirs et surtout elles ne possèdent pas les ressources nécessaires à l'adoption de mesures aptes à prévenir ou à combattre les causes d'indigence et à remédier efficacement aux effets de l'indigence;
- c) Unités indépendantes et séparées, peu liées organiquement les unes aux autres, elles sont incapables d'adopter un programme d'action unifié et de pratiquer entre elles une politique de répartition des ressources;
- d) A l'exception des grandes municipalités qui y sont contraintes par l'ampleur de la population qu'elles desservent, et pour des motifs impérieux d'efficacité, elles ne peuvent, faute de ressources adéquates, retenir les services de personnes compétentes en matière d'assistance sociale⁽¹⁾.

Est-ce à dire qu'il faille décharger les municipalités de toute responsabilité financière vis-à-vis de leurs indigents? Loin de là. Mais cette responsabilité pourrait être distribuée par unité régionale, sur le modèle des unités sanitaires, et la participation financière municipale au fonctionnement de cet organisme régional serait calculée selon un montant minimum par habitant.

Les programmes de protection de la jeunesse se réaliseraient également en fonction de ces centres régionaux qui supposeraient la collaboration des Ministères de la Santé, du Bien-Etre de la Jeunesse ainsi que d'une représentation municipale.

Les oeuvres privées

S'il s'agit des oeuvres privées de caractère bénévole et qui sont restées fidèles à leur mode coutumier de financement telles les Conférences de la société Saint-Vincent de Paul en dehors de Montréal, on peut dire que leur bienfaisance est un peu liée à leurs moyens financiers.

(1) Mémoire de l'Union des Municipalités de la province de Québec, Mémoire général, pp. 175-179.

Comme ces oeuvres sont fortement intégrées à l'organisation paroissiale, elle trouvent encore dans leur milieu d'abondantes ressources pour leurs dépendants.

Il n'en est pas ainsi des agences sociales professionnelles qui, en plus de leurs secours aux pauvres, doivent rencontrer des dépenses fixes d'administration et de personnel.

Leur développement rapide dans la province de Québec a nécessité la création de nouveaux modes de financement tels que les campagnes de souscription des fédérations d'oeuvres de charité. Déjà Montréal, Québec, Trois-Rivières, Joliette, Valleyfield, Hull, Sherbrooke possèdent leurs fédérations financières d'oeuvres privées. Chaque année, ces fédérations obtiennent, par des souscriptions publiques, des montants considérables qui les aident à faire face à leurs dépenses. Les quatre fédérations de Montréal et celle de Québec retirent annuellement du public près de \$6,000,000 pour le financement des services et des oeuvres privés qui leur sont affiliés.

Les services professionnels reçoivent aussi, en plus des octrois de fédérations, quelques subsides du gouvernement de la Province. On a signalé que ces subsides pourraient être augmentés pour permettre à ces agences de pousser plus loin leur travail de réadaptation. Ainsi les agences familiales, faute d'argent, s'abstiennent de développer des services nécessaires comme le service d'aide-ménagère à la mère de famille hospitalisée ou temporairement invalide.

Ces agences ont droit à des subsides plus généreux à cause de l'administration de la loi de l'assistance publique qu'elles opèrent au nom du gouvernement en faveur des foyers nourriciers, de l'adoption et de l'assistance à domicile. Il ne faut pas oublier qu'en 1953, il y avait dans la Province près de 7,000 enfants en foyers nourriciers dont la surveillance incombe aux sociétés de protection ou agences familiales. Une certaine portion des \$138,952,779.32 distribués dans la province durant l'année 1952-53 en assistance à domicile l'a été par l'entremise des services sociaux. (1) Cette administration occupe une partie du personnel des agences et mériterait d'être reconnue par des subsides spéciaux de la part

(1) Cf. pp. 99 et ss.

des autorités publiques.

B- Problèmes de personnel

Les difficultés de financement ont un lien étroit avec les problèmes de personnel. Le développement du personnel des services de santé a été constant depuis 1921. De 1933 à 1951, le personnel par 100 malades soignés dans les hôpitaux est monté de 104.2 à 139.0 ce qui constitue une augmentation proportionnelle de 33 1/3%. En 1951, les hôpitaux du Québec employaient 128 personnes par 100 malades contre 154 en Ontario (1). Les facteurs d'augmentation du personnel sont nombreux. Rappelons l'augmentation du pourcentage d'hospitalisation des patients: soit 3,198,280 jours-patients en 1934 contre 4,792,001 en 1951. Par ailleurs, le taux d'occupation des lits est passé de 63,8% en 1934 à 79.3% en 1951. Il faut noter le fait que le séjour moyen par patient dans les hôpitaux publics de la Province a été réduit de 39.8% durant cette même période. Parmi les autres facteurs d'augmentation, signalons la réduction des heures de travail, la multiplication des examens et traitement qui exigent un plus nombreux personnel. Par ailleurs, la réduction moyenne de l'hospitalisation intensifie le travail du personnel. Notons enfin que le développement désirable des cliniques externes et des soins à domicile pour réduire le taux d'hospitalisation exigera un plus nombreux personnel. Des 76 hôpitaux du Québec qui ont fait rapport de leurs activités au Comité national des hôpitaux, 22 déclaraient posséder des cliniques externes qui avaient distribué en 1951, la somme de 1,117,433 traitements externes contre 586,635 en 1940.

En dépit de cette augmentation du personnel, plusieurs hôpitaux du Québec, surtout les hôpitaux régionaux, déplorent une pénurie de personnel. Cette pénurie se constate chez les gardes-malades et surtout dans le personnel spécialisé. Ainsi, il n'y avait que 740 médecins spécialistes dans le Québec en 1947 contre 1,360 en Ontario. Il va sans dire que la majorité de ces spécialistes pratiquaient dans les villes de Montréal et de Québec. Le problème du personnel professionnel se pose donc d'une façon plus aigue dans les campagnes que dans les villes. Dans les villes du Québec, il y avait 1 médecin pour 645 habitants alors que cette proportion baissait à 1 médecin pour 1,800 habitants dans le milieu rural, soit un total de 2,770 médecins pour toute la province.

(1) Rapport annuel des hôpitaux de 1951

Le problème du personnel est encore plus marqué dans les services de bien-être. Il est indéniable que la spécialisation du personnel s'est faite plus rapidement dans les services de santé que dans les services de bien-être. Ainsi en 1941, sur une population de 3,331,882 pour la province de Québec, il n'existait que 460 travailleurs sociaux. Heureusement cette proportion a augmenté de 36% soit 762 en 1951; mais ce nombre est loin de répondre aux besoins présents, surtout si on le compare aux 4,475 gardes-malades et aux 1,254 professionnels qui travaillaient dans les unités sanitaires de la Province en 1943.

Bien des faits expliquent ce retard dans le développement du personnel professionnel de bien-être. Les écoles universitaires de service social pour la population française du Québec datent à peine de 15 ans. Il en est de même du personnel spécialisé des institutions pénitenciaires tels que psychologues, orienteurs, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux psychiatriques, etc.

Les agences sociales professionnelles qui dépassent la trentaine dans la Province constituent le plus heureux développement dans le domaine du personnel professionnel. Il faut reconnaître toutefois que le personnel des institutions commence à peine à se spécialiser.

Cette pénurie de personnel professionnel et spécialisé aux niveaux des services publics et privés retarde évidemment la réadaptation sociale des indigents et augmente le coût du bien-être dans la Province. Il constitue un obstacle sérieux au progrès de nos services de bien-être.

Une évolution désirable de certaines catégories d'institutions de bien-être est en liaison directe avec le développement du personnel spécialisé. Un grand nombre d'instituts religieux qui administrent les institutions de bien-être réclament des autorités publiques les moyens financiers qui leur permettraient d'employer un plus grand nombre de professionnels. Ils reconnaissent que le service social professionnel en assurant un classement des enfants à l'entrée de l'institution, une individualisation plus poussée de l'éducation durant le séjour et une réadaptation à la sortie de l'institution, permet à l'institution de jouer tout son rôle social et ne peut que valoriser leurs méthodes morales traditionnelles de relèvement.

Par ses principes d'individualisation du traitement de la responsabilité personnelle comme moyen et but du travail social, par l'utilisation constructive des relations de personne à personne pour permettre l'expression

des ressources latentes de l'usager et par le recours au travail social de groupe et à l'organisation communautaire, le service social professionnel permet à l'institution de se prémunir contre des déviations possibles et multiplie son efficacité.

Il s'avère plus indispensable dans l'institution spécialisée. En effet, la spécialisation, si elle est une condition de compétence, est aussi une cause de faiblesse dans les problèmes d'adaptation humaine. On peut localiser une déficience et la traiter isolément quand il s'agit d'une machine, on ne le peut pas s'il s'agit d'un être humain. La fonction du travailleur social en institution consistera surtout à compléter une action à la fois collective et spécialisée par une relation personnelle portant sur l'ensemble de la personne. Son but ultime repose sur le retour de tel individu à la vie normale.

Etant donné que les trois écoles de service social de la Province préparent en nombre insuffisant les professionnels du bien-être, il a été suggéré que le gouvernement de la Province aide au développement de cette profession si indispensable dans l'inventaire et l'évaluation de nos besoins et ressources en bien-être, comme aussi dans la réadaptation et réhabilitation sociales.

Cette aide pourrait se formuler par un système spécial de bourses et par des octrois à l'administration et au département de recherche de ces écoles.

On devrait aussi encourager les écoles qui préparent le personnel spécialisé de la santé et de la réhabilitation psychologique, physique et technique des diverses formes d'inadaptation sociale.

C - Problèmes de coordination

Un accroissement du personnel professionnel faciliterait une coordination plus efficace des services, vu que le travail professionnel porte en lui-même ses procédés de coordination. Il reste toutefois que le problème de la coordination des services de santé et de bien-être se pose sous un jour différent aujourd'hui, à cause de la complexité plus grande de ces services, de leur développement et d'une participation plus généreuse de l'Etat aux plans fédéral, provincial et municipal.

Les services privés

A cause de leur plus grande antériorité, les services privés sont parvenus à un état évolué de coordination, à des cadres et à des procédures plus délimités.

Dans le secteur confessionnel qui groupe toutes les oeuvres et tous les services sous l'autorité épiscopale, le cadre diocésain constitue un principe efficace de coordination et de distribution. Des formes nouvelles de coordination sont venues, sous la poussée du travail social, compléter ces structures traditionnelles.

Ainsi le conseil des oeuvres, organisme diocésain, qui répond aux besoins de la spécialisation tout en favorisant les contacts humains, est en voie de devenir la clé de voûte de coordination de notre système d'assistance privée dans la province de Québec.

Le plan de coordination des oeuvres et institutions catholiques comporte actuellement les organismes suivants:

- au niveau provincial: Caritas-Canada qui groupe tous les conseils
et fédérations diocésaines selon leur
spécialité (1)
- au niveau régional: Services sociaux diocésains
Conseil d'oeuvre
Fédérations financières
- au niveau local: Oeuvres de bienfaisance
Institutions et agences spécialisées

Les oeuvres protestantes et juives ont des schémas similaires de coordination tant sur le plan confessionnel que sur le plan proprement technique et professionnel.

(1) Caritas-Canada agit aussi sur le plan national. Beaucoup d'agences locales et organismes régionaux de diverses confessions font partie d'organisations nationales, tel que le Conseil Canadien du bien-être.

Les services publics

La coordination des services publics à ses différents paliers, n'est pas aussi avancée que celle des services privés et pose des problèmes autrement difficiles à cause de l'importance des sommes votées et des services rendus.

Le volume de la seule assistance à domicile distribuée par les services fédéraux et provinciaux s'élevait durant l'année 1952-53 à \$138,952,779.32 répartis comme suit:

Services provinciaux:	Mères nécessiteuses	\$ 7,740,890.08
	Invalides et chroniques	1,569,733.75
	Classe B ⁴ A.P.	
	Personnes seules	
	Classe C.A.P.	1,951,236.25.
	Aide aux enfants à domicile ou en foyers nourriciers	
	Classe D-1 et f-2 A.P.	3,734,418.40
	Aide aux enfants infirmes à domicile	
	Classe H.A.P.	23,524.04
	Aide aux épileptiques à domicile	
	Classe I, A.P.	27,879.60
	Assistance aux nécessiteux dans les centres de colonisation	483,680.26
Services provinciaux et fédéraux	Allocations aux aveugles	1,588,344.07
	Assistance aux vieillards de 65-70 ans	14,602,740.87
Service fédéral	Allocations familiales	107,230,332.00

138,952,779.26

L'assistance institutionnelle provinciale pour la même année s'élevait à \$7,814,140.81 répartis comme suit:

1) Ecoles de protection de la jeunesse	\$ 1,234,808.12
2) Hospices, Classe C	358,644.00
3) Orphelinats, Classe D-1	2,635,084.80
4) Crèches, Cl. F-1 et F-2	2,380,925.35
5) Garderies, Cl. G	6,833.20
6) Enfants infirmes, Cl H	68,877.34
7) Placement et adoption des enfants abandonnés Cl. P et R	489,810.00
8) Institutions pour arriérés mentaux Cl. D-2	<u>639,158.00</u>
	\$ 7,814,140.81

Quant à l'assistance hospitalière provinciale, elle s'élevait à \$19,836,863,82 répartis selon les catégories suivantes:

1) Hôpitaux généraux, C. A-1, A-2 et A-3	\$ 5,481,503.10
2) Convalescents, Cl. B-1 et B-2	201,631.50
3) Chroniques et incurables Cl B ³ B ⁴ B ⁵	1,978,252.80
4) Maternité (filles-mères) Cl. E	279,918.00
5) Bébés nés à l'hôpital Cl. F-2	40,975.00
6) Epileptiques Cl. I	192,444.00
7) Sanatoria, Cl. J, J-1, J-2, J-3	3,965,525.60
8) Malades mentaux Cl. L	6,731,333.62
9) Hôpitaux spécialisés Psychiatrie et Neurologie, Cl. N	370,906.20
10) Maladies contagieuses	<u>594,374.00</u>
	\$ 19,836,863.82

Enfin, l'assistance médicale se chiffrait pour la même année 1951-52 à \$4,831,390.57 répartis dans les catégories suivantes:

Services provinciaux: Service médical aux colons	\$ 471,063.32
Maladies Vénériennes	110,115.39

Services provinciaux: Préservation de (suite) l'enfance contre la tuberculose	\$ 61,092.10.
---	---------------

Services fédéraux et provinciaux

Prévention et correc- tion des infirmités chez les enfants	105,133.45
--	------------

Hygiène mentale	1,433, 294.80
-----------------	---------------

Lutte contre le cancer	810,582.17
------------------------	------------

Lutte anti-tuber- culeuse	<u>1,840,108.84</u>
------------------------------	---------------------

\$ 4,831,390.84

Si on ajoute, pour être complet, la liste des dépenses des assu-
rances sociales qui s'élevaient en 1952-53 à \$136,111,727.09, nous avons
le tableau suivant:

Assurances provinciales: Les accidents du travail	\$ 18,993,816.09
--	------------------

Assurances fédérales:

Sécurité de la vieillesse	70,075,911.00
------------------------------	---------------

Assurance-Chômage	<u>47,042,000.00 (1)</u>
-------------------	--------------------------

\$136,111,727.09

Devant des dépenses publiques de santé et de bien-être aussi éle-
vées, la coordination apparaît comme un problème constant, pour éviter
le chevauchement, le dédoublement et le gaspillage.

Comme organismes publics de coordination sur le plan provincial,
il n'existe présentement que les deux ministères de la Santé et du Bien-
être social. Ces ministères ont établi certaines classifications qui aident,

(1) Ces statistiques ont été recueillies par M. Edgar Guay.

par exemple, la mise en application de la loi de l'Assistance publique de 1921. Nous voulons parler ici des catégories d'institutions en fonction des taux d'hospitalisation payés par le gouvernement provincial en vertu de la loi de l'Assistance publique. Il serait désirable de réétudier les principes de cette classification qui a sans doute une valeur de fonctionnement pratique mais qui gagnerait à être réévaluée d'après les standards reconnus.

Un autre principe de coordination se fait jour lentement, qui s'exprime par une classification des assistés d'après la forme d'invalidité telle les tuberculeux, les épileptiques, etc. Ce principe a l'avantage de pousser à la réhabilitation; il est à l'origine de tous les progrès accomplis depuis quelques années, sur le plan de la prévention.

A côté de ces organismes provinciaux de coordination, il n'existe sur le plan local que les services municipaux d'assistance. Nous avons vu plus haut les obstacles de tout genre que rencontre la municipalité dans l'accomplissement de ses tâches d'assistance.

Au lieu de laisser les municipalités à leurs propres ressources, comme la chose se pratique présentement, elles devraient être coordonnées au niveau de la région. Ce niveau régional aurait pour mission d'aider les administrations locales à mieux résoudre leurs problèmes. Il mettrait à leur disposition le personnel compétent, les renseignements nécessaires, un centre de recherche sur les ressources et besoins de la région, des moyens d'étude, un système de compensation financière afin de réduire les différences de taux et de mettre fin à la clause du domicile.

Le problème de la coordination entre le niveau provincial et municipal d'administration ne se pose pas en termes de centralisation ou de décentralisation mais plutôt en termes de distribution de fonctions pour secourir plus efficacement ceux qui sont dans le besoin et prévenir, si possible, leur déchéance sociale. Le but à atteindre par une telle structure administrative c'est l'efficacité en vue d'une vie normale en société par la réduction des causes de mésadaptation chez les assistés telles que le besoin, la maladie, l'ignorance, le chômage, l'insalubrité du milieu de vie, etc.

Ce qui importe, c'est que le secteur d'administration chargé d'entrer en contact avec les individus et les familles qui vivent dans un milieu donné, ait en main tous les éléments de solution. C'est dire que l'unité d'administration la plus proche de la population et de ses besoins doit être pourvue de la juridiction nécessaire pour prendre les décisions qui s'imposent. Elle doit

être dotée de compétences professionnelles, des finances nécessaires, rester enfin organiquement liée aux autres unités locales d'administration afin de compter sur la puissance des mouvements d'ensemble aussi bien sur le plan de la région que sur celui de la Province.

Par ailleurs, ces divers niveaux d'administration publique, pour mieux unifier leur action, devraient avoir dans leur structure d'organisation des moyens de consultation, d'action coordonnée entre ministères et services publics et de coopération avec les services privés en vue de la solution du problème en cause.

Un grand nombre de mémoires ont formulé le vœu que soit constitué un Conseil supérieur du bien-être et de la santé pour une meilleure intégration des politiques de bien-être entre les services publics et privés. (1)

Il semble exister une réelle collaboration entre les services provinciaux et fédéraux dans le domaine de la santé et du bien-être en dépit des confusions constitutionnelles, et il faut souhaiter que cette coopération continue pour le progrès de la santé et du bien-être.

Certains mémoires ont signalé que cette coopération serait facilitée par des rencontres plus nombreuses entre les provinces et le fédéral pour ce qui touche à la participation fédérale dans le domaine de la santé, du bien-être et de la sécurité. L'ampleur de la participation fédérale justifie l'existence de telles rencontres fédérales-provinciales.

Ces quelques observations sur les besoins de coordination dans les domaines du bien-être et de la santé nous permettent de conclure à l'insuffisante coordination entre les services fédéraux et provinciaux comme aussi entre les ministères où se constate quotidiennement un chevauchement coûteux de certaines lois comme les lois de l'Assistance publique et des Mères nécessiteuses. Les mêmes observations valent pour les municipalités qui sont laissées à elles-mêmes. Ces administrations locales ont une connaissance exacte des problèmes mais ne sont pas intégrées à un mouvement d'ensemble et manquent de ressources financières adéquates, de personnel professionnel et de moyens de recherche scientifique. Ces lacunes de coordi-

(1) Mémoire de la Conférence Catholique Canadienne du bien-être, Montréal.

nation expliquent les disparités si grandes dans le régime d'assistance au niveau des municipalités. On y rencontre toute la gamme des attitudes depuis la générosité prodigue jusqu'au refus absolu.

Elles rendent compte de l'apparente confusion qui règne dans tout le domaine du bien-être et de la santé comme le signalait récemment Elinor Barnstead à propos de la distribution de l'assistance pécuniaire: "Quiconque jette un regard scrutateur sur la scène canadienne du bien-être social s'aperçoit combien la poursuite de programmes de secours en argent a été marquée d'erreurs et d'à-peu-près. Le blâme en revient à une multitude de gens, aux trois paliers du gouvernement et à maints organismes bénévoles ou d'initiative privée. De façon générale, on a abordé le problème en catégorisant arbitrairement les groupes: anciens combattants, personnes âgées, aveugles, veuves, mères abandonnées, etc. L'imprécision et les inégalités qui ont infirmé l'oeuvre d'assistance pécuniaire sont mises en relief par l'écart entre les montants d'assistance d'une oeuvre à l'autre, et d'une province à l'autre. De plus, il arrive même, en certaines localités, que l'assistance en argent soit refusée aux personnes qui n'entrent pas dans les cadres existants ou qui ne se conforment pas aux exigences rigidement établies, par exemple, ceux que la maladie n'atteint que temporairement, la mère tout récemment abandonnée. Une lacune considérable s'étale dans le manque d'assistance pour les chômeurs aptes au travail qui ont épuisé leurs prestations d'assurance-chômage ou qui n'y sont pas admissibles. Tant que ces déficiences n'auront pas été admises et corrigées, nombre de Canadiens continueront d'être privés de leur chance de se mettre en valeur, de développer leurs qualités latentes à titre de citoyens responsables, d'une société démocratique" (1).

Un conseil supérieur provincial du bien-être et de la santé pourrait peu à peu ordonner toute cette vaste politique du bien-être, établir des normes et des standards, assumer une sage distribution, obtenir une meilleure utilisation des ressources institutionnelles et hospitalières, réduire enfin le coût financier de l'assistance tout en augmentant sa valeur de relèvement.

Composé de représentants des services publics, des services privés et de spécialistes, un tel organisme aurait l'avantage d'accroître la participation des citoyens dans l'orientation du bien-être et de nouer des liens plus intimes entre les secteurs public et privé du bien-être.

(1) Barnstead, Elinor, *Mémoire sur la Distribution de l'Assistance Pécuniaire*, Conseil Canadien du Bien-Etre, Ottawa 1953.

CONCLUSION

Réadaptation, prévention et sécurité

Dans un monde dominé par l'instabilité économique et sociale et dont le climat d'insécurité reste singulièrement favorable à l'éclosion des maladies physiques, mentales et sociales, il importe que les services privés et publics s'organisent en fonction de la réadaptation s'ils ne veulent être débordés par le nombre des dépendants.

Nous avons pu observer au cours de ce travail que l'accroissement des demandes d'assistance a été plus rapide depuis 1921 que la capacité des services à y répondre. Cet accroissement s'explique sans doute par la situation générale, par la baisse notoire du sens de l'entraide familiale et de la responsabilité de voisinage, par la publicité des bénéficiaires de l'assistance et par la surenchère des partis politiques nationaux. Il se justifie dans l'insuffisance des services de réadaptation. Ce qui faisait dire à l'Union des municipalités "que les lois actuelles de l'assistance publique sont inadéquates et contribuent à entretenir l'état d'indigence, plutôt qu'à y remédier; d'où l'assistance publique a tendance à s'étendre, à prendre des formes multiples et à coûter de plus en plus cher aux citoyens, aux institutions et aux gouvernements." (1)

En reconnaissant l'assistance à domicile, les autorités publiques ont dépassé le concept de l'assistance hospitalière qui a prévalu dans la province jusqu'en 1930 et dont l'humaniste Louis Vives avait été, au XVI^e siècle, le principal protagoniste (2). Même dans l'hôpital moderne où la spécialité médicale pousse à développer l'hospitalisation, le mouvement des centres de diagnostic des dispensaires, des cliniques externes, des gardes-malades à domicile et l'accélération des traitements hospitaliers contrecarrent déjà la tendance à l'hospitalisation.

(1) Mémoire général de l'Union des Municipalités sur le problème constitutionnel, p. 157.

(2) Vives, Ludovicus Valentinus, De l'Assistance aux Pauvres, traduction Casanova, Bruxelles 1943.

Comme l'écrivait monsieur Edgar Guay: "cette politique de pension à domicile a eu l'heureux effet de garder dans leur milieu les invalides et de leur permettre de vivre normalement en société au lieu de les confiner dans des institutions déjà encombrées. Il est à souhaiter que cette politique se continue de façon à permettre à l'invalidé de vivre parmi les siens chaque fois qu'il est possible. Au point de vue humain et social, la mesure est réhabilitante. Elle facilite une vie plus épanouie et conserve à l'individu un certain sens de responsabilité. On peut ajouter que cette politique, si elle est encouragée, permettra de décongestionner nos institutions (Classes B⁴ et C) et leur permettra de rendre les services que l'on attend d'elles" (1).

A- Réadaptation

Pour atteindre à la réadaptation, la politique d'assistance en cours devrait suivre un processus de dépistage, de traitement, d'orientation, d'enseignement pratique et de placement.

Le progrès des services sociaux à l'hôpital constitue un bon point vers la réadaptation sociale des malades généraux. Pour les catégories de malades spécialisés tels que handicapés physiques, aveugles, tuberculeux, et autres formes caractéristiques d'invalidité, on a regretté le nombre insuffisant dans l'application des lois d'assistance, de services de réadaptation soit privés, soit publics, qui donneraient à ces lois toute leur valeur réhabilitante. La solution consiste dans une coordination des services d'assistance, d'hospitalisation et d'entraînement professionnel, coordination qui aide à faire disparaître les causes de dépendance et rend possible chez les assistés un retour à la vie normale dans la société.

Cette orientation de la politique du bien-être et de la santé vers la réadaptation aurait pour effet de réduire la durée moyenne des secours, d'éviter par l'augmentation des taux, le cumul de deux ou trois formes de pension chez les bénéficiaires, et de faire passer les assistés de la catégorie de consommateurs en celle de contribuables.

Il existe un bel exemple de réadaptation par la coordination du service

(1) Guay, Edgar, Pensions aux invalides dans la province de Québec, pp. 1-2.

d'assistance et des services médicaux et hospitaliers dans le traitement de la cécité. Le processus suivi est simple et efficace. On examine soigneusement le dossier médical de l'aveugle. S'il y a possibilité de guérison, on offre à ce dernier le traitement médical qui convient. Plus d'une centaine d'aveugles ont ainsi recouvré la vue depuis trois ans, ce qui leur a permis de vivre une vie normale et de ne plus être à la charge publique. Les frais de ces traitements sont assumés par la Commission des allocations sociales d'après une entente fédérale-provinciale.

Cette procédure pourrait être étendue aux autres catégories d'assistés. Ainsi le nombre de dépendants des mères nécessiteuses se monte à 50,000 enfants. Une politique d'orientation pour l'éducation personnelle de ces enfants s'impose, si l'on veut prévenir chez ces derniers des attitudes de dépendance. L'enfant qui s'inspire de l'exemple de ses parents n'a rien à gagner s'il rencontre chez eux une attitude passive. Aussi, un service de réadaptation attaché à la Commission des mères nécessiteuses permettrait à la loi de donner toute sa valeur de réhabilitation et d'éviter le développement de la dépendance.

Une même procédure pourrait être adoptée pour la réadaptation des illégitimes, des délinquants, des orphelins et abandonnés, pour les alcooliques et autres victimes de la toxicomanie. Mgr. A.B. Leverman, évêque de Saint-Jean, N.B., annonçait récemment la fermeture de la crèche St-Vincent et le placement de ces enfants en foyers nourriciers en attendant leur adoption. Il déclarait à cette occasion que "les foyers nourriciers sont préférables, pour le développement de l'enfant, aux orphelinats. Des renseignements reçus de groupes sociaux et de bienfaisance du Canada et des Etats-Unis, démontrent, disait-il, qu'il y a tendance à confier le soin des jeunes enfants à des foyers plutôt qu'à des orphelinats" (1).

Pour étendre cette procédure de réadaptation à toutes les classes d'assistance publique, il suffirait de constituer au point du dépistage, l'équipe médecin-travailleur social afin que le certificat médical nécessaire pour l'obtention de la pension d'assistance publique ne justifie pas seulement le droit du requérant à une pension mais indique encore ses ressources physiques et sociales en vue d'une réadaptation.

Cet inventaire des ressources permettrait une classification des as-

(1) Hygiène mentale au Canada, No. 10, p. 9, septembre 1954.

sistés aptes et inaptes à la réadaptation et orienterait le travail de réadaptation accompli par les agences sociales.

Ce travail d'équipe, surtout si le médecin est spécialisé en gériatrie et maladies chroniques, ferait beaucoup pour décongestionner nos institutions, pour réduire au minimum les listes d'attente et permettrait aux institutions de rendre des services plus spécialisés et pour autant, plus efficaces.

La réadaptation se pose de façon aigue pour les malades mentaux. Le ministre de la Santé nationale, monsieur Paul Martin, déclarait récemment "qu'il est possible que, au cours des vingt dernières années, les maladies mentales aient augmenté plus rapidement que notre population. On pourrait en conclure avec raison que, en partie, la hausse apparente de fréquence notée dans la maladie mentale s'explique par le perfectionnement des aménagements destinés au diagnostic des troubles mentaux et émotifs et pour une bien meilleure intelligence du problème chez le public. Un programme pratique d'hygiène mentale, poursuit le ministre, ne suppose pas seulement des travailleurs cliniques, chargés du traitement et du soin de ceux qui sont déjà malades, quelque important que soit ce travail. Il exige aussi un effort concerté de la part de tous ceux qui s'efforcent, dans ce domaine, de faire disparaître du milieu humain les facteurs qui nuisent à l'hygiène mentale. Ce n'est qu'en étant préparés à utiliser toutes les ressources disponibles pour entreprendre de vigoureuses campagnes de prévention que nous pouvons espérer remporter sur la maladie mentale des victoires comparables à celles que nous avons remportées sur les maladies épidémiques qui, jadis, menacèrent notre bien-être physique." (1).

L'ampleur du problème des maladies mentales a de quoi décourager les services de réadaptation. A la fin de 1953, il y avait, dans les 77 hôpitaux pour maladies mentales du Canada, 60,565 malades, et 20,000 dans les hôpitaux de Québec en 1951. Les maladies mentales font perdre au pays plus de temps que la tuberculose, le cancer et la poliomyélite pris ensemble. Parmi les catégories de malades mentaux, il y en a d'incurables comme les chroniques, les séniles, un certain nombre d'arriérés, d'épileptiques et de cas aigus. Mais le nombre de ceux qui quittent l'hôpital guéris ou améliorés a augmenté de trois fois et demie depuis vingt ans.

(1) Hygiène mentale au Canada, No. 10, p. 2, septembre 1954.

Tout travail de réadaptation des malades mentaux doit être à base de respect de son intégrité physique, de ses ressources spirituelles et morales qui constituent, pour chaque malade, de précieuses valeurs de relèvement. Il doit aussi compter sur la puissance de l'amour pour restaurer l'esprit. Sir Geoffrey Vickers d'Angleterre en fait l'une des plus importantes découvertes de l'hygiène mentale. "Tout amateur de cinéma, dit-il, tout lecteur de journaux est convaincu, de nos jours, qu'il y a probablement une relation de cause à effet entre l'enfant frustré et le criminel adulte et adolescent. Il croit, sur la foi de la science, que l'amour peut créer à un enfant un havre de sécurité dans un monde bouleversé et ainsi l'équiper de sorte qu'il exerce la même puissance dans la suite de la vie, tandis que l'absence d'amour laissera un autre enfant emprisonné en soi-même et incapable d'avoir avec ses semblables d'autres contacts que des relations hostiles. Ce n'est pas souvent que les constatations de la science confirment les intuitions de la religion en des termes qui n'ont pas besoin d'être expliqués. Cela seul, je le crois, autorise à considérer la science de l'hygiène mentale non pas comme une rivale, mais comme une associée dans l'effort continu qui se fait pour faire pénétrer les valeurs spirituelles dans la vie quotidienne des hommes et des femmes, et même peut-être dans la ligne de conduite des gouvernements"(1).

On note dans l'Enquête sur les services de santé de la province de Québec (2) que "les procédés de réhabilitation employés dans les hôpitaux pour maladies mentales diffèrent considérablement de ceux qui s'adressent aux blessés et aux infirmes. Ils ont pour objectif de permettre au malade de reprendre graduellement contact avec les réalités de la vie, de lui fournir l'occasion de constater par lui-même qu'il a retrouvé son équilibre et qu'il peut et doit s'occuper à des travaux utiles s'il veut parfaire sa guérison; aussi sont-ils employés souvent en même temps que le traitement médical, pour se poursuivre ensuite pendant la convalescence".

Nous ne voyons pas comment cette réhabilitation soit possible sans la collaboration du travailleur social psychiatrique, dont le travail spécialisé réadapte justement le patient à la réalité familiale, professionnelle et communautaire, et en même temps fait l'interprétation du malade à son

(1) Hygiène mentale au Canada, No. 10, p.6, septembre 1954.

(2) Enquête sur les Services de Santé, 1948, T.V, p. 458, province de Québec.

entourage. Par ailleurs, la réadaptation des malades mentaux après la réhabilitation physique se ferait plus rapidement en dehors de l'hôpital par le truchement de foyers nourriciers comme le fait existe en Ontario. Un tel placement ne peut opérer efficacement sans le service social professionnel particulièrement équipé pour la réhabilitation professionnelle et la réadaptation sociale. A ces ressources nouvelles de réadaptation, il faut souhaiter voir s'ajouter plus de thérapie occupationnelle et de facilités récréatives dans les hôpitaux et cliniques pour malades mentaux.

L'information insuffisante des besoins de réadaptation dans la province a poussé certains organismes à demander qu'un comité d'enquête soit formé pour inventorier les ressources existantes de réhabilitation et de réadaptation, déterminer les procédures suivies et établir un plan de développement de la réadaptation.

B- Prévention

Les efforts de réadaptation, pour avoir plus d'efficacité, doivent être synchronisés avec la prévention sociale. Cette prévention doit atteindre les sources de l'indigence telles que maladie et accidents, taudis, ignorance, chômage, insuffisance des salaires et mauvais loisirs.

Toute politique qui favorise la santé et la sécurité contre les accidents constitue déjà une victoire sur la maladie. La diminution de l'incidence des maladies, des accidents et de leurs séquelles apparaît comme la première étape de la prévention. Une autre forme de prévention non moins nécessaire et qu'on peut placer au second degré, c'est "celle qui s'adresse à l'individu qu'on réhabilite pour l'aider à prévenir des accidents spécifiques ou le retour de la maladie" (1). Elle s'exprime par des ajustements spéciaux ou dispositifs et appareils de sécurité installés dans les milieux de travail.

Ces formes de prévention existent déjà dans la Province. Signalons les seize services municipaux de la santé, les soixante-sept unités sanitaires, le service médical aux colons, le service d'hygiène industrielle, le service de publicité éducative de la Province. A ce réseau public, il faut adjoindre les nombreuses associations de santé, les dispensaires anti-tu-

(1) Guay, Edgar, La situation des invalides dans la province de Québec, pp.25-27.

berculeux, les services d'assistance maternelle, les recherches sur la santé organisées dans les universités qui toutes tendent à prévenir la maladie et à éduquer le public. Le même travail se poursuit en faveur de l'hygiène mentale. Le docteur H.V. Dicks de la "Tavistock Clinic" de Londres rappelait lors du 5ième Congrès international d'Hygiène mentale tenu en août dernier à Toronto, "qu'on devrait s'efforcer de diriger le personnel formé vers les services d'hygiène publique de la localité, vers les cliniques familiales et juvéniles, les services de formation en puériculture, le bien-être socio-industriel et ainsi de suite. Quand les préposés ordinaires et de droit à l'hygiène locale, le médecin de famille, le personnel d'hygiène publique et les infirmières de maternité, les instituteurs et les administrateurs pourront absorber le point de vue et l'art de l'hygiéniste mental, comprendre l'action réciproque de la société sur la personnalité, alors nous aurons vraiment commencé à entreprendre un travail véritablement préventif" (1)

Par ailleurs, la Commission des Accidents du Travail du Québec dépense annuellement un quart de million pour le maintien d'un réseau préventif des accidents du travail. Si nous ajoutons à cette action gouvernementale les activités bénévoles des sociétés privées de prévention des accidents comme l'Association Ambulancière St-Jean, nous pouvons conclure que la province de Québec possède d'abondantes ressources pour la lutte contre les maladies et les accidents. Pour donner à tout ce travail préventif une plus grande efficacité, il serait désirable d'y adjoindre un organisme qui en évalue sans cesse la valeur et l'intègre plus intimement aux facteurs de réadaptation.

La prévention doit atteindre jusqu'aux sources les plus diverses des maladies sociales. Sous cet angle, il n'est pas possible de séparer le problème de l'habitation populaire et de la disparition du taudis de nos préoccupations de bien-être. Comment lutter efficacement contre certaines maladies sociales telles que la tuberculose, la délinquance juvénile, les mauvais loisirs sans la disparition du taudis et de l'habitation malsaine? Le bien-être de la famille et de l'enfance repose d'abord sur un type de logement conforme aux standards reconnus d'hygiène, à nos traditions de natalité, à notre culture familiale et aux exigences de l'urbanisme moderne.

Les progrès dans la solution du problème scolaire et dans la lutte

(1) Hygiène mentale au Canada, No. 10, pp. 7-8, septembre 1954.

contre la tuberculose se sont accélérés quand la préoccupation de l'argent a pris une place secondaire dans la perspective générale du problème. Il en sera de même pour la solution de l'habitation à bon marché. Le gouvernement fédéral, par ses lois du logement de 1919-1920, de 1937, de 1938, de 1944 et de 1954, a accordé une assistance réelle à la construction des logements. Cette assistance a été rendue plus accessible aux nouveaux propriétaires du Québec grâce à la loi provinciale de 1948, par laquelle le gouvernement assume une partie de l'intérêt sur les prêts.

Une autre loi de 1948 accordait aux municipalités du Québec le pouvoir de diminuer la taxe foncière à toute nouvelle habitation construite du 15 janvier 1948 au 15 janvier 1953 pour une période de trente ans. Plusieurs villes dont Montréal et Québec, se sont prévaluées de ce privilège. Au 28 janvier 1951, 33 compagnies de prêts et 284 caisses populaires avaient consenti des prêts pour un montant de \$40,839,246.91. Durant cette même période, 5,732 maisons familiales avaient bénéficié de ces lois.

Une autorité en la matière regrettait qu'il n'ait pas existé jusqu'ici plus de synchronisation des efforts entre les autorités fédérales, provinciales et municipales: "Il semble, disait-il, que maintes municipalités ont laissé le problème du logement en leurs murs, se régler en vertu de la loi brutale de l'offre et de la demande et grâce aux efforts de quelques individus privilégiés" (1).

On a remarqué que cette législation fédérale-provinciale en faveur de l'habitation répond davantage aux besoins et aux moyens de la classe moyenne que de la classe ouvrière. Certains ont formulé le vœu que le gouvernement de la province élargisse encore les facilités de la loi provinciale, 1) en encourageant les municipalités à se prévaloir des avantages de la loi fédérale contre l'élimination des taudis; 2) en assumant un pourcentage de garantie des prêts des coopératives d'habitation afin d'encourager la multiplication de ces coopératives, et 3) en augmentant sa participation financière dans le cas des habitations à bon marché pour les familles nombreuses.

L'une des sources continues de misère et de dépendance dans notre société technologique, c'est l'ignorance. Aussi, faut-il louer les gigantesques

(1) Laplante, Rodolphe, La sécurité familiale par la propriété, pp. 135-148, VIe Congrès des Relations Industrielles, Québec, 1951.

efforts entrepris par le gouvernement pour diffuser l'instruction à tous ses degrés. Nous ne pouvons pas ne pas signaler le magnifique essor des écoles de métiers, des centres d'apprentissage et des écoles techniques. Plusieurs mémoires croient que cette politique doit être élargie afin de doter les centres ruraux de toutes les ressources d'enseignement professionnel pour aider au renouveau de l'artisanat rural et assurer aux campagnes les métiers techniques dont elles ont besoin avec la mécanisation de la ferme, et pour fournir aux ruraux qui émigrent vers les villes la préparation technique qui leur assurera une meilleure adaptation au milieu urbain, tout en prévenant qu'ils grossissent le nombre des prolétaires.

Ces plus grandes ressources d'éducation doivent être développées concurremment avec de meilleures et de plus nombreuses écoles et un corps de professeurs capables de répondre à la demande.

On a suggéré, comme mesure de progrès, que la loi de fréquentation scolaire obligatoire, dont la limite est fixée à quatorze ans, soit, quand les circonstances le permettront, prolongée jusqu'à seize ans; que la prohibition de tout travail, pendant les périodes scolaires, soit étendue à seize ans et même jusqu'à dix-huit ans dans les établissements reconnus dangereux, insalubres ou incommodes. (1) Certains ont proposé qu'un système d'orientation scolaire permette que les enfants qui n'ont pas de dispositions pour les études supérieures soient transférés, dès l'âge de quatorze ans, dans les écoles de métiers ou d'apprentissage.

Une politique de prévention qui tient compte des faits ne peut négliger le problème du chômage saisonnier qui pèse si lourdement sur le budget des services privés et publics d'assistance.

Ce problème est particulièrement aigu dans la province de Québec. Il peut être partiellement résolu avec la collaboration des autorités publiques au niveau provincial, fédéral et municipal et des chefs d'entreprises. Certaines entreprises, par un réaménagement des tâches, ont pu étendre à toute l'année des activités jusque-là saisonnières.

Comme ce problème exige une analyse approfondie des occupations, des marchés et des entreprises, il ne pourrait être étudié que sous l'initia-

(1) Mémoire de la Confédération Catholique des Travailleurs Canadiens.

tive des pouvoirs publics.

La prévention s'achève normalement dans une politique des loisirs et de la récréation. Sous un régime de plus en plus caractérisé par l'automatisme des tâches, le problème des loisirs apparaît directement lié à une conception morale et sociale du bien-être de la population.;

Aussi l'Union des Municipalités dans son mémoire présenté devant la Commission royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels recommande-t-elle une politique plus poussée des loisirs et de la récréation.

"Par suite de l'importance croissante de l'organisation des loisirs dans les cités et les villes, et à cause des bienfaits incontestables qu'une organisation rationnelle des loisirs peut apporter aux populations urbaines, particulièrement à cette partie de la population représentée par les enfants et les adolescents, il importe que les autorités gouvernementales supérieures, grâce à un programme bien coordonné d'activités en ce domaine, incitent les municipalités à se préoccuper effectivement de l'organisation des loisirs dans leur territoire, encouragent et facilitent la collaboration des divers organismes locaux intéressés à l'organisation des loisirs. Il est à souhaiter, en outre, que par l'entremise d'un ministère spécialement chargé de s'occuper de cette importante question des loisirs, le gouvernement provincial apporte aux municipalités une aide appropriée" (1).

Ces recommandations valent aussi pour le milieu rural qui ne peut tolérer aucune infériorité en ce domaine s'il veut retenir sa population.

Une organisation intégrale des loisirs devrait comprendre une section de l'éducation physique. Elle devrait être dirigée par des spécialistes de la récréation et du travail social des groupes.

Elle devrait prévoir l'aménagement de parcs et de terrains de jeux comme aussi de centres communautaires dans toutes les localités urbaines et rurales. Elle devrait aussi multiplier les camps de vacances et semer nos grandes routes touristiques de centres d'arrêt et de stationnement pour permettre un épanouissement plus social du tourisme familial. Enfin, la formation de techniciens de la récréation et de travailleurs sociaux de

(1) Mémoire général de l'Union des Municipalités, p.180.

groupe devrait être stimulée pour une direction plus éducative des loisirs et de la récréation dans la province.

C- Sécurité

Des mesures de réadaptation et de prévention sociales doivent finalement s'intégrer dans un système de sécurité sociale qui assure une garantie suffisante de stabilité dans la jouissance des biens nécessaires à la vie, des biens inhérents à la personne humaine et des biens concernant l'ordre et la justice d'un milieu donné.

Tout en créant des conditions économique-sociales qui permettent aux individus et aux groupes intermédiaires de prendre eux-mêmes les moyens d'organiser leur propre sécurité, l'Etat doit intervenir pour encourager, protéger, coordonner et stimuler les initiatives individuelles de sécurité.

Selon l'opinion populaire, la sécurité sociale comprend la sécurité de l'emploi, la sécurité du gain, la sécurité de la capacité physique du travail et la sécurité quant aux revenus de remplacement ou de complément.

Un très grand nombre de citoyens ne peuvent seuls se procurer une telle sécurité. Grâce aux formes de mutualité et de coopération, ils réussissent à obtenir des avantages économiques et sociaux qui leur étaient jusque-là inaccessibles. Nous savons l'extraordinaire développement des associations* qui couvrent aujourd'hui le champ de la production, de la consommation, de l'habitation, de l'épargne et protègent contre les risques de la mortalité, du feu, et même contre la maladie.

En 1953, il y avait 639,000 assurés pour les soins partiels et 35,000 assurés pour des soins complets dans des mutuelles d'assurance-maladie de la province de Québec (1).

Il reste que la sécurité sociale qui prétend n'être que l'expression de la solidarité humaine et une affirmation des droits de la personne relève surtout de l'Etat.

(1) Voluntary Medical Care Insurance, Department of National Health and Welfare, Ottawa 1954.

* mutuelles et coopératives dans la Province, associations

Il n'entre pas dans notre intention de développer ici le sujet de la sécurité. Nous voulons seulement signaler les points de vue différents qui inspirent les deux systèmes de sécurité canadiens: celui du gouvernement fédéral et celui du gouvernement du Québec.

Il paraît évident que le plan de sécurité d'Ottawa constitue un moyen de stabiliser l'économie nationale au moyen de la redistribution du revenu, et qu'il tend à abolir le besoin avant de répandre la jouissance du confort. C'est donc avant tout la concrétisation d'un système économique basé sur la solidarité. Par des mesures d'assistance et de sécurité alimentées à même la taxation directe, l'Etat fédéral prétend réduire la dureté d'un régime de concurrence économique et assurer au point de départ, un minimum vital à tous les citoyens.

Sauf dans les mesures de sécurité dont il partage les frais avec Ottawa, le gouvernement du Québec, par son système de bien-être, n'a voulu jouer qu'un rôle de suppléance et répondre aux besoins de certaines catégories d'indigents et de familles.

Sa conception tient compte de la charité et unit les concepts traditionnels d'assistance, d'aide mutuelle et d'assurance. La Province a tenté avec succès la réadaptation de certains groupes de la population soit par un programme hardi de colonisation, soit par la réorganisation vigoureuse de son enseignement technique, soit enfin par l'encouragement aux mouvements de "self help" comme les coopératives de toute espèce. Certaines mesures comme la loi de l'apprentissage ont même été l'occasion d'un rapprochement fructueux de classes sociales différentes pour le bien de tout un secteur de la production et de la consommation.

Ce n'est qu'accidentellement et par sa collaboration aux formules récentes de sécurité d'Ottawa du type assistance aux vieillards, pensions aux aveugles, aux invalides, etc., que le gouvernement de Québec adhère au concept nouveau de redistribution du revenu.

Le grand historien anglais, Arnold Toynbee, prédisait que "dans trois cents ans d'ici, on se souviendra de la seconde moitié du XXe siècle non pas comme de l'âge de la guerre mondiale mais comme de la première période de l'histoire où l'humanité a osé croire que les avantages des découvertes scientifiques pouvaient être accessibles à tous et partout."

Nous en tenant aux bénéfices du bien-être et de la santé, cette accessibilité ne nous paraît possible que si les politiques de bien-être s'inspirent de justice sociale et de cet amour chrétien qui tempère l'administration de l'assistance sociale et prodigue son action secourable aux cas nombreux qui, même dans les sociétés les plus évoluées, échappent à la justice sociale.

Pour réaliser ces buts, une société a besoin de s'évaluer par une recherche constante et ininterrompue. Nous terminons cette étude en rappelant le voeu formulé par de nombreux mémoires, "que le gouvernement de cette province établisse un budget annuel de recherches et qu'il soutienne les universités dans des projets de recherche qui intéressent la santé, le bien-être et la sécurité de ses citoyens."

BIBLIOGRAPHIE

ARCHIVES, RAPPORTS

Archives de l'Hôpital Général de Québec.

Archives de la Province de Québec.

Arrêts et Règlements du Conseil Supérieur de Québec
Québec, 1855.

Canada, Enquête sur la Maladie 1950-1951, Ottawa, Canada
1954.

Child Welfare Work and Workers in Canada for Children
not in Their Own Homes, Department of Health, Canada 1928.

A Collection of Acts passed in the Parliament of Great
Britain and of Other Public Acts Relative to Canada,
Québec, 1800.

Commission des Assurances Sociales de Québec, 1933.

Durham, Earl of, Report on the Affairs of British North A-
merica, 1839; London, 1902 (Reprint).

Edits, ordonnances Royaux, Déclarations et Arrêts du Con-
seil d'Etat du Roi, concernant le Canada, Québec, 1803.

Enquête de la Commission du Travail, 1889, Ottawa.

Enquête sur les services de Santé, Province de Québec, 1948.

Grauer, A.E. Assistance publique et Assurance sociale,
Ottawa, 1939.

Journaux de l'Assemblée Législative (B.B.B.B.B.) App.
No. 1, 1824.

Jugements et délibérations du Conseil Souverain de la
Nouvelle-France.

Mental Health Services in Canada 1954, Department of Na-
tional Health and Welfare, Ottawa.

Miville, Esdras, La Législation ouvrière et le Régime social
; dans la province de Québec, App. V, Rapport Rowell-
Sirois, Ottawa 1939.

Murray, James, Report of the State of the Government of
Quebec, 1762.

Pensions de Vieillesse, Etude préparée pour la Commission Tremblay, Québec 1954, Ministère du Bien-Être.

Premier rapport de la Commission d'Assurance-Maladie de Québec, 1944.

Proceedings of the Canadian Conference of Social Work.

Rapport Archambault, Ottawa, 1938.

Rapport sur les Arts, les Lettres et les Sciences au Canada, 1951.

Rapport du Comité spécial de l'Assemblée législative, 1849.

Rapport de la Commission Royale des Relations entre le Dominion et les provinces, Ottawa, 1940.

Report on the Care and Control of the Mentally Defective and Feeble-minded in Ontario, Toronto, 1919.

Report of the National Health Survey, Ottawa 1945.

Report of the Royal Commission on Pensions en Re-establishment, Ottawa 1924.

State of the Hospitals, Prisons, Charitable Institutions in Lower Canada, App. A, A Report on the Affairs of British North America, 1839.

Survey of Welfare Positions Report, Research Division, Department of National Health and Welfare, Ottawa 1954.

Voluntary Medical Care Insurance, Research Division, Department of National Health and Welfare, Ottawa 1954.

STATISTIQUES ET REVUES

Bien-Etre social canadien , 5 volumes, Ottawa.

Bulletin des Recherches Historiques , Québec.

Canada, Bureau des Statistiques, Recensement 1951.

The Canada Year Book (annuel).

Canadian Historical Review , Toronto.

Canadian Welfare, 29 volumes, Ottawa.

Criminal Statistics (annuel) Québec, Bureau des Statistiques.

L'Annuaire Statistique de la Province de Québec (annuel).

Rapport du Ministère de la Santé(annuel) .

IXe Recensement du Canada , Familles, Vol. III, 1953.

Service Social , 4 volumes, Québec.

Social Worker, 21 volumes, Ottawa.

PUBLICATIONS D'ORDRE HISTORIQUE

Abbott, Edith, Immigration, Select Documents and Case records, 1924.

Audet, F.J. Canadian Historical Dates and Events, 1492-1915, 1917.

Bonnefons, J.C. Voyages au Canada Nord de l'Amérique spetentrionale, 1751.

Bouchette, Joseph, Description topographique de la province du Bas-Canada, 1810.

- Brief of the Montreal Council of Social Agencies to the Royal Commission of Inquiry on Constitutional Problems of the Province of Quebec, Montréal 1954.
- Cannat, Pierre, La Réforme Pénitentiaire, Librairie du recueil Sirey, Paris 1949.
- Cassidy, Harry-M., Social Security and Reconstruction in Canada, 1943.
- Clark, S.D., The Social Development of Canada, Toronto 1942.
- Colby, C.W. Canadian Types of the Old Regime, 1608-1698, 1910
- Cowan, Helen I. British Emigration to British North America 1783-1837, 1928.
- David, L.O. L'Union des deux Canadas. 1898
- Falardeau, Jean-Charles, (édit) Essais sur le Québec Contemporain, 1953.
- The Financing of Hospitals in the Province of Quebec, Report of a Committee of the City Improvement League Inc., Montréal 1952.
- Gale, G., Historic Tales of Old Quebec, 1923
- Garneau, François-Xavier, Histoire du Canada, Edition Alcan, 1920
- Gérin, Léon, Le type économique et social des Canadiens, 1937.
- Gibbon, John Murray, Three Centuries of Canadian Nursing, Toronto, 1947.
- Godbout, Pauline, Etude de Législation sociale de la Province de Québec, 1921-1939. Thèse de maîtrise, 1954, Ecole de Service social, Université Laval.
- Heriot, George, Travels Through the Canada, 1807
- Historical aspects of the Immigration Problem, 1926.
- Jamet, Dom Albert, Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec, 1939
- Johnson, S.C. A History of Emigration from the United Kingdom to North America, 1763-1912, 1913
- Jouve, Odoric, Les Franciscains au Canada, 1915.

- Lajoie, Gérin, *Aux sources de notre Histoire*, Montréal 1946
- Laroche, Bernadette, *L'Assistance aux Mères nécessiteuses dans la province de Québec*. Thèse de maîtrise, 1950, Ecole de Service social, Université Laval.
- Leblanc, Napoléon, *L'Application de la formule coopérative à la solution du logement*, Thèse de Maîtrise, Université Laval, 1953
- Le Clercq, Chrétien, *Nouvelle relation de la Gaspésie*, Edit. Champlain Society.
- Legendre, Napoléon, *Nos asiles d'aliénés*, 1890.
- Lettres de Saint Vincent de Paul*, Edit. P. Coste.
- Marion, Marcel, *Dictionnaire des Institutions de la France au XVIIe et XVIIIe siècles*; article: Hôpital.
- Martin, Jean-Marie, *Les problèmes de bien être et d'Assistance publique et l'Administration municipale*, Etude spéciale V, Mémoire de l'Union des Municipalités à la Commission Tremblay, Québec, 1954.
- Mémoire de la C.T.C.C. à la Commission Royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, Québec, 1954.
- Mémoire présenté à la Commission Tremblay par la Conférence Catholique Canadienne de Bien-Etre, Montréal 1954
- Mémoire du Conseil Central des Oeuvres de Québec à la Commission Tremblay, Québec, 1954.
- Mémoire des Services de Santé du Québec soumis à la Commission Tremblay, 1954.
- Mémoire sur les problèmes hospitaliers présenté au nom des hôpitaux de la province de Québec, à la Commission Royale d'Enquête sur les problèmes constitutionnels, Montréal, janvier 1954.
- Minville, Esdras, *L'aspect économique du Problème national canadien-français*, Les Editions Bellarmin, No. 436.
- Morin, Emile, *La Municipalité*, Edition du Centre de Culture populaire, Université Laval.
- Parkman, *The Old Regime*.
- Poulin, Gonzalve, o.f.m. *Problèmes de la famille Canadienne-Française*, Les Presses universitaires Laval, Québec, 1952.

- Public Health and Welfare Organization in Canada, 1945.
- Roy, J.E. Histoire de la Seigneurie de Lauzon, 1904.
- Roy, P.G. Québec sous l'Ancien Régime, 1930.
- Rumilly, Robert, Histoire de la Province de Québec
La plus riche aumône, 1946.
- Sagard, Gabriel, Histoire du Canada et Voyages, 1650.
- Salone, Emile, La Colonisation de la Nouvelle-France.
- Scott, D.C. Edgar, O.P. Le Sueur, W.D. (editors) The Makers of
Canada, 1910.
- La Sécurité Sociale, XXIXe Semaine Sociale, St-Jean,
1952, Canada.
- Short, Adam, (éditeur), Canada and Its Provinces; A History
of the Canadian People and Their Institutions,
by One Hundred Associates, 1914.
- Social Services and the standards of Living, VIe Confé-
rence internationale de Service Social, Madras, 1952.
- Soeur Marie-Alice, s.f.a., La loi de l'Assistance Publique à
l'Hôpital St-François-D'Assise, Thèse de Maîtrise
1953, Ecole de Service social, Université Laval.
- Strong, Margaret Kirkpatrick, Public Welfare Administration in
Canada, 1930.
- Taché, J.C., Des provinces de l'Amérique du Nord, 1858.
- Tuke, D.H. The insane in the United States and Canada, 1885.
- Turgeon, Gisèle, Appréciation de la Loi de l'Assistance aux
Mères nécessiteuses à la lumière des Statistiques
de la Sauvegarde de L'Enfance, de 1948-1953,
Thèse de Maîtrise, 1954, Ecole de Service Social, Université
Laval.
- Les Ursulines de Québec, 1866
- Vives, Ludovicus Valentinus, De l'Assistance aux Pauvres,
Traduction Casanova, Edit. Valero, Bruxelles, 1943.
- Voyages de Champlain, Editions Biggar, Toronto.
- Weir, R.S. Municipal Institutionss in Quebec, 1904.

TABLE DES MATIERES

	Pages
PRESENTATION	1
AVANT- PROPOS	2
PREMIERE PARTIE	
La période 1608-1760	
Chapitre premier - Premiers plans d'organisation sociale et contradictions économiques	4
Chapitre II - Le rôle de l'Etat dans l'organisation du bien-être de 1608 à 1760	12
Chapitre III - La participation de l'initiative privée à l'organisation de l'assistance, 1615-1760	19
Chapitre IV - Problèmes de financement, d'administration et de personnel particuliers à l'assistance sous l'Ancien Régime	27
DEUXIEME PARTIE	
La période 1760-1921	
Chapitre premier - L'évolution économique-sociale	34
Chapitre II - Le rôle de l'Etat dans l'évolution de l'assistance	40
Chapitre III - Le développement des services privés de bien-être	53

Chapitre IV -	Administration, financement et personnel de l'assistance sociale	63
---------------	--	----

TROISIEME PARTIE

La période 1921-1951

Chapitre premier	L'expansion économique-sociale de la Province	75
Chapitre II -	Le Bien-Être de la famille et de l'enfance	84
Chapitre III -	Le problème de la santé publique et de l'hospitalisation depuis 1921	129
Chapitre IV -	Financement, personnel et coordination	162
CONCLUSION -	Réadaptation, prévention et sécurité	183
BIBLIOGRAPHIE		196
TABLE DES MATIERES		203

*

*

*