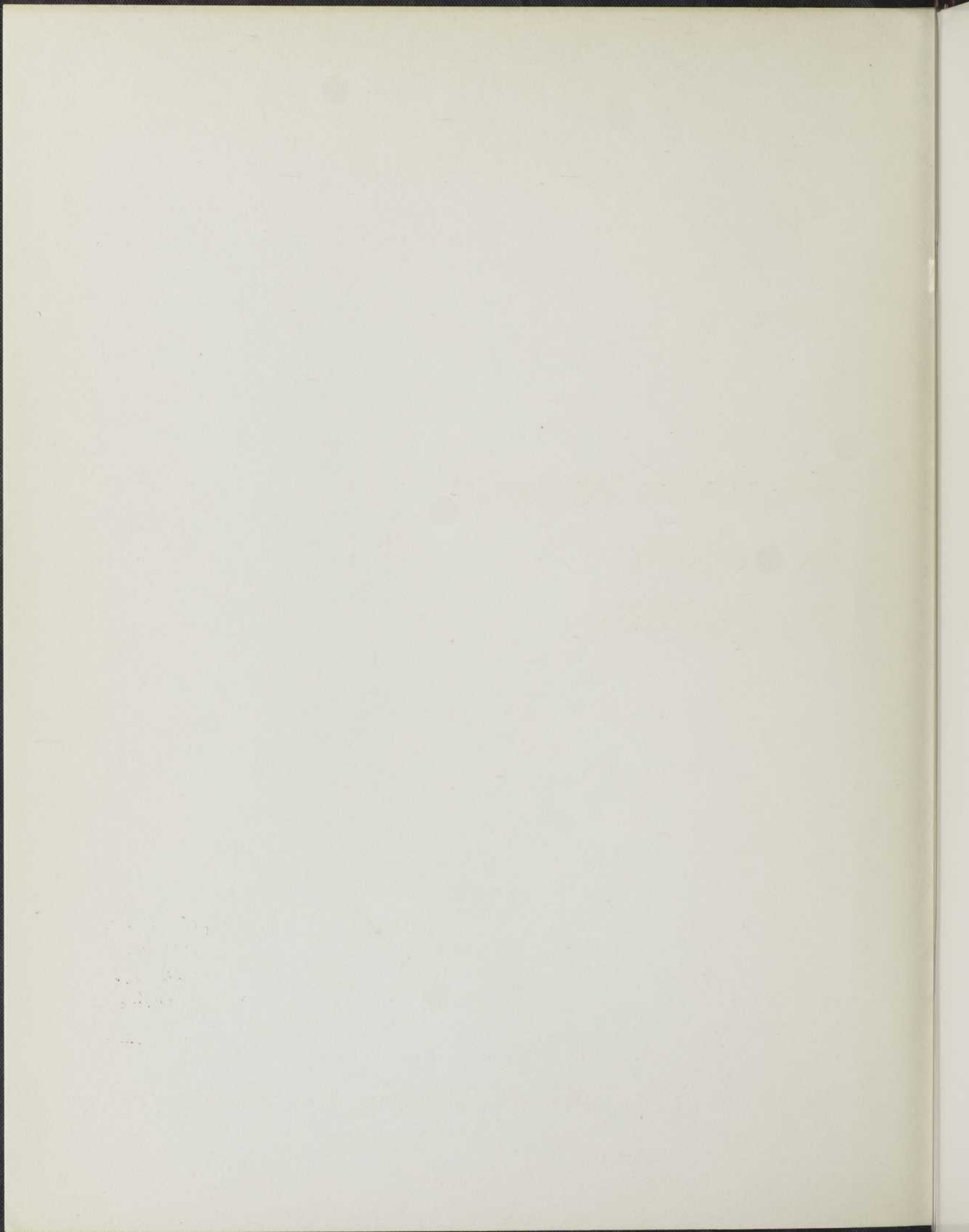




VOLUME II

Régimes publics et privés au Québec

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





VOLUME II

Régimes publics et privés au Québec



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



VOLUME II

Régimes publics et privés au Québec



OFF

A11D6

A29/A8

v. 2

↳

BRICHER BARROTT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE SANTÉ

JANVIER 1981

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTE

MEMBRES

Claude Castonguay, président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chevrotière

Jacques Casgrain

Jacques Morency, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHE

Thomas J. Boudreau, économiste
directeur de la recherche

Francyne Beaudoin, économiste

Guy Demers, sociologue

Micheline Nadeau, économiste

Lucien Tessier, économiste

Marthe Tanguay, bibliothécaire

Micheline Larrivée, documentaliste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique

Dr. Pierre Jobin, conseiller médical

François Lacasse, conseiller économique

Gilles Paquet, conseiller économique

CONTENTS

PREFACE

1. Introduction
2. The author's intention
3. The scope of the work
4. The method of the work

THE AUTHOR'S INTENTION

1. The author's intention
2. The scope of the work
3. The method of the work
4. The results of the work

ACKNOWLEDGMENTS

1. The author's intention
2. The scope of the work
3. The method of the work
4. The results of the work

INTRODUCTION

Nous avons parlé dans le premier volume des caractéristiques particulières des soins. Nous avons vu que ces caractéristiques rendaient nécessaire l'adoption de certaines formules d'assurance et un certain degré de participation de l'Etat. En réalité, cette nécessité d'une protection dans le domaine de la santé et d'une action collective à la fois publique et privée est perçue depuis assez longtemps dans notre milieu.

En effet, comme nous pourrons le voir dans ce volume, il existe déjà à l'heure actuelle au Québec un nombre considérable de régimes, tant publics que privés, visant à rendre plus efficace, plus rationnelle, plus équitable et plus humaine la distribution des soins.

Ces régimes ou ces initiatives peuvent être groupés en trois catégories différentes, soit 1) les régimes privés, c'est-à-dire ceux administrés par les sociétés privées d'assurance, 2) les régimes publics, c'est-à-dire ceux administrés ou contrôlés par l'Etat et enfin 3) les régimes bénévoles, c'est-à-dire ceux administrés par des groupes charitables ou philanthropiques.

Notre étude se divise en trois chapitres qui traiteront respectivement de chacune de ces trois catégories de régime.

CHAPITRE I

REGIMES PRIVES

* * *

HISTORIQUE

Avant 1940, dans la province de Québec, l'activité des assureurs dans le domaine des frais médicaux était à peu près nulle. Lorsque ces frais étaient couverts, c'était le plus souvent en vertu de clauses secondaires de polices d'assurance générale ayant trait aux accidents d'automobile, à la responsabilité civile, etc....

C'est au cours des années 1940 que commença vraiment l'assurance-maladie. La "Quebec Hospital Service Association" (Croix Bleue) fut fondée en 1942 et offrait alors une protection contre les frais d'hospitalisation seulement. En 1946, une autre société québécoise, les Services de Santé du Québec, fut mise sur pied et offrait dès le départ une protection contre les frais d'hospitalisation et aussi contre les frais médicaux et chirurgicaux encourus à l'hôpital, au cabinet du médecin ou à domicile.

Un bon nombre de compagnies d'assurance-vie commencèrent à cette époque à offrir des contrats, surtout collectifs mais aussi individuels, d'assurance-maladie. Jusqu'à nos jours, le volume d'affaires en ce domaine s'est accru constamment d'année en année.

Les statistiques à notre disposition, concernant les primes et les prestations, ne nous permettent pas d'établir une distinction entre, d'une part, les frais médicaux et, d'autre part, les autres risques inhérents à la maladie ou aux accidents comme la perte de revenu, la perte de membre, le décès accidentel, l'invalidité temporaire ou permanente, les frais hospitaliers. Pour cette raison, il est difficile de mesurer isolément l'expansion de l'assurance contre les frais médicaux. Néanmoins, le tableau I, qui nous fait constater l'essor rapide et considérable qu'a connu l'assurance accident-maladie dans la province, nous permet de supposer que l'assurance contre les frais médicaux a suivi la même tendance. Nous savons toutefois qu'en 1964, le montant des primes d'assurance contre les frais médicaux s'élevait à \$56,814,052 (1), soit plus de la moitié de toutes les primes d'assurance accident-maladie qui ont été payées dans la province. D'après le tableau I, on peut voir qu'en 25 ans, le volume des primes souscrites pour l'assurance accident-maladie s'est multiplié 40 fois.

(1) Voir le tableau VII.

TABLEAU I

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Primes perçues et prestations versées par les compagnies à fonds social, les compagnies mutuelles et les sociétés de secours mutuels, pour les années 1940, 1945, 1950, 1955, 1960 et 1964, province de Québec.

<u>ANNEE</u>	<u>PRIMES</u>	<u>PRESTATIONS</u>
	\$	\$
1940	2,628,763	1,507,544
1945	6,637,676	3,979,784
1950	21,500,452	16,253,034
1955	51,060,903	40,057,171
1960	98,632,853	85,105,286
1964	105,490,797	86,311,501

Source: Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

CHAMP D'APPLICATION

Le nombre de personnes assurées contre les frais médicaux dans la province de Québec s'est accru constamment d'année en année depuis vingt ans. En 1964, on estimait à 2,393,550 le nombre de personnes assurées par des régimes privés comparativement à 1,570,085 en 1955, à 1,781,935 en 1958 et à 2,110,101 en 1961(1). De 1955 à 1964, la population assurée a augmenté de 52.4%; de 1961 à 1964, cette augmentation a été de 13.4%. C'est une augmentation considérable mais une vue plus réaliste de la situation exige que nous considérions la proportion de la population qui est protégée par des régimes privés. Il est alors possible de connaître globalement le degré de protection contre la maladie dont les résidents de la province bénéficient et de voir comment ces derniers se comparent de ce point de vue avec les autres canadiens. En 1955, 34.8% de la population était protégée en vertu d'un régime privé, en 1964, ce pourcentage atteignait 43.1% (voir tableau II).

(1) Voir tableau VI.

TABLEAU II

POURCENTAGE DE LA POPULATION ASSURÉE EN VERTU DE RÉGIMES
PRIVÉS PAR PROVINCE, POUR LA PÉRIODE 1955-1964. (1)

PROVINCE	1955	Rang (2)	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1964	Rang (2)
Terre-Neuve	9.7	9	10.8	13.9	12.6	10.7	13.0	14.9	16.3	9
Ile du Prince-Edouard	16.6	8	17.0	19.5	19.8	22.0	24.9	23.6	32.1	8
Nouvelle-Ecosse	22.8	7	25.6	28.6	30.6	34.1	35.3	34.4	42.6	7
Nouveau-Brunswick	29.0	5	30.7	34.0	33.2	34.9	37.1	38.0	51.7	5
Québec	34.8	3	37.1	39.4	36.3	41.3	42.8	40.1	43.1	6
Ontario	51.0	1	54.9	57.1	54.2	57.7	60.5	57.1	70.9	1
Manitoba	34.7	4	36.9	42.0	42.4	45.6	48.9	49.7	60.4	3
Saskatchewan	22.4	-	26.4	30.0	34.8	37.1	37.8	37.2	--	-
Alberta	27.7	6	31.5	38.2	41.7	46.0	48.4	49.2	59.3	4
Colombie Britannique	36.5	2	44.7	49.9	50.3	52.5	55.5	54.7	63.4	2

(1) Les données pour 1962 et 1963 ne sont pas disponibles.

(2) Pour les années 1955 et 1964, nous avons accordé un rang à chaque province, à l'exclusion de la Saskatchewan.

Sources: Assurance Facultative contre les frais médicaux au Canada, 1955 à 1961. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, mai 1963. (Série des soins de santé. Mémoire no 17). pp. 80, 84 et 85.
Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964. Ottawa, Department of National Health and Welfare, Research & Statistics Division, July 1965, p. 9.

Même si au cours des dernières années, la proportion de la population assurée a augmenté de façon significative, il demeure que moins de la moitié de la population est protégée en vertu de régimes privés. Si nous comparons le champ d'application du Québec avec celui des autres provinces (tableau II) (1), nous constatons que la province de Québec en 1964, se trouve au 6e rang, précédée de l'Ontario et de toutes les provinces de l'ouest ainsi que du Nouveau-Brunswick. En Nouvelle-Ecosse, la proportion de la population assurée en vertu des régimes privés est sensiblement la même que celle du Québec, soit 42.6% et seules l'Ile du Prince-Edouard et Terre-Neuve ont des pourcentages nettement inférieurs à celui du Québec.

L'examen plus attentif du changement survenu dans la proportion de la population assurée de chaque province entre 1955 et 1964 révèle des aspects intéressants. Les provinces de l'Ontario, de la Colombie Britannique, de la Nouvelle-Ecosse, de l'Ile du Prince-Edouard et de Terre-Neuve occupaient en 1964 le même rang qu'en 1955. Parmi les provinces dont la position relative a sensiblement changé, nous remarquons qu'en 1964, l'Alberta occupait le 4e rang, alors qu'en 1955, elle se classait sixième.

Pour sa part, le Québec, qui en 1955 se plaçait au 3e rang, se situait en 1964 au 6e rang. A l'aide de ces données, nous pouvons affirmer que le Québec, du point de vue du champ d'application, a subi une détérioration relativement aux autres provinces, et que la proportion de personnes assurées au Québec atteint moins de 50% et demeure inférieure à celle des autres provinces canadiennes, si l'on exclut l'Ile du Prince-Edouard et Terre-Neuve, provinces avec lesquelles la comparaison se soutient assez mal.

Le dernier aspect qu'il est important de souligner est la portion du marché que les assureurs dans le domaine de l'assurance privée contre les frais médicaux ont réussi à s'approprier. Dans chaque province, le nombre de personnes protégées par des régimes publics varie, de sorte que lorsque nous comparons dans chaque province le nombre de personnes assurées en vertu de régimes privés par rapport à la population totale (voir tableau II), la comparaison est quelque peu boiteuse. Si, au

(1) Au tableau II, les données pour la Saskatchewan sont inscrites mais dans la comparaison, nous n'en tenons pas compte puisqu'il existe maintenant un régime public d'assurance-maladie.

lieu de considérer la population totale, on exclut de ce nombre les personnes protégées par des régimes publics, et que l'on calcule une nouvelle proportion, cette fois avec le nombre de personnes protégées par des régimes privés et le nombre de personnes qui sont susceptibles d'être protégées par les régimes privés, l'équilibre est établi. Les résultats de ce calcul sont présentés au tableau III. Nous constatons que l'emprise des assureurs privés est assez variable. Elle est forte dans la province de l'Ontario, qui vient au premier rang, suivie de la Colombie Britannique, de Terre-Neuve, du Manitoba, de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick. Dans toutes ces provinces, cette proportion s'élève à plus de 50%. Québec vient au 8e rang et l'Ile du Prince-Edouard se place au dernier rang.

COUVERTURE

La seule considération de la proportion de la population assurée en vertu de régimes privés donne une image incomplète de la situation, si on ne fait pas entrer en ligne de compte la couverture, c'est-à-dire la gamme et l'étendue des soins assurés.

Au tableau IV, nous avons réparti, pour neuf provinces canadiennes, le nombre des assurés selon l'étendue de la couverture. Par régime complet, on réfère habituellement à un régime qui couvre la totalité ou presque des soins donnés par les médecins, soit les soins médicaux et chirurgicaux dispensés à l'hôpital, à domicile ou au cabinet de consultation. Le régime limité couvre une partie seulement de l'ensemble des soins médicaux et chirurgicaux, le plus souvent les soins rendus aux patients hospitalisés et ne couvre habituellement pas les soins médicaux dispensés à domicile ou au cabinet de consultation.

L'examen du tableau IV en ce qui a trait au degré de protection des assurés canadiens montre que, dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, il y a une proportion plus importante de personnes protégées par des régimes complets. Au Québec, près de 60% des personnes assurées le sont en vertu d'un régime limité. Toutefois, les données statistiques dont nous disposons posent quelques difficultés. Au Québec, sur les 821,813 personnes classées dans la catégorie de régime à commande médicale (doctor-sponsored plans) et de protection limitée (1), 438,014 sont en outre protégées par un régime à couverture

(1) Voir tableau VIII.

TABLEAU III

∞

PROPORTION DES PERSONNES ASSUREES PAR DES REGIMES PRIVES PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES SUSCEPTIBLES D'ETRE ASSUREES PAR CES MEMES REGIMES, PAR PROVINCE, 1964.

Province	Population totale ('000)	Personnes assurées		Marché possible pour les régimes privés (1)	Pourcentage assuré (2) %
		Régimes privés	Régimes publics		
Terre-Neuve	491	80,006	372,284	118,716	67.3
Ile du Prince-Edouard	107	34,318	4,179	102,821	33.3
Nouvelle-Ecosse	762	324,611	46,836	715,164	45.3
Nouveau-Brunswick	617	319,193	17,689	599,311	53.2
Québec	5,562	2,393,550	53,302	5,508,698	43.4
Ontario	6,586	4,670,465	329,566	6,256,434	74.6
Manitoba	958	578,406	66,673	891,327	64.8
Alberta	1,432	849,184	100,502	1,331,498	63.7
Colombie Britannique	1,738	1,102,074	148,118	1,589,882	69.3

(1) Différence entre la population totale et le nombre de personnes assurées en vertu de régimes publics.

(2) Proportion des personnes assurées en vertu des régimes privés par rapport au marché possible pour les régimes privés.

Source: Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964. op. cit., pp. 5-14.

TABLEAU IV

NOMBRE ET DISTRIBUTION PROCENTUELLE DES PERSONNES ASSUREES EN VER-
TU DE REGIMES PRIVES, SELON LA COUVERTURE, PROVINCES, 1964

Province	Protection limitée		Protection complète		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Terre-Neuve	16,947	19.6	69,085	80.3	86,032	100.0
Ile du Prince-Edouard	11,626	32.4	24,233	67.5	35,859	100.0
Nouvelle-Ecosse	66,208	19.2	278,215	80.7	344,423	100.0
Nouveau-Brunswick	117,855	34.4	223,990	65.5	341,845	100.0
Québec	1,499,713	59.2	1,033,536	40.7	2,533,249	100.0
Ontario	1,099,238	21.1	4,109,996	78.8	5,209,234	100.0
Manitoba	50,220	8.3	553,551	91.6	603,771	100.0
Alberta	30,600	3.3	884,073	96.6	914,673	100.0
Colombie Britannique	49,648	4.2	1,117,498	95.7	1,167,146	100.0

Source: Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964. op. cit., pp. 5-14.

étendue (major medical plan) (I). On peut alors se demander si le fait d'avoir classifié ces personnes dans cette catégorie est acceptable, et comment les personnes qui sont dans la même situation dans les autres provinces canadiennes ont été classifiées. L'absence de renseignements plus précis rend impossible toute modification aux données mais il faut tenir compte de cette limitation car une autre classification donnerait peut-être des résultats différents.

L'étendue de la couverture n'est cependant pas le seul élément qui détermine le degré de protection dont bénéficie le public. En effet, deux régimes peuvent avoir une couverture semblable, c'est-à-dire assurer les mêmes soins mais il se peut que dans un cas cette protection soit totale alors que dans l'autre, elle peut impliquer le paiement d'un montant supplémentaire par l'assuré au moment où il reçoit des soins.

Le fait que, dans toutes les provinces canadiennes, sauf le Québec, les divisions provinciales de la Canadian Medical Association groupent tous les médecins, a eu une influence considérable sur le genre de régimes offerts à la population. Les médecins étant tous groupés, il leur était facile de s'entendre et de mettre sur pied des sociétés qu'ils contrôlent. L'existence de sociétés de ce type rendait possible la signature d'une convention, au sujet du tarif d'honoraires, avec les médecins. Ces mêmes sociétés offraient alors à la population des régimes d'assurance-maladie appelés régimes conventionnels qui ont l'avantage d'être complets, assez uniformes et où l'assuré n'a pas de frais supplémentaires à déboursier puisque les médecins sont conventionnés et acceptent le montant versé comme un paiement final. Ces trois avantages ont fait que les Plans Médicaux Trans Canada contrôlent une part importante du marché.

(I) Ce genre de régime couvre tous les soins médicaux et chirurgicaux et mêmes d'autres soins comme les médicaments, les prothèses, l'ambulance, etc.. Il a ceci de particulier, cependant, que l'assuré doit payer les premiers frais encourus au cours d'une invalidité (c'est la franchise, qui est habituellement de \$25.00 ou \$50.00) et qu'il partage ensuite avec l'assureur (c'est la coassurance) le reste des frais, dans une proportion qui est le plus souvent de 20% pour l'assuré et de 80% pour l'assureur. Dans certains cas, ce régime se superpose à un régime de base. Ce genre de régime est relativement nouveau dans le Québec puisqu'il est offert depuis moins d'une dizaine d'années par les assureurs.

Au Québec, il n'existe pas d'association volontaire qui groupe l'ensemble des médecins. Ceci explique donc l'existence de régimes d'indemnisation plutôt que de régimes conventionnels. On doit cependant signaler qu'il existe de tels régimes conventionnels dans deux régions de la province et qui touchent à des groupes limités. Il existe en fait des sociétés membres des Plans Médicaux Trans Canada mais comme les sociétés commerciales, elles offrent des régimes d'indemnisation qui protègent moins bien l'assuré. En effet, l'assuré qui présente une réclamation, reçoit l'indemnité déterminée dans sa police pour les soins qu'il a reçus et si le médecin a fixé ses honoraires à un niveau supérieur au tarif prévu, il doit assumer la différence du coût. Devant une telle situation, il n'y a pas autant d'avantages pour le public québécois à souscrire à ces sociétés puisqu'elles offrent à peu près le même type de régimes que les sociétés commerciales.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de la popularité de ces régimes conventionnels qui assuraient en 1964 dans 8 provinces (Québec et Saskatchewan exclus) plus de 4,500,000 personnes. Le tableau V, en plus de donner pour chaque province le nombre de personnes assurées en vertu de régimes conventionnels, nous éclaire sur l'importance de cette catégorie de régime par rapport au nombre total des assurés. Pour l'ensemble des assurés (1), plus de 50% sont protégés par des régimes conventionnels. A l'exception de Terre-Neuve, où la proportion est de 26%, les régimes conventionnels couvrent une portion appréciable des assurés. Il faut souligner en particulier les provinces du Manitoba et de l'Alberta où les pourcentages respectifs sont de 85.4% et de 70.4%.

Il ressort qu'au Québec les régimes commerciaux occupent une place plus grande que dans la plupart des autres provinces. La concentration de l'industrie de l'assurance-maladie y est beaucoup moins marquée, en ce sens que les affaires sont partagées entre un plus grand nombre d'assureurs dont aucun ne détient une position aussi importante que ceux de d'autres provinces, comme celles de l'ouest, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Ecosse.

(1) Québec et Saskatchewan exclus.

TABLEAU V

NOMBRE DE PERSONNES ASSUREES EN VERTU DE REGIMES CONVENTIONNELS
ET PROPORTION DE CE NOMBRE PAR RAPPORT AU TOTAL DES ASSURES,
PAR PROVINCE, 1964. (1)

Province	Nombre total des assurés	Nombre de per- sonnes protégées par des régimes conven- tionnels	%
Terre-Neuve	86,032	22,532	26.1
Ile du Prince-Edouard	35,859	20,059	55.9
Nouvelle-Ecosse	344,423	208,293	60.4
Nouveau-Brunswick	341,845	214,104	62.6
Ontario	5,209,234	2,253,417	43.2
Manitoba	603,771	516,171	85.4
Alberta	914,673	643,773	70.4
Colombie Britannique	1,167,146	694,383	59.4
Total	8,702,983	4,572,732	52.5

(1) Dans la province de Québec, 1,011,249 sont assurés par des régimes à commandite médicale qui ne sont cependant pas de véritables régimes conventionnels.

Source: Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964. op. cit., pp. 5-14.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Nous avons cru intéressant de compléter ce chapitre par des données complémentaires concernant les personnes assurées en vertu des régimes privés et les opérations financières des sociétés engagées dans ce domaine. Ces renseignements sont présentés en trois parties.

Assurance contre les frais médicaux

Dans cette première partie, on trouve trois tableaux relatifs à l'assurance contre les frais médicaux seulement. Le premier concerne le nombre de personnes assurées en vertu des régimes à but non lucratif et des régimes commerciaux, dans la province de Québec, pour certaines années comprises entre 1955 et 1964. Le second rapporte le montant des primes perçues et des prestations versées en vertu de ces mêmes régimes et pour les mêmes années. Enfin le dernier tableau indique le nombre de personnes assurées, selon le type de régime et le degré de protection, pour la province de Québec en 1964.

TABLEAU VIASSURANCE CONTRE LES FRAIS MEDICAUX

Nombre de personnes protégées par les régimes à but non lucratif et par les régimes commerciaux, province de Québec, 1955, 1958, 1961 et 1964.

PERSONNES PROTEGEES				
Année	Régimes à but non lucratif	Régimes commerciaux	Moins double compte (1)	Total (chiffre net)
1955	660,846	981,000	71,761	1,570,085
1958	744,242	1,122,900	85,207	1,781,935
1961	839,712	1,380,611	110,222	2,110,101
1964	1,011,249	1,522,000	139,699	2,393,550

(1) Il s'agit du nombre de personnes qui détiennent plus d'une police d'assurance contre les frais médicaux.

Source: Assurance facultative contre les frais médicaux au Canada, 1955 à 1961. op. cit., pp. 80, 84 et 85.

Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964. op. cit., p. 9.

TABLEAU VII

ASSURANCE CONTRE LES FRAIS MEDICAUX

Primes perçues et prestations versées par les régimes à but non lucratif et par les régimes commerciaux, province de Québec, 1955, 1958, 1961 et 1964.

Année	PRIMES PERCUES			PRESTATIONS VERSEES		
	Régimes à but non lucratif	Régimes commerciaux	Total	Régimes à but non lucratif	Régimes commerciaux	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1955	5,814,117	n.d. (1)	n.d. (1)	4,721,876	6,326,900	11,048,776
1958	8,095,615	n.d. (1)	n.d. (1)	6,616,227	12,299,400	18,915,627
1961	15,491,684	n.d. (1)	n.d. (1)	12,467,911	20,606,197	33,074,108
1964	21,390,052	35,424,000	56,814,052	20,272,966	28,488,000	48,760,966

(1) n.d. non disponible

Sources: Assurance facultative contre les frais médicaux au Canada, 1955 à 1961. op. cit., pp. 80, 84 et 85.

Rapport statistique du Surintendant des assurances de la Province de Québec, Affaires 1964.

Pour les fins de l'étude, la Canadian Health Insurance Association, la Quebec Hospital Service Association et les Services de Santé du Québec nous ont directement procuré certaines données.

TABLEAU VIII

PERSONNES ASSUREES CONTRE LES FRAIS MEDICAUX

Nombre de personnes assurées selon le type de régime, le degré de protection, province de Québec, 1964.

REGIMES	Personnes assurées			Distribution procentuelle des personnes assurées(1)		
	Protection			Protection		
	Limitée	Complète	Total	Limitée	Complète	Total
A BUT NON LUCRATIF						
A commandite médicale	821,813	189,436	1,011,249	14.8	3.4	18.2
COMMERCIAUX	677,900	844,100	1,522,000	12.2	15.2	27.4
PUBLICS	nil	53,302	53,302	nil	1.0	1.0
Anciens combattants	nil	6,995	6,995	nil	0.1	0.1
Indiens	nil	23,907	23,907	nil	0.4	0.4
Affaires du Nord	nil	2,942	2,942	nil	0.1	0.1
Forces armées	nil	12,180	12,180	nil	0.2	0.2
Gendarmerie royale	nil	512	512	nil	0.0	0.0
Détenus	nil	2,212	2,212	nil	0.0	0.0
Marins malades	nil	4,554	4,554	nil	0.1	0.1
TOTAL (chiffre brut)	1,499,713	1,086,383	2,586,551	27.0	19.5	46.5
MOINS: double compte	-87,875	-51,824	-139,699	-1.6	-0.9	-2.5
TOTAL (chiffre net)	1,411,838	1,035,014	2,446,852	25.4	18.6	44.0

(1) Population totale en 1964: 5,562,000.

Source: Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964. op. cit., p. 9.

Assurance accident-maladie

Alors que les tableaux des pages précédentes se rapportent exclusivement à l'assurance contre les frais médicaux, ceux de cette seconde partie se rapportent à l'assurance accident-maladie qui, en plus des frais médicaux, couvrent les autres risques inhérents à la maladie ou aux accidents, comme la perte de revenu, la perte de membre, les frais hospitaliers, etc....

Le tableau IX indique le montant des primes recueillies par les compagnies à fonds social et les compagnies mutuelles, alors que le tableau X donne ces mêmes chiffres pour les sociétés de secours mutuels. Ces tableaux indiquent également la proportion des affaires des compagnies et sociétés québécoises, (i.e. celles dont le siège social est situé dans la province de Québec). En 10 ans, le volume des primes a plus que doublé pour les compagnies et il s'est accru de près de 90% pour les sociétés de secours mutuels. La régression marquée que l'on constate en 1961 est due à l'instauration du régime provincial d'assurance-hospitalisation.

En ce qui concerne les sociétés de secours mutuels, il est opportun de signaler que presque toutes sont limitées à un nombre très restreint de membres, car elles opèrent à l'intérieur d'une entreprise, d'une association, etc. Il n'y en a que trois dont les activités s'étendent à toute la province.

Le tableau XI nous fait voir que, sur un nombre total de 277 compagnies et sociétés de secours mutuels ayant fait des opérations d'assurance accident-maladie dans la province de Québec en 1964, il n'y en a que vingt dont le volume des primes ait atteint au moins \$1,000,000. La première colonne de ce tableau donne le chiffre des primes totales recueillies au Québec par ces sociétés, y compris les primes pour l'assurance-vie ou tout autre genre d'assurance offert par ces sociétés. Pour certaines, l'assurance accident-maladie constitue une partie importante et même la totalité de leurs affaires, pour plusieurs elle représente moins de 25% des primes totales perçues dans la province.

Il est intéressant de noter que les trois plus importants assureurs en accident-maladie ont perçu à eux seuls plus du tiers des primes totales. Si l'on additionne les primes perçues par les six plus importants, on arrive à un peu plus de la moitié.

Il convient de rappeler que les primes indiquées en assurance accident-maladie ne concernent pas seulement les soins médicaux. Selon des renseignements obtenus de quelques-unes des compagnies et sociétés il semble que la proportion des primes applicables aux frais médicaux proprement dits par rapport à l'ensemble des primes d'assurance accident-maladie est très variable d'un assureur à l'autre et n'est en aucun cas supérieure à 75%.

Le tableau XII indique pour 1964 le volume des primes perçues dans la province par les compagnies à fonds social et mutuelles ainsi que par les sociétés de secours mutuels dont le siège social est situé dans la province. Il y a un certain intérêt à citer ces chiffres qui indiquent que les neuf assureurs mentionnés dans ce tableau transigent un peu plus du tiers de toutes les affaires d'assurance accident-maladie qui se sont faites dans la province en 1964.

Contribution des employeurs

La grande majorité des assurés de la province (90.7%) (1) sont couverts par des polices de groupe émises le plus souvent à des employeurs ou à des associations d'employés groupés dans une même entreprise. La plupart des employeurs contribuent au paiement d'une partie des primes et même, parfois, certains la paient en entier. A partir d'informations obtenues d'assureurs, nous avons évalué à environ \$25,000,000. la contribution globale des employeurs en 1964, soit un peu moins de la moitié de la totalité des primes perçues par l'ensemble des assureurs dans la province.

(1) Renseignements obtenus de la Division de la recherche et de la statistique du Ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre Social.

TABLEAU IX

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Nombre, primes perçues et prestations versées, compagnies à fonds social et compagnies mutuelles, compagnies dont le siège social est situé dans la province, province de Québec, 1955-1964.

Année	Toutes les compagnies				Compagnies québécoises				
	Nombre	Primes \$	Prestations \$	% (1)	Nombre	Primes \$	Prestations \$	% (1)	% des affaires(2)
1955	138	35,788,261	25,379,617	70.9	14	1,922,133	1,407,726	73.2	5.4
1956	161	41,648,710	31,769,111	76.3	19	2,424,312	1,772,979	73.1	5.8
1957	163	51,527,884	40,149,875	77.9	20	3,268,578	2,545,981	77.9	6.3
1958	172	59,223,101	44,998,252	76.0	20	4,325,544	3,411,786	78.9	7.3
1959	179	63,920,136	49,458,037	77.4	21	6,041,970	4,916,659	81.4	9.4
1960	185	70,345,979	57,363,155	81.5	23	7,586,463	6,267,646	82.6	10.8
1961	192	59,794,133	40,464,557	67.7	27	7,219,508	4,927,546	68.3	12.1
1962	198	63,643,063	43,442,544	68.3	31	8,101,305	6,217,586	76.7	12.7
1963	207	68,326,466	50,578,750	74.0	34	9,292,620	7,568,457	81.4	13.6
1964	217	76,802,987	57,099,177	74.3	30	11,485,415	9,300,837	81.0	15.0

(1) Prestations versées par rapport aux primes perçues.

(2) Primes perçues par les compagnies dont le siège social est dans la province par rapport aux primes perçues par toutes les compagnies.

Source: Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

TABLEAU X

20

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Primes perçues et prestations versées par les sociétés de secours mutuels, province de Québec, 1955-1964.

<u>Année</u>	<u>Toutes les sociétés faisant des opérations dans la province de Québec</u>			<u>Sociétés dont le siège social est situé dans la province de Québec</u>		
	<u>Nombre</u>	<u>Primes (1)</u> \$	<u>Prestations</u> \$	<u>Nombre</u>	<u>Primes (1)</u> \$	<u>Prestations</u> \$
1955	67	15,272,645	14,677,554	54	15,085,929	14,475,158
1956	69	16,248,062	16,853,228	53	16,040,735	16,642,381
1957	65	20,848,247	19,226,517	50	20,651,359	19,019,668
1958	66	22,539,107	20,534,358	50	22,353,089	20,330,286
1959	60	25,277,446	24,728,593	44	25,068,758	24,512,454
1960	67	28,286,874	27,742,131	51	28,110,350	27,521,132
1961	64	21,380,580	18,912,402	48	21,157,118	18,770,297
1962	64	23,232,378	20,601,565	49	23,025,611	20,389,782
1963	63	25,073,543	25,376,081	47	24,871,824	25,233,484
1964	60	28,687,810	29,212,324	47	28,508,595	29,091,920

(1) En réalité, la somme des primes est plus élevée que la somme indiquée. Cela tient au fait que, d'après la loi, les sociétés de secours mutuels sont tenues de verser une partie (le plus souvent entre 10% et 25%) des primes à la "caisse générale", qui est utilisée pour défrayer les dépenses d'administration, de vente, etc. Les montants de primes indiqués ne sont donc que la partie des primes attribuée à la "caisse accident-maladie". Il est donc impossible de donner le rapport réel entre les primes et les prestations.

Source: Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

TABLEAU XI

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Primes totales et primes d'assurance accident-maladie perçues par les compagnies à fonds social, les compagnies mutuelles et les sociétés de secours mutuels dont le volume des primes a été de \$1,000,000. ou plus, province de Québec, 1964.

<u>Compagnies ou sociétés</u>	<u>Primes totales</u> \$	<u>Primes acci- dent-maladie</u> \$	<u>% (4)</u>
* Quebec Hospital Service Association (3)	21,993,812	21,993,812	100.0
Metropolitan Life Insurance Company (2)	60,247,083	8,683,825	14.4
* Les Services de Santé du Québec (3)	8,032,296	7,409,984	91.1
Great-West Life Assurance Company (1)	21,667,778	6,927,797	32.0
Zurich Insurance Company Limited (1)	7,923,320	5,217,781	65.9
Traders Insurance Company Limited (1)	7,732,597	4,892,472	63.3
London Life Insurance Company (1)	24,192,397	4,095,148	16.9
Confederation Life Association (1)	13,274,100	4,070,718	30.7
Continental Casualty Company (1)	3,600,002	3,376,253	93.7
* Sun Life Assurance Company of Canada (2)	36,093,413	3,197,618	8.9
Prudential Insurance Company of America (2)	23,966,095	3,128,658	13.1
* Industrial Life Insurance Company (1)	21,480,278	3,005,284	14.0
Combined Insurance Company of America (1)	2,620,441	2,438,844	93.1
* L'Assurance-Vie Desjardins (2)	13,615,750	2,373,336	17.4
Mutual of Omaha Insurance Company (2)	2,392,185	2,314,439	96.7
* La Société des artisans (3)	7,563,719	2,292,605	30.3
Aetna Life Insurance Company (1)	3,547,998	2,194,810	61.9
Mutual Life Assurance Company of Canada (2)	14,317,378	1,674,426	11.7
New York Life Insurance Company (2)	4,739,760	1,107,340	23.4
* Les Prévoyants du Canada (Vie) (1)	4,625,146	1,037,272	22.4

* Sièges sociaux situés dans la province de Québec.

(1) Compagnie à fonds social.

(2) Compagnie mutuelle.

(3) Sociétés de secours mutuels ou fraternelles.

(4) Proportion des primes accident-maladie par rapport aux primes totales.

Source: Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

TABLEAU XII

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Primes perçues et prestations versées par les compagnies à fonds social, les compagnies mutuelles et les sociétés de secours mutuels ayant leur siège social dans la province, province de Québec, 1964.

	<u>Primes</u> \$	<u>Prestations</u> \$
Compagnies à fonds social		
Industrial Life Insurance Company	3,101,300	2,580,046
Les Prévoyants du Canada	1,037,857	779,139
Autres (23 dont les primes sont inférieures à \$200,000)	762,456	533,236
SOUS TOTAL	<u>4,901,613</u>	<u>3,892,421</u>
Compagnies mutuelles		
Alliance, Compagnie Mutuelle d'assurance-vie	660,723	494,989
Assurance-Vie Desjardins	2,339,876	1,864,999
Quebec Mutual Life Insurance Company	338,611	260,819
Sun Life Assurance Company of Canada	3,220,808	2,763,811
Autre	23,784	23,798
SOUS TOTAL	<u>6,583,802</u>	<u>5,408,416</u>
Sociétés de secours mutuels		
Quebec Hospital Service Association(1)	21,993,812	20,505,704
Services de Santé du Québec(1)	7,409,984	6,369,979
Société des Artisans(1)	2,292,605	1,828,455
Autres (44 dont les primes sont inférieures à \$200,000)	390,594	387,782
SOUS TOTAL	<u>32,086,995</u>	<u>29,091,920</u>
GRAND TOTAL (77 assureurs)	<u>43,572,410</u>	<u>38,392,757</u>

(1) Pour ces sociétés, il a été possible d'obtenir la somme totale des cotisations perçues en 1964 sans déduction pour les frais d'administration, de vente, etc. Ceci explique que le sous total pour les Sociétés de secours mutuels ne correspond pas à celui indiqué au Tableau X. Voir note (1) de ce tableau.

Source: Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

CHAPITRE II

REGIMES PUBLICS

Il est indéniable qu'à l'heure actuelle au Québec l'assurance-maladie existe surtout dans le domaine privé par le truchement de nombreuses sociétés d'assurances. En outre, l'apport de nombreuses organisations bénévoles n'est pas à négliger dans ce domaine.

La présence de l'Etat se fait malgré tout sentir de plus en plus. Il existe en effet dans le domaine public plusieurs régimes de soins; les uns sous l'égide du gouvernement provincial, les autres sous celle du gouvernement fédéral.

GOVERNEMENT PROVINCIAL

Le gouvernement québécois procure aux citoyens du Québec des soins par l'entremise de deux types principaux de régimes: 1) un régime universel, 2) des régimes particuliers.

Régime universel

Seule l'assurance-hospitalisation revêt actuellement un caractère universel au Québec. Elle a été instituée dans notre province par une loi (1) sanctionnée le 15 décembre 1960 et c'est à partir du premier janvier 1961 que les résidents de la province ont commencé à profiter de ses avantages.

Objet

L'assurance-hospitalisation a pour objet de fournir gratuitement aux personnes admissibles les soins hospitaliers nécessaires.

Administration

L'administration de la loi a été confiée au Service d'assurance-hospitalisation, qui est partie intégrante du ministère de la Santé. Ce service est dirigé par un directeur général et deux assistants. Il comprend trois grandes divisions:

(1) 9-10 Elizabeth II, chapitre 78.

a) La division administrative:

Cette division, comme son nom l'indique, s'occupe de la partie strictement administrative: correspondance, préparation des formules, recherches, renseignements, vérification et codification de formules, etc. La division a reçu et codifié environ 1,200,000 formules en 1964 pour des patients hospitalisés ou traités en service externe.

b) La division des finances:

Elle a pour principale fonction de mettre en application les dispositions financières de la loi. Elle est chargée plus particulièrement de l'étude des prévisions budgétaires des hôpitaux publics, de l'approbation et de la revision de leurs budgets, de l'analyse de leurs états financiers et rapports statistiques annuels, de la détermination des taux forfaitaires des hôpitaux privés et des autres tâches connexes.

c) La division des normes hospitalières:

Sa principale fonction consiste à établir des normes applicables dans tous les hôpitaux et à en surveiller l'application. Son personnel visite les hôpitaux afin d'y rencontrer les autorités, discuter avec elles de leurs problèmes et besoins, s'assurer de l'observance des règlements, étudier les mesures propres à diminuer le nombre des hospitalisations non nécessaires ou à raccourcir certaines durées de séjour, et enfin, suggérer divers moyens susceptibles d'augmenter la qualité des soins fournis aux malades, ainsi que l'efficacité des services hospitaliers en général.

Couverture

Il y a lieu de distinguer entre les soins fournis aux malades hospitalisés et les soins fournis aux malades externes.

Hospitalisé

Hospitalisé signifie une personne admise dans un hôpital en conformité des règlements. Les soins qu'un tel malade peut recevoir gratuitement sont les suivants:

- 1) le logement et les repas dans une salle ordinaire;
- 2) les soins infirmiers nécessaires;
- 3) les travaux de laboratoire, de radiologie ou d'autres procédés de diagnostic avec les interprétations nécessaires pour maintenir la santé, prévenir la maladie et aider au diagnostic et au traitement de toute blessure, maladie ou infirmité;
- 4) les médicaments, les produits biologiques et les pré-

parations s'y rattachant qui, de l'avis du médecin sont nécessaires et administrés à l'hôpital en accord avec la pratique courante et les principes reconnus, à l'exclusion cependant des préparations vendues sous l'autorité de la Loi concernant les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés;

5) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, avec l'équipement et le matériel nécessaires;

6) le matériel ordinaire de chirurgie;

7) l'usage des installations de radiothérapie là où elles existent;

8) l'usage des installations de physiothérapie, là où elles existent;

9) les soins rendus par des personnes qui reçoivent à cet égard une rémunération de l'hôpital.

Malade externe

Malade externe signifie une personne autre qu'un hospitalisé et recevant des soins dans un hôpital. Les soins qu'un tel malade peut recevoir gratuitement sont les suivants:

1) l'ensemble des soins énumérés au paragraphe intitulé "hospitalisé":

a) lorsque ces soins sont fournis à des malades externes admis dans les cliniques dites de soins de jour ou de soins de nuit des services de psychiatrie des hôpitaux généraux;

b) lorsque ces soins sont fournis dans des hôpitaux de la province, dans les cas d'urgence, pour établir un diagnostic ou instituer un traitement dans les vingt-quatre heures qui suivent un accident.

2) l'électro-choc et l'insulino-thérapie, lorsque ces soins sont fournis dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux;

3) certaines interventions de petite chirurgie, lorsqu'elles sont pratiquées dans les hôpitaux de la province de Québec. Ceci inclut les examens radiologiques et les procédés de laboratoire nécessaires qui s'y rapportent directement, l'examen des tissus enlevés dans les hôpitaux pour fins d'examens histopathologiques, ainsi que les interprétations nécessaires dans chacun de ces cas;

4) les traitements de physiothérapie et de radiothérapie

(y compris la cobalthérapie, la radiumthérapie, la césium-thérapie et la thérapie aux radio-isotopes) pourvu qu'ils soient donnés dans des hôpitaux dont le service de physiothérapie ou de radiothérapie, selon le cas, est reconnu par le ministère de la Santé.

Exclusions

Les soins auxquels les résidents ont droit gratuitement ne comprennent pas les soins auxquels un résident a droit en vertu de l'une quelconque des lois suivantes du Parlement du Canada, savoir: La Loi sur l'indemnisation des employés de l'Etat, la Loi sur la défense nationale, la Loi sur la Gendarmerie Royale du Canada, la Loi sur les pensions, la Loi sur l'indemnisation des marins marchands, la Loi sur la réadaptation des anciens combattants, la Loi sur l'aéronautique, la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils ou en vertu de la Loi des accidents du travail.

Nécessité médicale

Un résident n'a droit de recevoir gratuitement les soins en tant qu'hospitalisé ou malade externe que si ces soins lui sont médicalement nécessaires.

Où un résident peut-il recevoir les soins?

Il y a lieu de distinguer entre les soins dispensés à l'hospitalisé et au malade externe.

Un résident hospitalisé peut recevoir les soins qui lui sont médicalement nécessaires dans un hôpital lié par contrat avec le Service d'assurance-hospitalisation, s'il se trouve dans la province, et dans un hôpital approuvé par l'autorité compétente, s'il se trouve à l'étranger.

Les soins dispensés à un malade externe ne sont assurés que s'ils sont fournis à un résident dans un hôpital de la province lié par contrat avec le Service d'assurance-hospitalisation.

Certaines catégories d'hôpitaux sont toutefois exclues et les soins reçus dans ces hôpitaux ne sont pas assurés. Ce sont:

- Les hôpitaux ou sanatoriums antituberculeux;
- Les hôpitaux ou institutions pour les personnes atteintes d'une maladie mentale;
- Les maisons de repos dites "nursing home", maisons pour vieillards, infirmeries ou autres institutions ayant pour objet de fournir des soins de garde.

Qui a droit aux soins assurés?

Seuls ont droit aux soins assurés, les résidents de la

province qui détiennent ce statut depuis au moins trois mois. Pour les fins de l'assurance-hospitalisation, un résident signifie une personne qui a légitimement droit de demeurer au Canada et qui a établi sa résidence dans la province et y est ordinairement présente, mais ceci ne comprend pas un touriste, un voyageur de passage ou un visiteur.

Un résident qui s'absente de la province pour un voyage d'affaires ou pour vacances continue à être protégé.

Un résident qui quitte la province pour aller résider en dehors du Canada perd son statut à son départ.

Un résident qui quitte la province pour aller résider dans une autre province continue à être protégé durant trois mois, plus une période ne dépassant pas un mois pour déménager son ancienne à sa nouvelle résidence. Ceci est nécessaire à cause de la période d'attente de trois mois qui existe dans presque toutes les provinces. La même chose vaut pour un résident d'une autre province qui vient établir sa résidence dans notre province.

Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un résident reçoit des soins assurés comme patient interne dans un hôpital au Canada, en dehors de la province, le ministre rembourse à ce résident, ou à la personne ayant payé pour lui, le prix de ces soins, ou le ministre paie directement l'hôpital pour ces soins, à condition que

- a) l'hôpital situé hors de la province et ayant donné le traitement soit un hôpital fédéral ou un hôpital muni d'un permis ou approuvé par une autorité gouvernementale chargée de reconnaître les hôpitaux, si cet hôpital est sous la juridiction de telle autorité, ou soit approuvé par le ministre au cas où cette autorité n'existe pas;
- b) le paiement soit fait au taux établi pour le séjour dans une salle ordinaire d'une personne assurée dans la province où l'hôpital est situé.

Lorsqu'un résident reçoit des soins assurés dans un hôpital situé en dehors du Canada, le montant à payer est celui prévu au tarif de cet hôpital à moins qu'il ne dépasse

- a) \$25.00 par jour pour les adultes et les enfants,
 - b) \$ 5.00 par jour pour les nouveaux-nés,
- auquel cas ces montants seulement seront payés.

Financement

Le coût de l'assurance-hospitalisation est entièrement

financé par le gouvernement provincial à même ses revenus généraux.

Régimes particuliers

Certains autres régimes existent ou sont sur le point d'être mis en vigueur qui n'ont toutefois qu'un caractère fragmentaire.

Accidents du travail

Organisme administratif

En vertu de la Loi des Accidents du Travail (1), un organisme est formé qui a pour nom "La Commission des Accidents du Travail de Québec". Cet organisme est une corporation revêtue de tous les droits et pouvoirs appartenant en général aux corporations. Elle a son siège social à Québec et est composée de cinq membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Elle est présidée par un juge de district.

Rôle

La Commission administre une caisse qui sert à défrayer le coût des compensations ou de l'assistance médicale aux accidentés du travail. Elle opère aussi un centre de réadaptation à Québec.

La Commission, de plus, détermine le taux des cotisations qui doivent être payées par les employeurs assujettis à la loi, de même que le montant des compensations à être versées aux accidentés dans le cadre prévu par la loi.

Admissibilité

L'ouvrier victime d'un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail dans un emploi visé par la loi a droit à la compensation prévue par la loi sauf:

- a) pour les trois premiers jours d'invalidité;
- b) si la lésion est imputable uniquement à son imprudence grossière et volontaire à moins qu'elle n'entraîne la mort ou une incapacité grave.

(1) S.R.Q. chapitre 159.

Participation des employeurs

Les employeurs dans les industries énumérées à la cédule I de la loi doivent contribuer à la caisse de la Commission mais ne sont pas tenus personnellement de payer la compensation.

Les employeurs dans les industries énumérées à la cédule II de la loi ne contribuent pas à la caisse et sont personnellement tenus de payer la compensation. La Commission peut toutefois les obliger à assurer leurs ouvriers et à les tenir assurés contre les accidents pour lesquels ils peuvent être tenus de payer une compensation, dans une compagnie d'assurance qu'elle approuve et pour une somme qu'elle détermine.

Prestations payables

La Commission, dans le cas de la cédule I, ou l'employeur ou son assureur dans le cas de la cédule II, paiera les frais médicaux, hospitaliers, funéraires, de réadaptation, ou une compensation.

Des prestations en espèces sont versées à compter du 4e jour d'invalidité. Le montant en sera établi en tenant compte du salaire gagné par l'ouvrier avant l'accident.

Financement

Seuls les employeurs contribuent et il leur est interdit de retenir, recevoir ou percevoir de l'ouvrier une contribution quelconque. En 1963, les accidentés du travail couverts par la cédule I ont reçu des soins médicaux dont le coût s'est élevé à \$6,761,800. (1).

Prévention et traitement de la tuberculose

Le gouvernement provincial s'occupe du dépistage des cas de tuberculose, et supporte les frais d'hospitalisation des tuberculeux. Une somme d'environ \$6,000,000. a été dépensée à ces fins en 1964-65.

Malades mentaux

Le gouvernement provincial paie la totalité du coût des soins de santé nécessaires (y compris l'hospitalisation) aux personnes indigentes atteintes de maladie mentale.

(1) Comptes Publics 1963-64, province de Québec, p. 717.

Assistance publique

Le gouvernement provincial paie des sommes considérables pour le maintien en institutions de personnes âgées nécessiteuses. Une partie de ces sommes est consacrée au paiement de soins de santé.

Régime pour les assistés sociaux

Le gouvernement de la province a annoncé, à plusieurs reprises, son intention d'établir, au printemps de 1966, un régime de soins pour les bénéficiaires d'assistance sociale. Cette mesure protégera une partie de la population nettement défavorisée.

Le gouvernement a formé deux comités. L'un est chargé de la mise en application du régime et l'autre de négocier avec la profession médicale, l'établissement d'un tarif d'honoraires pour les médecins.

On prévoit qu'environ 350,000 personnes seront protégées par cette mesure à caractère temporaire. Un régime universel devant être mis sur pied au cours de 1967, le régime particulier dont il est ici question aura une durée approximative de 15 mois.

GOUVERNEMENT FEDERAL

Les mesures sous l'égide du gouvernement fédéral sont de nature fragmentaire seulement. Seuls certains groupes de personnes peuvent obtenir des soins en vertu de ces mesures. Parmi les groupes les plus importants, on trouve les indiens, les membres des forces armées, les membres de la gendarmerie royale, et les anciens combattants. Le nombre total de ces personnes est peu élevé et représente moins de 1% de la population.

Les indiens et les esquimaux

Les esquimaux, et les indiens qui demeurent dans les réserves sont admissibles à l'assurance-hospitalisation. S'ils sont incapables de payer eux-mêmes pour les autres soins dont ils ont besoin, le gouvernement fédéral les leur fournit gratuitement ou les acquitte pour eux.

Les membres des forces armées et de la gendarmerie royale

Le gouvernement fédéral paie la totalité du coût des soins pour ces personnes. Cette mesure ne s'applique pas toutefois à leurs dépendants.

Les anciens combattants

Le gouvernement fédéral fournit les soins aux anciens combattants à qui il paie une pension pourvu que:

- 1) la pension ait été accordée pour raison de maladie ou blessure;
- 2) les soins aient été rendus nécessaires par la maladie ou blessure pour laquelle ils reçoivent une pension.

Il convient de mentionner ici que le gouvernement fédéral paie pour les soins dispensés aux récipiendaires de l'allocation aux anciens combattants (War Veterans' Allowance).

CHAPITRE III

ORGANISMES BENEVOLES

Nature et champ d'action

En plus des services organisés par le gouvernement et l'entreprise privée dans le domaine de la santé, il existe de nombreux autres organismes de caractère bénévole qui s'occupent des soins aux malades et aux invalides ainsi que de la recherche et de l'enseignement.

Ainsi que le fait remarquer la Commission Hall, ces organismes bénévoles peuvent être groupés en deux catégories en ce qui a trait à leurs buts et à leur composition:

"1) l'organisme dont les membres sont des particuliers, établi par des particuliers pour dispenser les services à d'autres gens et représentant la philanthropie privée sous sa forme familière;

"2) l'organisme dont les membres sont des malades, établi par des malades, leurs parents ou leurs amis pour dispenser des services à ces mêmes malades" (1).

La liste des activités de ces organismes est très impressionnante et s'étend à des domaines tels que: le dépistage des maladies et des infirmités, les soins, les médicaments, les prothèses, la contribution aux dépenses d'investissement et d'exploitation de certains hôpitaux, la réadaptation, la santé mentale, les soins dentaires aux indigents, la transfusion sanguine, les soins à domicile, la recherche, l'enseignement professionnel, l'éducation sanitaire, etc....

En fait, ces organismes bénévoles sont eux-mêmes très nombreux. Nous n'avons pas de données précises pour la province de Québec, mais l'édition de 1965 du "Canadian Medical Directory" donne une liste de près de 50 organismes bénévoles ayant une envergure nationale (2).

(1) Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine, Vol. I, 1964, p. 331.

(2) Canadian Medical Directory. Eleventh annual. Toronto, Seccombe House, 1965.

Mérites des organismes bénévoles

Ces organismes ont en général le mérite de constater les besoins et de prendre des mesures dans les domaines où des services publics sont inexistantes.

De telles initiatives seront toujours nécessaires, et il ne faudrait pas croire que l'avènement d'un régime de soins, si complet soit-il, puisse en éliminer la nécessité. En fait, ces organismes continueront à rendre des services essentiels:

- "1) en déterminant les secteurs qui présentent des problèmes et en attirant l'attention sur eux,
- "2) en assurant rapidement au moins certains secours,
- "3) en établissant des méthodes permettant de résoudre certains problèmes, et
- "4) en participant avec le gouvernement à certains programmes". (1)

Complémentarité et coordination

Ce que nous venons de dire toutefois nous permet de réaliser le rôle complémentaire que jouent les organismes bénévoles par rapport aux initiatives gouvernementales et montre, par le fait même, la nécessité d'une coordination entre ces deux niveaux d'action.

Si l'on s'en rapporte à l'expérience qu'ont connue d'autres pays, on s'aperçoit que la création de régimes publics de soins ne diminue pas le rôle de l'initiative bénévole bien qu'elle puisse le modifier. La variété et la faculté d'adaptation de ces organismes leur donne une souplesse qui constitue une de leurs caractéristiques importantes.

Les mesures, tant publiques que privées dans le domaine de la santé, deviennent de plus en plus nombreuses et complexes, ce qui augmente d'autant cette nécessité d'adaptation et de coordination. Le Conseil canadien du bien-être a certainement constaté cette nécessité puisqu'il propose dans son mémoire à la Commission Hall, la création de comités de planification régionaux, provinciaux et national où seraient représentés les organismes bénévoles, le gouvernement et les intérêts privés dans le but de

(1) Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine. 2v., 1964-1965.

coordonner tous les efforts dans le domaine de la santé (I).

(I) Canadian Welfare Council - Better Health Care for Canadians. Submission to the Royal Commission on Health Services. Ottawa, 1962. 142p.

1870

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

BIBLIOGRAPHIE

- Assurance facultative contre les frais médicaux au Canada - 1955 à 1961. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, mai 1963. 155p. (Série des soins de santé. Mémoire no 17).

CANADA. Department of National Health and Welfare - Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964. Ottawa, July 1965. 31p. (document photocopié).

- Canadian Medical Directory. Eleventh annual. Toronto, Seccombe House, 1965.

CANADIAN WELFARE COUNCIL - Better Health Care for Canadians. Submission to the Royal Commission on Health Services. Ottawa, 1962. 142p.

- Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine. 2v., 1964-1965.

- Rapport annuel du Surintendant des assurances de la province de Québec. Compagnies d'assurance et Sociétés de secours mutuels. 1956-1964.

- Rapport statistique du Surintendant des assurances de la province de Québec. Affaires 1964. 94p.

- Survey of Voluntary Health Insurance in Canada. Estimated Number of Persons Insured (Including Dependents of Insured Persons) as at December 31, 1963 and as at December 31, 1964. Toronto, Canadian Conference on Health Care. (document photocopié)

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : REGIMES PRIVES.....	3
- Historique.	
- Champ d'application.	
- Couverture.	
- Renseignements complémentaires.	
CHAPITRE II : REGIMES PUBLICS.....	23
- Gouvernement Provincial.	
- Gouvernement Fédéral.	
CHAPITRE III : ORGANISMES BENEVOLES.....	33
BIBLIOGRAPHIE.....	37



INDEX OF MATTERS

188

INTRODUCTION.....

CHAPTER I. GENERAL PRINCIPLES.....

- Principles
- Classification
- General Principles
- Special Principles

CHAPTER II. MEDICAL HISTORY.....

- General Principles
- Special Principles

CHAPTER III. MEDICAL JURISPRUDENCE.....

APPENDIX.....



