



QUÉBEC

DÉBATS

**Comité mixte
de
l'Assemblée législative
et du
Conseil législatif**

SIXIÈME SESSION – 27^e Législature

Les 10, 15, 16 mars 1966

L'assurance-maladie

Présidents: l'hon. George-C. Marler, c.l.
M. Roger Roy, m.a.l.

L'ASSURANCE-MALADIE(Dix heures et demie de l'avant-midi)

M. MARLER: Alors messieurs, nous avons le quorum, nous allons commencer. Si j'ai bien compris l'agenda, il ne reste qu'une question à étudier. Alors, je cède la parole à M. Morency.

M. MORENCY: M. le Président, il y a encore la question de la Croix Bleue. Comme je vous l'ai dit hier, ils devaient me rappeler, ils m'ont rappelé et, ils demandent encore s'il y a moyen de faire une remise à plus tard, dans trois semaines à peu près, sous prétexte que le Président M. Mulligan est à l'extérieur du pays. J'ai répondu à ces gens que je ferais rapport de nouveau ce matin. Alors, je vous demande, ce que je dois leur dire. Est-ce qu'on doit insister pour qu'ils viennent mardi? Comme vous le savez le même cas s'est présenté pour Canadian Health; nous avons insisté, et ils ont dit qu'ils seraient ici mardi après-midi. La Croix bleue, l'Association d'hospitalisation du Québec devraient normalement être ici mardi soir.

M. KENNEDY: M. le Président, est-ce qu'ils vous ont dit où il était, le Président?

M. MORENCY: Non!

M. BLANK: Faites pour la Croix bleue comme vous avez fait avec Canadian Health. Si M. Mulligan a quelque chose à ajouter, lorsqu'il sera de retour dans trois semaines, on pourrait lui donner une chance de dire quelques mots à ce moment-là. Mais je pense que ça n'a pas de bon sens d'insister avec Canadian Health et de ne pas insister avec la Croix bleue.

M. MARLER: Personnellement, je suis d'avis — et il s'agit n'est-ce pas de faire des commentaires sur des mémoires déjà produits devant le comité de recherches — que nous pouvons dire à la Croix bleue, ou à d'autres qui sont dans une situation semblable: si vous n'êtes pas satisfaits de votre exposé devant le comité la première fois, si, après mûres réflexions, vous constatez qu'il y a des lacunes dans les représentations que vous avez faites, vous serez toujours les bienvenus devant le comité pour avoir un deuxième tour.

Quant à nous, si nous constatons, après avoir écouté les autres, qu'il y a des questions

que nous voulons vous poser, nous allons vous convoquer à nouveau. Mais en l'occurrence peut-être que nous avons été exigeants avec le Canadian Health Association; je crois que, vu notre insistance auprès de ces gens-là, il serait très difficile d'adopter une autre ligne de conduite avec la Croix bleue. Et je pense que nous avons dit assez fermement: « Voulez-vous venir s'il vous plaît mardi pour discuter le mémoire que vous avez déjà présenté et, au cas où vous ne seriez pas satisfaits, vous aurez une autre occasion de revenir devant le comité. »

Est-ce que le comité est d'accord?

DES VOIX: Oui.

M. MORENCY: Alors, je vais communiquer avec lui et au début de la séance, cet après-midi, on vous distribuera le programme des audiences pour les trois prochaines semaines.

M. MARLER: Avons-nous reçu tous les mémoires qui ont été... vous en avez déjà, je ne parle pas depuis la semaine passée, mais nous avons reçu des copies, n'est-ce pas, des mémoires que vous avez reçus avant la création de ce comité?

M. MORENCY (secrétaire): Oui, il y en avait, si ma mémoire est juste, 22. Vous les avez reçus, je crois.

M. MARLER: Je note qu'il y en a un, je n'ai pas même ouvert le paquet.

M. MORENCY (secrétaire): Il y en a un qui est arrivé hier ou avant-hier et nous ne l'avons pas encore distribué. Mais je vais le distribuer d'ici une couple de jours. Evidemment, il va y en avoir d'autres et au fur et à mesure qu'ils arriveront, ils vous seront distribués.

M. MARLER: Voulez-vous alors revenir à notre cédule. C'est le volume 5, n'est-ce pas, que Mlle Beaudoin doit nous expliquer?

Je dois dire au comité que c'est la première fois que nous avons l'avantage d'avoir une explication de la part du sexe féminin. C'est un grand plaisir surtout pour les conseillers législatifs. Evidemment, nous savons que, quant aux députés, ils ont l'avantage de recevoir les gardes-malades. Nous sommes moins favorisés dans le sens du nombre mais je ne doute pas que nous ayons la qualité chez nous ce matin.

Mlle BEAUDOIN: M. le Président, Messieurs. Comme vous le constatez, le volume 5 traite des régimes d'assurance-maladie des

provinces de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario.

Si on veut essayer de faire ressortir les caractéristiques principales de chacun de ces régimes, on peut les grouper en deux catégories. Alors, d'un côté on trouve la Saskatchewan qui a un régime étatique et de l'autre côté, on trouve les régimes de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario où les sociétés privées d'assurance-maladie jouent un rôle important. On peut caractériser le régime de la Saskatchewan de la façon suivante: En premier lieu, il s'applique à toute la population, c'est-à-dire que pour les résidents de cette province, il y a obligation de s'assurer. En second lieu, les résidents de la province sont personnellement responsables du paiement d'une prime. Cette prime ne couvre qu'une partie du coût du régime, alors que le reste provient des revenus généraux de la province. Et en troisième lieu, le régime est administré par une commission gouvernementale sur laquelle la profession médicale est représentée.

Dans le cas des trois autres provinces, et nous allons surtout insister sur le régime de l'Alberta, parce qu'il est en vigueur depuis un peu plus longtemps. Celui de la Colombie-Britannique, essentiellement, est semblable à celui de l'Alberta et celui de l'Ontario, comme vous le savez, n'est pas encore en vigueur.

Si l'on compare le régime de ces trois provinces avec celui de la Saskatchewan, on constate que le gouvernement joue un rôle très différent. Comme, dans ces provinces, une proportion de la population était assurée avant que le gouvernement entre en ligne de compte, et que cette proportion de la population assurée était très importante, le gouvernement a cru bon de ne jouer qu'un rôle supplétif dans l'assurance-maladie. C'est ainsi que son rôle s'est surtout limité à intervenir afin de faciliter aux résidents de ces provinces la possibilité de s'assurer.

Alors on peut dire, en définitive, que les sociétés privées d'assurance-maladie demeurent pour une bonne part responsables de l'administration de l'assurance-maladie.

Maintenant, si on veut passer plus en détail le régime de la Saskatchewan, en reprenant le volume 5 à la page 5, c'est-à-dire le chapitre 1 de l'assurance-maladie en Saskatchewan, on s'aperçoit que c'est en décembre 1959 que l'honorable Douglas a annoncé que son gouvernement se préparait à intervenir dans le domaine de l'assurance-maladie.

Dans cette déclaration du mois de décembre 1959, le premier ministre a en même temps énoncé les grands principes sur lesquels il vou-

lait que le régime se fonde.

En premier lieu, le régime d'assurance-maladie devait être administré par un organisme public. Les résidents de la province devaient contribuer en payant une prime dont le montant devait être à un niveau qui permettrait à la plupart des gens de verser cette somme. Le régime devait être universel c'est-à-dire s'appliquer à toute la population.

Ce sont les principales caractéristiques à partir desquelles un comité, qui était consultatif et représentatif, devait travailler pour ensuite soumettre un rapport au gouvernement sur les principales modalités que ce régime-là devait avoir.

A ce moment même, des difficultés se sont posées du côté des médecins parce que le Collège des médecins et chirurgiens était, d'avance, opposé aux trois principes suivants: administration publique, universalité et prime obligatoire. Alors, en définitive, il y a eu des négociations entre le gouvernement et le Collège et finalement le Collège a accepté de siéger sur ce comité. Après un an de travail, le comité en question a remis son rapport au gouvernement.

Le rapport respectait les principes qu'on avait énoncés au point de départ, mais les représentants du Collège des médecins et de la Chambre de commerce soumièrent un rapport minoritaire, disant entre autres que: « L'adhésion au régime devait être facultative, que le régime devait être administré par les sociétés privées d'assurance-maladie, et que le gouvernement devait contribuer au paiement de la prime des personnes à faible revenu et de celles âgées de 65 ans et plus ». Peu de temps après que ce rapport eut été soumis au gouvernement, un projet de loi a été préparé et présenté en Chambre et aussitôt après, le Collège — ceci se trouvait en octobre 1961 — a manifesté son opposition aux aspects essentiels du régime et a déclaré que si le régime n'était pas modifié, les médecins refuseraient de pratiquer sous un tel régime. En octobre 1961, les médecins s'opposent déjà au régime que le gouvernement veut mettre sur pied.

M. MARLER: Mlle Beaudoin, est-ce que je dois comprendre qu'à ce moment-là, il y avait, à ce stage du projet, obligation pour les médecins d'adhérer au plan ou d'en faire partie?

Mlle BEAUDOIN: Tout au long, l'adhésion au régime n'était pas obligatoire pour les médecins. C'était sur les modalités mêmes.

M. MARLER: L'objection de principe.

MLLE BEAUDOIN: L'objection de principe à une obligation. D'octobre 1961 à juillet 1962, alors que les médecins ont déclaré la grève le 1er juillet 1962, il y a eu une série de pourparlers entre le gouvernement et les médecins. Les deux parties ont accepté certains compromis, mais sur les points essentiels, aucune des parties n'a cédé de terrain. Les médecins qui avaient déclaré qu'ils entreraient en grève le 1er juillet, si le régime n'était pas modifié dans ses aspects principaux, mirent leur menace à exécution.

Afin de pallier les effets les plus désastreux d'une grève de ce genre, les médecins ont mis sur pied des services d'urgence qui ont permis à la population de pouvoir recevoir les soins médicaux nécessaires pendant cette période, il faut dire que la grève a duré trois semaines et Lord Taylor, médecin britannique, est venu en Saskatchewan et a agi comme conciliateur. Enfin, une entente est survenue entre le gouvernement et le Collège des médecins. Cette entente porte le nom de Saskatoon Agreement et constituait en définitive une formule de compromis entre les positions initiales du gouvernement et celles du Collège.

Alors, le Collège a accepté un régime universel obligatoire, financé partiellement par taxation, et administré par l'autorité publique. De son côté, le gouvernement a accepté la participation des sociétés privées d'assurance-maladie en même temps que l'addition de trois médecins sur la commission qui était chargée d'administrer le régime.

Le gouvernement a également donné certaines garanties au sujet de ses intentions, à savoir que les libertés et les droits des médecins seraient respectés comme le libre choix du malade pour son médecin et vice-versa, libertés de prescriptions, respect du secret professionnel, etc.

Ce qui a entraîné une grève de ce genre-là en Saskatchewan, c'est probablement le fait que là-bas, il s'agissait d'un changement assez substantiel dans l'assurance-maladie. Parce que dans cette province-là, en 1961, soit l'année qui précédait l'introduction du régime gouvernemental, la proportion de la population de cette province qui était assurée était relativement faible.

L'assurance-maladie protégeait un petit nombre de personnes, le gouvernement se préparait à faire un pas où la population assurée passait d'un coup de 35% à 100%, ce qui était, dans l'espace d'une année ou deux, un changement majeur.

M. TREPANIER: Quelle était la population assurée auparavant, 35?

MLLE BEAUDOIN: ... c'était 37.1% je crois. Cela c'était déjà un changement majeur. En second lieu, il reste qu'en Amérique du Nord, c'était le premier régime du genre que l'on se préparait à mettre sur pied, ce qui fait que de la part des médecins, certaines craintes justifiées ou non ont surgi, c'est-à-dire qu'ils craignaient l'ingérence gouvernementale au fond, dans la façon de pratiquer la médecine, en même temps qu'ils considéraient comme un danger le fait que leurs revenus proviendraient d'une seule source de fonds. Ce sont probablement ces facteurs-là, les facteurs émotionnels, qui ont fait que les attitudes se sont durcies d'un côté et d'autre et qu'on en est venu à un conflit de ce genre.

Le régime de l'assurance-maladie est administré par une commission. Cette commission dont le nombre varie entre sept et onze membres comprend trois médecins dont les noms sont suggérés par le collège. Un médecin est un spécialiste, un deuxième un omnipraticien et un troisième, un professeur à plein temps de la faculté de médecine de l'université de la Saskatchewan.

Maintenant, les pouvoirs de la commission: la commission comme telle est responsable de l'administration de la caisse de l'assurance-maladie et du paiement des soins assurés. Déjà depuis le début de 1962 à 1966, pendant ces trois années-là, il y a eu une évolution dans le rôle que la commission joue. Au début, il avait été entendu entre le gouvernement et le collège que cette commission serait un organisme purement administratif ou, en d'autres termes, un organisme payeur. Mais ce qui s'est produit, c'est qu'en fait, comme pour une proportion importante, le coût du régime provient des revenus généraux, il est devenu clair que la commission ne pouvait pas payer les réclamations pour les demandes de prestations, comme ça, sans poser de questions. Parce qu'il était clair que, dans certains cas, il y avait des abus soit de la part du consommateur, soit de la part du médecin, de sorte que la commission a été amenée à se préoccuper de plus en plus de la question de contrôle des coûts, à laquelle on peut rattacher le problème du contrôle de la qualité des soins.

Lorsque la commission a commencé ses opérations, elle fonctionnait indépendamment au collège. D'autre part et peu à peu, à cause justement de cette préoccupation du contrôle des coûts, les liens ont commencé à renaître tranquillement entre la commission et le Collège parce que cette question de contrôle, de l'activité professionnelle des médecins dont le Collège en définitive est responsable, empêchait les deux organismes de fonctionner de façon parallèle sans aucune espèce d'interac-

tion. A l'heure actuelle, les relations s'améliorent sans cesse entre les deux groupes en question.

Le fait que le gouvernement ait accepté que les sociétés privées d'assurance-maladie continuent à jouer un rôle a entraîné des procédures pour les paiements des demandes de prestations, qui à première vue, peuvent sembler un peu compliquées. Pour le médecin, il existe trois façons d'être payé. Ces trois façons-là sont décrites à la page 11, le no 4 concerne un cas un peu particulier. Le médecin d'abord soigne un malade, peut envoyer ses comptes directement à la commission qui le rembourse, qui le paie à 85% du tarif minimum d'honoraires du Collège des médecins. Comme les sociétés privées continuent à jouer un rôle, c'est-à-dire qu'un certain nombre de médecins en même temps qu'un certain nombre de malades sont inscrits à ces sociétés, le médecin qui soigne un malade qui appartient à cette même société envoie son compte à la société; celle-ci transmet le compte à la commission, qui paie la société qui à son tour paie le médecin. En définitive, les sociétés jouent une sorte de rôle d'intermédiaire entre la commission et le médecin ou le malade selon que, dans un cas ou l'autre, le médecin ou le malade ne veulent rien avoir à faire avec la commission.

M. TREPANIER: Il n'y a aucun avantage pour le patient de faire partie de la société d'assurance, la société privée d'assurance.

Mlle BEAUDOIN: Oui, d'une certaine façon, si le médecin traitant de cette personne-là appartient à cette société. Parmi les interactions qui peuvent exister entre la commission, les sociétés, médecins, malades, disons qu'il y a différentes possibilités justement à cause de ces trois organismes en place. Si, par contre, le médecin et la malade n'appartiennent pas à la société, déjà on assiste à un type de complication mais il est possible pour le malade d'être payé directement par la commission. En définitive, on utilise le tiers payant, c'est-à-dire la commission; la commission paie les médecins mais il est possible aussi qu'un malade aille chez son médecin, le paie et se fasse rembourser après ça par la commission.

C'est une formule de compromis, qui a été acceptée par le gouvernement, que de laisser en opération les sociétés privées. Toutefois, les sociétés privées, évidemment, ne vendent aucun contrat d'assurance-maladie. L'existence de ces sociétés complique d'une certaine façon le processus administratif. Seulement, c'est un point majeur que les médecins voulaient garder ces sociétés-là, le gouvernement a ac-

cepté. Il semble qu'après un certain temps, ça ne pose pas tellement de complication. En fait, tout le monde sait comment ça fonctionne.

M. COITEUX (Duplessis): Il est impossible à un patient, s'il voulait, de se protéger de certaines choses qui ne sont pas du type privé, les deux sociétés que vous mentionnez ne peuvent pas assurer pour les ...

Mlle BEAUDOIN: Oui, les sociétés ne peuvent pas vendre le contrat qui couvrirait les mêmes soins que le régime gouvernemental. Mais pour certains bénéfices supplémentaires, les gens peuvent s'assurer pour ces soins-là, comme pour les infirmières en service privé, l'oxygène et l'ambulance, des soins de ce type-là, médicaments aussi.

Le rôle des sociétés privées est très restreint et je pense qu'on pourrait le qualifier de psychologique avant tout. Mais quand même, il resque que sur le nombre total de demandes de prestations qui ont été faites à la commission, il y en a plus de 60% qui viennent de ces deux sociétés d'assurance-maladie. Il semble que depuis le début du régime, ce pourcentage-là ait tendance à diminuer.

Maintenant, je pense qu'on peut passer rapidement, à l'organisation de la commission. On y trouve quatre services: service administratif; service de prestations, c'est-à-dire les services qui effectuent le paiement de toutes les demandes de prestations qui sont faites à la commission; le secrétariat médical, composé de médecins qui sont appelés à cause de leurs connaissances médicales à servir d'experts, de consultants sur tous les problèmes où leurs connaissances sont requises en même temps qu'un service de recherche.

M. TREPANIER: Le service administratif ne s'occupe pas, je pense, de percevoir les primes?

Mlle BEAUDOIN: Je dois dire qu'en Saskatchewan, les gens paient également une prime pour l'assurance-hospitalisation. La prime qui est perçue pour l'assurance-hospitalisation et celle pour l'assurance-maladie, les deux primes, sont perçues en même temps et par un organisme différent de la Commission de l'assurance-maladie.

M. COITEUX (Duplessis): C'est perçu à la source?

Mlle BEAUDOIN: Non, c'est un montant

annuel fixe. Enfin, il y a différentes possibilités de versements. On peut payer en une seule fois, en deux versements, trois ou quatre.

M. COITEUX (Duplessis): Mais il n'y a pas de retenue directement chaque semaine, tous les quinze jours aux listes de paie?

MLLE BEAUDOIN: Non.

M. FORTIN: Mademoiselle, c'est universel, ça. Mais si quelqu'un ne peut pas payer sa prime, qui paie pour?

MLLE BEAUDOIN: En Saskatchewan, il existe un régime spécial pour les assistés sociaux. Ceux-ci sont couverts. Pour vraiment être couvert, il faut avoir payé la prime. Il y a des pénalités qui sont attachées au fait de ne pas payer cette prime, entre autres, les gens ne sont pas couverts, etc.

M. FORTIER: Mais il y a tout de même une commission qui paie les primes de ceux qui n'ont pas les revenus suffisants pour la payer? Les indigents!

MLLE BEAUDOIN: Dans le ministère de la Santé, il y a un service qui s'occupe des assistés sociaux. D'ailleurs, le service existe depuis au-delà de 20 ans. Evidemment, il y a des cas marginaux, des gens qui ne font pas partie des assistés sociaux, qui ont des revenus peu élevés. Certaines municipalités sont responsables du paiement de la prime de ces personnes.

Au point de vue du statut du médecin, c'est-à-dire, quel rôle il joue dans l'administration de l'assurance-maladie, on peut le résumer en deux points. D'abord, le médecin comme tel participe à l'administration du régime parce qu'il est représenté à la commission. La commission comprend un minimum de trois médecins, jusqu'à une possibilité totale de sept médecins. Alors, il y a toujours entre trois et sept personnes membres de la commission qui sont des médecins. Et ensuite, l'autre manière dont les médecins jouent un rôle, c'est une participation indirecte qu'ils ont au contrôle des coûts. Ce qui se produit, c'est qu'évidemment le service de prestations de la commission d'assurance-maladie se trouve à compiler un nombre assez important de données concernant, et les médecins, et les malades. A partir de ces données, il est possible de tracer ce qu'ils appellent le « profil » des médecins.

Les médecins sont groupés selon certaines caractéristiques et quand un médecin a une pratique qui est vraiment différente de l'ensemble

des médecins, le cas de ce médecin est référé au Collège des médecins. C'est une espèce de lien qui se crée entre les deux, c'est que la commission recueille les informations et, dans le cas de médecins qui ont l'air d'avoir une pratique médicale assez différente des autres médecins, ou, enfin, la commission soupçonne qu'il se passe quelque chose de pas très orthodoxe de ce côté-là, elle réfère le cas au Collège des médecins qui a possibilité soit d'enlever le permis d'exercice, soit de dire à la commission d'appliquer certaines sanctions concernant le paiement des demandes, des réclamations de ce médecin-là en particulier.

En ce qui concerne le financement et les coûts, le régime défraie ses coûts à partir de deux sources principales de fonds, la prime que les gens paient et les revenus généraux de la province.

M. COITEUX: L'employeur n'est aucunement impliqué dans le paiement des primes?

MLLE BEAUDOIN: Non, en aucune façon. Vous voyez à la page 18 du volume V le petit tableau dans le bas de la page où on trouve la montant des primes que les individus paient; le montant est inscrit pour l'assurance-maladie et pour l'assurance-hospitalisation ainsi que pour le total. En 1965, une personne seule payait une prime de \$12 pour l'assurance-maladie et \$24 pour l'assurance-hospitalisation, ce qui constituait un total de \$36 pour l'année pour être assuré pour les soins médicaux et hospitaliers.

M. VAILLANCOURT: \$24, ça comprend un homme marié avec sa famille?

MLLE BEAUDOIN: Non, c'est pour une personne seule. Pour les familles, c'est \$24 pour l'assurance-maladie, \$48 pour l'assurance-hospitalisation.

M. VAILLANCOURT: Ce qui fait \$72 et ça inclut sa famille.

MLLE BEAUDOIN: Oui et ses dépendants.

M. LE PRESIDENT: Est-ce que vous avez des chiffres pour démontrer quels ont été les résultats de cette répartition des frais entre les assurés et le gouvernement en 1961, 1963, 1964. Je vois que la prime en 1963 pour les célibataires est de \$12; en 1964, \$6; en 1965, \$12.

MLLE BEAUDOIN: En 1966, encore également \$12.

M. LE PRESIDENT: Je me demande quelle proportion du coût total est représentée par les primes payées par les assurés.

Mlle BEAUDOIN: A la page 19, le deuxième paragraphe. En 1963, alors que la prime était de \$12, ceci correspondait à environ 25% du budget total de la commission. Et en 1964, comme édivement la prime a été baissée de moitié, ce pourcentage ne s'élevait plus qu'à 15% de l'ensemble des paiements qui étaient effectués par la commission.

M. TREPANIER: Est-ce que vous avez les chiffres pour 1965? Ils ne sont pas dans le rapport.

Mlle BEAUDOIN: Non, mais j'ai l'impression que ça devrait correspondre à peu près au premier pourcentage, peut-être un peu plus faible., à cause de l'augmentation des coûts qui s'est produite en 1964 et 1965. C'est probablement au-dessus de 20%.

M. MARLER: Les députés peuvent certainement en tirer des conclusions.

M. TREPANIER: Pourquoi pas les conseillers législatifs?

M. MARLER: Les élections nous intéressent beaucoup moins.

Mlle BEAUDOIN: En 1964, on voit que le budget total de la Commission d'assurance-maladie s'élevait à un peu plus de \$20 millions. Maintenant, ce qui est intéressant, c'est de se rapporter au coût per capita et de voir l'évolution de ce coût-là pour les années dont nous avons les données. En 1963, le coût per capita était de \$22.25 et en 1964, ce coût s'élevait à \$23.53, ce qui représente une augmentation de 5.75%. Il semble que l'augmentation entre 1964 et 1965 ait été inférieure à 5.75%.

M. COITEUX (Duplessis): Est-ce que vous voulez dire que le per capita que vous montrez ici en 1963, le célibataire a payé plus que ça coûtait à la province?

Mlle BEAUDOIN: Oui, c'est-à-dire que la prime que le célibataire paye pour l'assurance-maladie est de \$12 alors que le coût per capita est d'environ de \$23.

M. COITEUX (Duplessis): Alors le coût per capita, c'est seulement pour l'assurance-maladie?

Mlle BEAUDOIN: Seulement pour l'assurance-maladie. Maintenant, en ce qui concerne le champ d'application, on peut regarder, à la page 21, le tableau qui est inscrit dans cette page-là et qui nous donne une bonne idée du champ d'application. Le régime provincial d'assurance-maladie, celui dont il a été question jusqu'à présent couvre 87.5% de la population et si on ajoute le régime de Swift Current, qui s'applique à 5.74% de la population, on arrive à un total de 93%. Swift Current est une région de la province de la Saskatchewan qui avait déjà un régime d'assurance-maladie très semblable au régime gouvernemental qui a été mis sur pied en 1962. Au moment où le régime qui couvrait le reste de la province a été mis sur pied, ils n'ont pas cru bon de l'intégrer de sorte que le régime particulier de Swift Current a continué d'opérer par lui-même. D'autres régimes provinciaux couvrent 3% de la population. Il s'agit entre autres, du régime pour les assistés sociaux, des régimes fédéraux qui couvrent l'armée, les Indiens, la Gendarmerie royale, qui couvrent 3.5%, ce qui fait le total pour la province à 99.87%. Alors, à toutes fins pratiques, la totalité de la population de la Saskatchewan est couverte en ce qui concerne les soins médicaux.

M. TREPANIER: Vous n'avez pas déterminé quel était le secteur de la population des 13/100% qui manquent?

Mlle BEAUDOIN: Le 13/100%, les non-résidents. Parce qu'il y a une période de trois mois pour le qualifier pour l'assurance.

M. TREPANIER: D'accord.

Mlle BEAUDOIN: Maintenant, les soins assurés. En regardant rapidement la liste, on s'aperçoit que les principaux soins sont couverts: soins médicaux, soins chirurgicaux, soins de maternité, soins des spécialistes, anesthésie, examens diagnostics, soins préventifs, soins dentaires dans quelques cas et en définitive, les soins qui sont exclus comportent les soins pour le diagnostic et traitement du cancer. Maintenant, il faut dire que ces soins-là sont couverts par un autre régime gouvernemental qui existait avant l'instauration du régime en 1962.

M. BLANK: Payé par qui? Pour le cancer et...

Mlle BEAUDOIN: La province également.

M. BLANK: Egalement mais pas la prime totalement?

Mlle BEAUDOIN: Oui.

M. COITEUX (Duplessis): Dans la Saskatchewan, d'après la couverture des soins assurés, Ils n'ont pas entré dans le domaine des médicaments.

Mlle BEAUDOIN: Non.

M. TREPANIER: Mlle Beaudoin, n'étant pas dentiste, j'aimerais avoir des explications sur ce que veut dire la chirurgie maxillaires faciales.

Mlle BEAUDOIN: S'il y a un dentiste ici.

M. BLANK: Il y a un dentiste ici. Il faudrait bien qu'il explique.

Mlle BEAUDOIN: A moi aussi, évidemment!

M. THEBERGE: C'est une question de fracture.

M. TREPANIER: Ah bon ! C'est une fracture!

M. THEBERGE: C'est une fracture à la suite d'un accident. C'est une question d'opération de dentiste... et même de prothèse.

M. TREPANIER: Autrement dit, d'une façon générale, les soins dentaires ne sont pas couverts.

M. THEBERGE: C'est \$5 pour la consultation.

M. THEBERGE: A ce moment-là, vous irez vous le faire donner par la secrétaire.

UNE VOIX: Ce n'est plus une fracture mais c'est une facture!

M. MARLER: Cela montre qu'il faut presque se casser le cou pour avoir des soins dentaires.

UNE VOIX: C'est un peu ça!

Mlle BEAUDOIN: Je pense que pour le régime de la Saskatchewan, cela a fait pas mal le tour de ce type de régime.

M. MARLER: La seule question que je me pose quant à la Saskatchewan, c'est cette distinction qu'on fait entre le célibataire et l'homme marié, et je me demande dans quelle mesure c'est pratique lorsqu'on songe aux méthodes de perception. Est-ce que c'est bien pratique de faire une distinction entre le célibataire, l'homme marié et le père de famille?

M. CASTONGUAY: Sur cette question, M. le Président, dans le volume 8 que nous allons prendre immédiatement après, il y a trois méthodes possibles de financement, trois alternatives possibles qui sont analysées et l'on montre la complication administrative de chacun des états de...

M. MARLER: Alors, je poserai ma question plus tard.

M. TREPANIER: Mlle Beaudoin, dans les soins non-couverts, on voit les frais de déplacement du médecin. Est-ce que cela veut dire que les visites à domicile ne sont pas payées par la commission ou encore ne seront payées que partiellement?

Mlle BEAUDOIN: Les visites à domicile sont payées. Ce qui s'est produit, c'est qu'au début d'un régime, on couvrait les frais de déplacement probablement à l'extérieur d'une certaine distance. Cela fait que quand la distance devenait assez grande, on payait les frais de déplacement et par la suite, on les a exclus. On exclut ces frais de déplacement parce qu'il semble probablement que, justement, cela devait, disons...

M. TREPANIER: ' Cela devait déterminer l'augmentation.

Mlle BEAUDOIN: Ou du moins le nombre de visites à domicile.

M. TREPANIER: A la page 22, vous mentionnez: « A toutes fins pratiques, tous reçoivent des soins, médicaux sauf les personnes qui viennent d'arriver ou qui ne sont que de passage » et ensuite, « ou qui ne paient pas leurs primes ». On a dit tantôt que le régime était obligatoire. Est-ce qu'il est obligatoire ou non?

Mlle BEAUDOIN: Il est obligatoire. Maintenant...

M. TREPANIER: Mais, quelqu'un peut ne pas payer la prime et n'être pas assuré.

Mlle BEAUDOIN: Oui. Il y a une sanction qui est attachée au fait de ne pas payer la prime.

M. TREPANIER: Une sanction.

Mlle BEAUDOIN: Maintenant, je ne pense pas que la province...

M. TREPANIER: Est-ce que le ...

MLLE BEAUDOIN: ... l'ait jamais appliquée.

M. TREPANIER: Elle ne l'a jamais appliquée.

MLLE BEAUDOIN: Non.

M. TREPANIER: Alors ces gens-là paient pour...

MLLE BEAUDOIN: Alors à un moment donné... enfin ils risquent que s'ils tombent malades ...

M. TREPANIER: Donc, le régime n'est pas obligatoire.

MLLE BEAUDOIN: Si, il est obligatoire. De par la loi, il est obligatoire mais la loi...

M. TREPANIER: De par la loi, mais en fait, non.

MLLE BEAUDOIN: Bien écoutez, il reste .13% qui comprend les ...

M. TREPANIER: Oui, cela c'est théoriquement. En fait tout le monde s'en prévaut à peu près. Mais en pratique, il ne l'est pas.

MLLE BEAUDOIN: Oui. Bien écoutez, on arrive à 99.87%. Alors, je pense qu'à toutes fins pratiques, on peut dire que tout le monde est couvert.

M. TREPANIER: Oui.

MLLE BEAUDOIN: Maintenant, pour le tout petit pourcentage de population qui n'est pas assuré, les gens le font à leurs risques en ce sens qu'au moment où ils tombent malades, ils ne peuvent pas faire payer leurs réclamations par le gouvernement. Et je pense que le gouvernement n'a pas cru bon, à cause du pourcentage si faible, de poursuivre ces personnes. Maintenant, si au lieu d'avoir 99.87% on avait...

M. TREPANIER: On avait plus que ça.

MLLE BEAUDOIN: ...80% ou 95%, alors je pense que la situation serait totalement différente.

M. TREPANIER: Très bien!

M. MARLER: Personnellement, je ne puis pas concevoir un plan d'assurance-maladie où la seule sanction pour le non paiement de la prime serait le fait que l'assuré serait privé des soins médicaux.

MLLE BEAUDOIN: Non, il y a une autre...

M. MARLER: Moi, je pense qu'il faudrait avoir une pénalité supplémentaire parce qu'autrement, ce serait une façon pour le gars de tout simplement se désintéresser de l'assurance: « eh bien je laisse ça aux autres... »

MLLE BEAUDOIN: La loi prévoit une amende de \$25. pour les gens qui ne paient pas la prime.

M. RENAUD: Mais à défaut de paiement, même l'emprisonnement avec le paiement de l'amende, je suppose?

M. CASTONGUAY: Je me demande s'il n'y a pas eu quelqu'un qui, sur une question de principe, ne s'est pas objecté au paiement de la prime ou s'il n'est pas allé en prison pour une journée ou quelque chose comme ça.

M. RENAUD: Cela doit exister dans la loi, parce qu'ordinairement toutes les lois statutaires, la très, très grande majorité prévoit qu'à défaut de paiement du montant...

M. TARDIF: Même s'il a été malade en prison, ils l'ont soigné gratuitement?

MLLE BEAUDOIN: De toute façon, une personne qui ne paie pas sa prime, peut se faire soigner, mais elle devient responsable à ce moment-là du paiement de son propre compte, du compte qu'elle a auprès d'un médecin.

M. VAILLANCOURT: Il serait peut être bon de procéder comme la Commission des accidents du travail. Lorsqu'un employeur n'a pas d'assurance et puis qu'il y a un accident, là il s'aperçoit qu'il a besoin de la Commission des accidents du travail pour s'assurer. La Commission l'accepte puis elle défraie tous les coûts encourus à la suite de cet accident, et elle lui charge un certain pourcentage, soit 20%, 25% en tenant compte des possibilités de payer de l'individu ou de la compagnie en question. Cela se trouve à être une amende indirectement. Admettons que ça coûte \$1,000 pour secourir l'accidenté, la Commission va payer les \$1000 et elle va négocier avec le nouveau client, qui a été forcé

de s'assurer parce qu'il voyait qu'il n'était pas capable de payer les frais, et dans l'ordre de 25% ou de 50%, 20% selon le cas.

M. RENAUD: Ai-je bien compris, mademoiselle, qu'il n'y a presque pas eu de poursuites de prises par suite du non paiement des primes?

MLLE BEAUDOIN: Par suite du?

M. RENAUD: Par suite du non paiement des primes?

MLLE BEAUDOIN: C'est exact.

M. KENNEDY: Mlle Beaudoin, vous dites que les personnes peuvent s'abstenir de payer des primes et pour toutes fins pratiques, on ne poursuit pas. Maintenant, supposons le cas où une personne qui n'aurait pas payé ces primes-là pendant x années, et pour des raisons bien personnelles, décide d'adhérer au système. Est-ce qu'elle serait tenue de payer des arrérages avant de pouvoir bénéficier de l'assurance-maladie?

MLLE BEAUDOIN: Non, enfin, je ne suis pas absolument certaine mais je ne crois pas.

M. CASTONGUAY: Si vous me permettez, il semble y avoir une notion fautive ici. Les gens sont tenus de payer leurs primes. Il y a deux genres de pénalités: Pénalité en argent et privation des soins, ou en d'autres termes, la personne est obligée d'assumer le paiement des soins en plus. S'il n'y a pas eu beaucoup de poursuites, c'est que la population a adhéré au régime et deuxièmement, pour les quelques cas qui, au début, se faisaient des objections de principe ou morales, le gouvernement n'a pas voulu trop insister, mais c'est la seule et unique raison.

MLLE BEAUDOIN: C'était vraiment une obligation pour les gens de s'assurer, obligation de payer la prime.

M. KENNEDY: ... de l'obligation légale d'adhérer au système mais par contre, en pratique, cette obligation-là ne se traduit pas nécessairement par des poursuites.

MLLE BEAUDOIN: Non.

M. KENNEDY: Alors, c'est ce que je voulais savoir, moi, si le coût de ces choses-là se trouve calculé en fonction de tout le monde qui paie, mais qui paie pour les autres. C'est ce que je voulais savoir, s'il y avait une rétroactivité au moment de l'adhésion...

MLLE BEAUDOIN: Non, je ne pense pas qu'il y ait de rétroactivité.

M. KENNEDY: ... d'une personne qui se serait abstenue pendant une période quelconque.

MLLE BEAUDOIN: Non, il n'y a pas de rétroactivité, mais je pense que pour quelqu'un qui a retardé de payer sa prime, au moment où il la paie, il y a une période d'attente.

M. KENNEDY: Est-ce qu'ils chargent des intérêts sur les primes en retard?

MLLE BEAUDOIN: Non, je ne pense pas.

M. KENNEDY: Dans le calcul actuariel...

M. CASTONGUAY: Mais je pense que, sur ce point la loi n'est pas tellement détaillée.

Ce sont des cas qui ne se sont pas tellement produits. Mais en pratique, ça ne se s'est certainement pas vu, alors c'est difficile de répondre à ce genre de question.

M. VAILLANCOURT: On constate, par les statistiques, aussi que parmi ceux qui étaient assurés, il y en avait qui ont eu besoin d'être poursuivis...

MLLE BEAUDOIN: Ils peuvent l'être un peu.

M. VAILLANCOURT: Les gens considèrent qu'ils avaient un intérêt primordial de faire partie de...

MLLE BEAUDOIN: Oui.

M. CASTONGUAY: De respecter la loi. Maintenant, il ne faut pas oublier que ce 13% de la population totale est estimée à 943,000 et peut être à 942,000. Cela, ce sont les chiffres d'après les estimés qui sont faits entre les... alors c'est peut-être...

M. VAILLANCOURT: Ce sont peut-être les millionnaires du pays qui ne veulent pas s'assurer.

M. MARLER: Parce qu'ils n'ont pas les moyens.

Y a-t-il d'autres questions que le comité désire poser quant au...

M. TARDIF: Mademoiselle Beaudoin, avez-vous, quel est le pourcentage des soins qui sont payés par l'assuré en tenant compte du coût global? Est-ce que ça représente un quart, est-ce que ça représente...

M. CASTONGUAY: Voici, les soins par individu vont varier naturellement selon la nature de la maladie, une maladie qui demande plus de médicaments par exemple, alors la personne devra en supporter une plus grande partie que pour une maladie qui ne demande pratiquement pas de médicaments. Tout ce que nous avons sur ça, c'est une moyenne, des moyennes pour l'ensemble de la population, soit les coûts attribuables aux diverses sortes de soins. Selon une étude faite par le ministère de la Santé nationale les coûts des divers soins, en moyenne, peuvent se répartir à peu près comme suit: pour l'hospitalisation, en supposant l'absence d'un régime d'assurance-hospitalisation, entre 50 et 55% pour l'hospitalisation, à peu près 25% pour les soins médicaux. Donc, en Saskatchewan, l'hospitalisation étant couverte, les soins médicaux étant couverts, vous avez 75% en moyenne des coûts des soins qui sont couverts par les deux régimes. Donc, en moyenne, la population supporte à peu près 25% des autres coûts de la maladie.

M. TARDIF: Les 25% environ seraient supportés par les patients en général comme... serait assumé par...

M. CASTONGUAY: Exactement.

M. FORTIER: Savez-vous quel est le revenu moyen des habitants de cette province? Est-ce que le revenu moyen est élevé à comparer à la province de Québec?

M. MARLER: Le revenu personnel dans la Saskatchewan varie énormément selon le climat, avec les conséquences que les changements sont assez considérables d'une année à l'autre, tandis que dans les provinces de l'ouest, le revenu est beaucoup plus stable.

M. TARDIF: Les revenus... par exemple sur une base de dix années en arrière, est-ce que ça donnerait...

M. RENAUD: Depuis l'établissement de l'assurance, est-ce que les médecins s'en trouvent bien?

Mlle BEAUDOIN: Au point de vue de leur revenu, il est difficile de le déterminer de façon précise parce qu'avant l'instauration du régime, personne ne savait de façon exacte combien, à quel niveau les revenus d'un médecin se situaient. Il semble, depuis l'instauration du régime, que les revenus ont effectivement augmenté et ceci est dû à deux raisons principales.

La première c'est que la quantité de soins que les gens reçoivent. La quantité globale qui est donnée aux gens de cette province-là est plus élevée parce qu'il y a certaines personnes dont le niveau de revenu étant faible, consommaient beaucoup moins à ce moment-là et deuxièmement, c'est que pour les médecins il ne reste plus, à toutes fins pratiques, de comptes en souffrance. La combinaison de ces facteurs-là fait que, probablement, il y a eu une augmentation des revenus.

M. TREPANIER: Mlle Beaudoin, vous vous êtes rendue avec certains autres membres du comité en Saskatchewan...

M. LE PRESIDENT: Messieurs, y a-t-il d'autres questions? Pardon!

M. TREPANIER: ... est-ce qu'à ce moment-là, vous avez pu connaître les motifs pour lesquels les médicaments ne sont pas couverts par le régime?

Mlle BEAUDOIN: Je pense que dans le domaine des médicaments, les expériences qui ont eu lieu dans d'autres pays montrent qu'il faut être extrêmement prudent dans ce secteur-là parce qu'il semble que les coûts d'une année à l'autre se sont accrus d'une façon fantastique. Alors premièrement, prudence de ce côté-là à cause de l'aspect coût et deuxièmement, il faut dire que la Saskatchewan supporte entièrement le coût de son régime.

M. TREPANIER: Moins la prime et qui couvre 20%...

Mlle BEAUDOIN: Oui, moins la prime mais je veux dire qu'il n'y a aucune contribution du fédéral à ce niveau-là évidemment.

M. TREPANIER: Ah! bon.

Mlle BEAUDOIN: Sauf pour l'assurance-hospitalisation, évidemment. Même en Saskatchewan, le régime d'assurance-hospitalisation ne couvre pas tous les médicaments. Il y a une liste de médicaments qui existe.

M. TREPANIER: Je ne comprends pas.

Mlle BEAUDOIN: Il existe une liste...

M. CASTONGUAY: Pour les personnes hospitalisées, les médicaments sont couverts alors qu'en Saskatchewan ils ne sont pas tous couverts.

Mlle BEAUDOIN: Ils ne sont pas tous cou-

verts, il existe une liste de médicaments couverts.

M. THEBERGE: Mlle Beaudoin, vous dites à la page 11 que si le malade n'est pas bénéficiaire d'aucune société, que le médecin n'a pas de contrat avec la commission, qu'il y a remboursement de 85% des honoraires, mais ce malade-là n'a pas payé aucun frais à aucune société s'il n'en fait pas partie!

M. CASTONGUAY: A la commission.

M. THEBERGE: A la commission.

MLLE BEAUDOIN: Les médecins qui font partie des listes des sociétés et les individus qui sont inscrits à ces mêmes sociétés contribuent à quelque chose pour assurer le fonctionnement de ces sociétés-là. Alors, les individus paient des frais administratifs pour ces sociétés-là de même que pour les médecins.

M. TREPANIER: Seriez-vous d'accord pour dire que la formule ou la modalité de paiement semble très souple? Non? Ou du moins non compliquée?

M. CASTONGUAY: L'existence de ces sociétés s'explique par une question de principes.

M. TREPANIER: Ce n'est pas ce que je veux dire, je me suis peut-être mal exprimé. Seriez-vous d'accord pour dire que le paiement par rapport au médecin, les modalités de paiements, semblent assez souples?

MLLE BEAUDOIN: Est-ce que vous voulez dire qu'un système comme ça laisse au médecin le choix...

M. TREPANIER: Non, non, simplement dans la perception de ses revenus.

MLLE BEAUDOIN: Non je ne pense pas, ça ne change pas grand chose, l'existence des sociétés mêmes.

M. TREPANIER: Et du régime maintenant de...

MLLE BEAUDOIN: Bien, ça complique le régime d'une certaine façon, la vie des médecins, non. C'est-à-dire que le médecin fasse affaire avec une société...

M. CASTONGUAY: Cela ne complique pas la vie des médecins.

MLLE BEAUDOIN: ... ou avec la commission. Ce que l'une et l'autre demandent en termes, par exemple, de formules à remplir sur les réclamations, c'est à peu près la même chose à toutes fins pratiques. De ce point de vue-là ça ne change rien.

Pour en revenir aux médicaments, il y a un chiffre qui m'est revenu en tête. En 1961, il y a eu une étude publiée en Saskatchewan qui montre, sur le total des sommes dépensées pour les médicaments de cette province, le gouvernement se trouvait à assurer moins de 20% ou à payer moins de 20% pour ces médicaments-là.

M. KENNEDY: Mlle Beaudoin, est-ce qu'au cours de vos audiences — vous avez eu l'occasion d'entendre les médecins évidemment — est-ce qu'ils se sont montrés satisfaits d'opérer à l'intérieur du régime?

MLLE BEAUDOIN: C'est une question d'appréciation. Je dirai que d'une façon générale, oui. On sent qu'il y a une évolution constante qui se fait d'une année à l'autre. L'attitude des médecins — enfin je n'étais pas là en 1962 évidemment — à cette date est certainement très différente. Ils réalisent qu'au fond, une foule de craintes et de peurs qu'ils avaient étaient plus théoriques qu'autre chose. Ils se sentent maintenant moins insécures vis-à-vis ce type de régime. Maintenant, il est clair que le régime lui-même a mis une certaine pression sur les médecins parce que la consommation médicale évidemment s'est accrue.

M. KENNEDY: Mademoiselle Beaudoin, quel est le principal grief des médecins d'une façon générale? Ils ont certainement des griefs à exprimer vis-à-vis du système lui-même.

MLLE BEAUDOIN: Je pense qu'une des réticences concerne le contrôle de l'activité professionnelle des médecins. En définitive le contrôle est entre les mains du Collège, mais on exprime pas mal de craintes vis-à-vis ce type de contrôle, contrôle qui est basé évidemment sur des données statistiques et on trouve qu'il y a probablement danger à utiliser seulement ce type de données pour une forme de contrôle. Alors c'est vis-à-vis surtout ça qu'il y a des réticences.

M. KENNEDY: On ne s'est pas plaint par exemple sur la question du travail administratif, peut-être supplémentaire qu'un tel régime implique?

MLLE BEAUDOIN: Non, pas tellement. Il est clair que la somme de papiers qu'il faut remplir, etc, a augmenté beaucoup, il semble qu'il y ait quand même bon nombre de médecins qui travaillent à deux, trois ou quatre ou cinq et à ce moment-là c'est le personnel secrétaire qui a été augmenté.

M. KENNEDY: Est-ce qu'on pourrait dire comme conclusion, pour toutes fins pratiques, que les médecins en réalité devraient se grouper pour se libérer de ce travail administratif, avoir une secrétaire par exemple, c'est une déduction. Est-ce que le travail administratif est tel...

MLLE BEAUDOIN: Excusez-moi, j'ai perdu...

M. KENNEDY: Ce que je veux dire, est-ce qu'on pourrait déduire...

MLLE BEAUDOIN: Disons que le fait de se grouper...

M. KENNEDY: ... d'après votre expérience, vos constatations, qu'à toutes fins pratiques les médecins dans un système d'assurance-maladie doivent en réalité se grouper afin de se libérer de ce travail de papier qu'on appelle « paper work »?

MLLE BEAUDOIN: Non, je n'ai pas l'impression que le fait de se grouper soit la raison de vouloir diminuer ce travail administratif. J'ai l'impression qu'il y a d'autres raisons plus importantes qui feraient que la médecine de groupe est importante.

M. CASTONGUAY: Est-ce que je pourrais ajouter ici un seul commentaire. Par rapport à la province de Québec, ici les médecins pour percevoir leurs honoraires doivent assumer un certain nombre, une quantité de travail administratif assez forte. Ils sont appelés à envoyer des factures à leurs patients et à un grand nombre d'assureurs. Les formules ne sont pas toujours uniformes. En plus de ça, pour les personnes qui ne sont pas assurées, ils doivent donc les facturer et, à ce moment-là, si ces personnes ne paient pas, il y a les rappels et après ça, de temps à autre, ça va plus loin que les rappels, ça va même à la perception effectuée par un avocat.

Si on considère tout ça par comparaison aux formules qui doivent être remplies pour obtenir des paiements assurés par un même organisme, ou deux organismes en Saskatchewan à cause de

l'existence des deux sociétés, la quantité de travail n'est pas nécessairement tellement plus forte. Elle peut même, dans certains cas, être moins forte. C'est une question qui n'est pas si claire que ça.

Les médecins prennent toujours l'addition de travail administratif provenant de ces régimes à mon avis, en se basant sur ce qu'ils croient être la situation en Europe. En Europe, il a été établi clairement, cela nous a été dit partout, que le travail administratif ne provenait pas tellement du régime, il provenait des autres lois. Alors, c'est un peu la même chose.

M. KENNEDY: C'est ça que je voulais établir. C'est une objection qu'on entend à tous les jours ou fréquemment de la part des médecins. Ils lèvent les bras en l'air, le « paper work » qu'ils auraient dû faire.

M. LE PRÉSIDENT: Je pense que si on se rappelle par le volume 8 que le revenu moyen des médecins en Saskatchewan dépasse \$30,000, on peut peut-être admettre qu'ils ont la responsabilité de faire un peu d'administration pour gagner un revenu convenable et je ne dis pas que le temps de l'année où le médecin constate qu'il a dépassé \$30,000, il peut peut-être endurer rétrospectivement un travail administratif qu'il a dû faire au cours de l'année pour gagner cette somme-là. Surtout quand on fait la comparaison, sans doute avait-il tout gagné avant que le plan ne soit organisé.

M. CASTONGUAY: Pour l'assistance-médicale, projet de loi qui a été annoncé à l'occasion des négociations avec les deux syndicats de médecins, le mode de facturation proposé a été décrit aux dirigeants des deux syndicats. C'est un système de facturation qui va être excessivement simple et les médecins qui négociaient ont semblé le trouver bien acceptable. Il y aura, à compter du 1er avril, si la loi est acceptée, naturellement, il y aura une bonne période de temps pour voir si réellement ce système est simple et acceptable par les médecins.

M. LE PRÉSIDENT: Est-ce qu'on peut maintenant continuer avec l'Alberta?

M. TREPANIER: Juste une dernière question, si vous me permettez, M. le Président. Tenant compte de la proposition fédérale faite récemment, croyez-vous que le régime de Saskatchewan inclura à l'avenir le paiement des médicaments d'après les constatations que vous avez faites sur les lieux.

MLLE BEAUDOIN: Je ne pense pas. Le gouvernement ne s'est engagé en aucune espèce de façon sur ce problème. Je pense pouvoir être en mesure de dire qu'il le considère.

M. TREPANIER: En Saskatchewan, il le considère.

MLLE BEAUDOIN: Il le considère. C'est effectivement...

M. VAILLANCOURT: Si je comprends bien en Saskatchewan, les médicaments qui sont gratuits à l'hôpital?

MLLE BEAUDOIN: En partie seulement.

M. VAILLANCOURT: Le patient est obligé de payer pour certains médicaments...

MLLE BEAUDOIN: ... pour certains médicaments qui ne se trouvent pas inclus sur cette liste. Il y a une liste de médicaments qui donnent les médicaments couverts et lorsqu'un médecin prescrit des médicaments qui ne se trouvent pas sur cette liste, le malade a la responsabilité, la charge de payer pour ces médicaments.

M. FORTIER: Tous les soins par exemple comme les transfusions sanguines, les sérums, et tout ça est payé évidemment par l'assurance-hospitalisation.

MLLE BEAUDOIN: Je le croirais, oui.

M. KENNEDY: Mlle Beaudoin, je ne m'adresse peut-être pas particulièrement à vous mais aux membres du comité des experts. Est-ce que dans les études que vous avez faites, vous avez pu extraire dans le coût total des soins médicaux, abstraction faite des frais de chirurgie, est-ce que vous avez pu extraire le montant qui s'applique aux prescriptions et le montant qui s'applique aux consultations.

MLLE BEAUDOIN: Vous voulez dire les soins chirurgicaux exclus, les soins médicaux plus les médicaments.

M. KENNEDY: Est-ce que vous avez pu faire une délimitation disons que les statistiques démontrent que les gens ont dépensé X dollars pour les prescriptions et X dollars pour les consultations. Je pense que ce serait intéressant de connaître ce chiffre.

MLLE BEAUDOIN: Il y aurait peut-être moyen d'arriver à certaines approximations en prenant le coût total de l'argent dépensé pour l'une et l'autre catégorie.

M. LE PRESIDENT: M. Kennedy, je peux vous dire que cela fait partie d'une étude assez complète qui figure au volume 8. Nous aurons l'occasion plus tard aujourd'hui de le discuter.

MLLE BEAUDOIN: Ce qui serait intéressant de connaître sur les prescriptions qui sont données par les médecins, combien sont remplies et combien de gens prennent ces médicaments effectivement, ça on ne le sait pas.

M. MARLER: Alors en Alberta?

MLLE BEAUDOIN: Dans le régime de l'Alberta, les sociétés privées d'assurance-maladie jouent un rôle beaucoup plus considérable. Au moment où le gouvernement a pensé à jouer un rôle dans ce secteur, il a énoncé quatre principes qu'on retrouve cités à la page 26 auxquels les diverses parties intéressées devaient donner leur assentiment. En premier lieu le régime doit être facultatif, deuxièmement le régime ne doit pas modifier la relation entre le médecin et le malade, le régime doit être fondé sur les principes de l'assurance afin de répartir le coût des soins médicaux et le régime doit laisser à l'individu la responsabilité de pourvoir lui-même à ses propres besoins en soins médicaux, tout en donnant à l'Etat la responsabilité d'assister financièrement ceux dont les ressources ne sont pas suffisantes.

Alors les modalités du régime ont été établies par le gouvernement en collaboration avec la profession médicale et les assureurs et le 1er octobre 1963, le régime entrait en vigueur. Alors les principales caractéristiques du régime on peut les résumer en deux points, le premier c'est qu'il y a une entente entre la profession médicale, les sociétés privées d'assurance et le gouvernement. Alors en vertu de cette entente, les assureurs s'engagent à couvrir tous les citoyens qui le désirent sans égard à leur âge, leur sexe, leur état de santé et leur occupation contre les frais médicaux. Un contrat type définit les modalités de la couverture. Les assureurs demeurent libres de changer les primes qu'ils jugent appropriées pour ce contrat type et d'émettre d'autres contrats comportant des avantages différents. Toutefois le montant de la prime mensuelle pour le contrat type ne peut excéder le maximum légal fixé présentement à \$5.25 pour personne seule à \$10.50 pour un couple à \$13.25 pour une famille de trois personnes ou plus. Alors ça c'est le premier point du régime.

M. VAILLANCOURT: Est-ce par année par mois?

MLLE BEAUDOIN: Mensuel. Le second point c'est que le régime crée au gouvernement l'obligation de verser un subside pour chaque résident détenant un contrat type et dont le revenu est inférieur à un minimum fixé. L'admissibilité au paiement du subside est établie en fonction du revenu imposable du résident au cours de l'année précédente. Elle est donc établie après examen du revenu et non pas d'après les besoins. Afin de simplifier l'administration, le subside est versé directement à l'assureur et ce dernier doit l'appliquer directement à la réduction de la prime de l'assuré.

En définitive aucun résident n'est tenu de participer au régime de soins médicaux. Il en est de même pour les employeurs qui n'ont aucune obligation d'assurer leurs employés ou de modifier leurs contrats collectifs pour les rendre conformes au contrat type et rendre ainsi leurs employés admissibles au paiement des subsides.

Dans les structures administratives et consultatives on trouve trois organismes principaux: une commission de coordination qui conseille directement le ministre de la Santé, et dont les principales fonctions peuvent se résumer ainsi. Premièrement recommander au ministre de la Santé la reconnaissance des assureurs aux fins du régime. Le gouvernement ne verse des subsides qu'aux assureurs reconnus. Deuxièmement servir de médiateur en cas de conflit entre bénéficiaire d'un contrat type et un assureur reconnu et troisièmement coordonner les activités de parties intéressées.

Un second organisme est chargé du fonctionnement technique du régime. Cet organisme s'appelle Alberta Medical Carriers Inc.

Il est tenu d'administrer le système de compensation entre les assureurs, de compiler les statistiques nécessaires et de recommander, s'il y a lieu, les changements requis dans les montants maximum de primes et de répondre aux demandes de renseignements techniques de la part des assureurs.

Enfin, en troisième lieu, il existe un comité de revision et ce comité de revision agit comme médiateur dans les conflits entre la profession médicale et les assureurs et agit aussi comme conseiller auprès des assureurs relativement aux paiements des réclamations.

L'administration du paiement des subsides est laissée à la division des services médicaux du ministère de la Santé.

Alors, à toutes fins pratiques, c'est la profession médicale et les assureurs qui sont chargés de l'administration du régime, le gouvernement ne conservant que les contrôles essentiels.

Maintenant, relativement au champ d'applica-

tion et à la couverture, au moment où le régime est entré en vigueur une proportion importante de la population détenait une forme d'assurance pour les soins médicaux avec des sociétés privées. Le régime qui est entré en vigueur n'a pas introduit de changements majeurs mais simplement a été une extension des systèmes privés déjà en existence. Actuellement il semble que le nombre de personnes assurées en Alberta varient entre 80% et 85%. Il semble difficile de déterminer le montant exact. Le chiffre réel se situerait probablement autour de 82%.

Maintenant, du côté des subsides, le nombre de personnes qui recevaient des subsides s'élevait à à peu près 200,000 au mois de juillet 1965. Il semble que le montant des subsides qu'on accorde à l'heure actuelle ne soit pas suffisamment élevé ce qui fait que pour bon nombre de personnes qui n'avaient pas d'assurance-maladie au moment de l'entrée en vigueur du régime, n'en n'ont pas davantage parce qu'elles considèrent que le montant des subsides que le gouvernement verse étant relativement peu élevé l'assurance-maladie demeure pour eux relativement coûteuse.

Maintenant il semble que...

M. COITEUX (Duplessis): Pardon Mademoiselle...

MLLE BEAUDOIN: Oui.

M. COITEUX (Duplessis): ... sur quelle base du salaire minimum ces subsides-là sont-ils accordés? Est-ce que c'est par catégorie de salariés ou si c'est une prime générale uniforme?

MLLE BEAUDOIN: On accorde le subside en fonction du revenu imposable de la personne, le revenu de l'année précédente. La limite du revenu c'est \$500. Alors le montant des subsides s'élève à \$1.50 pour une personne seule...

M. TREPANIER: Un tiers!

MLLE BEAUDOIN: ... à \$3.50, c'est ça et à \$6 pour une famille, ceci pour les personnes qui n'ont aucun revenu imposable. Le subside est égal à 50% de ce montant lorsque l'assuré a gagné un revenu imposable n'excédant pas \$500. Alors cela se fait entre deux catégories; pour ceux qui n'ont aucun revenu imposable et ceux qui ont un revenu imposable qui n'excède pas \$500.

Maintenant il semble qu'il va y avoir modification dans cette structure car maintenant il existera trois catégories; les gens qui ont un

revenu imposable de moins de \$1,000, \$500 et aucun revenu imposable et l'on paiera une proportion qui sera différente selon la catégorie à laquelle les gens appartiendront. Alors autrement dit il y aura une augmentation des subsides.

M. ROY: Mlle Beaudoin, par revenu imposable vous comprenez le revenu brut moins les exemptions statutaires?

M. CASTONGUAY: Selon les renseignements qui ont été donnés, le revenu brut imposable moins les exemptions personnelles.

M. COITEUX (Duplessis): Il ne doit pas y avoir une très grande partie de la population qui est couverte par ça à part des indigents?

Mlle BEAUDOIN: Non. On donne le chiffre de 200,000 ici sur une population de près de 1,500,000.

On calcule qu'il y aurait 425,000 personnes qui seraient admissibles au paiement des subsides.

Il y a donc peu de personnes qui se prévalent de cette possibilité d'avoir des subsides. Alors à cause de cette différence entre ces deux chiffres, le gouvernement va probablement passer une mesure qui va augmenter les subsides qu'on accorde à l'heure actuelle.

M. COITEUX (Duplessis): ...Maintenant est-ce que vous pourriez nous dire concernant l'estimé, le fardeau fiscal que cela représentait avant... à l'heure actuelle?

M. CASTONGUAY: L'estimé pour l'exercice en cours, \$3 millions.

Mlle BEAUDOIN: Le coût par capita?

M. TREPANIER: Permettez-moi, Mlle Beaudoin. Pourriez-vous me dire à quel secteur de la population appartient le 20% qui n'est pas assuré?

Mlle BEAUDOIN: Personne ne semble savoir de façon très précise. Il y a des pressions qui se font pour que justement le gouvernement entreprenne une étude dans ce secteur-là. Maintenant, il semble que dans ce 20%, on trouve d'abord justement des gens à faible revenu et qui considèrent que le subside n'est pas assez élevé pour qu'il vaille la peine de s'en prévaloir. En second lieu on trouve des personnes probablement à revenu très élevé qui, eux, calculent, qu'il n'y a obligation de s'assurer, qu'au moment où ils sont malades, qu'ils peuvent payer direc-

tement les frais médicaux qu'ils vont encourir. Probablement des personnes qui sont jeunes et en bonne santé, croient que ce n'est pas encore une nécessité de s'assurer...

M. TREPANIER: Ou peut-être qu'ils ne s'en préoccupent pas, qu'ils sont un peu insouciants.

Mlle BEAUDOIN: Ils ne s'en préoccupent pas.

M. TREPANIER: Ou qui sont habituellement ceux qui n'ont pas le moyen de la payer?

Mlle BEAUDOIN: Aussi.

M. TREPANIER: Donc le régime n'est pas tellement, on pourrait dire, une mesure sociale complète?

Mlle BEAUDOIN: Si, par des subsides plus élevés, on réussit vraiment à atteindre, à couvrir cette catégorie de la population, dont les revenus sont faibles, à ce moment-là, je pense que le régime remplit ses buts. Parce que quand un régime atteint une proportion d'assurés de 90% c'est quand même assez respectable comme proportion.

M. COITEUX (Duplessis): Est-ce que vous n'êtes pas d'avis que le but de l'assurance-maladie c'est surtout de rendre accessibles les frais médicaux à la classe non fortunée de la société? Est-ce que le système de l'Alberta, vous n'êtes pas un peu sous l'impression, à moins que la population moyenne soit très riche, est-ce que vous n'êtes pas un peu sous l'impression, qu'ils manquent leur bateau avec ça? Parce qu'en fin de compte on ne protège pas, celui-là qui ne peut payer, même la prime très minime du gouvernement, ne reste pas assuré. Ils manquent le bateau au point de vue de la protection sociale dans les classes les moins favorisées de la société.

Mlle BEAUDOIN: Dans ce sens-là, c'est juste.

M. MARLER: Y a-t-il d'autres questions à poser sur le cas d'Alberta? Y a-t-il avantage de parler de la Colombie anglaise?

Mlle BEAUDOIN: Je peux le faire en deux mots. La seule différence fondamentale qui existe entre la Colombie-Britannique et l'Alberta, c'est qu'en Colombie-Britannique le gouvernement a mis sur pied sa propre société d'assu-

rance. Il existe un système de subsides très semblable à celui de l'Alberta. Les gens qui veulent faire application pour recevoir les subsides doivent forcément être assurés par cette compagnie gouvernementale. Alors, c'est essentiellement la différence qui existe entre le régime de l'Alberta et la Colombie-Britannique.

M. TREPANIER: Mlle Beaudoin, si vous me le permettez, je voudrais revenir à l'Alberta. Dans les modifications au régime à la page 33, vous dites qu'en second lieu il semble que les résidents pourront s'assurer contre les frais résultant des médicaments prescrits, soins oculaires, physiothérapie etc. moyennant une franchise de \$25. Je conclus que c'est par année ça, \$25? Et est-ce que ça couvre a, b, c, d, c'est-à-dire médicaments, soins oculaires, physiothérapie et transports en ambulance?

Mlle BEAUDOIN: Oui.

M. TREPANIER: Cela couvre tout ça? Est-ce bien \$25 par année?

Mlle BEAUDOIN: Ce sont des franchises annuelles.

M. TREPANIER: Des franchises annuelles.

M. FORTIER: Les primes d'assurance qu'on paie dans ces provinces-là, ça se compare à peu près dans quelle proportion avec les primes d'assurance qu'on paie par exemple à la Croix bleue, à ces services, Assurance-vie Desjardins, est-ce que c'est moins cher ou...

M. CASTONGUAY: Pour une couverture identique, la somme varie selon le niveau des honoraires. Comme ici dans la province il n'y a pas d'échelles d'honoraires, c'est difficile de comparer. Mais si vous aviez deux échelles d'honoraires identiques ce serait exactement le même coût.

M. MARLER: Je pense que nous aurons l'occasion peut-être de nous rendre compte de tous les aspects de la question lorsque nous aurons le prochain volume qui a trait au coût, cela va nous permettre de songer au coût des médicaments, etc. A moins qu'il y ait d'autres questions sur le volume 5, je pense que nous pourrions procéder tout de suite au volume 8.

M. TREPANIER: Mademoiselle Beaudoin, comment expliquer la différence qu'il y a entre le coût per capita du régime de la Saskat-

chewan, il est à \$23.53 en 1964, et celui de l'Alberta qui est à \$32.17?

Mlle BEAUDOIN: Le niveau de revenu entre les deux provinces y est pour quelque chose, c'est-à-dire, parce qu'à un niveau de revenu qui est de plus en plus élevé, il y a une consommation médicale qui est probablement plus élevée. Le niveau de revenu de l'Alberta est plus élevé que celui de la Saskatchewan, c'est probablement le facteur qui joue. Il se peut aussi que la structure, disons, la province, parce qu'il reste que la Saskatchewan étant avant tout une province rurale et agricole, a probablement une consommation médicale différente de celle de l'Alberta qui a des caractéristiques industrielles différentes, et ensuite les frais d'administration peuvent, y sont probablement aussi pour une...

M. TREPANIER: Mais il y a également des frais d'administration dans le régime étatique, ça coûte quelque chose. Est-ce que les frais d'administration du régime étatique sont payés par la commission? Cela revient au même.

M. CASTONGUAY: Voici, il y a peut-être trois facteurs additionnels, si vous me permettez. En Alberta, les assureurs doivent payer une taxe sur les primes immédiatement ça augmente le coût. Deuxièmement, les assureurs étant des assureurs privés, des réserves sont nécessaires pour faire face à des expériences qui pourraient à un moment donné devenir défavorables. Alors, au cours d'une période où le nombre de personnes couvertes augmente, il y a naturellement nécessité de constituer ces fonds de réserve. Ensuite, un troisième facteur, étant donné la multiplicité des assureurs en Alberta, le fait qu'ils font de la réclame pour essayer d'attirer des assurés, il y a des frais de publicité, il y a des frais de perception des primes, c'est plus compliqué qu'en Saskatchewan. Vous avez donc naturellement des frais d'administration qui sont plus élevés, qui ne viennent pas d'une efficacité plus grande d'une administration par rapport à l'autre, mais plutôt du fait que les fonctions administratives sont différentes.

Alors, le tout additionné, ça fait à peu près cinq facteurs.

Mlle BEAUDOIN: D'ailleurs disons qu'aux chiffres de la Saskatchewan il faudrait probablement ajouter un certain nombre de choses comme par exemple les primes que les gens paient aux sociétés privées d'assurance-maladie ce qui est exclu du montant de \$25.

M. LE PRESIDENT: Et après ça le traitement du cancer est payé par...

M. CASTONGUAY: Oui.

M. TREPANIER: Est-ce qu'il y aurait possibilité, est-ce qu'il y aurait une certaine partie de cette différence qui serait également attribuable à la nature même du régime qui est différent? Evidemment dans le cas de la publicité ça...

Mlle BEAUDOIN: Oui.

M. TREPANIER: ... qu'on réserve aussi.

M. CASTONGUAY: Sur cette question-là, si vous me permettez une remarque, à la fin du volume qui donne le résumé du rapport de la commission Hall, nous avons donné trois analyses de la question des frais d'administration des régimes publics par rapport aux régimes privés. La première donne le point de vue de la commission Hall, la deuxième donne le point de vue exprimé par les représentants des sociétés d'assurance et pour essayer d'être aussi objectif que possible, parce que c'est une question qui a d'ailleurs suscité beaucoup de discussions, nous avons aussi publié le résumé des conclusions d'une étude conduite sous l'égide de la Canadian Tax Foundation par un économiste américain qui est venu faire un travail à la demande de la Canadian Tax Foundation of Canada. Ses conclusions sont aussi données. Alors, vous avez donc trois points de vue différents parce que ce n'est pas une question qui peut se trancher très précisément. Nous les avons donnés tous les trois pour essayer d'être aussi objectif que possible.

M. TREPANIER: C'est à la fin du volume?

M. CASTONGUAY: Oui, c'est à la fin, en annexe au volume 5, je crois, ou 6, le rapport de la commission Hall.

M. LE PRESIDENT: Est-ce que le comité désire procéder au volume 8?

UNE VOIX: Je pense que oui.

M. CASTONGUAY: Alors dans le volume 8, ce que nous présentons peut être divisé en trois ou quatre parties. Nous donnons en premier lieu, par ordre d'importance, une étude du coût des soins médicaux et des médicaments; deuxièmement, certains modes de financement avec les considérations au point de vue des compli-

cations administratives pour les divers modes présentés, toutes les différentes considérations qui doivent, à notre avis, être prises en ligne de compte dans le choix d'un mode de financement et, aussi, nous traitons de la question du champ d'application qui est relié au financement. A la fin de ce volume, nous donnons en annexe, une étude qui a été faite par le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être sur la proportion du produit national brut affectée à la sécurité sociale dans un certain nombre de pays.

Pour ne pas revenir sur cette question qui est un peu détachée du reste, on voit à la page 47, selon cette étude, à quelle place le Canada se situe par rapport à cinq pays. Il est dit, dans le texte qu'une telle comparaison souffre de déficiences pour plusieurs raisons. Ce sont uniquement les dépenses gouvernementales affectées à la santé et au bien-être social. On voit que le Canada affecte par le truchement des dépenses gouvernementales une plus grande proportion de son revenu brut que les Etats-Unis et l'Australie, par contre moins que l'Angleterre et la Nouvelle-Zélande. Il n'y a pas de conclusion à tirer d'une telle étude.

Nous donnons aussi au tableau I, qui apparaît à la page 4, les autres dépenses les plus importantes qui sont présentement effectuées par le gouvernement dans le domaine de la santé. Vous avez les soins hospitaliers, c'est-à-dire l'assurance-hospitalisation, vous avez les soins psychiatriques et la tuberculose. Alors en 1965/66, on voit que pour ces trois catégories de soins uniquement, le coût est proche de \$340 millions.

Si vous voulez, nous pouvons passer à la question des soins médicaux, ou au médicaments à la page 7. Nous pourrions revenir aux autres, au coût des autres soins par la suite. Pour les soins médicaux, il est excessivement difficile de déterminer avec un degré d'exactitude parfait quels pourraient être les coûts d'un régime universel dans la province de Québec. De toute façon, nous avons pris comme mode de calcul l'ensemble des soins médicaux qui seraient donnés et si le régime devrait être établi par étape, ou encore couvrir moins ou plus que ce qui est donné là, il y a toujours moyen de procéder par rajustements. Le comité n'a pas voulu indiquer de préférence, mais il aurait été excessivement difficile pour nous de présenter toute une gamme de choix possibles quant au champ d'application du régime, quant aux divers soins qui auraient pu être exclus ou inclus dans un régime.

Nous avons plutôt voulu montrer le coût maximum et si le régime devait être conçu différemment, il y a toujours moyen de procéder

à partir de ces données par soustraction, ou par ajustement. Nous avons pris, en premier lieu, l'estimation préparée par la commission royale d'enquête sur les services de santé, la Commission Hall. On voit à la page 7 que le coût estimé par la commission était de \$25.88 par habitant. Cette estimation a déjà été révisée pour différentes raisons un peu plus tard, même si le rapport de la Commission Hall a été produit en 1964 par le ministère de la Santé et du Bien-être. Par exemple, on avait compris dans les estimations des choses qui étaient déjà couvertes et qui resteraient couvertes par d'autres mesures, par exemple les soins donnés aux anciens combattants.

Une fois tous les ajustements apportés, et je ne crois pas que ce soit tellement intéressant ici d'en donner la liste, on a estimé que le coût en 1966 aurait été de \$28.56 par habitant. En y apportant les exclusion qui doivent être considérées, les accidents du travail, les anciens combattants, etc., on arrivait maintenant avec une estimation comparable au premier de \$25.88, celui indiqué à la page 9.

M. TREPANIER: En somme le chiffre important c'est \$24.57.

M. CASTONGUAY: Pas encore, nous le mettons en doute, nous croyons que ce chiffre est beaucoup trop bas pour la province de Québec. Il faut rappeler ici que ce sont des estimations de la commission Hall qui s'appiquaient à l'ensemble du pays. Pour arriver à un estimé qui serait plus réaliste pour la province de Québec parce qu'une différence de \$1, \$2, ou \$3 dans le coût par habitant peut signifier des sommes appréciables nous n'avons pas voulu utiliser ce chiffre uniquement. Donc nous sommes repartis en premier lieu par le coût du régime de la Saskatchewan, étant donné qu'il s'agit d'un régime universel. L'on peut ainsi voir quel est l'effet sur la consommation, le volume de soins médicaux donnés et, en faisant les modifications qui s'imposent, on a pu établir à la page 10, que si l'on prenait exactement les mêmes données qu'en Saskatchewan, qu'on les appliquait au Québec, que l'on obtiendrait \$25.59 par bénéficiaire pour 1966 ou \$25.44 par habitant, c'est-à-dire pour 100% de couverture de la population.

Les données de la Saskatchewan ne s'appliquent pas toutefois directement à la province de Québec. Nous avons donc apporté les redressements qui, à notre avis, s'imposaient, et pour en arriver à faire ces redressements nous avons procédé en établissant le revenu moyen

des médecins en Saskatchewan en premier lieu. On voit à la page 11 qu'en prenant la liste de tous les médecins licenciés en Saskatchewan, en excluant ceux qui ne sont pas dans la pratique, en excluant aussi ceux qui sont rémunérés à salaire, ou par régimes différents, nous sommes arrivés à un montant de \$34,800 en 1967 comme revenu moyen des médecins.

Le montant que nous obtenions pour 1964 était de \$31,300 et nous avons supposé une augmentation de 3 1/2% c'est-à-dire la même augmentation en général qu'au Canada. Maintenant, il y avait un autre correctif à apporter, c'est celui de la différence des échelles de tarifs entre Québec et la Saskatchewan. N'ayant pas de tarif définitif dans la province de Québec, nous avons pris celui de l'Ontario en y apportant les modifications voulues. Nous en sommes arrivés compte tenu des écarts entre les deux échelles de tarif à un revenu pour 1967 moyen de \$41,700. Il y a un chiffre ici qui est fautif. C'est qu'en Ontario, d'après la loi qui vient d'être modifiée, d'après l'entente entre le gouvernement et l'Ontario Medical Association, on ne paiera en Ontario que 90% de l'échelle des tarifs. Disons que le chiffre qui est indiqué, \$41,700 comme revenu moyen, si on prenait l'échelle de l'Ontario, telle qu'appliquée dans le régime, il faudrait enlever 10%. Alors on arriverait disons à \$37,000 environ.

Il y a deux autres modifications que nous avons apportées et qui s'imposent. C'est que premièrement en Saskatchewan, il y a des personnes qui sont protégées comme on l'a vu par des régimes partiels, c'est-à-dire les assistés sociaux sont encore sous le coup d'un régime particulier et la structure d'âge et de sexe en Saskatchewan est partiellement différente de celle du Québec, et l'on peut imaginer que chez nous il y aurait une demande moindre de soins médicaux qu'en Saskatchewan. Alors si on reconsidère ces redressements, on en arrive en 1967 à un revenu brut moyen par médecin de \$43,300. Encore là, pour arriver à ce résultat, on a supposé que les revenus des médecins augmenteraient au taux de 3 1/2% par année. Vous voyez au tableau 4 de la page 14, si on tient compte du nombre de médecins actifs à partir des études que nous avons sur les effectifs médicaux dans la province de Québec, si nous prenons le revenu moyen et que nous le multiplions par le nombre de médecins, nous arrivons au coût total divisé par la population, donc, coût « per capita » en 1967: \$33.67.

Maintenant pour vérifier d'une autre façon ces données, nous avons étudié l'expérience des régimes à commandite médicale. Ils sont groupés dans une association qui s'appelle le

Trans Canada Médical Plan ou les Plans Médicaux Transcanada. Nous donnons au tableau 5 le nombre d'assurés en vertu de ces régimes et le coût annuel des prestations par assuré. Comme guide de la validité des chiffres, voyons à la page 4. En 1964 si on se reporte à peu près aux mêmes années, d'après nos estimations, le coût comparé par habitant dans la province de Québec serait de \$29.41. Si on regarde au tableau 5 on voit que selon les provinces pour l'année 1964 le coût de \$29.41 ne semble pas être exagéré. Ce sont des statistiques basées sur l'expérience de ces régimes.

M. KENNEDY: M. Castonguay, si vous me permettez une question,...

M. CASTONGUAY: Oui.

M. KENNEDY: Dans le calcul du revenu brut des médecins, avant d'en arriver au coût global «per capita» est-ce que vous avez déduit les sommes qui sont déjà versées pour les services rendus à une certaine catégorie de gens, c'est-à-dire les sommes versées par le gouvernement ou les gouvernements?

M. CASTONGUAY: Non. Là on a pris, en fait...

M. KENNEDY: Est-ce que ça valait la peine, en réalité, d'en tenir compte?

M. CASTONGUAY: Ce n'est pas cet aspect que nous avons considéré. Nous avons pris le revenu moyen des médecins de la Saskatchewan le coût du régime, si vous voulez divisé par le nombre de médecins qui pratiquent. Et là, avec des calculs, nous en sommes arrivés au revenu moyen que les médecins feraient si un régime identique à celui de la Saskatchewan était en vigueur chez nous et que l'échelle des taux ontariens était utilisée pour les honoraires. Alors on ne procède pas indirectement en ce que les médecins reçoivent ou peuvent recevoir de différentes sources dans le moment. On a procédé autrement.

M. KENNEDY: Merci.

M. CASTONGUAY: D'ailleurs, il reste que si un régime coûte \$100 millions et qu'il y a 2,000 médecins, ce sont ces 2,000 médecins qui vont se diviser le \$100 millions et ça va leur donner tant. Ou, s'il y a 5,000 médecins et que ça coûte \$200 millions, c'est ce qu'ils vont recevoir au total.

M. TREPANIER: Si on parle des soins médicaux.

M. CASTONGUAY: Ce coût se divisera entre les médecins. Alors c'est un considérant plausible, le plus exact que nous puissions envisager.

Si on avait tenté de déterminer le nombre d'actes médicaux que les médecins peuvent poser, ce qu'ils auraient pu en toucher, dès ce moment-là, on tombe dans des estimations qui n'en finissent plus et qui comportent un degré d'erreurs plus élevé.

Prenons le revenu réel des médecins en Saskatchewan, qu'on le modifie, pour tenir compte des facteurs différents, on arrive au revenu moyen le plus rapproché que l'on puisse imaginer pour les médecins du Québec dans un régime universel du type de la Saskatchewan. Et pour comparer la validité de cet estimé, on a pris l'expérience des régimes qui sont à toutes fins pratiques du même type, les régimes à commandite médicale où les médecins s'engagent à donner les soins aux assurés et à ne pas charger de supplément. Le tableau de la page 15 nous donne un nouvel ordre de grandeur qui nous permet de déterminer si les chiffres donnés au tableau 4 et au tableau de la page 13 sont réalistes. On voit qu'à la page 15, pour l'année 1964, si on compare avec notre coût par habitant pour l'année 1964 qui est de \$29.41, que les coûts partout sont plus élevés dans les régimes à commandite médicale. Il y a une remarque que nous faisons à la page 16 et qui est la suivante on dit: En général ces sociétés ne comptent parmi leurs assurés que des groupes de salariés, et par conséquent, la proportion des indigents et des personnes âgées pour laquelle le besoin de soins est en général plus considérable, est moins élevée que dans l'ensemble de la population. On peut donc supposer que cette moyenne de \$32, c'est-à-dire la moyenne de \$32 des régimes à commandite médicale, n'est pas exagérée, parce qu'ils assurent généralement des personnes qui travaillent et qui demandent moins de soins.

Si l'on prend le \$32 qui ne nous paraît pas tellement exagéré, qu'on l'augmente au taux de 3 1/2% par année, on obtient pour 1967 \$36.62 comparativement à notre chiffre de \$33.60 donné au tableau 4. On voit que notre \$33.60 qui provient d'un revenu moyen de \$43,300 ne nous semble pas exagéré. Maintenant, il s'agissait de déterminer quelle était l'estimation à travers toute cette série la plus représentative de ce qu'un régime de soins médicaux pourrait coûter dans la province de Québec. Notre choix

s'est arrêté à la page 17, dans le tableau 6, à la colonne 5. Nous expliquons pourquoi, à la page 18, nous avons fait ce choix. On dit que cette estimation est celle qui groupe le plus d'aspects relatifs au Québec. Les autres, en fait, nous donnent une idée de la validité de l'estimation de la colonne 5.

M. COITEUX (Duplessis): M. Castonguay, d'après les statistiques que vous avez consultées, vous n'êtes pas un peu sous l'impression que même votre chiffre n'était pas un peu conservateur parce que toutes les comparaisons que vous avez faites, les commandites médicales, votre chiffre semble un peu conservateur, parce qu'en fin de compte, c'est l'expérience à mon sens la plus probante?

M. CASTONGUAY: M. Coiteux il y a un facteur qui va déterminer tout ça, c'est, à mon avis, le résultat de la négociation avec la profession médicale qui devra nécessairement prendre place, peu importe la forme de régime, que ce soit un régime facultatif, un régime universel, la profession médicale. Voyez nous avons pris par exemple 100% de l'échelle de l'Ontario. Là, l'entente avec Ontario Medical Association est à l'essai.

Sous le régime de l'Ontario, 90% de cette échelle sera payé. Alors, ce 10% est un écart assez considérable. Donc, si l'échelle convenue lors des négociations était de l'ordre de 90% de celle de l'Ontario, à ce moment-là notre chiffre pourrait être même un peu élevé.

Maintenant, quel sera le résultat des négociations? Personne ne le sait d'avance, mais il nous a semblé que c'était une estimation qui, tout en n'étant pas trop élevée, n'était pas trop basse non plus. On pourrait en discuter excessivement longtemps et je pense que personne ne pourrait dire que 10% de plus ou de moins, serait le coût réel. On aurait peut-être dû ajouter que le chiffre que nous donnons comporte une marge d'erreurs qui de 5 à 10% plus ou moins.

Alors, au tableau 7 de la page 19, en prenant les coûts per capita de la colonne 5 de la page 17, nous avons établi le coût total des soins médicaux, toujours dans l'hypothèse d'un régime général. Nous voyons que si on ajoute 5% de frais d'administration ce qui ne semble pas un pourcentage excessif, le coût global serait en 1967, pour l'année du calendrier de \$35.28 per capita et de \$208 millions pour l'ensemble de la population.

Alors, sur la question des soins médicaux, étant donné que ce qui suit touche aux médicaments, est-ce qu'il y aurait d'autres ques-

tions sur la façon dont nous avons fait nos estimations.

M. TREPANIER: Vous nous avez passé ça vite pas mal.

M. CASTONGUAY: Disons qu'il y avait un choix à faire, pour vous donner tout le détail ou disons, de façon générale d'entrée en matière. Ce qui compte: si vous dites d'accord on admet raisonnablement leurs estimations, le détail du calcul ne compte plus.

M. TREPANIER: Ce n'est pas une question de non confiance, c'est une question de compréhension meilleure.

M. MARLER: Alors, je suppose que l'on ne doit pas s'attendre ce matin que le comité donne sa bénédiction définitive à ces chiffres-là, nous allons avoir l'occasion d'y réfléchir.

M. FORTIER: M. Castonguay, voici, avez-vous un tableau de ce que les médecins gagnent dans la province de Québec, actuellement, là, on pourra comparer.

M. CASTONGUAY: La seule source serait les statistiques fiscales et...

M. COITEUX: On ne touche pas à ça.

M. FORTIER: Je vous le demande parce que...

M. COITEUX: Vous trouvez qu'ils sont bas?

M. FORTIN: Je trouve qu'ils sont hauts.

M. MARLER: Chacun jugera de la validité quant à eux.

M. CASTONGUAY: Voici, nous avons le volume 10... pour le Québec, à la page 30, du volume 10, d'après les données compilées à partir des rapports publiés par le ministère du Revenu à Ottawa, les statistiques fiscales, on voit que pour l'ensemble des médecins et chirurgiens, le revenu annuel moyen pour la période de 1958 à 1963 a été de \$14,000.

C'est la seule statistique, il n'y en a pas d'autres.

M. LE PRÉSIDENT: Je pense qu'il y a un fait dont on doit se rappeler constamment n'est-ce pas, aujourd'hui il est incontestable que beaucoup de médecins ont beaucoup de patients dont les honoraires qui ne sont jamais payés. Je

ne doute pas qu'avant le plan d'assurance-maladie dans la Saskatchewan c'était encore la situation des médecins mais si je ne me trompe pas je pense que les volumes que nous avons lus établissant assez clairement qu'après l'instauration du plan les revenus des médecins ont accusé une augmentation assez sensible, et je ne doute pas que la même situation s'appliquerait dans le Québec, dans le sens que des cas où l'on n'envoie même pas de comptes aujourd'hui représenteraient des montants payables en vertu du plan. Je pense que fatalement les revenus des médecins vont augmenter et le chiffre actuel, selon les statistiques qu'on vient de nous citer provenant d'Ottawa nous donnent une très faible indication de la réalité. Je ne dis pas ça pour donner l'impression que les médecins ne donnent pas de rapports fidèles, mais il ne faut pas oublier que le chiffre de trente mille quelque chose dans la Saskatchewan représente les sommes payées aux médecins. Cela ne comprend pas, par exemple, les frais de son bureau.

Alors il ne faut pas oublier que c'est probablement le revenu brut tandis qu'il y a des dépenses qu'il lui faudra payer, les gardes-malades, les réceptionnistes, les locaux etc.

M. CASTONGUAY: D'ailleurs, M. le Président, sur le choix des méthodes que nous avons utilisées, c'est une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas voulu partir des statistiques fiscales et de là faire des hypothèses qui auraient pu être critiquées ou mises en doute et pour lesquelles personne n'aurait eu aucun moyen de vérification. Nous avons préféré partir d'expériences d'autres régimes, comme la Saskatchewan, les régimes à commandite médicale et nous avons fait bien attention de ne jamais faire de lien entre les résultats et les revenus actuels parce qu'il s'agit de deux choses différentes, comme vous venez de le mentionner.

M. CLOUTIER: Avec le tableau 8 on n'indique pas, M. Castonguay, si c'est le revenu net ou le revenu brut des professionnels. Le tableau 8 de la page 30...

M. TREPANIER: C'est le revenu net...

UNE VOIX: C'est le revenu net après les dépenses de bureau...

M. CLOUTIER: Bien ce n'est pas indiqué; c'est l'évolution des revenus de certains groupes de professionnels.

M. TREPANIER: Vous allez compiler à par-

tir des rapports publiés par le ministère du Revenu. Alors ça veut dire...

M. CASTONGUAY: Je ne serais pas porté à dire ça aussi...

UNE VOIX: Ce n'est pas aussi simple que ça.

M. TREPANIER: C'est sur ce point-là que les médecins envoient leurs rapports fiscaux.

M. CASTONGUAY: Ils sont obligés de déclarer leur revenu brut. A partir des déductions, on arrive au revenu net. Alors d'après moi...

M. TREPANIER: Dans le rapport d'impôt.

M. CASTONGUAY: Oui, oui. Vous ne déclarez pas un revenu net à l'impôt, vous déclarez un revenu brut et vous prenez les déductions auxquelles vous avez droit. On peut vérifier, nous avons les statistiques fiscales.

M. CLOUTIER: Il faudrait que ce soit indiqué parce qu'il y a une énorme différence. Les conclusions ne sont pas les mêmes.

M. CASTONGUAY: Nous allons vérifier dans...

M. RENAUD: M. Castonguay, vous avez en même temps les avocats et notaires, au tableau 8. Je suis convaincu que c'est le revenu net, après dépenses de bureau...

M. KENNEDY: Normalement quand on parle du revenu d'une personne on parle du revenu net.

M. RENAUD: ... dépenses de secrétaire, papeterie, etc.

M. KENNEDY: Dans les bureaux, ce ne sont pas les honoraires que je cotise qui m'intéressent c'est ce qui me reste après avoir payé les salaires, la papeterie, le téléphone.

M. TREPANIER: Si on admettait que c'étaient les revenus bruts quand on pense que les frais d'administration peuvent aller de 40% à 50%, même à ce moment-là.

M. CLOUTIER: Tout de même les conclusions qu'on peut en tirer sont tellement importantes qu'à mon sens...

M. LE PRESIDENT: Nous allons vérifier.

M. CASTONGUAY: Nous allons vérifier ce

midi avant de revenir, nous vérifierons ce renseignement nous avons les statistiques fiscales au bureau.

M. LE PRÉSIDENT: Alors est-ce la volonté du comité d'ajourner? Mais je suppose que les députés vont revenir à deux heures trente cinq. La séance est ajournée à trois heures.

Reprise de la séance à 3 h 7 p.m.

M. MORENCY: On vient de vous distribuer un horaire des auditions jusqu'au 31 mars qui comporte le nom de tous les individus et organismes de qui nous avons reçu un mémoire à date. Vous remarquerez qu'il y a certaines périodes libres, entre autres le 16; il y a là la Chambre de commerce, parce qu'on ne savait pas s'il y avait assez de l'avant-midi, on a laissé l'après-midi libre au cas où ça se prolongerait. La même chose pour le Collège des pharmaciens. Les autres jours, nous avons une période de quinze minutes ou de trente minutes selon le cas, pour permettre au comité de discuter de certaines questions avant de recevoir les délégations. Alors à moins de changement, c'est le calendrier des audiences jusqu'au 31. Des lettres vont partir cet après-midi ou demain matin pour tous ces gens, pour tous ces organismes.

M. ROY (Président): Messieurs, j'aimerais vous souligner le numéro qui apparaît immédiatement après le nom de l'association, c'est le numéro du mémoire qui vous a été distribué afin de vous éviter de rechercher à travers les 20 ou 26 mémoires que nous avons présentement en main.

M. CLOUTIER: M. le Président, avant que nous ne commençons, je demanderais si des démarches ne pourraient pas être entreprises par le Président du comité pour avoir le plus tôt possible des informations additionnelles et des documents relatifs à la déclaration ministérielle du ministre de la Santé qui a été faite en Chambre il y a un instant.

M. ROY (Président): Je vais demander à M. Kierans de nous remettre la documentation qu'il sera possible de remettre aux membres du comité afin que nous puissions examiner les ententes qui ont été conclues avec les médecins praticants et spécialistes.

M. MARLER (Président): Il faudrait évi-

demment plus tard consacrer une partie de la séance pour que le comité puisse se rendre compte des implications financières des projets, et en somme de quelle façon le projet peut se marier dans l'ensemble avec l'assurance-santé.

M. CASTONGUAY: M. le Président, à ce sujet-là, je crois que, comme membres du comité de recherches, nous sommes bien placés. Au moment où nous aurons eu l'autorisation de le faire puisque nous avons participé à tout ce travail, alors nous pourrions donner les renseignements nécessaires. Naturellement je n'ai pas d'autorisation pour les donner à ce stade-ci.

M. MARLER (Président): Sans doute après avoir écouté vos observations M. Castonguay. On va passer la loi dans cinq minutes.

M. TARDIF: Il n'y a pas d'opposition, c'est un comité conjoint.

M. MARLER (Président): Je ne parlerai pas de l'opposition au Conseil législatif, qui comprend très rapidement des fois.

M. ROY (Président): Alors M. Castonguay.

M. CASTONGUAY: A la fin de la séance ce matin, une question était restée en suspens, à savoir si, dans le volume sur les effectifs médicaux lorsqu'il est question du montant des revenus il s'agit de revenu brut, ou de revenu net. A ce sujet, il y a une remarque très importante à faire. Si nous avons donné ces montants de revenus dans le volume X, c'était uniquement pour comparer les courbes de revenus de diverses professions afin de montrer, ou essayer de déterminer d'après l'évolution de ces courbes de revenus s'il y a un manque de médecins ou s'il y a un surplus. Alors ces chiffres ne sont pas donnés tellement à titre de renseignements quant aux revenus des médecins, en tant que revenus, c'est plutôt pour l'étude des courbes.

De toute façon, ce midi, je suis allé aux sources. Les renseignements qui sont donnés proviennent de la publication que j'ai ici, les statistiques fiscales. A la page 83, pour les statistiques publiées en 1965, se rapportant à l'année 1963, on peut établir que le revenu des médecins sur la base indiquée dans le volume X pour une moyenne de cinq années, était de \$17,300. Cela comprend tous les médecins dans la pratique, à l'exclusion des médecins qui sont dans l'enseignement ou dans des fonctions administratives et qui sont rémunérés à salaire.

Maintenant, le montant de \$17,300 est la moyenne des revenus bruts, déduction faite des dépenses d'opération des bureaux, des salaires des secrétaires ou des infirmières, etc., mais les exemptions personnelles ou les exemptions d'autres genres ne sont pas déduites de ce montant. C'est le revenu du médecin brut après déduction des frais d'administration de sa pratique. Alors, pour cette année 1963, c'était de \$17,300 pour la province de Québec.

M. RENAUD: Le revenu net d'administration.

M. CASTONGUAY: Oui.

M. BARIBEAU: M. Castonguay, quelle est la proportion des médecins qui sont salariés dans la province de Québec? Quel pourcentage?

M. CASTONGUAY: Nous avons des chiffres dans le volume X sur les effectifs médicaux. Tout ça est donné bien clairement. De mémoire, je ne peux pas le dire. Mademoiselle Beaudoin va vous faire l'analyse de ce volume immédiatement après. Est-ce que ça vous satisfait?

M. BARIBEAU: Certainement. Merci.

M. CASTONGUAY: Sur la question du revenu des médecins tel qu'il apparaît dans le volume X, est-ce que ça répond à la question? J'ai vérifié avec le ministère du Revenu à Ottawa, j'ai appelé pour être bien certain que l'interprétation donnée était exacte.

Nous avons donc terminé ce matin ce qui touchait aux soins...

M. BOUDREAU: Quand vous établissez le revenu moyen d'un médecin, c'est Ottawa, c'est au bureau de l'impôt que vous obteniez ces détails-là?

M. CASTONGUAY: Ceux qui apparaissent au volume X, oui.

M. BOUDREAU: C'est le renseignement qui vous est parvenu du bureau de l'impôt à Ottawa?

M. CASTONGUAY: Exactement. C'est basé sur les statistiques fiscales, les statistiques de l'impôt

Alors, ce que nous avons dans le volume VIII relativement au coût des soins médicaux, les chiffres que nous indiquons ce matin, ce sont des montants de revenus bruts. Naturellement, le médecin doit déduire les dépenses qu'il a pour son bureau, son personnel, etc.

Quant aux médicaments, nous avons fait encore une fois diverses estimations. Nous indiquons à la page 20, en premier lieu, le coût des médicaments prescrits, c'est-à-dire l'ensemble des médicaments prescrits selon les estimations faites par la Commission Hall. On voit à la colonne du tableau 8, la colonne de gauche, que le coût serait de \$12.40 par habitant en 1967, c'est-à-dire \$73 millions, et s'il y avait par exemple un frais dissuasif de \$1 par ordonnance, le coût tombe alors à \$8.70 par habitant ou \$51 millions pour l'année 1967.

M. TREPANIER: Pourquoi avez-vous pris \$1?

M. CASTONGUAY: C'est un tableau tiré du rapport de la Commission Hall, ce sont leurs chiffres à titre d'exemple.

M. TREPANIER: Ah bon.

M. CASTONGUAY: Ces chiffres nous ont paru encore une fois relativement bas et c'est pourquoi, à partir d'une étude du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, nous avons refait une nouvelle estimation indiquée à la page 21. Nous arrivons cette fois-ci à un total de \$126 millions ou \$6.54 par habitant pour l'année 1961. Mais là, c'est par un moyen tout à fait détourné. On a pris ce que les Canadiens avaient dépensé en total pour les médicaments au cours de l'année 1961, c'est-à-dire \$363 millions, soit une dépense de \$19.95 par habitant. C'était le montant total des achats de médicaments. Les hôpitaux avaient acheté pour \$32,500,000; qu'en premier lieu nous avons enlevé, et sur les \$331 millions qui restaient il semblait qu'environ, d'après l'étude faite par le ministère, un tiers provenait d'ordonnances médicales. Alors, à partir de ce \$111 millions, nous avons ajouté un \$15 millions qui auraient représenté les médicaments distribués par les médecins. Alors, on en arrivait aux \$126 millions indiqués pour l'année 1961. C'est une seconde estimation, mais comme vous pouvez voir elle diffère passablement du \$73 millions indiqué dans le tableau 8, d'autant plus que les \$73 millions s'appliquent à l'année 1967 alors que les \$126 millions étaient pour l'année 1961.

Nous avons fait une autre estimation à partir d'études du bureau fédéral de la statistique. On y établit que pour les familles de deux personnes et plus qui vivaient dans des villes de 15,000 habitants et plus au Québec pour l'année 1959, le coût des médicaments se serait élevé à \$34 par famille. A partir du nombre moyen de personnes par famille, nous avons établi que le coût par personne, pour ces familles vivant dans ces vil-

les, avait été de \$8.50 en 1959.

Il s'agit d'un groupe de population tout à fait particulier et disons que c'est un autre indice, un autre barème de référence. Nous avons ensuite pris comme autre mode de détermination d'un coût pour les médicaments, l'expérience du gouvernement de la Saskatchewan en ce qui a trait au programme pour les assistés sociaux. En Saskatchewan, la plupart des assistés sociaux reçoivent gratuitement les médicaments et le gouvernement de la Saskatchewan en assume le coût. On voit pour les années 1960 et 1961, que le coût moyen pour les assistés sociaux permanents, c'est-à-dire les invalides, les aveugles, les personnes nécessiteuses, a été pour 1960 de \$10.43 et pour 1961 de \$10.57.

Dans ce cas le gouvernement ne paie aux pharmaciens que 50% du coût des ordonnances. Il fallait donc multiplier ce coût-là par deux pour essayer d'en arriver au coût réel et on arrive à environ \$21 par personne. Il s'agit là d'une partie de la population tout à fait particulière, beaucoup de personnes âgées, beaucoup de personnes n'ayant pas des revenus suffisants pour se donner une alimentation saine, par exemple. On peut imaginer qu'il s'agit là d'un coût assez élevé à cause du caractère du groupe donné. Mais, toutes ces données nous confirment malgré tout que les estimations de la Commission Hall semblent relativement basses.

Nous avons étudié l'expérience d'un autre groupe, c'est-à-dire le Prescription Services Incorporated, une société privée qui couvre en Ontario leurs assurés pour le coût des médicaments. Ils imposent un frais dissuasif de \$0.35 par ordonnance. En 1958/59, le coût moyen par assuré s'est élevé à \$18.48 et en 1959/60 \$17.88. Encore là, il s'agit d'un groupe particulier de personnes qui se sont assurées et il est assez difficile de déterminer exactement si ce montant représentatif du coût pour l'ensemble de la population.

Pour le choix d'une estimation pour le Québec, nous avons pris un coût qui se situait entre le coût de la Commission Hall et celui de Prescription Services Incorporated et nous avons supposé que le coût serait de \$15 par habitant pour l'année 1966 au lieu du \$11.54 suggéré par la Commission Hall. Il y a donc écart assez considérable, mais je crois qu'avec toutes les données que nous avons en main, il y a lieu de supposer que ce serait le chiffre le plus élevé plutôt que le chiffre le plus bas qui s'appliquerait à notre avis.

Il y a certaines choses dont nous n'avons pas tenu compte, ou dont il n'est pas possible de tenir compte, c'est indiqué au bas de la page 23. On dit que si les médicaments étaient achetés

en plus grande quantité, ça pourrait avoir une influence sur le niveau des prix. On sait que dans la question des médicaments, l'achat en volume peut signifier pour certains types de médicaments des économies appréciables. De toute façon, ce qui nous a semblé le plus important dans cette question et c'est indiqué au bas de la page 23, c'est qu'un programme de recherche minutieux s'impose avant à la question de l'achat en quantité. Ce programme de recherches devrait analyser le bien-fondé et les conséquences de certaines recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé et de la Commission royale d'enquête sur les pratiques restrictives au sujet des brevets pharmaceutiques, de la centralisation des informations publicitaires et de l'usage des termes génériques.

La lecture de tout ce qui touche à la question des médicaments donne, selon les sources de renseignements, des portraits tout à fait différents sur cette question. Selon le document que vous lisez, on va vous prouver avec preuves à l'appui que les dépenses affectées à la publicité semblent excessivement élevées. D'autres sources vont indiquer que ces dépenses sont raisonnables si on les compare à celle d'autres industries. Certains renseignements vont vous montrer qu'il y a des tendances à l'établissement de monopole dans l'industrie pharmaceutique, d'autres sources de renseignements vont dire qu'il y a peut-être certaines tendances, mais que ces tendances sont nécessaires si l'on veut que de grosses entreprises de produits pharmaceutiques subsistent et puissent supporter les coûts de recherche nécessaire au développement de nouveaux médicaments.

Vous avez toute une série de données qui semblent assez contradictoires sur la question des médicaments et il serait assez difficile sans une étude beaucoup plus poussée de savoir exactement où se situent les faits dans ce domaine. De toute façon, il y a déjà dans les mémoires des indications d'un certain nombre de groupes intéressés à la question des produits pharmaceutiques qui se présenteront devant le comité.

M. COITEUX (Duplessis): Advenant le cas où le système serait appliqué, est-ce que ce serait un travail considérable pour votre comité de vous demander après étude des possibilités financières de la province dont nous pouvons disposer pour ce système, ce qu'on peut couvrir avec le montant mis à votre disposition?

M. CASTONGUAY: Nous pourrions certainement le faire, par exemple...

M. COITEUX (Duplessis): En procédant pas...

M. CASTONGUAY: ... Par exemple, pour les assistés sociaux, disons, s'il était à un moment donné jugé utile de couvrir les médicaments pour les assistés sociaux c'est un groupe plus restreint, il y a moyen d'en arriver à une estimation un peu plus juste sans un travail énorme.

Vous avez au tableau 24, donc à partir de notre estimation de \$15 pour 1966, après augmentation selon la courbe d'augmentation des prix et après ajustement pour les frais d'administration de 5%, le coût pour l'année 1967. si tous les médicaments prescrits étaient donnés gratuitement aux citoyens de la province, sans frais dissuasifs, soit \$100 millions. Encore une fois ce n'est pas une indication que nous croyons que c'est la meilleure des approches à prendre, c'est un chiffre donné à titre de référence et à partir duquel il y a moyen d'établir des coûts pour des groupes ou des coûts selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas de frais dissuasifs.

Est-ce qu'il y a des questions sur les médicaments?

M. CLOUTIER: M. Castonguay, d'après vos calculs en 1967, le coût des médicaments, soit la moitié du coût des soins médicaux d'après...

M. CASTONGUAY: A peu près.

M. CLOUTIER: Alors, ce qui veut dire que, dans l'ensemble, \$300 millions s'il n'y avait pas de frais...

M. CASTONGUAY: Exactement.

M. TREPANIER: M. Castonguay, juste une information. A la page 20, au tableau 8, en 1967, le coût global par habitant serait de \$12.40, ce qui représenterait \$73,200,000 pour le Québec. A la page 21, on a le chiffre de \$126 millions ou encore \$6.54 par habitant. Est-ce que c'est pour le Canada?

M. CASTONGUAY: Oui, le \$126 millions est pour le Canada...

M. TREPANIER: Pour le Canada.

M. CASTONGUAY: ... oui, je m'excuse. Vous voyez que ce \$6.54 est relativement bas. C'était une autre approche. Ceci indique le degré d'erreur beaucoup plus grand qui peut exister dans la question des estimations des coûts des médicaments. Le degré d'erreur peut être beaucoup plus grand dans notre estimation de \$100 millions que dans l'estimation qui a été faite pour les soins médicaux.

M. MARLER: Et évidemment, nous étudions des chiffres où il s'agit du paiement par celui qui veut avoir les médicaments en question, dans le sens que si c'est gratuit, il est fort possible que la quantité consommée soit considérablement augmentée.

M. CASTONGUAY: Et c'est ce que l'expérience de prescription Services Incorporated indique. Cette estimation est plus élevée. Nous avons pris \$15 et on voit qu'au haut de la page 23, que pour ce groupe, il s'agissait de \$17 et \$18 par assuré.

M. TREPANIER: Il y a cinq ans avec...

M. CASTONGUAY: Il y a cinq ans et...

M. TREPANIER: ... frais modérateurs.

M. CASTONGUAY:... avec frais modérateurs.

M. TREPANIER: Est-ce que dans vos estimations vous ne comptez pas de frais modérateurs?

M. CASTONGUAY: Comme on l'a indiqué, si on voulait, à partir de ce chiffre, voir ce qu'un programme avec une forme de frais modérateurs coûterait pour certains groupes, à partir de ce résultat on pourrait vous donner des estimations. Il y a toute une gamme possible. Par exemple, en Angleterre, le frais dissuasif de \$0.30 ne donnait pas les résultats attendus. Il empêchait apparemment un certain nombre de personnes de s'acheter des médicaments. D'autre part, il y avait une tendance à ce que les médecins prescrivent une quantité beaucoup plus forte que nécessaire, de telle sorte que la personne n'avait pas à payer de nouveau les frais modérateurs la semaine suivante. La question des frais modérateurs est très délicate et on n'a pas voulu indiquer un mode de frais, disons possible, parce que nous ne sommes pas assurés qu'il serait le meilleur.

En Suède, par exemple, c'est \$0.60 par ordonnance et 50% de l'excédent. Il semble y avoir un problème, là aussi.

M. DUPRE: M. Castonguay, selon vous, est-ce que vous avez remarqué une augmentation effarante des produits pharmaceutiques, c'est épouvantable. La moindre prescription de \$10, \$15 aujourd'hui, il y a quelques années...

M. CASTONGUAY: Disons que nous avons fait, évidemment, des lectures, des études sur la question. Cela a été étudié, d'ailleurs, cette question des médicaments par un ou deux comités du Sénat américain, des études très

poussées. Cela a été étudié, ici à Ottawa il s'agit là encore d'une étude poussée. Il y a une thèse qui dit que cette augmentation dans le nombre des médicaments est excellente, est désirable. Il en serait résulté beaucoup plus de médicaments appropriés et des médicaments de plus en plus efficaces. Vous lisez d'autre part, avec données à l'appui, que cette augmentation en nombre a été dispendieuse, et ne donne pas tellement plus à la population. Quelle est exactement la réponse à toutes ces questions? Réellement, avec les moyens et le temps que nous avons à notre disposition, nous n'avons pas pu apporter de réponses à ces questions.

M. BOUDREAU: M. Castonguay, est-ce qu'il est possible d'établir un tarif uniforme sur la question des médicaments et des ordonnances?

M. CASTONGUAY: Vous voulez dire une prime que les personnes pourraient...

M. BOUDREAU: Non, un prix uniforme, par tout, parce qu'il y a des produits pharmaceutiques qui peuvent changer de prix d'une pharmacie à l'autre.

M. CASTONGUAY: C'est le genre de question, si vous me le permettez, où les réponses que vous pourriez obtenir seraient probablement plus satisfaisantes si elles vous étaient données par les organismes qui viendront au comité.

M. MARLER: On pourrait toujours, M. le Président, poser la question aux médecins. Y a-t-il moyen de plafonner les honoraires? Sans évoquer, évidemment, beaucoup d'enthousiasme, de part et d'autre.

M. LIZOTTE: Si on les plafonne sur 50% des honoraires qu'ils ne retirent pas, ça ne donnerait pas grand-chose.

M. CASTONGUAY: Vous voyez sur cette...

M. BOUDREAU: ... c'est aussi bon si l'on veut établir un prix uniforme...

M. CASTONGUAY: Il y a eu certaines tentatives de faites. Par exemple, en Colombie-Britannique pour certains programmes, les médecins doivent prescrire en utilisant les noms génériques. C'est-à-dire que, s'ils veulent prescrire tel médicament, ils ne prescrivent pas son nom commercial, mais le nom du médicament lui-même. Si il y a six manufacturiers du même médicament qui lui donnent

des noms différents, qu'ils l'enveloppent d'une façon plus ou moins attrayante, le pharmacien, normalement, devrait donner celui qui coûte le moins cher. Encore là, on dit que l'utilisation des noms génériques même si en théorie elle semble donner lieu à des économies peut en pratique donner lieu à certaines difficultés. Le manufacturier qui manufacture en théorie le même produit, s'il est moins bien équipé pour analyser la qualité de chaque mélange vous pouvez avoir à un moment donné une série de comprimés qui seront moins bons. Il y a peut-être un intérêt à vouloir acheter d'une compagnie de meilleure réputation même si, en théorie, c'est exactement le même médicament.

M. MARLER: En tout cas, nous aurons l'occasion, n'est-ce pas, de poser cette question à des associations pharmaceutiques qui vont venir la semaine prochaine. Je pense que c'est du temps perdu de la discuter cet après-midi. Nous aurons l'occasion de poser ces questions aux gens qui pourront peut-être se défendre, au moins nous donner des réponses.

M. COITEUX (Duplessis): A la page 23, l'Association des fabricants du Québec de produits pharmaceutiques.

M. BOUDREAU: Il y a des choses qui partent du laboratoire, mais des produits pharmaceutiques qui sont vendus par certains laboratoires sont plus élevés que ceux d'autres laboratoires.

M. MARLER: Si c'était des notaires... vous avez des notaires qui font un contrat pour \$100 d'autres pour \$150.

M. BOUDREAU: Bien sûr, bien sûr. Mais quand il s'agit d'une loi, ça doit être une loi uniforme, pas pour...

M. MARLER: Il y a une loi uniforme pour les notaires, mais je vous assure qu'il y a des changements dans le tarif. C'est bien vrai, n'est-ce pas, M. Trépanier?

M. TREPANIER: Oui.

M. BOUDREAU: Mais...

M. CASTONGUAY: Alors sur la question du financement, nous l'avons abordé parallèlement à celle du champ d'application. Il y avait deux possibilités. Faire toute une étude

en prenant comme point de départ un régime qui couvrirait l'ensemble de la population et nous avons après toute la gamme des possibilités quant aux régimes facultatifs, où il aurait fallu faire des hypothèses quant au niveau de revenu donnant droit à des subsides, des hypothèses quant au nombre de personnes qui feraient appel à ces subsides. Alors, à titre d'illustration, nous avons présenté trois possibilités quant aux formules de financement. En même temps, nous avons étudié ces formules par rapport au champ d'application, aux structures administratives, aux problèmes d'administration etc. Nous avons cru qu'à partir de ces données si d'autres formules devaient être étudiées, nous aurions en main ce qu'il fallait pour vous présenter les renseignements désirés!

En premier lieu, nous avons discuté de nouveau la question des frais modérateurs, dont nous avons parlé hier, au cours des divers exposés. Ce qui est indiqué à la page 26 sur les frais modérateurs, je crois que ce serait une répétition d'y revenir.

Quant au champ d'application, nous avons cru nécessaire d'indiquer que, selon ce que nous avons vu, il y avait toujours une certaine nécessité d'unification des différentes mesures de sécurité sociale de même type. Etant donné que l'assurance-hospitalisation est universelle, il nous a semblé utile d'indiquer que ceci ne devait pas être ignoré dans l'étude du champ d'application. Et, à ce sujet, à la page 27, nous donnons un certain nombre de raisons pour lesquelles l'unification dans ces mesures ne devait pas être ignorée. C'est une discussion plutôt sur les principes et il n'y a pas lieu de passer tellement en détail sur cette citation qui en elle-même est très intéressante.

Nous avons posé certaines questions qui ont ressorti au cours de la discussion cette semaine, dans l'hypothèse où le régime ne serait pas universel. Nous posons ces questions au milieu de la page 28. Qui pourrait en être exclu? Nous voyons principalement les personnes à revenu plus élevé et, à ce moment-là, il y a une question d'équité qui se pose. Si une partie du coût du régime est financée à même les revenus généraux de taxation.

Je pense que tout ça ayant déjà été touché, ces considérations d'ordre général si vous me permettez, je pourrais passer immédiatement à la page 29, à la description des trois méthodes de financement dans le cadre d'un régime universel que nous avons décrit.

La première, c'est le financement intégral à partir des revenus généraux de l'Etat. Exactement le même système que pour l'assurance-

hospitalisation. Nous avons vu que le coût des soins médicaux serait de \$207 millions et si les médicaments étaient ajoutés, nous avons estimé environ \$300 millions.

Au point de vue des implications de ce mode de financement au point de vue administratif, c'est évidemment le plus simple. Tout le monde est couvert, il n'y a pas de mécanisme de perception des primes ou des contributions. Tout se fait par la fiscalité.

Maintenant, au point de vue de l'incidence du financement, et cela c'est assez important, disons que ce serait peut-être le mode le plus progressif étant donné que tout le financement proviendrait des sources d'impôt réguliers. Il y a ici un point que nous avons cru bon de souligner. C'est que, malgré le caractère progressif de l'impôt, la masse des revenus en impôt provient malgré tout de la masse des salariés, et la masse des salariés est encore celle qui ne gagne pas des revenus tellement élevés. À ce sujet, nous donnons quelques références et la conclusion d'une de ces études au haut de la page 30. On dit: « Thus, the working class as a whole pays for its welfare benefits and it follows that any redistribution takes place within the group ». Alors, tout mode que nous pourrions envisager tourne autour de primes ou de contributions sur les revenus du travail, etc. Il peut y avoir un caractère plus ou moins progressif, mais il ne faudrait pas s'imaginer, selon ces données, que le caractère serait beaucoup moins progressif que si ça provenait des impôts généraux réguliers.

Quant à la question que nous avons appelée responsabilité du public, nous en avons aussi parlé lors de l'étude des critères de choix, et à différentes autres reprises, il a été vu, et je pense bien que c'est une thèse acceptable que les soins de santé ne sont pas des biens ou des services purement privés, que la maladie est un problème jusqu'à un certain point social et à ce titre, les soins de santé ne sont pas purement des biens privés comme par exemple, une automobile. D'un autre côté, nous mentionnons à la page 31, que tous les soins de santé ne sont pas tous au même titre des biens privés. Il y a des biens non privés. Justement dans la question des médicaments que nous mentionnions, la personne qui se contente d'un médicament à \$3 le 100, par rapport à l'autre qui va prendre le même médicament à \$6. Personnellement, elle est prête à payer \$3 de plus pour s'assurer qu'elle aura une meilleure qualité. Il y a donc un aspect privé dans ces biens. Nous disons donc, que dans le financement des soins médicaux, les médicaments, etc., il serait bon qu'il y ait paiement de primes et non que tout

soit financé à même les revenus généraux de la taxation.

De la même façon, nous mentionnons au bas de la page 31, que dans les divers régimes, dans les divers pays que nous avons visités, une chose semble ressortir, c'est que le paiement des primes a un autre aspect qui est assez important. C'est qu'il rend la population consciente du fait qu'elle doit payer pour ces soins, qu'il y a quelqu'un qui doit payer. Et la meilleure manière de rendre la population consciente du coût, c'est de lui faire supporter une partie de ce coût, par un impôt ou par une contribution clairement identifiée. Cette méthode du financement par les revenus généraux, sous cet aspect, pêcherait donc ou serait déficiente.

Finalement, quant aux structures d'organisation, la distribution des soins de santé présente un aspect un peu différent de l'administration des diverses autres lois. Par exemple, si nous prenons une loi du type de la Loi des accidents du travail ou des lois de bien-être, le gouvernement administre la loi de a à z en fait. Il ne compte pas sur des agents extérieurs. Le tout peut être fait à l'intérieur d'un ministère et il n'y a pas tellement de conflits. Pour les soins de santé, le gouvernement ne les distribuera pas directement, peu importe la forme de régime. Ce sont les professionnels de la santé qui vont les distribuer. Alors si les structures administratives ne permettent pas aux professionnels de la santé de participer à l'administration, tôt ou tard, et c'est l'expérience générale, il va y avoir opposition entre les deux groupes. Il semble donc nécessaire et essentiel que les professionnels de la santé participent à l'administration aussi bien qu'à la distribution des services.

Donc, il y a lieu d'envisager une participation dans les organismes administratifs. La participation généralement se fait beaucoup mieux si l'on identifie avec les participants la part qu'ils apportent au régime. Alors, si tout est financé par les revenus généraux, il est beaucoup plus difficile de déterminer qui apporte une participation à un tel régime. S'il y a des primes ou si les employeurs sont appelés à contribuer, et qu'ils veulent être représentés, il y a une justification plus forte à cette représentation. Encore là, le financement à même les revenus généraux, de façon globale, ne semblerait pas être la formule la plus heureuse.

Le financement mixte, soit le financement du type que nous avons vu ce matin, c'est-à-dire une partie provenant des revenus généraux, et l'autre partie de primes du type conventionnel. Le système utilisé en Saskatchewan.

Ici dans nos estimations, nous avons pris comme hypothèse que la partie financée par les

revenus généraux de 50%. L'hypothèse que nous avons posée est bien simple. Le gouvernement fédéral a dit; nous allons payer 50% de la moyenne du coût national. Nous sommes partis de ça tout simplement, ça pourrait être 40%, ça pourrait être 45%. De toute façon nous avons donné à titre indicatif. La balance, nous l'avons répartie en des primes qui seraient payées par les unités de la population, soit les individus et les familles. Nous n'avons pas fait de distinction entre les familles de 2 ou 3 ou 4 personnes.

Noos voyons au tableau 10 de la page 33, qu'en 1967, les primes seraient de \$33 pour un individu et, pour une famille, de \$66. Le coût pour l'Etat serait plus élevé que 50% étant donné que l'Etat serait obligé d'assumer une partie du coût des primes pour les indigents, pour les personnes à très faible revenu. L'Etat serait obligé de verser à la commission, s'il y a une commission, une caisse d'assurance-maladie, une partie de \$33 ou de \$66.

M. COITEUX (Duplessis): Dans le \$33 est-ce que vous avez les frais d'administration?

M. CASTONGUAY: Cela pourrait être fait de différentes façons, soit verser la pleine prime ou encore des subsides, une partie de la prime pour les personnes gagnant un certain revenu, la pleine prime pour ceux qui n'ont aucun revenu.

M. RENAUD: Ce serait seulement pour les soins médicaux?

M. CASTONGUAY: Soins médicaux, \$33 et \$66. Si le régime comprend les médicaments, voyez à la page 34, le coût serait d'environ \$16 pour un individu, \$32 pour une famille. Alors, au total, vous auriez \$49 pour un individu et \$98 pour une famille.

M. COITEUX (Duplessis): Quand vous parlez de 50% M. Castonguay, est-ce que vous calculez les frais d'administration?

M. CASTONGUAY: Tout est compris, les frais d'administration aussi. Le coût global du régime divisé par deux.

M. COITEUX (Duplessis): Très bien.

M. CASTONGUAY: De la même façon dans le coût des médicaments, il faut faire bien attention que le 50% supporté par l'Etat ne provient pas d'un arrangement fiscal avec le gouvernement fédéral puis que la proposition du gou-

vernement fédéral ne touche qu'aux soins médicaux.

M. RENAUD: Mais dans le \$300 millions que vous mentionnez, les soins médicaux avec les médicaments représentent 50% en prestation, c'est ça?

M. CASTONGUAY: Le \$300 millions c'est le coût global pour les deux.

M. RENAUD: S'il vous était possible de faire une démonstration? Vous dites que ça va coûter à peu près \$300 millions dans la province cette affaire-là. Il va y avoir un montant par les prestations et puis un montant payé par l'Etat.

M. CASTONGUAY: Voici comment serait distribué le \$300 millions, au lieu de prendre \$308 millions, disons \$300 pour faire un chiffre rond approximativement, \$100 viendraient du fédéral, c'est-à-dire la moitié du coût des soins médicaux, les autres \$200 millions seraient répartis à peu près comme suit; \$50 millions par la province, pour la moitié du coût des médicaments et \$150 millions viendraient des primes. Maintenant, dans ce \$150 millions provenant des primes, le gouvernement devrait en supporter une certaine partie, c'est-à-dire pour les personnes à très faible revenu, les assistés sociaux etc. Ce serait donc plus que \$50 millions qui seraient assumés directement par la province.

Nous avons, au bas de la page 35, certains chiffres qui peuvent présenter un certain intérêt. Premièrement, nous mentionnons que les employeurs pourraient être appelés à payer une partie des primes. Si on calcule que 85% environ des travailleurs sont des salariés, le coût supporté par les travailleurs pourrait être divisé moitié-moitié entre les employés et les employeurs. Cela signifierait que les employeurs seraient appelés à supporter \$44 millions pour les frais médicaux, \$65 millions si les médicaments étaient aussi couverts. Présentement les employeurs semblent, d'après nos estimations, payer pour les soins médicaux environ \$25 millions par an.

Les implications de ce mode au point de vue administratif? C'est le système qui est probablement le plus compliqué étant donné que le paiement des primes implique tout un nouveau système de perception. Il faut, comme on l'a vu ce matin, presque de nécessité rattacher la protection au paiement des primes. Alors pour que les personnes s'enregistrent il faut monter des dossiers pour chacun, vérifier si les pri-

mes sont payées, c'est tout un mécanisme nouveau à établir.

M. RENAUD: M. Castonguay, je ne sais pas si c'est dans l'ordre de vous demander ça. Actuellement vous avez la Croix Bleue et puis une autre association je pense, je ne sais pas son nom...

M. CASTONGUAY: Les Services de Santé du Québec.

M. RENAUD: ... oui, advenant l'intégration dans un système de la continuation de ces organismes-là, comment est-ce que ça pourrait s'intégrer dans le système que vous mentionnez? Je ne sais pas si ma question est de l'heure...

M. CASTONGUAY: Oui votre question est de l'heure M. Renaud. La réponse est moins facile à formuler que la question. Pour l'assurance-hospitalisation, si mes renseignements sont bons, en Ontario on est parti de l'organisation de la Croix bleue pour monter l'administration de l'assurance-hospitalisation. Le gouvernement, apparemment, a pris ce qui existait comme mécanisme administratif à la Croix bleue et l'a utilisé pour administrer l'assurance-hospitalisation.

Dans la question des soins médicaux, je ne sais pas si ce genre d'absorption en bloc donnerait des résultats utiles. Il y a aussi une autre question; est-ce que ceux-ci accepteraient une telle chose à moins qu'ils n'y soient forcés...

M. RENAUD: Evidemment ma question est hypothétique. C'est simplement de savoir de quelle façon ça pourrait être travaillé si jamais les structures de ces sociétés-là étaient pour demeurer. Je vous remercie de la réponse pour le moment.

M. CASTONGUAY: Dans la deuxième option que vous soumettez, il s'agit d'un régime étatique; champ d'application universel et à caractère obligatoire. Maintenant, il y aurait peut-être possibilité d'envisager un tel régime, à caractère facultatif, avec des primes et administré par l'Etat. Ceux qui veulent s'assurer auprès de compagnies privées pourraient le faire comme en Colombie, ce qui se rapprochait le plus de cette deuxième option. Les personnes recevant des subsides devraient s'assurer auprès de l'organisme assureur mis sur pied par l'Etat et ceux qui ne reçoivent pas de subsides pourraient s'adresser soit à cet organis-

me soit à l'extérieur. Il y a là une variante qui devient assez importante, c'est que la contribution de l'Etat devrait prendre la forme de subsides si l'on veut que le régime soit équitable.

M. DUPRE: M. Castonguay, le problème qu'il y a chez nous, c'est que ce sont des assurances combinées, il y a le fonds de pensions, des soins médicaux, il n'y a pas de médicaments par exemple d'inclus. Est-ce que ce serait tout combiné dans nos contrats avec les compagnies?

M. CASTONGUAY: Lorsque vous dites chez-vous... et bien voici ça c'est le même...

M. DUPRE: D'après l'hôpital, c'est l'agence qui a payé les factures, évidemment Jusqu'à concurrence du taux fixe et puis moi je payais la différence.

M. CASTONGUAY: Lorsque vous dites le problème dans quel sens dites-vous qu'il y a...

M. DUPRE: Qu'est-ce qui est arrivé avec l'assurance de l'Etat par exemple?

M. CASTONGUAY: Qu'est-ce qui est arrivé lors de l'assurance-hospitalisation? Lorsque l'assurance-hospitalisation a été mise en vigueur, tous les assureurs ont amendé leurs contrats pour qu'il n'y ait pas duplication, d'ailleurs je crois que dans la Loi de l'assurance-hospitalisation il est défendu aux assureurs de couvrir ce qui est couvert par la Loi. Alors, tous les contrats ont été amendés automatiquement...

M. DUPRE: Ils nous ont donné un peu plus de service mais...

M. CASTONGUAY: Bien tout dépend. Il y a eu une hausse en général des primes perçues par les assureurs après l'établissement de l'assurance-hospitalisation, pas une baisse qui correspondait au coût total de l'assurance-hospitalisation, parce que dans un bon nombre de cas les employeurs, ou les employeurs et les unions ont convenu d'utiliser une partie des primes qui restaient pour donner des avantages additionnels.

M. DUPRE: C'est ça.

M. CLOUTIER: Est-ce qu'il y a des indices d'après vous qui nous permettraient de voir que la structure familiale de la population, si les individus en dehors de la famille auraient changé depuis 1961 et changeraient à l'avenir?

M. CASTONGUAY: Vous voulez dire en nombre, en proportion?

M. CLOUTIER: En nombre, oui.

M. CASTONGUAY: Ce sont des changements qui se font très lentement. La seule chose qui pourrait avoir affecté un peu plus brusquement la composition des familles, disons les familles jeunes, depuis quelques années, ce serait la pilule anticonceptionnelle et qui est en mesure de dire jusqu'à quel point elle est utilisée? Cela...

M. CLOUTIER: Le recensement de 71...

M. CASTONGUAY: Oui, si mes renseignements sont exacts, il y a des recensements à tous les cinq ans. Il devrait y en avoir un en 1966, mais basé sur un échantillonnage, au lieu d'un recensement complet. Il devrait y avoir un peu plus de renseignements disponibles à ce sujet vers 1967.

M. CLOUTIER: Advenant l'instauration d'un système mixte évidemment ça joue, ce facteur-là joue sur les tableaux que vous avez compilés.

M. CASTONGUAY: Oui.

M. CLOUTIER: Parce que c'est un facteur qui exerce une influence décisive sur les primes.

M. CASTONGUAY: Oui, c'est pour ça que l'on dit que ce mode en fait est peut-être celui qui a le caractère le moins progressif. Peu importe le niveau de revenu de l'individu, en autant qu'il est marié, il paie toujours la même prime. De plus l'individu à faible revenu paie la même prime que celui qui a un revenu plus élevé, le nombre des enfants n'est pas tenu en ligne de compte. Comme les salaires ne sont pas donnés ou attribués en fonction du nombre des enfants dans une famille, le caractère progressif d'un système de financement, dans un cas comme celui-là, a une certaine importance. Le système des primes, pour nous qui avons étudié la question, ne nous apparaissait pas comme étant un mode de financement tellement heureux.

Au point de vue de la responsabilité du public ça fait ressortir la nécessité de payer une certaine partie des soins et ça permet de faire participer les organismes dans la structure administrative plus facilement. Ce sont donc des aspects favorables.

M. CLOUTIER: Est-ce que le fait que l'assu-

rance-hospitalisation, évidemment ne comporte pas de primes; c'est un facteur qui exerce une grande influence sur le mode de financement de l'assurance-santé?

M. CASTONGUAY: Disons qu'il y a deux facteurs particuliers dans le cas de l'assurance-hospitalisation. Selon la Loi de l'assurance-hospitalisation, de la façon qu'elle est conçue, le gouvernement ne transige pas avec les individus mais avec les hôpitaux. Déjà là c'est différent. Il y a une caractéristique de cette loi qui est bien particulière en comparaison avec les soins médicaux. De plus selon la Loi de l'assurance-hospitalisation, les relations entre le ministère et les hôpitaux sont bien différentes étant donné que le gouvernement aujourd'hui est obligé de subventionner la construction des hôpitaux, est obligé d'aider les hôpitaux dans l'achat de l'équipement, de matériel, etc. Il y a toujours des relations constantes entre le gouvernement et les hôpitaux. Du côté des individus, de la population, en vertu de la Loi de l'assurance-hospitalisation, tout le monde est traité de la même façon. Si une personne veut avoir de meilleurs services qu'une autre elle est obligée de payer la différence. Disons que le pro-

blème ne se pose pas tout à fait de la même façon. Personnellement disons — je comprends que la loi est la loi et ce n'est pas mon rôle de critiquer ce qui a été fait, — mais disons que si le problème se posait aujourd'hui à nouveau, peut-être que connaissant ce qui est connu aujourd'hui, il y a des choses qui pourraient être faites différemment, ou des modalités différentes qui pourraient être adoptées. Remarquez que c'est une opinion purement personnelle.

M. CLOUTIER: Est-ce qu'il serait possible d'intégrer complètement un régime d'assurance-hospitalisation sans prime à un régime d'assurance-santé avec prime.

M. CASTONGUAY: Moi, je le crois. Personnellement je le crois et, ceci sans trop de difficultés.

M. CLOUTIER: Mais là...

M. CASTONGUAY: Cela comporte évidemment des difficultés. Les difficultés, à mon avis, seraient des difficultés administratives. Justement, sur cette question des difficultés administratives, si c'est une question qui devrait être poussée plus loin, je crois qu'il serait important que le directeur de l'assurance-hospitalisation, comparaisse devant le comité, si vous le jugez à propos, pour qu'il vous donne plus de données sur cette question.

M. RENAUD: Nous avons touché à cette question-là hier...

M. CASTONGUAY: Oui.

M. RENAUD: ... et je serais grandement intéressé à l'entendre. Est-ce que vous pouvez nous dire s'il y a une possibilité que les deux systèmes, marchant sur une base différente, puissent être administrés conjointement? Je vous ai parlé d'une question de comptabilité hier à ce sujet-là.

M. CASTONGUAY: Bon, est-ce que vous voulez que nous passions maintenant à la dernière formule proposée.

M. COITEUX: Est-ce qu'il y a un système à prime, étant donné que le système avec prime pour les familles nombreuses semble vouloir créer une injustice sociale à l'égard de certaines parties de la société surtout les petits salariés. Est-ce que ça alourdirait le coût du système, si, comme base, on prenait quelque chose d'à peu près identique pour étudier les facteurs d'exemption, et de toutes ces choses-là, comme on fait pour l'impôt sur le revenu direct?

M. CASTONGUAY: Voici! La troisième formule qui est donnée ici se rapproche de celle-là jusqu'à un certain point; c'est celle que nous décrivons à compter de la page 32. Nous avons supposé qu'une partie du coût, la moitié, serait financée à même les revenus généraux, que l'autre partie serait financée à même des contributions qui seraient prélevées de la même façon que pour le régime de rentes du Québec, c'est-à-dire un pourcentage de la tranche de revenu comprise entre \$600 et \$5,000...

M. RENAUD: Un employeur et l'employé.

M. CASTONGUAY: ... divisé entre l'employeur et l'employé. Ceci signifierait que les employeurs, pour les soins médicaux, devraient payer environ \$44 millions alors qu'ils en paient environ \$25 millions. Nous voyons à la page 39 que le taux de contribution serait environ de 1.9%, c'est-à-dire si ce taux était divisé moitié-moitié, il s'agirait d'un taux de .95 pour l'employé et de .95 pour l'employeur. Parce que c'est un taux qui s'applique au revenu du travail, il y a un aspect progressif et, parce que le premier \$600 n'est pas sujet à des contributions ceci ajoute à l'aspect progressif de la prime. Dans un tel système il n'est pas nécessaire d'identifier les personnes à faible revenu ou les assistés sociaux dans la perception des primes. Le même mécanisme que celui qui

existe pour le régime de rentes pourrait être utilisé. Ce mécanisme est là et il n'y aurait donc pas de frais d'administration additionnels tellement élevés. C'est un système naturellement qui ne s'applique qu'à un champ d'application universel. Vous ne pouvez pas avoir un régime facultatif ou un régime qui ne couvre qu'une partie de la population.

M. RENAUD: Mais ceux qui ont un revenu moindre que tant ne sont pas dans le régime de rentes?

M. CASTONGUAY: Non! Mais dans le régime de rentes, si une personne a un revenu moindre que \$600, le but du régime de rentes est de permettre la continuation de son revenu lorsqu'elle décède, lorsqu'elle devient invalide ou lorsqu'elle prend sa retraite alors, si elle a un revenu moindre que \$600, elle doit avoir un autre moyen de vivre...

M. RENAUD: Oui.

M. CASTONGUAY: ... donc si elle décède ou si elle devient invalide, ce n'est pas la discontinuation de ce revenu qui va lui créer un problème car elle a d'autres moyens de vivre ou l'Etat l'assiste déjà d'une autre façon. C'est pour ça que le problème dans le régime de rentes se pose différemment. Si la personne a besoin définitivement d'être couverte, si elle gagne moins que \$600, c'est probablement celle-là qui a le plus besoin d'aide.

Vous avez à la page 40, pour les médicaments le coût en pourcentage et, au bas de la page 41, on voit si les soins, les médicaments étaient couverts, le taux global devrait être 2.8%. S'il était divisé moitié-moitié entre les employés et les employeurs, ce serait d'environ 1.4%. Les montants de primes qui résulteraient d'un tel système, selon les catégories de salaire, malheureusement je n'ai pas de tableaux. Si vous le désirez je pourrais vous les faire préparer, les distribuer...

M. RENAUD: Il y a un plafond dans ça comme...

M. CASTONGUAY: Le plus fort montant, en 1967, qu'un employé pourrait payer serait de \$42.24 par année, c'est-à-dire ceux qui gagnent \$5,000 et plus. Par exemple, l'employé qui gagne \$3,000 ne paierait que \$23, celui qui gagne \$1,000 ne paierait que \$4 par année. Et ceci ne tient pas compte du fait qu'il est marié ou célibataire, tout le monde paierait la même chose ce qui fait porter un poids un peu plus grand sur

les célibataires et sur les personnes ayant une très petite famille comparativement au système déjà vu.

Pour les travailleurs autonomes, bien là, il y a différentes possibilités, soit de charger le double de la prime d'un employé étant donné qu'il est à la fois son employeur et son employé...

M. RENAUD: Est-ce que ça limiterait aussi sur les frais médicaux et les médicaments? Parce que vous limitez la contribution à un salaire de \$5,000?

M. CASTONGUAY: Les contributions que j'ai indiquées sont des contributions pour les soins médicaux. Si le régime devait couvrir les médicaments aussi, eh bien là, le coût monterait à environ \$60 pour un employé par année d'après nos estimations, le coût maximum...

M. BOUDREAU: C'est maximum ça?

M. CASTONGUAY: Oui, si c'était un travailleur qui gagnait uniquement \$2,300 par année, bien là, au lieu d'être \$42 sa prime deviendrait \$23 pour les soins médicaux et pour les médicaments elle serait d'environ \$11, ce qui signifierait environ \$34 en tout.

M. BOUDREAU: Je suis d'accord mais je voudrais savoir si les frais médicaux, les frais de médicaments seraient limités comme est limitée la prime? Vous parlez d'un maximum...

M. CASTONGUAY: Oui.

M. BOUDREAU: ... vous parlez d'une prime...

M. CASTONGUAY: Lorsque vous dites les...

M. BOUDREAU: Les soins donnés.

M. CASTONGUAY: ... soins émis...

M. BOUDREAU: Toutes les maladies ne sont pas semblables, évidemment.

M. CASTONGUAY: Oui. Il n'y aurait pas de limites, une personne qui est plus malade qu'une autre...

M. BOUDREAU: Il n'y a pas de limite?

M. CASTONGUAY: Non.

M. BOUDREAU: D'accord, c'est ça que je voulais savoir.

M. CASTONGUAY: Alors...

M. RENAUD: La cotisation que vous venez de mentionner, est-ce la cotisation de l'employé seulement ou si elle est divisée entre les deux?

M. CASTONGUAY: C'est la cotisation de l'employé seulement, l'employeur devrait nécessairement payer un montant identique. En total.,.,.

M. RENAUD: Un montant pareil.

M. CASTONGUAY: Pour les soins médicaux, ça représenterait environ \$44 millions et présentement les employeurs semblent payer pour les soins médicaux, leur part des primes des contrats en vigueur semblent s'élever à peu près à \$25 millions.

M. RENAUD: Pourriez-vous nous dire, M. Castonguay, dans quelle mesure habituellement dans la province, si vous le savez, des employeurs contribuent sur les soins médicaux de leurs employés?

M. CASTONGUAY: A peu près \$25 millions.

M. RENAUD: Et leurs contributions seraient?

M. CASTONGUAY: Elles s'élèveraient à peu près \$44 millions.

M. CLOUTIER: Il n'y a pas d'études qui ont été faites sur l'incidence économique sur certains secteurs de notre économie, la proportion payée par les employeurs?

M. CASTONGUAY: Nous avons touché cette question-là jusqu'à un certain point...

M. CLOUTIER: Dans le régime de rentes, il y avait...

M. CASTONGUAY: ... ça serait le même genre, sauf quant à un aspect. Dans les régimes de rentes, l'effet sur les prix, l'effet sur la production, l'effet entre les prix, les salaires tout ça si le régime couvrait les soins médicaux ça serait encore moins prononcés que pour le régime de rentes étant donné que, dans le régime de rentes, le coût était de 3.6% alors qu'ici, pour les soins médicaux, il serait de 1.9%. Pour le régime de rentes, les estimations de l'effet sur les prix indiquent environ 1% d'augmentation des prix. L'effet sur les salaires serait absorbé à long terme étant donné que depuis une quinzaine d'années les salaires aug-

mentent au rythme de 3 à 3 1/2% chaque année. Une charge comme celle-là ne se répète pas. Si tous les employeurs devaient augmenter le salaire de leurs employés pour couvrir le .9% qui serait à la charge des employés, l'année suivante l'employeur n'a pas à réaugmenter; la courbe demeure la même. Ce serait absorbé à long terme dans les augmentations régulières de salaire. Dans le régime de rentes, il y avait un autre aspect qui est celui de l'effet de la caisse de dépôt et placement comme mécanisme d'investissement. Naturellement, les montants affectés au régime de soins médicaux dans une beaucoup plus grande part, sont des dépenses de consommation. Il n'y a pas d'aspect correspondant dans le régime de rentes, il y a un aspect investissement mais c'est un investissement social qui pourrait avoir pour effet d'améliorer la santé de la population, accroître le rendement de la population, il y a aussi un aspect qui joue dans un sens positif, c'est que le coût de \$200 millions ou la charge de \$44 millions que les employeurs devraient supporter dans une telle formule ne représente pas un coût net additionnel étant donné que, présentement, par différents moyens, soit par de l'assurance, soit par des paiements directs au médecin les gens paient déjà une certaine part de ce \$200 millions.

M. CLOUTIER: Dans les secteurs les mieux organisés; mais dans les secteurs les plus faibles actuellement, ils ne sont peut-être pas organisés. C'est là peut-être que les enquêtes ou une étude plus approfondie nous révéleraient...

M. CASTONGUAY: Justement, sur ce point, étant donné la caractéristique du mode de paiement des primes, on voit par exemple que dans les secteurs les moins bien organisés, généralement dans les entreprises à caractère un peu marginal, que le niveau des salaires est très bas. Par exemple si on prend une entreprise où la moyenne des salaires ne serait que \$2,000, la prime que l'employeur aurait à payer pour chacun de ses employés ne serait que de \$13, tandis que dans une entreprise beaucoup plus dynamique, où généralement vous trouvez des salaires beaucoup plus élevés, — disons que la moyenne des salaires serait de \$4,000 — à ce moment-là la prime deviendrait \$32. Vous voyez qu'un système de prime comme celui-là a aussi l'avantage de tenir compte de la force respective, de la capacité relative des divers secteurs de l'économie d'absorber ces primes.

M. RENAUD: En d'autres termes, c'est basé sur l'échelle de l'impôt sur le revenu sauf qu'il y a une limitation à \$5,000.

M. CASTONGUAY: Ceci est une caractéristique que nous avons constatée dans les régimes de tous les pays d'Europe. La partie assumée par les employés et les employeurs est prélevée sur une première tranche de revenu uniquement. Selon ce qui est mentionné, la part que l'Etat apporte au financement, selon nos hypothèses 50%, provient en plus grande partie des personnes à revenu plus élevé. Du côté des primes que les personnes doivent payer directement, le système étant déjà dans une certaine part, progressif, il semblerait un peu anormal d'imposer sans limite. Pour une personne qui gagne \$35,000, \$40,000, ceci deviendrait une prime disproportionnée à la valeur de la protection accordée.

M. TREPANIER: Dans les chiffres que vous mentionniez tout à l'heure est-ce que vous incluiez les soins médicaux et les médicaments?

M. CASTONGUAY: Dans le 1.9%, dans le chiffre de \$43 de prime?

M. TREPANIER: Oui.

M. CASTONGUAY: Non. C'était uniquement pour les soins médicaux; pour ajouter les médicaments, il faut majorer ces chiffres d'environ 50%.

M. TREPANIER: Dans la même proportion.

M. CASTONGUAY: La moitié; étant donné que les soins médicaux coûtent à peu près le double des médicaments, \$200 millions par rapport à \$100 millions.

M. TREPANIER: Ah bon! Alors la moitié de \$42.!

M. CASTONGUAY: Oui, \$21.

M. COITEUX: Maintenant le \$60 que vous mentionnez se compare directement avec le \$78 actuellement, ce qui fera à peu près \$4 par semaine...

M. CASTONGUAY: Le \$60 pour les frais médicaux, les médicaments, oui, ceci est le chiffre à ce niveau de salaire qui se compare avec le \$78.20 pour la caisse de retraite.

M. COITEUX: A supposer théoriquement que ce système est établi, est-ce que vous considéreriez pour l'employeur la même forme de cotisation? C'est-à-dire que l'employeur actuellement est obligé de payer pour la même

fonction souvent 2 ou 3 fois durant l'année son \$78 pour l'emploi « X », si le gars s'en va.

M. CASTONGUAY: Si le régime était le même que pour les rentes, il faudrait que ce soit la même méthode. Cette question de payer 2 ou 3 fois, je sais qu'elle existe mais disons qu'en total, les chiffres qui ont été mentionnés, ce que les employeurs doivent payer en plus, n'est pas si élevé que cela. En fait, les employeurs en total seront appelés à payer à peu près 2% de plus que ce que les employés vont payer. J'ai fait des estimations sur cette question et le montant est de beaucoup inférieur aux chiffres qui ont été mentionnés dans les journaux. Pour l'ensemble de la province, dans une année, à cause de ces changements d'emplois, le montant peut s'élever à \$1 1/2 million payé en trop. Mais ce \$1 1/2 million va à la caisse et on en avait tenu compte dans les taux de contribution.

M. CADIEUX: Au sujet de l'administration de ce contrôle auprès de compagnies, étant donné que vous mentionnez que les chiffres sont de beaucoup inférieurs à ceux qui ont été publiés, n'y aurait-il pas avantage et cela alourdirait beaucoup moins le système et cela faciliterait énormément la cotisation, si au lieu d'aller à l'individu et qu'on prenait les listes de paie des compagnies... mensuellement.

M. CASTONGUAY: Bien voici. Du côté des employeurs... du côté des employés, il y aurait peut-être avantage à garder le même système étant donné qu'il ne donne pas lieu à cette difficulté. Du côté des employeurs, il y aurait certainement lieu d'étudier les possibilités, si c'était ce système qui était préféré, il y aurait lieu d'étudier certaines simplifications. Dans le cas des rentes, une des nécessités qui s'imposait, c'était de bien identifier les montants perçus avec les employés de telle sorte que ces montants puissent être inscrits dans les registres pour permettre le calcul éventuel des montants de pension auxquels les employés auront droit. Dans ce cas, il s'agit d'aller chercher, année après année, de la façon qui sera jugée la plus équitable possible, les sommes nécessaires pour financer le régime. Il n'y a donc pas la même nécessité d'identifier les montants avec chacun des individus. Si on sait que tous les gens ont payé à la fin de l'année, il n'est pas intéressant de savoir que l'employeur a payé \$50 pour un employé ou \$35 pour un autre. Il s'agit de savoir si tout le monde a payé. Il y aurait peut-être des modifications et sur ce point, une suggestion que j'aimerais

faire au comité, ce serait, si cette formule devait être étudiée plus longuement, d'inviter le sous-ministre du Revenu à venir donner son point de vue sur cette question. Il n'y a personne naturellement qui connaît mieux que lui les problèmes administratifs qu'un tel système peut occasionner étant donné que c'est le sous-ministre du ministère qui administre présentement la perception des cotisations au régime de rentes.

M. TREPANIER: Est-ce que vous allez nous faire préparer le tableau?

M. CASTONGUAY: Certainement.

M. KENNEDY: Dans l'estimation ou dans l'établissement du \$208,000,000 est-ce qu'il y a possibilité de diviser cela en soins de consultation et en soins de l'acte médical comme l'intervention chirurgicale par exemple?

M. CASTONGUAY: C'est assez difficile. Il y a présentement... nous avons des données sur les fréquences relatives des actes médicaux. Une telle distribution serait possible mais ceci demande passablement de travail et peut-être qu'avant de se lancer dans ce travail je pourrais me permettre une question? Quelle en serait l'utilisation? Parce que, voyez-vous, c'est un travail assez long.

M. KENNEDY: C'était tout simplement pour mon information personnelle, cela n'influencera pas tellement...

M. CASTONGUAY: Nous avons des tables de fréquences sur l'incidence des divers actes médicaux. Maintenant, il faut tenir compte aussi de la distribution des effectifs médicaux selon les spécialités. On ne peut pas prendre les données d'une province ou d'une région, et les appliquer en bloc. Sur les implications du mode de financement, mais sans suivre le texte, il y en a un certain nombre qui ont déjà été donnés. Il y a un point qui est très important dans tout cela, je crois. Selon les propositions du gouvernement fédéral, la contribution du gouvernement fédéral débutera au 1er juillet 1967, c'est-à-dire en plein milieu d'une année d'imposition. Cela, naturellement, donnerait certainement lieu à des difficultés administratives. Comme date, il y a lieu de se demander si ce n'est pas la pire qu'on puisse imaginer pour faire débiter un programme de ce type.

M. TREPANIER: Je m'excuse. Est-ce que je peux revenir, s'il vous plaît, à notre discus-

sion de tout à l'heure? Avec le troisième système de financement proposé, on voit que le maximum, c'est-à-dire qu'un type qui a un revenu de \$5,000, cela représente \$120 de prime, divisé en deux par exemple, c'est-à-dire \$60. C'est cela? Par le système de...

M. CASTONGUAY: Cela serait pour couvrir les soins médicaux et les médicaments.

M. TREPANIER: Et les médicaments. Alors, dans le deuxième système sa prime annuelle serait de \$98.30, au lieu de \$120. A la page 35.

M. CASTONGUAY: A la page 35...

M. TREPANIER: 1967.

M. CASTONGUAY: ... la prime serait de \$120, n'est-ce pas?

M. TREPANIER: \$98.30.

M. CASTONGUAY: Ah, excusez-moi! \$98.30, oui.

M. TREPANIER: Alors, évidemment, j' imagine que même si on prend le deuxième mode de financement, si on considère le deuxième financement, l'employeur contribuera probablement. Ce qui voudrait dire une différence de \$60 à \$49, et qui s'explique par le caractère progressif du troisième système.

M. CASTONGUAY: D'abord, il y a le caractère progressif et le \$120 s'appliquerait dans le cas des travailleurs autonomes, ceux pour lesquels l'employeur ne contribuerait pas.

M. TREPANIER: Comme d'ailleurs, si on prend le deuxième système, si le travailleur est autonome, c'est lui qui paie la prime en entier. Du point de vue du Régime des rentes, je suis d'accord sur le fait qu'on doit limiter cela à \$5,000, mais dans ce cas-ci, dans l'assurance-maladie, personnellement, je considère qu'un salarié qui reçoit \$5,000 est un petit salarié.

M. CASTONGUAY: Oui.

M. TREPANIER: Est-ce qu'il n'y aurait pas possibilité de prendre une échelle qui serait plus... qui irait plus haut?

M. CASTONGUAY: Mais remarquez, M. Trépanier, le salarié serait appelé lui à payer \$61 au maximum.

M. TREPANIER: Au maximum.

M. CASTONGUAY: On voit par exemple qu'en Saskatchewan, la prime familiale est de \$72 et cela ne comprend pas les médicaments. En Alberta, la prime familiale pour 3 personnes et plus est de \$150. Alors, je comprends qu'il y a une différence entre 40 et 60, mais si cela voulait dire un nouveau système de perception au complet...

M. TREPANIER: Ah, vous tenez à ces chiffres-là parce que cela s'adapterait bien avec tout le reste.

M. CASTONGUAY: Bien, disons que monter un système de perception additionnel, ça complique la vie des individus, cela complique l'administration et ajoute au coût, et cela complique la vie des employeurs.

M. TREPANIER: C'est cela, le même système de perception, excepté que l'échelle, au lieu d'être à \$5,000 serait plus élevée!

M. CASTONGUAY: Oui. A ce moment-là un tel changement crée tout de suite des difficultés. Et c'est sur ce genre de difficultés que M. Després le sous-ministre du Revenu pourrait vous donner beaucoup plus de détails. Je sais que cela complique immédiatement le système pour les employeurs de façon sérieuse, et la vie de l'employeur est déjà assez compliquée. Il s'agit de regarder une feuille de déductions de salaires, je vois M. Cloutier qui sourit là-bas, il y a l'assurance-chômage, les fonds de pensions privés, l'impôt provincial, l'impôt fédéral, et avec le Régime de rentes qui peut donner lieu à trois déductions différentes au cours de l'année, ce qui veut dire trois déductions différentes au point de vue impôts provincial et fédéral, si on ajoute un autre mode cela peut représenter un problème presque insoluble pour les employeurs.

M. KENNEDY: Cela ne l'est pas pour les vendeurs de machines de comptabilité!

M. CASTONGUAY: Ou pour les comptables.

M. KENNEDY: C'est bon pour nous autres ça!

M. CASTONGUAY: Un point qui est mentionné, c'est que si la contribution des employeurs était prise selon un mode différent, si l'employeur supportait plus que 50% du coût disons...

M. TREPANIER: Non, ce n'est pas ça!

M. CASTONGUAY: ...ou s'il s'appliquait sur une plus haute tranche du salaire...

M. TREPANIER: C'est cela!

M. CASTONGUAY: ... bien là, cela pourrait baisser la prime des employés.

M. TREPANIER: Parce qu'en fait, le but du Régime des rentes et le but de l'assurance-hospitalisation ou de l'assurance-santé...les buts ne sont pas les mêmes.

M. CASTONGUAY: Prenez un point que nous avons constaté aussi dans tous les pays d'Europe. L'Etat va chercher toutes les contributions, non pas seulement pour l'assurance-maladie et les rentes, mais même pour les allocations familiales, les accidents du travail, l'assurance-chômage, sur la même tranche de revenu, tous jours. Alors qu'ici, la plupart de ces mesures sont financées à même les revenus généraux. Alors, il ne semblerait pas que le poids à supporter, si c'était un système comme celui-là qui était utilisé, serait excessivement lourd. De toute façon, il y a la remarque qui est indiquée, à la page 30, c'est qu'il n'y a pas moyen d'en sortir. La masse des salaires est gagnée par la masse des travailleurs et la masse des travailleurs ne gagne pas tellement de gros salaires.

M. TREPANIER: Bien, c'est justement!

M. CASTONGUAY: Des sources de revenu, il n'y en a pas indéfiniment. Et il faut aller chercher les impôts presque toujours au même endroit.

M. TREPANIER: Pour éviter la complexité administrative, vous recommanderiez plutôt dans ce système-là de s'en tenir à la perception sur la même tranche de revenu.

M. CASTONGUAY: Disons que personnellement, je trouve que ce serait le mode qui serait à la fois le plus simple d'administration et possiblement aussi, le plus équitable.

M. TREPANIER: Le plus équitable.

M. CASTONGUAY: Je ne dis pas que ce serait facile à supporter par tous, les gens, mais d'un autre côté, tout dépend de ce que l'on désire! Est-ce que l'on désire avoir plus de soins ou est-ce que l'on désire avoir son salaire au complet?

M. TARDIF: M. Castonguay, êtes-vous, c'est une question personnelle, êtes-vous tellement impressionné par la part qui sera payée par l'employeur et par l'employé? Si on le prend du point de vue que pour les employeurs cela va alourdir leurs frais d'administration et tout le monde sera sur le même pied, par conséquent cela va alourdir la charge du consommateur et comme les consommateurs sont des employés, en définitive c'est eux qui porteront tout le poids!

M. CASTONGUAY: Voici, il y a un point. Les employeurs ont déjà montré volontairement qu'ils avaient une certaine responsabilité vis-à-vis la santé de leurs employés. La preuve c'est que présentement ils paient \$25 millions de primes, simplement pour les soins médicaux...

M. TARDIF: Excusez-moi, mais est-ce que vous êtes sous l'impression que ces \$25 millions vont se soustraire de leurs bénéficiaires, les employeurs? Ils vont répartir cela sur leurs charges d'administration. Cela montera le coût de la fabrication et les consommateurs vont absorber tout le paquet! Ce ne peut pas être autre chose!

M. CASTONGUAY: Eventuellement cela revient toujours à la même question, il y a une partie de la population qui produit et toute la population consomme les soins et les services. Eventuellement, si on donne plus de soins et de services dans un secteur donné, on en donne moins dans les autres. Il y a toujours un équilibre qui vient s'établir et lors de l'établissement d'une mesure comme celle-là ou comme celle du Régime de rentes, les réajustements qui se produisent, une petite augmentation des prix, un petit réajustement sur les salaires, des profits un peu moindres en courte période...

M. TARDIF: C'est moins certain. Des profits un peu moindres c'est moins certain!

M. COITEUX: D'ailleurs le phénomène qui se produit là, il se produit à tous les paliers de la société! Quand vous avez une grève, il ne faut pas s'en faire! Les ouvriers qui prétendent qu'ils ont gagné n'ont rien gagné!

M. TARDIF: C'est toujours sur le dos des mêmes!

M. COITEUX: Bien c'est sur le dos de toute la population!

M. TARDIF: C'est pour cela que je ne suis pas tellement impressionné par la répartition

faite entre l'employeur et l'employé, en définitive, c'est les mêmes qui payent!

M. RENAUD: C'est-à-dire que c'est de nature à augmenter le coût de la production!

M. CASTONGUAY: Là il n'y a qu'une chose; si le régime était financé uniquement par les employés, il y aurait un débalancement beaucoup plus profond qui se produirait parce que les employeurs paient \$25 millions présentement. Si le régime devait être financé entièrement par les employés, à ce moment-là vous libérez les employeurs d'une charge de \$25 millions et c'est peu probable que les prix baisseraient il faut tenir compte de cela. Par contre, ils seraient obligés d'augmenter les salaires de leurs employés pour tenir compte des contributions beaucoup plus élevées que les employés seraient appelés à payer, alors là vous effectuerez un chambardement des structures de prix, de salaires, de profits beaucoup plus profond que si vous essayez de trouver un système de perception des primes qui se rapproche davantage de ce qui existe présentement. C'est évident que tous les biens et services sont produits par un groupe et que tout le monde en consomme. Il y a des structures de prix et de salaires qui sont importantes et tout débalancement assez brusque peut avoir des conséquences imprévues.

M. TARDIF: Vous resteriez de l'opinion que, de toute façon en cotisant et l'employeur et l'employé, le débalancement est moins profond et les perturbations sont moins prononcées et qu'il y a un meilleur équilibre.

M. KENNEDY: D'ailleurs, je crois bien que de toute façon cela ne change pas grand chose, que ce soit l'employeur qui le paye au complet ou l'employé qui en paye une partie! Mais par contre, à mon point de vue, du moins, je crois que l'effet psychologique est quand même valable, ou sensibilise l'employé, le travailleur à ses responsabilités... le premier responsable envers son bien-être c'est d'abord soi-même. Si pour des raisons quelconques on ne peut pas...

M. CASTONGUAY: Il y a cela et il y a aussi cet autre aspect qui est très important. Si les employés paient tout, naturellement, dans toute commission les employés auraient raison de dire que l'employeur n'a pas à faire dans ça. Et, au contraire, je crois que l'employeur a un mot à dire dans ces questions, étant donné qu'il est, jusqu'à un certain point, le responsable, avec d'autres, un des grands responsables de

l'activité économique. Et si on veut lui donner un mot à dire, il faut aussi qu'il assume une certaine responsabilité. Le mot qu'il a à dire provient de la responsabilité qu'il assume. Sur ce point-là aussi, je crois qu'il serait important que les employeurs paient une part du coût.

M. TARDIF: Personne n'a jamais dit le contraire mais je me demande s'il ne veut pas payer tout parce que cela revient à la même chose!

M. LE PRÉSIDENT: M. Castonguay, si j'ai bien compris, pour celui qui n'a que du revenu de placement...

M. CASTONGUAY: Oui.

M. LE PRÉSIDENT: ... il y aurait contribution aussi à ce financement de l'assurance-maladie?

M. CASTONGUAY: Bien non. Voici: la partie du coût provenant du 50% des revenus généraux, cette part de 50% provient de diverses sources! Elle provient soit de la taxe de vente, des profits sur les corporations, des revenus sur les placements, de l'impôt sur le revenu. Si elle provient des revenus généraux, on ne peut pas l'identifier avec une source directe d'imposition, il y en a une part qui peut être considérée comme provenant des revenus de placement. Dans le cas du Régime de rentes, il n'y a pas de primes, de contributions d'imposées sur les revenus de placement.

M. LE PRÉSIDENT: D'accord, celui qui ne paie pas, qui est rentier, n'a aucun avantage du Régime de rentes à part de sa pension de vieillesse.

M. RENAUD: Ne venez pas dire que le rentier ne paiera pas ou ne contribuera pas!

M. CASTONGUAY: Ici, les exemples qui sont donnés sont basés sur des paiements provenant uniquement des revenus du travail et non pas des revenus de placement. Je ne dis pas qu'il ne serait pas bon que les personnes paient un certain montant sur les revenus de placement.

M. RENAUD: Celui qui ne travaille pas, qui a seulement que des revenus de propriétés par exemple, il y en a! Ils ne contribueraient pas à cela et ils auraient les services?

M. CASTONGUAY: Dans l'hypothèse que nous avons donnée ici, nous avons supposé que sa par-

tie des contributions proviendrait uniquement des revenus généraux. Je ne dis pas que c'est l'hypothèse qui donne les résultats les plus équitables. Je crois que si une personne reçoit des revenus de placement, elle devrait aussi supporter un certain montant.

M. RENAUD: Il me semble que ce serait plus juste.

M. CASTONGUAY: Nous ne l'avons pas couverte dans cette hypothèse-là. Comme je vous disais, il y a toute une gamme de possibilités. Cela ne veut pas dire que nous croyons que la personne qui ne travaille pas, qui reçoit des revenus de placement ne devrait pas contribuer en plus de sa contribution indirecte, par le truchement du 50% assumé par l'Etat.

M. RENAUD: Je vous demande pardon, M. le Président. L'employeur, qui a d'autres revenus lui, paye sa part. Pourquoi celui qui aurait de gros revenus de placements ne contribuerait pas? Il me semble que ce ne serait pas juste.

M. CASTONGUAY: Non. Sur cette question vous voyez, nous ne sommes pas allés jusque là. Nous avons pris un mode assez simple pour illustrer l'ordre de grandeur.

M. LE PRÉSIDENT: Je pense qu'on pourrait arrêter pour dix minutes. Je vous demanderais par contre, messieurs, de revenir au bout de dix minutes exactement.

Tantôt, M. Renaud a manifesté le désir de rencontrer M. Jean-Paul Marcoux, le directeur de l'assurance-hospitalisation. Je pense que nous devrions peut-être déterminer une date afin que M. Marcoux puisse se préparer en conséquence, et déterminer peut-être la période où nous pourrions l'entendre. Je ferais la suggestion que jeudi après-midi, le 17 mars, à quatre heures, on peut lui donner peut-être de une heure et demie à deux heures...

M. RENAUD: Cela me conviendrait.

M. LE PRÉSIDENT: ...pour converser avec M. Jean-Paul Marcoux.

M. CASTONGUAY: M. le Président, me permettriez-vous une remarque sur ce point? Est-ce que si M. Marcoux était convoqué, est-ce que vous me permettriez de lui donner par écrit certaines questions qu'il pourrait répéter ici. Il n'est pas question d'essayer de contrôler ce qui se dit, mais pour qu'il sache exactement, lui, quel genre de problème il doit analyser un peu à l'avance.

M. RENAUD: Ce serait parfaitement correct

M. LE PRESIDENT: Nous serions très heureux, M. Castonguay, si vous étiez assez bon de préparer ces notes pour M. Marcoux.

M. TREPANIER: Est-ce que ce même jour-là, M. le Président, on ne pourrait pas rencontrer, tel que le suggérait M. Castonguay, le sous-ministre du Revenu, M. Després?

M. LE PRESIDENT: J'ai l'impression que cela chargerait trop notre ordre du jour. Il y aurait possibilité de fixer une autre date, peut-être une autre semaine, la semaine suivante, pour rencontrer M. Després, le sous-ministre du Revenu.

M. MORENCY: Voici, messieurs, le 17, si vous avez remarqué, à dix heures trente, c'est le collège des pharmaciens. Alors, il y aurait peut-être lieu à trois heures de laisser une période libre au cas où l'audience ne serait pas terminée à midi et demi. C'est pour cela que nous ne voulons pas inviter personne à trois heures, mais à quatre heures, je pense bien qu'il y a des chances que tout soit terminé. C'est pour cela qu'on suggère M. Marcoux et quant à M. Després, on pourrait le recevoir la semaine suivante ou trouver une période.

M. TARDIF: Est-ce qu'il n'y aurait pas possibilité dans le cas de M. Després qu'il soit tout simplement prévenu qu'il sera convoqué et qu'il faudra parler en conséquence, et dès qu'il aura une minute, il est proche, vous lui donnerez un coup de téléphone, il saura de quoi il s'agit, et il sera prêt.

M. CLOUTIER: Je pense que la présence de M. Després est moins urgente, étant donné la nature des problèmes que nous avons à discuter avec lui. On ne serait pas plus avancé dans le travail.

M. TARDIF: Oui, mais il faut qu'il se prépare immédiatement quand même.

M. LE PRESIDENT: Messieurs, M. Marcoux sera convoqué pour le 17, à quatre heures de l'après-midi... en autant qu'il sera disponible.

M. TREPANIER: M. le Président, est-ce que M. Castonguay pourrait quand même aviser M. Després de l'intention du comité de le rencontrer?

M. LE PRESIDENT: Si vous lui indiquez le

genre de questions possible.

Je demanderais à présent à M. Guy Demers de nous parler de l'organisation des services de santé. M. Demers...

M. DEMERS: J'essaierai d'être bref, je ne ferai pas le résumé du volume 9, je vais essayer simplement d'indiquer au début la perspective qui a été adoptée et de relever les points qui semblent les plus significatifs, ou plutôt, de faire des commentaires sur un certain nombre de points que je trouve intéressant de relever dans ce volume.

Il ne s'agissait pas de présenter ou de proposer un modèle concret d'organisation applicable tout de suite au Québec mais plutôt d'essayer de découvrir, d'identifier les principales variantes, les principales forces dont il faudra tenir compte lorsqu'on voudra établir une telle organisation.

En fait, l'étude porte sur l'ensemble des services de santé et non pas seulement sur la question de l'assurance-maladie. Il y a deux raisons qui nous ont poussés à étudier l'organisation de l'ensemble des services de santé. La première, c'est que l'assurance-maladie, je pense que M. Castonguay l'a déjà soulevé, peut difficilement être considérée comme un phénomène isolé ou isolable de l'assurance-hospitalisation, et d'une façon plus générale, de ce qui pourrait être une espèce d'assurance sociale couvrant tout le domaine de la santé. Alors, il y a une complémentarité entre les différentes sortes de régimes d'assurances.

Deuxièmement, disons qu'une politique de lutte contre la maladie, ce n'est pas seulement une politique d'assurances ou l'on tâcherait de rendre les soins accessibles financièrement aux individus, mais cela implique aussi une certaine politique de développement, d'aménagement des services, de formation de personnel, de construction d'hôpitaux, que sais-je. Il me semble qu'assurance sociale d'une part, développement ou planification d'autre part, constituent les deux pôles d'une politique d'ensemble de lutte contre la maladie, et le texte ici, le volume 9, essaie de voir de quelle façon l'ensemble des services de santé peut être organisé, quels sont les problèmes principaux que rencontrerait une volonté d'organiser, de structurer d'une façon efficace tous les services existants qui sont, comme vous le savez, des services de médecins, des services hospitaliers, aussi bien que des services de paiement ou des services d'assurance.

Dans les deux premiers chapitres, on étudie le problème de l'organisation sans tenir compte du tout. C'est tout simplement un pro-

cessus analytique, sans tenir compte du tout de savoir qui dirige ou dirigerait cette organisation, sans nous demander si c'est l'Etat, ou si cela reste tel que c'est aujourd'hui. Pour arriver à quelque conclusion sur les suggestions d'organisation, il nous semble que la méthode suivante devrait être employée logiquement. Il faut d'abord faire un inventaire de tous les services pour connaître de quelle façon ils se sont développés, connaître leurs interrelations. Tout le monde connaît par exemple l'inter-relation entre les services médicaux et les services hospitaliers. Cet inventaire nous permet en deuxième lieu de nous poser des questions sur les impératifs de coordination et les impératifs de contrôle; dans quelle mesure doit-il y avoir des règlements régissant les relations des médecins avec les institutions hospitalières. Ce type de problème vient en second lieu, une fois qu'on a fait l'inventaire, et ensuite se pose la question, de quelle façon pourrait-on intégrer ou coordonner tous les services existants; et là, deux modèles théoriques peuvent se poser: soit un modèle très intégré, on pensera peut-être au modèle de la Grande-Bretagne, ou un modèle beaucoup plus flou, laissant place à beaucoup plus d'initiative de la part des institutions privées, des professions, etc.

Pour savoir où peut se situer une organisation rationnelle et efficace entre ces deux pôles, d'une part une organisation très structurée, on pourrait même imaginer autoritaire, et d'autre part une organisation plus « laisser faire », si je peux dire, il est important, et c'est la méthode employée dans les deux premiers chapitres, d'identifier les agents, ceux qui donnent les soins ou ceux qui sont agents de service, de connaître de quelle façon ils fonctionnent et quels sont les problèmes de résistance; quelle résistance les agents, les médecins, les hôpitaux, les agences bénévoles, on pourrait parler des dentistes et tous les autres, font-ils à une structuration, ou bien en quoi résistent-ils à une organisation qui serait plus structurée qu'elle ne l'est actuellement?

C'est une méthode. On présente ici une méthode et une façon de poser le problème. L'organisation que l'on pourrait avoir dépendrait d'une part des nécessités de faire de l'intégration, d'autre part des résistances des professions, pour prendre un exemple, à se faire intégrer.

A la suite de cela, nous avons étudié un certain nombre d'exemples, exemples de la Saskatchewan, de la Grande-Bretagne. Nous avons pris ces deux exemples-là parce que ce sont deux systèmes assez structurés, et qui nous per-

mettent de voir jusqu'où on a pu aller dans des régimes politiques qui ressemblent au nôtre. On se rend compte que nulle part, même en Grande-Bretagne, il est possible d'avoir une organisation parfaitement intégrée. Il y a toujours un certain nombre de domaines qui échappent, — en Grande-Bretagne, c'est à l'autorité du ministère — qui s'échappent à une direction centrale, et tout le monde sait que ce qui est le plus évident, c'est le domaine des normes professionnelles. Quels que soient les pays, le domaine des normes ou les standards de l'exercice des professions, surtout des professions libérales, les dentistes, les pharmaciens, les médecins, ne sont jamais intégrés à une direction d'ensemble. Autrement dit, les règles régissant la profession médicale échappent d'habitude au ministère de la Santé, en Grande-Bretagne. Elles appartiennent au collègue.

C'est donc assez important de se rendre compte que, — tout à l'heure, on parlait de complémentarité entre l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation —, il reste que, dans le domaine de l'assurance-hospitalisation, il est relativement simple à la fois d'établir un système de financement et un système de normes, — qu'on pense par exemple à la loi des hôpitaux, régissant l'ensemble du domaine hospitalier — je dis que c'est plus simple dans ce domaine-là que lorsqu'on arrive dans le domaine des soins professionnels où tout l'aspect des normes échappe par tradition, où c'est difficile de savoir exactement pourquoi, mais échappe à une autorité directrice. Alors, il est important quand même de voir qu'on ne résout pas le problème des soins médicaux de la même façon que le problème des soins hospitaliers.

Je pense que les conclusions des deux premiers chapitres seraient celles-ci: c'est qu'une organisation qui voudrait être plus rationnelle possible dans le domaine des soins médicaux, qui permettrait à la fois d'assurer un accès facile aux soins, qui permettrait de développer au mieux la profession, d'augmenter les effectifs médicaux, de favoriser les meilleurs contacts possibles entre les médecins et les professions para-médicales, etc., pour que les services fonctionnent de la meilleure façon, d'une façon la plus efficace possible, la plus rentable, une organisation comme celle-là, je pense qu'il est important de reconnaître dans ce domaine l'importance, le rôle des collègues, collègue des médecins, collègue des pharmaciens, collègue des dentistes, comme organismes publics parallèles à un organisme gouvernemental de distribution de soins, de distribution d'assurances; et je pense que même en Angleterre où

le système est très centralisé, les collègues ont un rôle quand même assez grand; et en Saskatchewan, c'est la même chose, la commission d'assurance-maladie ne touche absolument ou à peu près pas au domaine des normes d'exercice de la médecine, même les sanctions touchant des médecins qui auraient des pratiques qui résulteraient en des coûts trop élevés, disons pour la commission, même les sanctions touchant le comportement économique des médecins sont du domaine des collègues. Je pense que c'est un fait reconnu un peu partout et lorsqu'on pense à une organisation dans le domaine de la santé, étant donné l'existence de ces collègues, il semble préférable de reconnaître le rôle qu'ils peuvent jouer comme organismes publics.

C'est ici que l'apparition des syndicats de médecins dans le Québec est assez intéressante, car elle permet, pour une fois, de distinguer et d'enlever l'équivoque entre le rôle de protecteur de la population et le rôle de protecteur des intérêts des professionnels. Avec l'apparition des syndicats, on peut penser que les collègues pourront jouer plus facilement leur rôle de protecteurs de la population et même coopérer par exemple avec un organisme d'assurance-maladie, sans créer de difficulté du point de vue de la négociation, étant donné qu'on reconnaîtrait qu'elle n'a pas le rôle de négociateur ou de protecteur des intérêts des membres en premier lieu.

Telles seraient à peu près les conclusions du premier et du deuxième chapitre. Je pense que c'est surtout dans le troisième chapitre que l'on aborde les problèmes discutés plus souvent: celui de la participation des groupes intermédiaires, c'est autant les groupes professionnels — étant donné qu'ici j'aborde le problème de l'ensemble d'une organisation couvrant l'ensemble des services, je ne me limite pas seulement aux médecins et à leurs sources d'assurances-maladie —, mais lorsqu'on parle de groupes, c'est autant les consommateurs ou les contribuables que les professionnels, cela veut dire aussi bien médecins et infirmières, que les institutions comme les institutions hospitalières ou les institutions bénévoles. Tous ces groupes intermédiaires, comment vont-ils participer ou peuvent-ils participer à une organisation d'ensemble des services de santé? Je ne réponds pas à la question de savoir quel est le meilleur mode de participation, j'essaie d'indiquer le tableau que l'on vous a remis et auquel je reviendrai un peu plus tard et qui vous permettra de voir les possibilités ou les choix possibles dans ce domaine.

Disons qu'étant donné qu'il s'agit d'une organisation dans laquelle on ne peut nier que l'Etat

a un certain rôle à jouer, il ne s'agit pas ici d'étudier une participation, c'est dit au début du chapitre 3 purement du type des mutuelles ou du type des coopératives. L'Etat a un rôle à jouer. Il s'agit alors de poser le problème de la participation des groupes intermédiaires à une autorité possédée en partie ou en totalité par l'Etat. L'Etat a tous les pouvoirs dans le domaine, ou l'Etat n'en a qu'une partie, mais quelle que soit la solution ou la proposition, comment les groupes intermédiaires sont-ils amenés ou peuvent-ils participer? Quels sont les modalités, les choix possibles de participation? Et poser le problème de cette façon-ci, cela m'amène à définir ce que veut dire participation.

Participation veut dire prendre part à l'élaboration de décision, mais ne veut pas dire prendre part à la décision, ne veut pas dire décider. Parce qu'étant donné qu'on participe à un pouvoir qui est détenu par un autre, si on s'assimile ce pouvoir, il n'est plus à l'autre, on perd soi-même sa propre autonomie, ce qui veut dire que la contre-partie de la participation, soit par les conseils ou les initiatives ou les projets qu'on pourrait soumettre à des dirigeants, c'est un certain pouvoir de contestation, c'est-à-dire un certain pouvoir de mettre en discussion ce que les dirigeants auraient décidé, malgré les recommandations qu'on aurait pu faire.

Il faut bien garder en tête ce qui va venir; participation veut dire aller aussi loin qu'il est possible dans l'élaboration des politiques et même dans leurs réalisations parce que dans le domaine de la santé, les agents, les professionnels, les institutions étant libres, elles ne peuvent pas être forcées à agir de telle ou telle façon, cela veut dire qu'on a besoin de leur collaboration pour réaliser les politiques. C'est un va-et-vient. Autant on a besoin de leur collaboration pour réaliser les politiques autant il peut être important d'avoir leur collaboration dans l'élaboration des politiques, mais elles ne décident pas, autrement dit, est exclu tout ce qu'on pourrait appeler cogestion.

Ce ne serait plus de la participation, parce que cela enlèverait le pouvoir de contestation, qui n'est pas un pouvoir négatif, c'est un pouvoir d'opposition institutionnalisée, plutôt qu'un pouvoir d'opposition du type du « lobbying ».

Alors, si on prend le tableau que je vous ai distribué, vous avez les deux types...vous avez quatre types de participation possible. Vous avez participation directe ou participation indirecte, participation à la gestion ou participation consultative, et vous avez dans les carreaux du centre les quatre types. En fait, le premier type qui s'appelle société coopérative, se trou-

ve exclu dans la discussion présente, étant donné que société coopérative veut dire que les membres des groupes viennent à posséder eux-mêmes l'organisation et à décider. Étant donné qu'ici c'est un modèle théorique, je l'ai placé là. Il ne s'agit donc pas, étant donné que l'État a un certain rôle à jouer, qu'il y ait un mode de participation du type société coopérative.

Le deuxième mode que j'appelle ici régie à caractère représentatif — souvent nous appelons ce type commission —, il s'agit tout simplement d'un organisme gouvernemental qui dépend du Parlement, dont l'autorité vient du Parlement, qui est responsable au Parlement par exemple du financement de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie, mais ayant un caractère représentatif, c'est-à-dire que les membres de la direction de cette régie ou une partie des membres, puisqu'un certain nombre de ses membres doivent être nommés directement par le gouvernement étant donné que c'est une régie gouvernementale, au moins une partie des membres sont représentatifs des divers groupes de la société ou des divers groupes intéressés.

M. COITEUX (Duplessis): Est-ce que la Norvège pratique...

M. DE MERS: Pardon?

M. COITEUX (Duplessis): Est-ce qu'en Suède et en Norvège, c'est pas mal ce qui se fait?

M. DEMERS: Je crois que cela se rapprocherait pour la Suède du modèle numéro 2.

Si on prend seulement l'assurance-maladie, la Saskatchewan aussi se rapprocherait... la commission de l'assurance-maladie de la Saskatchewan se rapprocherait aussi du numéro 2, si nous ne prenons à ce moment-là que le cas de l'assurance-maladie et non pas l'ensemble.

Le troisième modèle, disons les troisième et quatrième modèles, ce sont des modèles auxquels on est moins familiers, peut-être, sauf le modèle quatre, ce sont tout simplement, en fait, des conseils de consultation auprès d'un organisme qui, ici, étant donné l'hypothèse que le gouvernement a quelque chose à dire, que le gouvernement intervient ou dirige, à ce moment-là ce sont des conseils consultatifs auprès de la direction qui se trouve à être gouvernementale, quoi que ce serait possible d'avoir soit un conseil exécutif de 3 ou 4 qui serait en relations avec une régie.

Voyez-vous c'est la consultation par rapport à la gestion, alors vous pouvez avoir une ges-

tion purement gouvernementale ou une gestion en régie. La différence entre 3 et 4, c'est que dans le conseil permanent des délégués, vous avez les divers groupes intermédiaires, les médecins, les administrateurs d'hôpitaux, les infirmières, etc. que délèguent des représentants, délèguent des personnes qui ajustent à la commission ou au conseil, en tant que délégués et doivent toujours se reporter ou qui doivent toujours faire approuver leur conduite, disons, par les groupes d'où ils sont issus. Actuellement, dans le Québec, je pense qu'au Canada, ce type de conseil existe très peu, peut-être que le seul exemple serait le conseil supérieur du travail qui n'est peut-être pas un bon exemple lorsqu'on voudrait l'appliquer au domaine de la Santé.

Le modèle 4 se rapprocherait beaucoup de ce que nous connaissons dans le domaine de l'éducation, c'est-à-dire, un conseil supérieur de l'éducation, et ici la différence avec le modèle 3, la différence principale, c'est que les membres de la commission sont représentatifs des divers milieux et ne sont pas, si on pouvait dire, responsables aux groupes, dont ils sont représentatifs. Ils sont là à titre personnel.

Dans le texte, ici, le modèle 1, Société coopérative, se trouve à être exclu pour ce qui est de la gestion, par exemple, de l'assurance maladie ou même de la gestion de l'ensemble des services de santé. Ce que nous disons, c'est que le modèle 2 est nécessaire, autrement dit par le tableau ici, cela devient évident, parce que ce tableau-là a été fait après coup, que la participation à la gestion suppose une certaine décentralisation du pouvoir du gouvernement, que le gouvernement décide de laisser une certaine autonomie à un organisme de gestion; autrement dit, la participation à la gestion n'est pas possible dans le cas d'un ministère. C'est possible dans le cas d'une régie.

Voilà un certain nombre de conclusions qui viendraient partir du chapitre 3; maintenant, deux autres remarques assez brèves. J'ai déjà mentionné, tout à l'heure, l'importance que l'on accorde au domaine des normes, du point de vue résistance à se faire intégrer. En ce qui concerne la participation, c'est la même chose. C'est surtout au sujet des normes, des standards que, c'est surtout à ce sujet-là qu'on va exiger participation. Le cas des hôpitaux pourrait être invoqué.

Je ne pense pas qu'on ait exigé beaucoup de participation à la direction de l'assurance hospitalisation, mais, on peut déjà se rendre compte qu'on exige une certaine participation à l'heure actuelle, lorsque l'on parle de planification dans le domaine des hôpitaux ou lorsque l'on parle par exemple de distribution des tâches entre les

divers groupes des infirmières ou divers groupes de professionnels. A ce moment-là, au niveau de l'assurance-hospitalisation comme tel, au niveau des problèmes de financement ou de paiement des budgets d'hôpitaux etc. on ne demandait pas tellement participation mais on le demande lorsque viennent les problèmes de formation de personnel, ou lorsqu'arrivent les problèmes

rait être notée dans le domaine de l'assurance-maladie. Une commission d'assurance-maladie comme la commission de la Saskatchewan au début, dans les deux premiers mois, dans les deux premières années plutôt, les problèmes qu'il faut résoudre sont les problèmes d'administration interne, il y a beaucoup de problèmes de mécanographie, c'est-à-dire des programmes pour être capable d'évaluer les demandes qui arrivent.

Les médecins de la Saskatchewan ont demandé de participer à ce niveau-là et il est fort probable que les médecins du Québec demanderont la même chose. Là où les médecins de la Saskatchewan comme les médecins du Québec voudraient participer encore plus, c'est lorsqu'il s'agit, par exemple, de planifier dans le domaine des soins médicaux. A ce moment-là, les exigences de participation sont beaucoup plus fortes que lorsqu'il s'agit tout simplement de problèmes de routine, ou d'administration de routine. Ce qui arrive c'est que, dans le temps, cela n'arrive pas en même temps. Je voudrais aussi souligner la distinction que l'on fait entre revendication et participation. Je pense que, par la définition des termes, participation signifie prendre part, une certaine collaboration à une politique d'ensemble, à quelque chose qui touche le bien commun, alors que revendication serait une activité plus tournée vers ses propres intérêts... Ce qui a été mentionné dans le texte ici c'est que lorsqu'on pense à établir un régime à participation, il faudrait veiller à ne pas confondre participation et revendication, autrement dit à séparer le mécanisme des négociations. Les médecins, par exemple, seront admis à négocier mais pas à employer les mêmes mécanismes pour la négociation que pour leur participation, sinon, la participation en souffrirait.

C'est cette idée-là, ici disons, qui ferait que si on se décidait à établir une régie à caractère représentatif, doublée d'une commission et travaillant en collaboration avec les collègues qui ont une autorité à exercer dans le domaine des normes, il ne faudrait pas par exemple que la négociation avec les médecins soit faite par la direction de la régie: Ce serait négocié avec soi-même ou ce serait négocié contre les grou-

pes opposés; mais il faudrait négocier à un autre niveau, par exemple, au ministère.

C'est cette dernière idée que je veux mentionner ici et qui me semble importante lorsque l'on pense à l'organisation de tout le domaine de la santé, mais aussi dans celle de l'assurance-maladie; séparer négociations de revendications. Je suis maintenant prêt à répondre à vos questions.

M. LIZOTTE: Quand vous parlez de revendications et de négociations, est-ce que vous nous mettez dans l'idée qu'il doit y avoir deux organismes séparés pour chacune de ces deux fonctions?

M. DEMERS: Quand je parle de revendication et de participation...

M. LIZOTTE: Le point de vue ne doit pas être le même?

M. DEMERS: Cela prend deux organismes différents. Cela prendrait pour la négociation un comité de négociation qui, par exemple, est un comité du ministère où l'on étudie les problèmes de conditions de travail ou les problèmes de tarifs ou ces choses-là, mais où l'on n'élabore pas ensemble les planifications.

M. LIZOTTE: prenons les médecins de la province de Québec, en bloc, admettons qu'on veut participer, alors, il faut un mécanisme pour la participation. Est-ce qu'il en faut un autre pour la revendication?

M. DEMERS: Oui.

M. LIZOTTE: Quels seraient les noms de ces organismes-là?

M. CASTONGUAY: Me permettez-vous ici une remarque, un exemple concret, docteur? Dans le cas de l'assistance médicale, il y a eu négociation. Les syndicats ont négocié avec des personnes qui répondaient directement au ministre de la Santé et, par le truchement du ministre de la Santé, au Cabinet. Alors, il y avait les syndicats, du côté des médecins, et le ministre et le cabinet, du côté du gouvernement. C'était dans la phase négociations.

Dans l'application de l'assistance médicale, il y aura une commission, — cela a été indiqué dans une déclaration récente du ministre de la Santé, alors je ne crois pas faire de révélation dans ce cas-là, — cette commission ne pourrait pas, s'il y avait de nouvelles négociations dans 6 mois, négocier elle-même.

Cette commission qui sera composée à la fois de représentants des médecins et du gouvernement verra plutôt à ce que le régime ne touche pas à la liberté d'exercice des médecins et aussi qu'il ne leur apporte pas de complications indues dans l'exercice de leur profession. Quant au respect des normes, la question demeure la même que dans le passé, c'est le collège qui demeure responsable de la protection du public ou de la protection de la population, et qui continue vis-à-vis de l'assistance médicale d'entendre les plaintes qui pourraient être faites de la part des assurés ou de la part de la population. Alors, je ne sais pas si cet exemple clarifie un peu la question...

M. LIZOTTE: Cela illustre assez bien. Je dois comprendre que le Collège des médecins doit lui, diriger la participation des syndicats, la revendication.

M. DEMERS: Non, pas nécessairement. Je pense qu'ici le Collège des médecins est un organisme qui peut être considéré comme un organisme parallèle à une administration. C'est un organisme public aussi, mais le Collège ne participe pas comme tel à l'administration de l'assurance-maladie, il a son propre rôle dans l'assurance-maladie, indépendant ou en collaboration avec, par exemple une régie. La participation se fait à la régie, mais ne se ferait pas, disons, par le Collège qui, lui-même, a un rôle de sanctions, un rôle de réglementation, il se fait par, ici on voit l'apparition des syndicats, c'est possible que cela se fasse par les syndicats. Alors, vous avez le Collège qui a un rôle très précis; vous avez, par exemple, la régie qui a un autre rôle très précis; vous avez les médecins qui participent à la régie et les médecins qui négocient au niveau du ministère.

M. LIZOTTE: Je vous remercie.

M. COITEUX: Vous avez les différentes conditions d'organisation du service de Santé que vous décrivez ici dans votre volume. Est-ce qu'elles s'appliqueraient, indifféremment, au

système 1, 2 ou 3, de l'organisation de l'assurance-maladie que vous avez expliqué cet après-midi.

M. DEMERS: Du moment que la direction est publique, du moment que la direction du régime est entre les mains du gouvernement, que le régime soit facultatif ou obligatoire, cela ferait peu de différences pour le problème discuté ici.

M. COITEUX: Ce qui veut dire que ce problème-là viendra, nous en viendrons à une décision après que nous aurons adopté tel système de l'assurance-maladie.

M. DEMERS: Je pense que oui.

M. LE PRESIDENT: D'autres questions, messieurs? M. Demers, je vous remercie des explications additionnelles que vous avez données au volume 9, concernant l'Organisation des services de santé. La séance est ajournée à mardi après-midi, à 3.30 p.m.

M. COITEUX: Si vous me permettez, avant de terminer, de demander à M. Castonguay et je lui en ai parlé tantôt: est-ce qu'il y aurait possibilité que le comité de recherches nous prépare un tableau schématique résumant, très sommairement, les différents régimes qu'on a étudié dans quelques pays et quelques provinces, principalement; la Grande-Bretagne, France, Suède, Saskatchewan, Alberta, en tenant compte des grandes lignes suivantes: nature du régime, couverture, champ d'application, financement, structures administratives, de sorte qu'à un moment donné, dans la discussion, on puisse avoir sous les yeux un résumé de toute l'affaire?

M. CASTONGUAY: Je crois que tous les membres sembleraient favorable à une telle formule. Alors, nous préparerons un tel travail. Quant à la date, on essaiera de faire diligence, je ne peux pas vous dire, par contre, que ce sera lundi ou mardi.

Séance du 15 mars(Quatre heures quinze de l'après-midi)

MR. MARLER (Chairman of the Health Insurance Committee): Mr. Watson, would you like to introduce the Members of your group who are here this afternoon? I take it that you are going to give us a résumé of the brief that has already been submitted.

Perhaps if you were to introduce your associates, the committee would be able as the presentation went on or when it was concluded to address the questions and we would know to whom each of us was speaking.

MR. WATSON: Thank you, Mr. Chairman. I will use the English language which was the option that the secretary offered me. At my left is Mr. Hugh McLeod, vice-president in charge of the group insurance of the Sun Life Insurance Co., Montreal; Mr. Leon Mondoux, vice-president and actuary of the Alliance Mutual of Canada, from Montreal; on my extreme right, Mr. Jean-Paul Picard, the group executive of the Industrial Life from Quebec City; next to him, Mr. Renault St-Laurent, special consultant for CHIA; and next, Dr. Maurice Turcotte, the medical director of the Industrial Life from Quebec and Mr. Ross Rowlands, executive assistant of the Canadian Health Insurance Association at my immediate right. Would you like me to proceed, Mr. Chairman?

MR. CHAIRMAN: Yes. I take it, Mr. Watson, it is not your intention just to read the brief because I think that we are all capable of doing that ourselves. We hoped that what you would do would be to give us a broad outline of the brief and we would then like to ask you a number of questions with regard to the points that were raised in the brief itself.

MR. WATSON: First of all, can you hear me all right gentlemen?

MR. CHAIRMAN: I can, yes.

MR. WATSON: I just want to be sure if it was operating, thank you.

First of all, I wish to identify the association that is before you this afternoon. The gentlemen you see before you represent the Canadian Health Insurance Association, which is a trade association embracing 118 insurance companies in Canada and these companies are responsible for 96% of the premium income of the health insurance business in the Province of Quebec.

I am this year President of that association

and I will act as the spokesman. The other gentlemen with me are experts in their field; Mr. Leon Mondoux is the chairman of our sub-committee for the Province of Quebec. I should explain that our association is involved with discussions of this kind with each of the Provinces across Canada and we have, from one time to another, dealt with every Province with the exception of New-Brunswick and Prince Edward Island. I will correct that, Prince Edward Island...

So that we are very glad to be here, and we hope that we can be of assistance to you in your deliberations.

You have copies of our proposal, our briefs, our submission, I will give you a brief summary which will not last more than a few minutes, and I will try to paraphrase it and therefore not necessarily repeat exactly word for word what is already in it. The submission states certain principles which we believe a « medicare plan », in quotation marks, which we call a medicare plan, certain principles which we think such a plan should involve. Now, first of all, the first principle that we wish to mention is that such a plan, in our opinion, should be voluntary in character. It should not be a compulsory plan but it should be voluntary and, of course, should provide a comprehensive range of medical benefits.

Secondly, we would like to see the plan privately operated because if it is voluntary the existing machinery of the private agencies which embrace insurance companies, the doctor-sponsored plans and the other voluntary agencies, such as cooperatives, we believe these are the agencies through which the plan should operate. Putting it in another way, we believe in a multiplicity of carriers, a multiplicity of insuring agencies. We believe that such a multiplicity will guarantee efficiency and by competition produce the lowest possible cost. We know this to be truth, because in our day to day operations, all of us, here, representing different insurance companies and competing one with the others, have cause to respect each other and many others who produce our day-to-day problems in this area of competition. We believe this is a very real and important factor in the policing mechanism.

The next principle that we wish to stress and which is mentioned predominantly in our submission, is that we believe the plan should be universally available. The Federal principles enunciated by the Honourable Lester B. Pearson, on July 19th of last year, contained one of the conditions that the plan be universal. This was not at that time fully defined. We wish to stress that we would like to see a plan which is univer-

sally available; that is to say, is available to everyone in the population, but is not compulsory that that person avails himself of it. This is a matter of his own free choice, but it is nevertheless available.

Now, of course, you understand that under the present conditions in this Province, medical insurance is not universally available and it is that type of arrangement that we are urging in this situation.

MR. CHAIRMAN: I do not want to interrupt, but why do you say that it is not universally available in this Province?

MR. WATSON: At the moment, it is not possible, Mr. Chairman, for you to purchase medical insurance as an individual by applying to an insurance company because it does depend upon your good health and it does depend upon your age. In other words people at an advanced age normally cannot obtain a comprehensive range of benefits. Persons in poor health are not considered insurable. There may be some organizations in this province, I have not heard of any, but there may be some that will offer an individual policy of insurance to anyone who walks in the door, regardless of his condition of health or his age. I don't believe that to be the case because it is not the case in most areas. To supplement that, for example, in British Columbia where this principle is now in effect, this universally available principle, it is possible to purchase an individual plan from the government agency in British Columbia; or if it is a group insurance plan, of course, it can be purchased from any of insurance carriers. Now, in the province of Quebec a group insurance plan can be purchased from a wide range of carriers but there are some individuals who have not such insurance available to them this afternoon. Now, this could be arranged and our brief sets forth one means by which this can be arranged and describes in some detail how it was done in the province of Alberta. It has been done on a different basis in the Province of Ontario, in the Province of British Columbia on a still different basis and as we know on a compulsory basis in the province of Saskatchewan.

Now, in offering a universal, a universally available plan. In developing such a plan, we would, of course, insist that to be successful such a plan would have to be offered to the general public in a range of premium rates. In other words, you could not possibly offer it without some upper limits on the premium to be charged. That would be necessary, because it

would not be available unless it was possible to obtain the insurance at a reasonable price. So that goes along with the type of plan that I am talking about.

Now, the next principle that we believe is very important is that any plan which is developed, must be such that it will receive a high degree of co-operation from the medical profession. It would be foolish to develop a plan in spite of the medical profession, or without having their full agreement, because we believe that a group of happy doctors is much more desirable than having the type of political disturbances that we have read about lately in such places as Italy, Belgium, and to lesser extent England and some years ago Saskatchewan.

In the type of plan we are talking about, we have a minimum of government intervention. In other words this is an area where government need not concern itself, except in a relatively small area. And this would be in two respects.

First of all, the government would have to provide the funds for those who were unable to pay their own premium. In the population, there are some who are unable to pay any part of the medical premium and need assistance. This assistance would range from possibly half of the premium to all of the premium, and we have seen that type of pattern in three other provinces.

So that is one area where government assistance would be necessary, that is for the needy. Now, we know that in this Province, you have instituted or will institute on April 1st a plan for those in need of social assistance. But I am speaking beyond that, there are 340,000 people I understand that would be covered by that program, and I am speaking beyond that in the hundreds of thousands who are in receipt of relatively small incomes and would need assistance.

A second area where government assistance would be required in this type of plan is in the licensing of the carriers, the insuring agencies that would provide this insurance.

Now, Mr. Chairman and gentlemen, those are the principles that are involved in our submission, and around those principles we advocate a plan of medical insurance for the population which will meet these requirements and we think this produces certain advantages. Now, there are two main advantages we wish to stress.

First of all, this procedure of government financial assistance limited only to those in real need will limit the actual cost from government sources. That is to say if there is any federal money or any provincial money that must be drawn out of regular or general revenues, this type of plan will reduce that amount

of money to a minimum, and will relate that money to the areas where there is genuine need, instead of sweeping away all of the existing plans which are operating very well in most areas, because in this Province over 49% that is based on 1964 figures, but probably now over 50% of the population have some form of medical insurance; instead of sweeping that away, we advocate building on it, and as I say, that will limit the amount of financial assistance that is required from general revenues.

And the other major point, the other major advantage that this plan produces, is that it does not cause any problems with the medical profession, because it is now operating successfully in two Provinces and we are assured that this type of program will operate successfully also in Ontario, where a government agency has been selected to work in parallel with the private companies.

Mr. Chairman, that is a very brief summary of the principles and the proposals that we are making. We have said nothing in our submission in regard to cost because cost can only be determined in relationship to the level of fees which are going to be paid to the physician and until the physicians agree to accept a specific schedule of fees, no proper cost calculations can be made. But it would seem from information that has come to my attention in the last few days that the cost of the plan in Quebec would seem to be higher than in Ontario if you are to judge by the schedule of fees which I understand may have recently been agreed upon. But in our submission, we have made no statements about cost because we have no point of reference. But this could be done, if you would like us to submit some figures at a later date.

Mr. Chairman, that ends my summary, and if you have any questions, I will be pleased now to try to answer them for you.

Mr. CHAIRMAN: I wonder if I might start at the end rather than the beginning, Mr. Watson? You said just a moment ago that approximately 49% of the population in Quebec was covered by insurance. This figure is higher than that which was given to the committee last week, and I wonder if you would care to indicate to the committee, what is the source of this 49% figure that you just mentioned.

MR. WATSON: The source of the 49.3% figure is the survey of voluntary health insurance in Canada prepared by the Canadian Conference on Health Care at the end of 1964,

and that is now a year old, and it shows that in this Province, the total number of persons covered by some form of medical services insurance is 2,706,000 and expressing that as a percentage of the population, we obtain a figure of 49.3%

MR. ROWLANDS: If I may, Mr. Chairman, the Canadian Conference on Health Care survey indicates that, as of December 31st, 1964, the total population of the Province was 5,624,000. In the province at that time there were a certain number of persons who were insured under what this table refers to as miscellaneous plans. These plans are for members of the Canadian Armed Forces, persons in receipt of certain types of social assistance, persons in mental hospitals, tuberculosis hospitals, Royal Canadian Mounted Police, Department of Veterans' Affairs, penal institutions, Indian and Eskimo medical services and also it includes for the whole of Canada under this table of persons covered under various miscellaneous plans, those under the Newfoundland medical services and so on. In Quebec 68,000 persons. Voluntary plans, that is, insurance company plans, prepaid plans and so on have insured 2,706,000, so your total number of insured is 2,706,000 plus your 68,000 which is 49.3 percent of the December 31st, 1964 population.

MR. CHAIRMAN: I couldn't help asking myself as I listened to this presentation; we had been led to believe last week that the percentage of those who were insured was somewhere around 43 percent and I take it really that there is probably not a great deal of difference between the two figures because I notice that you add in people who are in mental hospitals and others who are not quite clearly, in our mind, included in the 43 percent. But whether it is 43 or 49 I do not think is significant. The question that came to my mind is, « how do you explain that in Quebec the proportion of those who are insured is so much less than it is in the other Provinces that have been mentioned today. »

MR. WATSON: That is a very good question, Mr. Chairman, and I came prepared to give you some answers. In the other Provinces, and this survey that we have talked about of course covers the other Provinces as well and we may take an example in the Province of Ontario, the survey shows a percentage of 85.8, the Province of British Columbia 81 percent and the Province of Alberta 80 percent. These are high percentages but in all those provinces there have been

added in of course those persons who are already covered for welfare cases. The social assistance cases.

MR. CHAIRMAN: Yes, that was the conclusion I had reached.

MR. WATSON: There are three hundred and forty thousand therefore you have to add in from April first. Now, these other provinces already have a program for those people, they are already covered. I want to emphasize that this is not an artificial fact. These people who are insured go to their physician and receive care and the bill is sent to the provincial government and it is paid.

For example a number well in excess of 400,000 in the Province of Ontario are covered under such a plan, so, in adjusting your figures for Quebec you will have to add in your 340,000 that you expect. Actually, I would have expected a figure of more than 340,000 in Quebec; that is the first adjustment and that would seem become to about 7% of the population. Now...

MR. CHAIRMAN: That really brings the figures back to the 43, does'nt?

MR. WATSON: No, Sir.

MR. CHAIRMAN: It does not?

MR. RENAUD: That brings the figures to 57 or 56.

MR. WATSON: No, Sir, the figure I quoted was 49.3, which is a correct figure.

MR. CHAIRMAN: Yes.

MR. WATSON: And now, if there are another 7% of people that you will be covering on April 1st, it will be 56%.

MR. RENAUD: 56.

MR. WATSON: Now, Sir, we must go further than that is 56%. In the Province of Alberta, where we have something over 80% covered, there are a number of people who are subsidized under the Alberta Plan. These are people who have a quarter or a half of their premium paid under the Alberta Plan, and presumably would not have joined otherwise, but at any rate they did come forward and join seeing as this was announced. Now, the last time we took a census in Alberta, there were 180 thousand people in that category and since the Province of Quebec

is about three times as big I would estimate that you might have possibly something over half a million people even on that modest subsidy basis.

MR. BLANK: Mr. Watson, what is the percent that is missing in Alberta, not insured in Alberta? What category of people are they? What salary bracket? Where do they fit into the community and why are they members?

MR. WATSON: There are several categories in that 20%. One category is, as I have said the subsidy in Alberta at the present time is a half of the premium for some persons and a quarter of a premium for others. Now, this is recognized by the Alberta government as being too low and on July that is being increased, so that a good part of that remaining twenty percent will be swept in. Now we estimate that by July 1st, 1967, because this is happening July 1st, 1966, we estimate that by July 1st, 1967 a good deal more will come in and we think it will go over 90% and that still leaves ten. Now, you want to know who is in that ten. Now...

MR. BLANK: Is it the type of person that can afford to pay his own medical bills or is it the man who is really the problem charge, the man who can not pay his bills and wont come under insurance.

MR. WATSON: That is wrong, no, it is a number of things but I want to tell you, in my judgment, ten percent of it is people that cannot afford the other half of the premium or the other three quarters and I think that as soon as Alberta raises their subsidy to the levels I have indicated as they are now doing in Ontario, beginning July this year and as they are now doing in Alberta, it is my opinion is that enrolment in Alberta will go over 90%. Now, the remaining ten percent are partly people who are perfectly able to pay their premiums if they want to but decide they don't need it.

MR. CHAIRMAN: They are really self insured you might call them.

MR. WATSON: Yes. Gentlemen, you are not in the insurance business and you may not believe this but people do not line up to buy insurance and unless you knock on the door and talk to them they probably won't buy, so it is sort of a minor miracle if you could get an enrolment in any group of as much as 90%. I will give you a better example so as to crystallize this in your mind. You take any group insurance case that you know of, there are many large firms down

the road we see here, now you walk in there and find out what percentage of the persons in that firm are insured. Now, anyone of you who is in the group insurance business knows that there are very few that exceed 90%. There may be some 90 some 95 but the majority are in the low eighties. Now, this is because they just decide that there are other things they want to do with their money and they elect not to do it. So, when you have a voluntary plan you are going to have probably as much as ten percent elect not to go into the plan but if it becomes the thing, in other words if it is the thing that everybody does, such as talking about scandal and things like that, then when it becomes fashionable to do it then, of course, your percentage will rise to possibly 95%. So, we see higher percentages than that in our hospital plan in Ontario which is partially compulsory. But it is only that high percentage because it is compulsory in Ontario for everyone with fifteen employees or more to join and that is how you get the extra five percent.

MR. BLANK: Don't you think it is the duty of the state sometimes to require somebody to protect themselves from themselves?

MR. WATSON: To require somebody to protect themselves from themselves?

MR. BLANK: The remaining five or ten percent which we have could reach a half million people.

MR. WATSON: I suppose it comes down to philosophy, Sir I personally am an individualist and I do not like people forcing me to do anything, but many of us would like to force other people to do things, but I think that as long as it is somebody else and not me perhaps there is some logic to it, but as that in itself is a «reductio ad absurdum» I would just as soon stay on the voluntary basis.

MR. BLANK: I know, but a half a million people are a half a million people. Ten percent of the population of Quebec is 550,000 and if they are not forced to come in. They may be just a number of people, as far as I can see, the 550,000 people who cause trouble to the medical profession and to the state, as though we never bothered having a plan at all.

MR. WATSON: I am sorry but I do not understand why they cause trouble.

MR. BLANK: Well, because they become

welfare patients. Doctors will have trouble collecting their bills, they can't afford to pay, they probably won't go to the hospital, they will be sicker, they will die, they will spread disease, any one of a multitude of things could arise out of 550,000 people who can not or will not obtain medical care.

MR. WATSON: I am not sure that your view is right and I don't want to spend the afternoon debating it because I don't think that there are people in this province who are going without medical care. I think they have always had medical care, I think that the doctors haven't been paid for, I think the doctors are not going to be paid for it, I think that for a universal plan we will be lucky ten years from now if we have a universal plan or a compulsory, we will be lucky if we can get a surgeon, we can't get a hospital bed now, at least I can't. May be others can but I can't. Thank God I can still get a surgeon and I like to have a

MR. CHAIRMAN: Mr. Watson, on that last question of mine somehow we got away entirely from the question. I asked which was in effect that we said that elsewhere — in Ontario and Alberta— the percentage of those who were insured was very high but in Quebec it was relatively low. In other words whether we talked about 50% or 56 percent or let us say, something under 60, my question was, «How do you explain that the percentage in Quebec is so much lower than in the other provinces?»

MR. WATSON: I got it up to 56% and then I was explaining that if you put in a subsidy arrangement similar to what you would have in say, Ontario... I believe British Columbia, I think about twelve percent might come into a subsidy arrangement. It is a question of the economic level of the people as to how large a percentage of the population would be swept into a plan by a subsidy arrangement. If you add in just that extra twelve percent you get the sixty-eight. Now, it is still a gap and that gap would fill, I think, by a concerted effort to fill it. I think that part of it is due to economics and part of it is due to a certain amount of inactivity because we haven't had the same stimulation in this province to do a complete job as we have had in other provinces.

MR. RENAUD: Mr. Watson, have you the same number of companies soliciting in Ontario as in Quebec? That might be one of the answers.

MR. WATSON: Yes, I think it is coming close to the answer. I think, on the insurance companies, I think there would be about the same

number. One of the major differences between Ontario and Quebec is that there is to my knowledge only one prepaid plan, only one doctor sponsored plan. Am I right? SSQ is the only doctor sponsored plan. Now, in Ontario we have two major and one minor plan, a total of three plans. Now, these plans are important in getting the percentage up because, being sponsored by the doctors the doctors become the sort of sales avenue, they encourage their patients to enroll in the plan and this gets out into the highways and the byways and would pick up a lot of enrollment and I think the gentleman has put his finger on one of the major differences between this province and the other provinces. Now, in Quebec the figures, according to this survey that I was referring to, out of the 2,700,000, a little over one million is from the doctor sponsored plan but in Ontario the relationship is almost fifty-fifty, that is the insurance companies and the doctor sponsored plans in Ontario are just about even but they are not in this province and I think that this is a very real point.

MR. RENAUD: Now, you spoke about the economics. You said maybe one of the reasons is that maybe the salaries are higher, is that what it means or it is easier for a man in Ontario to take insurance and pay his premiums. I don't know? I am just asking.

MR. WATSON: What I meant was this, if you have a distribution of incomes between the higher incomes and the lower, we have people with very low incomes as we know from the survey on poverty which we have heard about from Ottawa recently. We know that there are a surprisingly large number of people at the lower end of the economic scale. Now, in some provinces the number of people at the lower end of the economic scale is higher as a proportion of the total than in others and I was saying that I think that the proportion in Quebec may be, because I do not have the facts, may be somewhat higher than in Ontario.

I know in Nova Scotia it is a good deal higher. In Nova Scotia, it is surprisingly high the percentage of people who would qualify for a subsidy, it depends on the economic type of the community.

MR. RENAUD: Would that mean that to fill the gap, as you said, it would mean a bigger proportion of the public money to have more people insured in your plan?

MR. WATSON: It would mean that if you fill the gap through a subsidy arrangement, if

I am right, a higher percentage would be subsidized. Now it is the individual who is subsidized but it would not be more than in our plans, because our plans in total, that is the voluntary agencies in total, as I have said, would exceed 50%, so I would estimate this would be around 12% maybe 15%. I cannot answer the question exactly, but I do not think it would be larger than that.

MR. CHAIRMAN: Well, I suppose Mr. Watson, that it is probably really elementary that with the disparity in average per capita income between Ontario and Quebec, which is around \$500, you would expect that there would be more policies sold in Ontario, where the income is, let us say, a little over \$2,100 per head, than you would expect to sell in Quebec, where the average income is about \$1,600...

MR. WATSON: It could be...

MR. CHAIRMAN: I suppose this is basically elementary...

MR. WATSON: You will expect this, I must at this point bring in a little point that you must never lose sight of and which is important and that is, in group insurance, even though the individual may be paid at a very low level, in group insurance the employer makes a contribution and, therefore, some of the very low paid people still are able to obtain medical insurance and have medical insurance because of the employer's contribution and, as we know, in many union contracts the entire premium is paid for by the employer. So, although I admit the premise, we must remember that it is much dampened by the employer's contribution in group insurance.

MR. CHAIRMAN: Yes.

MR. RENAUD: Mr. Watson, when you say that in Ontario 85.8% of the people of the province are covered by insurance policies...

MR. WATSON: Medical insurance.

MR. RENAUD: And here, in the province of Quebec, we have 43.9% or 50% or 49% as you say. Does your policies, for what is given to the insured, have a larger coverage in the average in Ontario than in Quebec?

MR. WATSON: No, I would not think that there was very much difference, I would not

think that it was very much different, I would not think so.

MR. CROTEAU: Because you talked about miscellaneous, I wanted to have the meaning of your word, miscellaneous.

MR. WATSON: I would think the level of benefits that you are talking about, the level of benefits in the two provinces would be about the same.

MR. CROTEAU: Thank you.

MR. FORTIER: Do you find an increase in the people who are taking insurance lately in the Quebec province, since two years? Are there more people being insured by a private insurance for medical and surgical benefits?

MR. WATSON: Well, I do not have the figures with me, but it is my impression that this is an accelerating movement. In our submission we mentioned that the increase in the number covered from 1963 to 1964 about one year was 174,000, this is on page three, at the end of the page, third paragraph of the Introduction. Have we got figures before that, 1962 to 1963? I am sorry, I do not have figures before that but it is my impression that it is accelerating because, with the continuous attention to this subject, that is given by the newspapers and by politicians, it tends to make people more conscious of the need for medical insurance, and the union negotiations, also accelerate it. I would say that it is accelerating. In other words, our figure of 49.3% should properly be increased to bring it to the end of 1965 by another 174,000 at least and probably more, but this discussion that we have been having is really trying to relate the Quebec situation to Ontario, British Columbia and Alberta, and therefore, the figures should be kept in perspective. But it is my contention that the same mechanisms that have been successful in some of these other provinces would be just as successful here, if we had all the same facilities that we have in the other provinces. Point number 1, we do not have the fee schedule, at least we should have had a fee schedule because, in Ontario, one of the things we sell the most of today is a plan providing comprehensive benefits to provide the Ontario 1965 fee schedule. Well, there is not such a thing or was not such a thing until recently in Quebec, and this, of course is a hindrance because you do not have a standard product that you can put a price on and which the companies are going to make a career out of.

MR. RENAUD: Mr. Watson, as to the cost of the individual, I understand that in Ontario and Quebec, it must be nearly the same thing as the premium.

MR. WATSON: The fee schedule that you presumably have adopted or are about to adopt in Quebec...

MR. CHAIRMAN: I do not think, Mr. Watson, that there is any tariff or schedule of fees that has been recently adopted, that I understand that perhaps there is one at present before the Lieutenant Governor in Council for consideration, but so far as I know or was informed there is no tariff for medical fees that has been recently approved.

MR. WATSON: I am glad to hear that information, Mr. Chairman, that is why I was hedging on my statement because I understood that it was about to be, but I was not sure that it had been done.

MR. CHAIRMAN: Well sometimes, people think that when they submit things to the Government, it is about to be approved, but sometimes « the about to be approved » proves to be longer than they thought.

MR. WATSON: Thank you, Mr. Chairman, and I was trying to come out with my own ignorance because I did not think that it had been approved either.

MR. LE PRESIDENT: Yes.

MR. WATSON: But, I have some very informed gentlemen on either side of me and I wanted to be sure that they were going to correct me. Well, gentlemen, the cost of medical care in Quebec as compared to Ontario is a very simple matter. It is a question of two things: First of all comparing the level of benefits in the two schedules, and once you have a schedule and you relate it to Ontario, it is a very simple matter to tell whether it is going to be more expensive or not! Well, that is number 1. Number 2, the other factor is the controlling factor on cost is the utilization, that is to say, the degree that the individual will go to his doctor, regardless of the real need. Now, in some communities in North America there is this tendency to use the doctor more than other communities.

MR. RENAUD: Has the... I'm sorry.

MR. WATSON: I just want to finish. In

Quebec there is the tendency to use the doctors somewhat more than in some of the other Provinces.

ME. RENAUD: Has the volume of your business in Ontario any bearing on the charges on the premiums?

MR. WATSON: I am sorry, I did not get the question.

MR. RENAUD: The volume of the business of your companies in Ontario, is it much bigger than in Quebec?

MR. WATSON: Yes.

MR. RENAUD: Has it any bearing on the charge to the individual for his own premium? In Quebec or in Ontario? Is my question clear. Do they pay less premiums if they sell less insurance?

MR. WATSON: Yes. The premium is determined in individual business based upon just the cost of a single policy so that the volume won't affect it. But in group insurance, the volume is a factor but only on the size of the individual case. The fact that we might sell five times as much in Ontario would not have any effect because it would be five times as much work as if it was an individual policy. No, the volume would not have any effect as between provinces, it would have an effect as between groups where one group is large and the other group is small but not as between provinces assuming the same distribution...

MR. RENAUD: I understand.

MR. WATSON: ... individuals as groups.

MR. CHAIRMAN: The thought that has been crossing my mind as I have listened to these questions is that perhaps it would be desirable if the committee were to go back to the beginning of Mr. Watson's presentation and perhaps to follow down from there in the order in which he outlined what he referred to as the five principles which underly this submission and I wondered if perhaps I might start the ball rolling by asking Mr. Watson this question. His first premise or first principle was that the plan should be voluntary and the reflection that came to my mind in this connection was, that on a purely voluntary basis that those who were in the low income bracket would not be inclined to insure unless the State were to pay either

a part or the whole of the premium. There will be a middle group, I assume that they would pay if the benefits they expected to get were approximately equal to the premiums that they proposed to pay. And then, I take it that there would be another group, perhaps fairly substantial in number, who might not be inclined to carry insurance at all on a voluntary basis for the simple reason that they would believe that over a period of time they could carry that risk themselves. So I ask myself, and I am sure many members of the committee are asking themselves too: why should we feel particularly optimistic if the plan is going to be entirely voluntary. When Mr. Blank asked you a question a moment ago you suggested this might be a difference in philosophy. Mr. Blank rather intimated that he believed that some people needed this element of compulsion so that they would protect themselves against the risks which most people think are perhaps foreseeable...

But I don't really believe that we can dismiss the whole question just as easily as that, by saying that it is just a question of philosophy. I wonder if you would like to amplify this statement of yours, Mr. Watson, that you think the plan should be voluntary.

MR. WATSON: Mr. Chairman, it wasn't my intention to dismiss it and I just didn't want to devote the time of the committee to the...

MR. CHAIRMAN: No I'm not saying it in any critical way...

MR. WATSON: ...however it is very basic and very important the voluntary approach. It's certainly a philosophical matter. It's a question of how far the state is going to impose its will on the individual. You might better ask the question however in arguing for compulsion in medical insurance to keep in mind that food, shelter and clothing are much more fundamental needs and no one has ever thought that compulsion in providing these necessities is fundamental to the state. No, I think it's because medical insurance has become successful in a sense that it has a high enrolment in certain communities and, having embraced a large part of the population, the political interests think, this must be something that the government should interest itself in. But I assert that food is just as much something that embraces the whole population and I think it's therefore fallacious to argue that compulsion should be used in this area. Now, however, we go one step further and we say this, that those people in the population

who have low incomes, that is to say they haven't got anything more possibly than the funds to assist them in food, shelter and clothing and they have nothing more, they can just barely manage that. Those people should be given the opportunity to cover themselves and if you want to exercise some compulsion in that area because of the fact that they are on the brink of poverty then I can agree, but, I say, let us not for the sake of a relative small group of the population thrust something on the whole population that will sweep away the whole structure that has been built, for the sake of a relatively small number. This is the essence of our point of view. Now I could go on for another half an hour and become more eloquent. This is all that needs to be said. Putting it in somewhat different words, we advocate that government intervention in our lives be kept to a minimum and therefore let the government pay attention only to the earlier area where there is need. Government funds are not inexhaustible, they are limited.

Therefore, let us take those limited funds and apply them in the area where there is need, but let us not contribute anything more to the inflationary forces throughout this country than we already have and are seeing everyday than we absolutely have to do. I think I had better stop there before I get...

MR. CHAIRMAN: Est-ce qu'il y a des membres du comité qui veulent poser d'autres questions sur ce point en particulier? I do have a question about it that I have wanted to make in connection with the coverage of the plans. Mr. Watson has said it should provide a comprehensive range of benefits; I don't know if I am right in attaching too much importance to this principle, the one that you mentioned on the first page of the brief which is called « summary and recommendations. » You say there; « We believe in the provision of the highest possible standard of medical care. » In other words you don't propose to exclude any medical services from the coverage.

MR. WATSON: That is true.

MR. CHAIRMAN: Then you go on to say « that medical judgement and medical judgment only should determine the nature, quality and frequency of medical services rendered to Canadians. » The insurers role is to utilize premiums received to provide for payment of the benefits set out in its policies for services rendered. I asked myself when I read this, why is it only the medical judgment that is to be brought to

bear on the quality of services. Surely as insurers you must be interested in the quality of the service that is given to your insured? Are you not? Or do you feel that you have no responsibility when the choice of the doctor is made by the insured himself?

MR. WATSON: We feel that the insured's choice is on that and it's up to the profession to guarantee the quality of the care beyond that point. We don't feel we should enter into the relationship between the doctor and his patient.

MR. CHAIRMAN: On the other hand Mr. Watson, I wonder if the government itself can take quite such a desinterested view.

MR. WATSON: That is why we encourage competition.

MR. CHAIRMAN: What is that?

MR. WATSON: That is why we put in the paragraph. We don't think that the reason for that paragraph was to assert that, once government takes a complete and universal plan under its wing, it cannot fail but insert itself between the profession and the patient. But this is what will eventually cause the major difficulties and this is why we put that paragraph there. We believe that it's a danger; we think it is wrong.

MR. CHAIRMAN: Personally, of course, I'm not speaking for the committee but it seems to me that the government has an interest which goes beyond that of the insurers. It seems to me that one of the things that is of the greatest interest to the government is the general level of health of the population itself, and that one of the attractive parts of sickness insurance is the fact that regardless of the method that you employ whether you use private insurance or a government fund or some other technique that, the « inevitable consequence » over a period of time will be to raise the general level of health of the population.

I can't believe that the government can be wholly indifferent as to that aspect of sickness insurance.

MR. WATSON: Well sir, I must partially agree with you and partially differ from it. Our contention was this: the level of health of the community which a government must interest itself in was the part that I agree with you. Certainly a government must interest itself in the level of health of the community. That means

what degree of health is given by the medical profession itself. That is dependent upon how well they do their job; the results fall. Now it has nothing to do with the form of financing. The medical profession has only to do with the quality of the medical profession, the degree of training and the numbers of the medical profession. Now let us take the situation in the province of Quebec. Most doctors in this province today are fully occupied. We have many instances where it's difficult to get a doctor. One has to make an appointment in advance. No one asserts that doctors are waiting anxiously for patients to arrive on the scene. Now if you change in a particular context though, if you change the basis of financing doctors, your certainly do not increase the level of health in the community. You don't change anything in the slightest degree, except that you thrust more people into the waiting rooms and you cause running outs. But you do not change the health of the community until you increase the numbers of doctors, or you increase the quality of the medical profession; and you do that through medical education. And that is why I disagree with you, sir.

MR. BLANK: What about other inducements than, just merely medical education. Doctors in outlying areas for instance, there is a shortage here in this province of doctors out in this area. How are we going to get people to buy a policy in St Louis de Ha! Ha!

MR. WATSON: That is true.

MR. BLANK: On a voluntary basis.

MR. WATSON: That is true. This is the variety of problem. But I don't want you to think that the universal coverage itself...

MR. BLANK: It did mean... I solved it by just using an universal coverage. Don't you think that with universal coverage and government assistance or induce ment, who may put the doctors into these areas because of a perhaps price differential or any other form of judgment, which you as the insured cannot put into your policy.

MR. WATSON: Well I'm saying that it has nothing to do with medical insurance or financing. If you want to put doctors in Minnie Ha! Ha! or where it is...

MR. BLANK: This has nothing to do with St. Louis de Ha! Ha!, it probably has many more doctors per capita than it needs, it is a fictitious name, that's all.

MR. WATSON: I see. If you wanted to put doctors in such a community, you are perfectly free to put them in this afternoon, you do not need to have a plan. But, it has nothing to do with the insurance mechanism. But I would recommend that you read the issue of a magazine, the issue of January 24, where you will find in U.S. News and world Reports, issue of January 24, a most astounding article, in regard to this very point in Sweden. Now Sweden is one of these communities that various people hold up and say is a model of this and that.

But Sweden has this problem of the far north, and it is a shocking thing to read that article, and to read that in a plan which is based upon a universal compulsory government plan, Sweden is at its wit's ends to provide doctors in the far north, and the doctors that are there, are ill-trained, they are not looking after the public. Now, I understand, this... excuse me...

MR. BLANK: I understood from the synopsis of the Swedish plan that the government did offer special inducements to get well trained doctors into these areas.

MR. WATSON: I am talking about what happened, not about the inducements. I am talking about the fact that this article brings out that the doctors are not there and not going there. Now, the only reason I make a point of this...

MR. BLANK: Is this in the American medical...

MR. WATSON: No, this is in a magazine that you will find on a news stand and which fortunately we have reprinted for you, if you will see me afterwards, I will give it to you.

M. HARVEY: M. Watson, dans le mémoire que vous avez présenté et qui contient en page 2, je lis: Summary and Recommendation, page 2, second paragraph.

It is mentioned in this paragraph that « type of plan envisaged by C.H.I.A. would provide that benefits in respect of comprehensive medical services would be payable in accordance with a schedule of fees evolved and administered by the medical profession. »

So I would like to know, comme c'est mentionné dans votre mémoire, je voudrais savoir. Vous recommandez que les honoraires soient payés d'après une échelle élaborée par la profession médicale.

L'Association ne craint-elle pas que cette échelle pourrait-être trop élevée qu'elle pourrait tendre à réduire davantage nombre d'om-

nipraticiens qui est déjà trop bas chez nous dans certains coins comme l'a dit M. Blank, qu'elle pourrait accentuer encore davantage la disparité sur le plan géographique et est-ce que, c'est ma dernière question, la CHIA, Canadian Health Insurance Association, croit que le gouvernement n'a aucune responsabilité dans le fait de voir à ce que chacune des régions soient économiquement faibles ou encore des coins où aucun médecin n'est intéressé à faire de médecine générale, croyez-vous réellement que le gouvernement ne doit pas intervenir parce que les conseils municipaux, les associations et les citoyens eux-mêmes sont dans l'impossibilité après même tentative auprès du Collège des médecins d'en obtenir? Si l'échelle des taux est élaborée par la profession médicale, comment un médecin pourra-t-il être intéressé à aller s'installer dans ces coins si éloignés?

MR. WATSON: I enjoyed very much your remarks and can only say that I have no answer to this problem, I recognize it as a problem. I am merely bringing out the fact that compulsory medical insurance does not provide more doctors, does not move doctors around and I have no answers to this question, I have an answer to a lot of questions about that question. I am merely trying to bring out the fact that in the deliberations of this committee, please do not confuse financing of health service with improving the health of the community or with providing doctors or attracting doctors or moving doctors to the Far North. These two things are widely separated.

MR. HARVEY: You do not offer us in your brief any suggestion to this problem; do not forget that this problem is really connected with the whole problem...

MR. WATSON: It is very real I agree.

MR. HARVEY: ... and today we have no insurance in this province a medical plan and we have this problem...

MR. WATSON: I agree.

MR. HARVEY: ... so you should have made suggestion in your brief.

MR. MARLER: I think that the solution of this problem is one that has escaped both the health insurance associations and also the government for some time. I think we have all realized the great difficulty of persuading doc-

tors to settle in the less populated sections of the province.

This is a problem both in human relations and economics, and the fact that they have not solved it in the northern part of Sweden does not surprise anyone, we do not seem to have solved, it either in the province of Quebec.

If Mr Watson between now and this evening can come up with a very concrete suggestion for an improvement, I am sure it would be welcomed by the committee.

I wonder if I might ask a question which also arises out of this same paragraph on page 2 of the brief. You say here that the type of plan which you envisage would provide benefits in respect of medical services which would be payable in accordance with a schedule of fees evolved and administered by the medical profession.

You have'nt got any such shedule of fees at the present time in Quebec have you?

MR. WATSON: No Sir, we think that this is one of the things that has got to be done if you are going to advance the solution of this problem; you've got to have a schedule of fees, this is our recommendation.

MR. MARLER: That may well be.

MR. WATSON: But we do not have such a shedule now.

MR. MARLER: No, but I take it there isn't any, what? Will call constant practice among the members of your association with regard to the fee that you pay. Let us take for example an operation for appendicitis. Do all the companies provide for payment of much the same fee?

MR. WATSON: Well that is taking surgical procedure as an example.

MR. MARLER: Yes.

MR. WATSON: There are a number of surgical shedules that provide reimbursement for the different procedures and these can be of a variety of forms, but there is a certain standardization. But I might say there might be six or seven in common use by companies. They attend to be standard but there are a variety, and the variety attempts to not revolve around the tonsilectomy or the appendectomy or even in some of the more complicated procedures where a good deal of more is charged; but it would be common for example, to have in for the appendectomy a fee of something like a \$100 or a \$125 or something of that order. I do not happen to

remember what it is, but it used to be a \$100 but I am getting a little old fashioned and I do not....

MR. MARLER: Well is it more profitable for a doctor to operate on a client of the Sun Life, or one of the Service de Santé of Quebec, for example?

MR. WATSON: Well that is a very complex question, the Service de Santé de Québec probably does not pay 100% of the fee, probably. I do not know, if that is correct. In most doctor plans 90%, in most doctor sponsored plans the doctor receives 90%. In Winnipeg for example, a doctor receives 75% but from the Sun Life he would receive 100% of the amount in the schedule, but the schedule itself may be different than someone's schedule. Then could be different ones.

MR. MARLER: Yes. I take it, though, quite obviously if you have a state operated plan you must have a standard remuneration or a whole list of what you might call...

MR. WATSON: A standard.

MR. MARLER: ... medical acts.

MR. WATSON: Your first requirement, you are going to have a plan which was state operated or state administered or state supervised, or state sponsored or encouraged to any of these varieties you would certainly have to have a standard fee schedule that would be looked upon as a proper reimbursement to a physician and that the companies would offer that fee schedule. Now this is the case in Ontario and is the case in Alberta and so on.

MR. MARLER: Might I just ask this question...

MR. WATSON: This is the only province that I recall where there isn't a fee schedule.

MR. MARLER: I wonder if I might put the question a little differently too. I take it that a doctor who carries on his profession in Toronto would be subject to much heavier charges for overhead than if he were operating in some small community away from the centre.

MR. WATSON: That is true.

MR. MARLER: We have'n't got any St-Louis du Ha Ha in Ontario so we may consider some

small village in Ontario that is not in the proximity of Toronto. Is there any difference in the fee which you pay the doctor in the highly urbanized areas against the rural area?

MR. WATSON: Well the way the insurance mechanisms operates we reimburse the patient for whatever the doctor has charged him up to a certain maximum.

MR. MARLER: I see.

MR. WATSON: So, if our fee schedule states \$100 for an appendectomy and the doctor charges \$75, then we will reimburse the patient \$75.

MR. MARLER: Are there any doctors who do that sort of thing, charge \$75 when he can collect \$100.

MR. WATSON: Not if they know about it. But we try to keep it from him because that keeps the claim low and keeps our premiums low, that if they persist in charging up to the limit and beyond that they normally would charge, then of course it would increase our cost of doing business.

MR. MARLER: But I take it that broadly speaking the schedule does not make any distinction of between the highly urbanized area and the rural one.

MR. WATSON: No. Not now. I should say one more thing, however, that in group insurance if we had a group in some community somewhere we would take a level of benefits which was appropriate to that community, and therefore would have a lower level of benefits and therefore a lower cost in that community than we would say in the city of Montreal. So that group plans are tailored to the level of benefits that is customarily charged by the doctors in that area, then we will be definite...

MR. MARLER: Yes.

MR. WATSON: ... and in group plans we have to watch it very carefully, because in some areas, say the city of Los Angeles, they charged very high fees, and in some of the rural communities low fees, and all of us are taking this into account in the design of our own policies.

MR. MARLER: Well I think, Mr. Watson, we shall have to suspend the meeting of this committee, it is now 5.25; and I should suggest that

we should resume at 8 o'clock this evening and we shall try to finish up with the questions we have to ask you in regard to the brief.

Alors le comité est ajourné à huit heures.

Reprise de la séance à 8 h 4 p.m.

M. MARLER: Nous avons maintenant un quorum et nous allons reprendre l'étude de ce mémoire. Dr Fortier il y a une question que vous voulez poser, n'est-ce-pas?

M. FORTIER: M. le Président, M. Watson, I would ask my question in French and then I'll try to explain in English. Will that be o.k.?

Il est indiqué que la responsabilité pour la distribution des soins médicaux de la plus haute qualité est exclusivement celle de la profession médicale. Comment alors réconcilier un tel énoncé avec la situation au Québec où l'on constate une très grande disparité dans les effectifs médicaux sur le plan géographique à un débalancement prononcé entre le nombre de spécialistes et le nombre d'omnipraticiens, l'affirmation fréquente par les omnipraticiens qui ne peuvent pratiquer dans les hôpitaux? Ce paragraphe suppose-t-il par exemple que le gouvernement tout en payant une partie des soins médicaux n'aurait aucun droit de regard sur la façon dont d'une part, les fonds sont utilisés et d'autre part les soins pour lesquels ils payent sont rendus?

I'll try to express this in English. It is indicated that the responsibilities for the distribution of medical care of the highest quality belongs exclusively to the medical profession. So, how can we say and express this gives the actual situation in Quebec, where we find a big difference between the medical groups on the geographical plan and non balance between the number of specialists and the number of the general practioners and the frequent information by these general practioners that they are not able to practice in our hospitals? And, then, the second question I'll like to put on; How is that the government as he will have to pay a part of the medical care would have no right to dictate or wish the way that those funds will be utilised so that the care will be rended equally over all the nation? First, I'll like to know how can we try to equilibrate the difference of practice between the specialists who are grouped and we have no trouble to get them in centers and then we have so much trouble to be able to find some general practioners, practising in the country and that we have no possibility or at least, trouble, it is possible but

it is not easy, to have them accepted in our hospitals?

MR. WASTON: Mr. Chairman, I'll ask Dr. Turcotte to answer that question, it is strictly a question about the medical profession.

M. TURCOTTE: M. le Président, je crois que, dès le départ, nous pouvons affirmer que la qualité des soins dispensés à la population relève exclusivement de la profession médicale par la voie de son Collège, qui, en somme, a surtout comme devoir de protéger la population et puis d'inciter ses membres à lui prodiguer les meilleurs soins possibles. Il est aussi vrai qu'il existe un débalancement majeur entre le nombre des praticiens généraux et des spécialistes dans la province. Evidemment, ce débalancement, je pense bien, est la simple conséquence de cette poussée qu'a donnée la médecine depuis quelques années alors qu'à l'exemple de beaucoup d'autres sphères les moyens de diagnostic et les moyens de traitement, s'ils sont beaucoup plus définis, sont facilement à la portée de la population. Et d'autre part, aussi, on peut, sans prétention aucune, accepter que dans la province de Québec pour une période que je n'oserais pas définir, les soins médicaux ont sûrement été un peu en arrière de ce que l'on trouverait ailleurs. Alors, je crois que l'augmentation du nombre de spécialistes a simplement été promue par le besoin de la province de meilleurs soins médicaux et le besoin d'utiliser les meilleurs moyens de diagnostic et de traitement. Avec le temps cette situation devra s'équilibrer, mais il n'en reste pas moins que si quelqu'un désire donner à la population les meilleurs soins disponibles, il faut aussi former des gens capables de lui fournir ces meilleurs soins disponibles. Quant à la difficulté qu'éprouvent les praticiens généraux à traiter leurs patients propres dans les hôpitaux, — et ici je pense qu'on aurait dû dire dans les grands hôpitaux — en faisant une différence avec ce qu'il est convenu d'appeler les hôpitaux locaux et les hôpitaux régionaux. A ma connaissance, les hôpitaux locaux sont ouverts presque exclusivement aux praticiens généraux faute de spécialistes, ce qui a été signalé par le Dr Fortier, alors que les grands hôpitaux dans les centres urbains, comme Montréal, par exemple, puis Québec pour ne donner que deux exemples, sont des hôpitaux qui de plus en plus tendent à utiliser ce que leur a fourni les progrès de la médecine. Lorsqu'il s'agit de jouer avec des équipements compliqués, procéder au travers de méthodes nouvelles et constamment progressives pour éta-

blir des diagnostics, il faut évidemment s'attendre à se servir de gens qui ont été formés à cet effet, et les gens qui ont été récemment formés à cet effet, sont sans doute les spécialistes. Si l'on veut donner des bons soins, il faut recourir aux meilleurs outils possibles. Si l'on accepte que le citoyen ait recours à l'hôpital à bon escient dans des circonstances spécifiques données où il devrait être accepté au départ que les hôpitaux existent non pas pour traiter les affections banales courantes de la population, mais pour y trouver des soins qui ne peuvent se donner ou à domicile ou au cabinet de consultations des médecins, on admet dès lors que ces grands hôpitaux sont destinés à donner des soins spécialisés. Je pense que c'est seulement pour cette raison que les praticiens généraux ont certaines difficultés à entrer dans ces hôpitaux, où l'on trouve dans les différentes sphères de la médecine, des équipes qui sont spécialement formées à intervenir vis-à-vis de telles ou telles affections que l'on refuse maintenant de traiter à domicile dans le but de fournir aux patients les meilleurs soins possibles. Il a été mentionné la question suivante; Est-ce qu'un gouvernement qui entreprendra de participer aux coûts du traitement de la maladie n'aurait pas droit de régir certaines sphères de l'administration et de ses traitements en voyant à dicter des recommandations, voire même des ordres à la profession médicale? Est-ce que c'est exact ça ...?

M. MARLER: Je pense, docteur, que c'est loin de la pensée qui a été exprimée cet après-midi. Je pense que c'est peut-être moi qui ai soulevé la question au cours de la discussion, et le point que j'ai voulu faire valoir c'est tout simplement ceci: Je me demandais si le gouvernement, qui serait peut-être un contributeur d'une bonne part des frais, n'a rien à dire quant aux services médicaux, quant aux soins donnés à l'assuré. Je n'ai pas voulu laisser comprendre pour un seul instant que le gouvernement dira à un médecin; « Vous ne pouvez plus continuer à traiter votre patient ». Ce n'était aucunement une intervention en ce qui concerne la relation médecin et patient mais plutôt un droit de regard sur le plan général quant aux soins donnés.

M. TURCOTTE: Exactement, c'est ce que j'ai bien compris, peut-être que je me suis mal exprimé.

M. MARLER: ... mal exprimé dans ce cas-là, docteur.

M. TURCOTTE: Je crois évidemment, que celui qui contribue à défrayer les frais dans quelque sphère que ce soit, doit avoir jusqu'à un point raisonnable un droit de regard quant à l'organisation de son personnel, à sa distribution ou à l'efficacité.

Il a été admis que le collège était autorisé à préparer une cédule de frais médicaux, laquelle cédule ne deviendrait officielle que lors de son acceptation après étude par un arrêté ministériel, ou peut-être que je n'ai pas l'expression juste...

M. LE PRESIDENT: C'est ça!

M. TURCOTTE: ...mais je pense que la profession médicale a dès lors admis que le gouvernement participant aux dépenses entraînées par la maladie pouvait avoir un droit de regard et, à ma connaissance, personne, ni parmi les assureurs, ni parmi les médecins ne s'oppose à telle intervention.

Quant à la distribution des médecins au travers de la province, il faudrait être infiniment naïf pour croire qu'elle est excellente partout. Il existe des centres où il y a suffisamment de médecins pour la population desservie. Il y a d'autres centres où il y a une pénurie excessive de médecins. Donner une réponse à telle remarque est extrêmement difficile et, pour un, je croirais qu'il est du devoir du gouvernement, par l'intermédiaire du ministère de la Santé avec entente au Collège des médecins, d'essayer de pourvoir à telle distribution de médecins.

Un moyen, je crois, a déjà été suggéré pour pourvoir à certaines distributions de médecins, il a été celui-ci. Il est convenu, particulièrement pour les gens qui se destinent à la spécialisation, que ces étudiants en poste scolaire recevaient des bourses de l'Etat, ou provincial ou fédéral, pour atteindre leur certificat de spécialité.

Il a déjà été suggéré, je crois, qu'à l'occasion de la donation de ces bourses, il y ait une formulation d'entente entre le promoteur de la bourse et celui qui la reçoit à savoir que tel spécialiste reconnu à une date donnée devrait, en retour, aller s'installer dans tel hôpital régional qui manque de spécialistes dans une matière pour une période d'un, deux ou trois ans. Et si tel système était établi, il y aurait moyen, avec le temps, d'établir une continuité qui pourrait un tant soit peu suffire à la disette de spécialistes que mentionnait tantôt le député de Gaspé.

Je pense que la suggestion a déjà été faite au ministère de la Santé.

M. LE PRESIDENT: Jusqu'à maintenant, docteur, les bourses ont été sujettes à la condition que le boursier lorsqu'il reviendra dans la province exercera sa profession pour une période de X années dans le Québec plutôt qu'ailleurs.

M. TURCOTTE: Oui.

M. LE PRESIDENT: Evidemment, je n'ai pas examiné toutes les recommandations qui ont été faites depuis cinq ans, mais je sais que, dans la plupart des cas, on exigeait tout simplement que le boursier retourne et exerce sa profession dans le Québec sans jamais je crois insister pour qu'il exerce à un endroit en particulier. Mais c'est une suggestion qui vaut la peine d'être étudiée.

M. TURCOTTE: S'il était bon que le spécialiste revienne dans le Québec, ce qui est sûr, il serait aussi à considérer de pourvoir à une continuité de spécialistes dans des centres qui souffrent de l'absence de spécialistes. Je pense que c'est cette situation-là qu'a déploré le Dr Fortier quand il a insinué le manque de spécialistes dans certaines régions, ce qui est évidemment certain.

M. FORTIER: Il y a le manque de spécialistes, mais il y a le manque de praticiens généraux aussi.

M. TURCOTTE: Les praticiens généraux, pour la même raison — ç'a été soulevé cet après-midi — tendent de plus en plus à demeurer dans les grands centres, et pour cause. Je ne pense pas qu'on doive faire de cachette ou trop soigner son amour-propre. La médecine, en somme, c'est une profession. Il y a cinquante ans, c'était un apostolat. Il y a vingt-cinq ans, c'est devenu moins un apostolat et, aujourd'hui, c'est devenu une profession comme les autres. Alors, si un individu s'est orienté vers la médecine, même s'il aime beaucoup la science médicale, a aussi conscience des besoins économiques de sa famille, de sa vie sociale et de ce qu'il croit avoir droit par l'intermédiaire de sa profession. De plus en plus, il est porté à demeurer dans les grands centres. Cet après-midi on disait: Est-ce que élever les tarifs d'honoraires des médecins ne contribuerait pas à empêcher les praticiens généraux de s'en aller dans les petits centres? Je me demande si on les baissait, ce qui arriverait. Je ne pense pas que le fait de les baisser soit une solution. Mais il y a sûrement un programme à entreprendre, et par le gouvernement et par le collège, de façon à promouvoir par

quelque façon que ce soit une meilleure distribution de la médecine à travers la province.

M. RENAUD: Et cela, indépendamment du système qui pourrait être établi.

M. TURCOTTE: Bien il est difficile au nom de la CHIA d'aller suggérer des méthodes, parce que nous avons l'impression que ça nous regarde peu. En somme, on est ici en tant qu'association représentant les assureurs du Canada et, que je sache, nous ne sommes aucunement autorisés à essayer de régir la profession médicale ou de distribuer ses membres. Je ne pense pas qu'on puisse se prononcer là-dessus, même si nous sommes tout à fait disposés à agréer qu'il y ait une mauvaise distribution de médecins à travers la province. Je ne pense pas que ça relève de nous, et j'oserais croire que cela pourrait relever, jusqu'à un certain point, du gouvernement.

MR FORTIER: May I ask Mr. Watson please, one thing? I would like to know what about Ontario? Do they have the same problem — you must know about this — to have some doctors to go in practice in rural areas?

MR. WATSON: My answer is going to be very short. As far as I know, this problem is everywhere and as I indicated before supper, it exists even in countries which have a universal medicare plan and I personally think it is irrelevant to the discussion of insurance, it is not irrelevant to the health of a country but it is irrelevant to insurance. I believe it exists just as much in Ontario, in British-Columbia, in those areas, as it does here.

MR. BLANK: I think what the Committee is trying to get is this. Don't you think perhaps that the Government could use insurance at one of the arms to try to regulate or settle this matter, and one of the means of doing it?

MR. WATSON: I don't follow, I don't know how the Government could use this.

MR. BLANK: Well, by the Government contributing to this plan, by the Government's money going into it. The Government then using some of his money within the plan in forms of payment or forms of inducement, as I said before, to get the doctors to go out of these areas. Now review the plan to induce the doctors and of course then it does not become productive from a point of view from private industry and may be the Government should take the whole thing.

By the way, how is it working in Saskatchewan? Don't they have any trouble with doctors in rural areas there?

MR. WATSON: Well, all they have ever done in Saskatchewan on this point, that I know of, they set up the group practice clinic in areas where they want to do this but this is, as I say, irrelevant to the form of financing. In other words, the Government can, right this evening, decide that they want to encourage doctors to go to some outlying area and all it takes is money. You don't have to have a medicare plan, you just have to have money. I think in talking to doctors it might take more than money but basically that is what it takes. But I don't think that it has any place in a medicare plan and I don't follow that argument. I think it has a relationship to money but not to the financing benefits under a plan.

MR. MARLER: Mr. Watson, I just wondered as I listened to this discussion whether the fact that in the rural parts, of, I suppose, both Quebec and Ontario, the difficulty for the doctor to get paid for the services he renders would be a discouragement. I would suppose that if a doctor was looking for a place to spend his life in medicine, he would be rather naturally drawn to a highly urbanized community where there would be people, if anything in the upper income brackets, and that if he stops to think about it that he would say that going down, let us say, to Gaspé where the income bracket is very low that this would be a discouragement, that he would not be inclined to go. First of all, because the patients are likely not to have very much money and second, if there is already a custom not to pay the doctor until death overtakes the patient and often then he does not get paid, it seems to me that this is another factor that an intelligent doctor would take into account in deciding where he was going to practice. Now, if you have a system of health insurance, regardless of how you finance it, it seems to me that at least the doctor would know he was going to get paid for the services he rendered to his patients and that this might well be an encouragement for him to go to a rural area that he would not otherwise consider. Would you not agree that there is something in that? Is this not the experience in some other parts of the country where the doctor feels certain he is going to be paid?

MR. WATSON: I cannot answer that for sure but I have two points that convince me personally that there isn't that much to it I think

that doctors, generally, are better paid and are more financially successful in areas which are highly urbanized and where group insurance is predominant. In other words, in a city like Oshawa which is dominated by General Motors and has a plan in General Motors which is fully paid for by General Motors, I would say the doctors would be very well off there, because they would not have any collection problem because of the concentration of people. But I think that, if you had a plan through the province of Quebec with a 90% enrolment I don't believe it would matter very much what part of the country you are in, except for the concentration of the population. I think it would cancel out, I think that it would still be better to be in highly urbanized areas and my support for that argument is simply that in Sweden, as I mentioned previously, I have presented to one member of your committee the article in question which supports this statement that they are having grave and serious difficulties, much more than I have heard of in Ontario and in Quebec. If we accept that fully, grave and serious difficulties when a universal plan is in effect, so this tends to support my point of view.

MR. BLANK: Mr. Watson, after reading an article I read the consequences of medicare. You mention that there is a shortage of doctors in the outlying areas, but while reading the article, practically in the conclusions in the last paragraph a lot of this is caused through, probably one might say, the good effects of medicare. They say here in the last two paragraphs that the troubles are twofold, as concluded the article, and one said that the life span in Sweden is increasing. Now probably the life span is increasing because of medicare.

MR. WATSON: The life span is increasing in Canada and in United States and in Great Britain.

MR. BLANK: Because of the fact that there is medical knowledge and the people can afford it though the cost of living is going up. Here we have medicare probably looking after it and in paragraph two, the other consequence, he says: « Before medicare, people used to call a Doctor only in emergency. Today, medicare has become a part of the better life. »

In other words, this effect, the cause of the effect is medicare. This is one of the good things of medicare, that has caused this bad consequence if you want to look at it that way. But eventually, it will work its way out. As a matter of fact, it says here that the doctors have doubled since 1950.

MR. WATSON: It only gets worse. What you were saying is the good effect causes the bad effects?

MR. BLANK: Reading this article, the facts that are pretty grim.

MR. WATSON: Yes.

MR. BLANK: ...when you read the conclusions on the consequences it doesn't say that.

MR. WATSON: But the records show that the results in Sweden are pretty grim.

M. MARLER: Y a-t-il d'autres membres du comité qui désirent poser des questions à ce sujet? Y a-t-il d'autres questions que l'on veut poser? Vous en avez une, M. Vaillancourt?

M. VAILLANCOURT: J'aurais une question à poser aux membres de la CHIA. A la page quatre de votre mémoire, paragraphe neuf, il est indiqué que les personnes devraient avoir le choix de s'assurer auprès d'un grand nombre d'assureurs. La multiplicité des contrats, les forces de vente de ces assureurs, les moyens de perception des primes différentes, constituent des éléments qui ajoutent certainement aux frais d'administration. Est-ce qu'il est normal que des subsides provenant de la taxation générale soient payés à ces assureurs pour de telles fonctions?

MR. MARLER: Perhaps Dr. Turcotte will answer this question in French, Mr. Watson?

MR. WATSON: Could you give me a rough translation, I did not get it myself?

MR. MARLER: I think that it would be difficult to do it, right off the cuff.

MR. WATSON: I think I got it, but you just give me a clue. I want to be sure of it.

MR. MARLER: It is indicated on page four, paragraph nine, that the assured should have the choice of insuring with a large number of insurers. The multiplicity of contracts, the agencies for the sale of insurance, the means of collecting the different premiums, seemed to constitute elements which would undoubtedly increase the cost of administration. And the question was: Is it normal that moneys coming from general taxation should be paid to private insurers for these purposes?

MR. WATSON: First of all, I want to break it into two parts. The inference in the question that because there is a multiplicity of carriers that this causes additional cost because presumably a lot of small carriers wouldn't be as efficient as one large carrier. The point there is that we find that the competitive forces are such that the small carriers doesn't stay in business unless he can operate as efficiently as a large carrier and secondly, that the large carrier passes a certain point doesn't improve his efficiency. So that you could greatly increase the size of the larger carrier and you couldn't increase his efficiency because he has merely a repetitive process. I'll give you an example: The large prepaid plan in Toronto, PSI, the doctor sponsored plan in Ontario, operates at a very satisfactory rate of expense, but if you double the size of that plan, you wouldn't reduce the rate of expense, but by the same token, all the companies in Toronto must compete with that plan and must be able to give just as good results, otherwise, they couldn't exist and they couldn't sell in competition, so that is the first part of the answer to that question.

The second part is: Is it proper for government money to be paid in a privately operated plan? Well, at no time that I can recall did any insurance company say that they wanted government money. They don't want any subsidies, they do not want any part of government money because with that, comes the auditing and everything else and government control. But the government money that we are advocating, is to be paid to or made available to individuals who will decide as a part of that arrangement what they wish to do with that money and how they wish to spend it in the medical insurance programme. So, that money is only spent in a programme, which is government supervised to the extent we have described. But it is not simply payment of money into a programme and profits made from it. If there was any fear of that, of course there could be adequate government supervision if that was required and I will give you an example of that if it was to be necessary, the Civil Service of Canada, which is one of the largest group plan in effect in Canada, which is operated at rate of expense about the same of the province of Saskatchewan, the 7.1% last year. That arrangement is that all the Federal Civil Servants are insured through a group, a consortium of private insurance companies and the degree of supervision or the degree of auditing, that the Department of Finance requires is satisfied by that consortium of companies, so there we have a very large sum of money coming

from the Civil Servants and from the Federal Government going to that particular plan. So it can be done but I assert that I do not think it is indicated because the subsidies that we are talking about are subsidies to individuals in the community not to the insurance companies.

MR. MARLER: I think, Mr. Watson, to be fair to Mr. Vaillancourt, I think, when he spoke of government subsidy to the plan, that he had no other idea in mind than that of paying some part of the premium of the people who are going to benefit from the plan. There was certainly no suggestion on his part, as I understood the question, that this was going to be money paid to the insurers themselves.

MR. WATSON: But, I wanted to distinguish that quite clearly, I understood the question.

MR. MARLER: It is quite clear.

MR. BLANK: Mr. Watson, you gave a statistic, just a minute ago, that in Saskatchewan, the administration is 7.1%.

MR. WATSON: 7.2%.

MR. BLANK: 7.2%.

MR. WATSON: I said, 7.1%, that is the Civil Service in Saskatchewan.

MR. BLANK: 7.1% Civil Service operating in a group of insurance companies. Now, in Alberta, the system that is used is a system that you advocate in your brief. What are the costs of administration and the profits in Alberta?

MR. WATSON: Well, it will be larger than that because we have a series of individual policies, individually sold from person to person. I cannot tell you how much!

MR. BLANK: ... because it will be more necessary to compare Alberta and Saskatchewan than the Civil Service. The Civil Service, its consortium is like one company, in a sense, with one administration.

MR. WATSON: Yes, it is true.

MR. BLANK: In Alberta, they have a multiple administration and...

MR. WATSON: Is it much higher?

MR. BLANK: I do not know the answer, I am asking you.

MR. WATSON: I do not know much either, but I give you some part of the answer. In that little piece of paper that I handed you earlier, there is an answer to that also, but on another page. The reason I picked the Civil Service to compare with Saskatchewan is because Saskatchewan has a compulsory plan and individual selling costs and persuading to buy and collection costs are not present, because everybody must do it. Therefore, we save on that. Now, in the Civil Service, the same applies. We have great savings, not that it is compulsory, but we might say, semi-compulsory, because there is an urge to join. So that is why I compared those two. Though it would not be proper to compare Saskatchewan with Alberta because Alberta is a voluntary plan but I would say this: I cannot answer your question because I do not have the information.

MR. BLANK: We are getting right back to the question asked by Mr. Vaillancourt. Because in these grants given by the government to the individual, because of the fact that there is this voluntary contributions with a multiple of companies, the government is going to have to pay more money than they would if they had a Saskatchewan type of plan.

MR. WATSON: Oh yes, but... now we are falling into a trap, you see?

MR. BLANK: But, I am asking you...

MR. WATSON: Now you say, the government is going to pay more money and in my original summary I told you that the government is going to pay less money, so one of us is wrong!

MR. BLANK: I am not giving an opinion, I am asking you a question.

MR. WATSON: This is the seven.

MR. BLANK: Beautiful.

MR. WATSON: This is the seven, so, listen carefully. In Alberta I would guess that the cost of administration is between 16% and 20% for the individual policies. I would say that because the policies that are pooled, the ones sold at the maximum premium, that is for the aged and for the uninsurable are pooled and a charge of 16% is made... Well you can take that figure, that is

a fact. I can't give you the average over the whole province because we have group plans at low cost and other plans somewhere around 16% and a little bit more. But, I think we might say 16% if you realize this is a very vague figure. But, as you can see that is about double what it is in Saskatchewan, because of the voluntary feature. Now we come back to your point. The fact of it is that by doing it our way you are going to contribute less money in toll than you will if you sweep out all the existing machinery because the existing group plans covering 50% of the province have employed its contributions, in them. And those employers' contributions would be eliminated if you put in an universal plan assuming...

MR. MARLER: We may have the employers paying the whole thing.

MR. WATSON: ... you are not going to require a tax from the employers...

MR. BLANK: We don't know.

MR. WATSON: ... but if you don't require a tax from the employers then you sweep all of that aside and that means that more government money has got to come through taxation and not by contribution voluntarily made by an employer but through the taxing mechanism and that is what I said this afternoon at about ten minutes to five that I believe that it will cost a great deal less money coming out of general revenues than to do it on the universal basis. Now the Royal Commission Report asserts that it does not matter where the money comes from because it comes from the people anyway and if you don't get it in your pay envelop, because it is taken away from you in taxes then you don't have it, but if somebody pays a bill for you, you are just as well off.

Well, that is a sort of specious reasoning which we all know is completely false, nauseatingly false, but it commends itself to certain types of the population. I am asserting that it is not the same thing and I am asserting that to raise money through taxation is a long, hard, difficult, excruciating process and that if we can keep it to a minimum that is a desirable objective, especially when we see in Ontario that sales taxes have been raised and we can't pay for our education and we can't do a lot of things and yet now are we going to do it? So, if you sweep away the entire group insurance mechanism, you would sweep away at the same time the employer contribution which average 40 to 50% and that is why it costs you more money.

MR. BLANK: Well, the thought here, even though we may agree, I don't know what the opinion of the committee will be in the end, even if we agree on the plan, the method of paying for this, may be contribution from your payroll the same as the pension plan or we don't know how it is. What I am getting at or what I am trying to find out is: Which is going to be cheaper in the end run? You tell me now that it costs double the Alberta plan than the Saskatchewan to run. Now somebody has got to pay for this difference. It is going to come out from the same pocket of the same citizens whether it comes directly or indirectly.

MR. WATSON: Of course, it is not being given to Islanders, it's given to Canadians.

MR. BLANK: No, no the Canadians right here. That's all.

MR. WATSON: Always back to the same people.

MR. BLANK: What we are trying to find out here is which is the best way, and the cheapest way, to do it for the most number of people.

MR. WATSON: And now we are talking about a sort of iceberg you see and what you are looking at is the part above the water. Now, the biggest thing is what is under the water. And this is the important thing in this subject but, what is under the water, is an actual amount of money spent in claims and the important thing that we assert and we believe is that utilisation will go up the minute you cross that line from. I am buying insurance because I want to protect myself against a certain eventuality. The minute you change from that to this is my right to have a doctor here tonight because my neighbor calls him at anytime and so will I because I am paying for it therefore, I must have it. Well, he knows that utilisation will increase. As a matter of fact, in the papers, in these eleven volumes that we have here, there is a very clear indication which is quite true and through all the statistics notes that it will increase.

MR. BLANK: In an universal plan the abuse will more than cover the administration.

MR. WATSON: I believe so. I have no doubt.

M. TREPANIER: Messieurs, vous mentionnez dans le sommaire de vos recommandations: au début que la protection contre les coûts de la maladie peut le mieux être assurée par les or-

ganismes privés, par les compagnies privées. Je comprends mal cette affirmation si l'on considère le coût par habitant des soins médicaux. En Saskatchewan, comment pourrions-nous expliquer ceci si on voit que, là-bas, les soins médicaux par habitant, s'élèvent à \$23.53 alors qu'en Alberta, qui a justement un plan facultatif, le coût s'élève à \$32.17, plan facultatif en fait assuré par des compagnies privées.

MR. WATSON: The cost per capita in Saskatchewan is \$28, is that what you said? What were the figures?

M. TREPANIER: \$23.53.

MR. WATSON: Sometimes ago, \$23.50.

M. TREPANIER: En 1964, les deux chiffres.

MR. WATSON: The difference in per capita cost is simply a difference in the number of doctors that you have in the two provinces and the difference in fee schedules. Now, the fee schedule in Alberta, I must say, I don't know how it compares to the fee schedule in Saskatchewan, but I know for example, that the fee schedule in Ontario is 15% or more, I think possibly 25% more now than in Alberta. One of the things that you have to be very clear about is that the fee schedules in the different provinces cause a very real difference in cost and in these volumes that we have here, you will see a comparison between the different provinces and you are asking me why. Well, there are only two reasons why one is the comparison of the fee schedule itself and the other is the utilization of the people in the province. The utilization is going to be higher when you have more doctors and it is going to be lower when you have less doctors. So, I would suspect that the reason lies in those two factors, what the number of doctors per thousand is different in Saskatchewan than in Alberta, and I don't know if it is, but that is part of it and I think the remainder would be the level in the fee schedule. I can't do better than that because I have no statistics with me to answer you questions.

M. TREPANIER: Evidemment, il y a aussi le fait que les frais d'administration sont moins élevés pour une partie seulement. Et là vous me mentionnez le nombre de médecins. Il n'y a pas d'autres raisons que vous voyez en fait? Il y a quand même une différence assez importante.

MR. WATSON: Well, I don't think that it has anything to do with the administration cost.

M. TREPANIER: Non, juste une partie minime, mais quand même.

MR. WATSON: The figures you are quoting are the per capita cost of medical care I don't think they have the administration cost in there. I think they are independent of medical cost.

MR. MARLER: I think the administration costs are included in the figures which Mr. Trépanier mentioned.

M. TREPANIER: Oui, c'est inclus dans les deux.

MR. WATSON: Well, my point is that if you took them out in both places. I think there would still be a difference because you might just as well have said to me what is the difference in the cost between Saskatchewan and Ontario and I would have told you that there is a very definite difference in the number of doctors per thousand and there is a very definite difference in the fee schedule and the difference in the administrative cost, I don't happen to know what they are but I know that there is a very major difference in these other two factors.

MR. MARLER: I suppose, Mr. Watson, it is an inevitable conclusion that where you have a voluntary system and where the system, let us say, where the insurance is carried by a group of carriers either few or numerous, that there is the element first of all of the cost of selling in the voluntary system which seems to be eliminated when you have a compulsory system. Well, it is obvious that the commissions are a part of the selling cost, advertising an other part of it, I take it. I think it might be difficult to reach any very satisfactory conclusion with regard to administrative costs because it seems to me that this would depend on how the system functioned, whether it was simple or complex, whether you were able to deal in groups of whether you had to deal with individuals. It also seems to be inevitable that where you are carrying the risks with private insurers there is necessarily the element of profit which surely must characterize private insurance, as opposed to what we may call a public plan, by which the government itself would carry the risk and would, assume on a non profit basis.

MR. WATSON: There are surely factors which may explain differences in costs between Saskatchewan and Alberta.

I wish it would be so. It would be so much easier to agree with you but the first fact that

you stated was that a voluntary plan will cost more money than a compulsory plan, and that of course is correct.

MR. MARLER: I am suggesting the selling costs...

MR. WATSON: The selling cost is the chief difference. I don't think if... assuming we are talking about a standard plan, and everybody has the same plan such as in Alberta, the very fact that you have to see people and persuade them, costs money no matter how you do it and whether you are doing it by advertising people on the radio or whether you have people knocking on doors, the selling costs certainly adds to the costs. There is no doubt about that.

MR. RENAUD: What is the proportion you pay on the premiums to your agents?

MR. WATSON: That depends on the individual. Companies, sometimes pay small amounts, sometimes large, I cannot quote you except that I just cannot, because it is different. For example on a group insurance plan it might be 2% on something like that whereas on the individual policy it might be \$5 and it depends whether we are talking about a family or a single person. I cannot give you any nice pat figures, I wish I could, but the figures I have already given you for Saskatchewan give you the idea for Alberta, give you some measure of the fact that it is larger, but I want to come back to this question about the difference between Alberta and Saskatchewan. I am much happier in Saskatchewan and Ontario because I know more about Ontario, but if you compare the respective figures in those two provinces, when you say that one is higher than the other one. As I have already indicated to you, the fee schedule in Ontario is anywhere from 15% to 25% higher than in Saskatchewan. For example, the per capita cost that the federal government used in its first discussion in July 1965 was \$28 and this figure was taken out of the Saskatchewan cost but that, in Ontario, is \$40. Now, I am discussing per capita cost in terms of payments of medical benefits I am talking about the administration cost. So, whereas it is more like... Excusing me, I perhaps overstated at \$40, it was probably more like \$39 in Ontario and \$26 or \$27 in Saskatchewan. But there is a tremendous difference there for factors there that have nothing to do with administration.

Now if you want to put administration cost in it, you must realize that one of the largest plans, the largest plan in Canada is PSI in Toronto, which operates at about 6% possibly

a little under 6% on all its business. Now you cannot assert that there is something wrong with operating at approximately 6%, and yet the insurance companies have to compete with PSI and this is only in point. That plan which is a none profit plan and I am coming out with the Chairman's point about profit, that plan which is a none profit plan is operating for about 6% and we have to compete with it.

Now, let's talk about what I mean by we. Mr. McLeod's company, The Sun Life, is a mutual company, it has no profit because it has no shareholders. Mr. Mondoux's company is the Alliance Mutuelle, it has no shareholders, it has no profits.

That is quite far you have to go, because I represent a shareholder company.

MR. MARLER: I do not find this terribly persuasive, because I think when we are talking about profits, we are talking about the gain resulting from carrying on any particular kind of transaction and, I assume — please correct me if I am wrong — I assume that the companies whom you represent are making some profit out of insuring its customers against medical expense.

MR. RENAUD: If not, I don't think that they will stay much long in the line.

MR. WATSON: Mr. Chairman...

MR. RENAUD: They would stay in business in life insurance, but they would not rush too much in medicare.

MR. WATSON: Mr. Chairman, I am trying to explain one point, that is, insurance companies are two types: those who are stock companies and make the profit for the shareholders, and those which are mutuals or cooperatives or non-profit. The words are synonymous, so if there is not a profit, I am merely being picayune, I am merely saying that if it is a non-profit, how can it be profit?

But, if you do not find it interesting, I just want to bring it out for the record, that some of our most substantial companies in Canada are in the non-profit area. That was all I have to say.

M. MARLER: Est-ce qu'il y a d'autres questions que les membres du comité désirent poser à ces messieurs?

M. VAILLANCOURT: Oui, j'aurais une autre question. A la page 4, au paragraphe 9, article 5,

on peut lire: «The benefits under the plan should provide for the full range of service in the home, the physician's office and the hospital and be available to all residents, alternatively for those who are financially able to provide their own insurance coverage without assistance from government. There will be a choice of a plan with co-insurance and available at the reduced premium ».

Voici la question que je veux poser; Est-ce que le régime proposé permettrait d'étendre la couverture aux médicaments, aux soins dentaires et aux soins oculaires?

MR. McLEOD: Mr. Chairman, I have no hesitation to say that our companies would be perfectly willing to provide extra benefits, we are negotiating with Alberta at the present time along those lines. They are considering such things as drugs, osteopaths, chiropractors, naturopaths, ambulance services and so on and anything that the government can do, we can do equally well.

MR. MARLER: I thought for a moment that, Mr. McLeod, you were going to use the words of this song: « Anything you can do, we can do better » !

MR. McLEOD: I will not put myself on the line like that!

MR. MARLER: I take it. Really, Mr. McLeod, the answer is that you are quite ready to insure any risk provided you receive a premium that has some relation of the risk you are running.

MR. McLEOD: You are a better actuary than I am, Mr. Chairman, I forgot to say that.

M. MARLER: Y a-t-il d'autres questions?

MR. FORTIER: Just one question, page 8, paragraph 17, number one, you say that it assures the medical profession freedom from non-medical interference. Does that mean that any sick person can see or be treated by the doctor, medical man of his own choice, and that this doctor does not have to be a participant of the insurance? You understand the question?

M. MONDOUX: Parfait.

M. FORTIER: Voulez-vous que je vous la pose en français?

M. MONDOUX: Oui, je peux répondre. L'intention est de laisser entière liberté du choix

au patient et du médecin, il ne sera pas question d'accepter de participer au plan ou non. De par sa nature même, le régime que nous proposons laisse entière liberté. Les gens sont assurés ou ne le sont pas, et le fait qu'ils détiennent une police d'assurance, c'est la même chose que d'avoir de l'argent dans leur portefeuille. Ils choisissent leur médecin. Je ne vois pas d'implication là qu'un médecin ait donné son consentement, je pense qu'on doit lui demander d'accepter moins que le tarif régulier, je pense que c'est ce qu'on implique quand on fait cela.

M. MARLER: M. Mondoux, il me semble que cela prendrait énormément de courage de la part d'un gouvernement de dire qu'avec l'instauration d'un plan d'assurance-maladie, que dès ce moment, l'électeur ne sera plus capable de choisir son propre médecin. Je ne sais pas si je dois employer le mot « courage », je pense que cela serait de la folie!

M. MONDOUX: Je suis d'accord avec vous, cela demanderait beaucoup de courage, mais le courage ne manque pas à nos gouvernements d'aujourd'hui!...

M. MARLER: Vous avez raison. C'est une très bonne réponse, M. Mondoux.

MR. TREPANIER: Mr. Watson, at number 20, you mentioned that if we have a compulsory plan that would widen the gap between the patient and the doctor. On what principle are you basing that? Because if I remember well, this afternoon, you mentioned a few times that with the non-compulsory plan, we would have almost as many interested people from the province as we would with the compulsory plan.

MR. WATSON: Well, that section simply means that if you have a universal plan, you will cross that barrier. I was talking about a little earlier and everyone will demand medical services as a matter of right and therefore you will cause the line-ups in the waiting rooms that I was talking about this afternoon, and to that degree, you are going to put a strain on the medical facilities. That is merely an extension of the point that I made this afternoon that if you do not increase the number of doctors, you will not increase the amount of medical care, you will simply have to wait for hospital rooms, at least in Ontario, and I assume that if my argument is valid, it has to be applied here. But, at any rate, if you have to wait for hospital rooms, you will have to wait for surgeons.

And to that extent, you put a strain on the

operation of the plan. In England, where I have some relatives, where I know how it works, they resent very bitterly the long waiting period so they find ways and means of going around and dealing with a doctor to whom they can pay money to, rather than having to go to the doctor that is assigned to them. And this is what it is referring to. It is putting much greater strain on the medical facilities than it can bear. Now, mind you, if you have all the doctors that you needed, this would not be true, but it is true as things are today.

MR. BLANK: Mr. Watson, to follow through on doctor Théberge's question. What would happen if we had a compulsory plan, but on your system, in other words be compulsory for every citizen to buy insurance from one of your companies?

MR. WATSON: The same thing. Our principle is voluntary...

MR. BLANK: I know, but...

MR. WATSON: You say how would it be if we adopt your system and make it compulsory?

MR. BLANK: Yes, but you have to make it voluntary.

MR. WATSON: Your questions have the unfortunate habit of saying the good creates the bad.

MR. BLANK: Earlier this afternoon, you mentioned that the voluntary plan to work up to 95%, eventually of the citizens who will be voluntary. If you do it compulsory, you just add 5% more. No difference; would this 5% create, this dismal situation such as you said?

MR. WATSON: Plus the fact that those that have been forced in to the thing, will take the attitude...

MR. BLANK: Just 5% of the...

MR. WATSON: Well, I was saying more like 10% but you have got down to 5%. I said 90 to 95%, I think that...

MR. BLANK: You are implying, at least, I understood you that by compulsory, a person would be entitled to medical services ad infinitum, in other words, would be covered as many times as he went to the doctor. Now I presume under your plan, under private insurance run by

private carriers, there will be a limit to what he is entitled to in a certain length of time and therefore, it would keep him from going to see a doctor more times than it is necessary.

MR. WATSON: It might...

MR. BLANK: If you have your plan with a limit, that he is entitled to so many visits and so many dollars for operation, but make it compulsory would that ruin the plan?

MR. WATSON: I must tell you frankly that we are very opposed to a compulsory plan.

MR. BLANK: Just on principle...

MR. WATSON: Just on principle, yes.

MR. BLANK: I see.

MR. WATSON: We are very opposed to it. I hope we will never get to that point, but I think that once it is compulsory and once it passes through the whole population, then you might as well have it government operated because we would not want any part of it because it would drive us all to ruin. That would be my opinion.

M. MARLER: Y a-t-il d'autres questions que le comité désire poser?

MR. ROY: Mr. Watson the CHIA brief mentions on page 1, paragraph 1 that several companies have their head office in the province of Quebec and they are members of your association. My first question is: how many companies have their head office in Quebec and also what is the importance of business in this province? Second question: what is the business of all your members in Quebec? Third question: what is the business of all your members in Canada?

MR. WATSON: Just pardon me a moment, I think I gave you a partial answer to that. We have statistics taken from the report of the Superintendent of Insurance for the Province of Quebec for the business of the year 1963. This is the latest report, the end of 1964, but this is the business of the year 1963. In the health insurance business, accident and sickness business there were 109 companies. Now of those 109 companies 68 are members of CHIA, but on the basis of premiums of these 109 companies 93% of the premiums are premiums of CHIA members. So that the preponderant volume of business is conducted in Quebec by CHIA

members, but our membership is 68 companies out of 109, and our premiums are 93% on 100%.

MR. RENAUD: Mr. Watson, may I ask you how many companies have their head office in the province of Quebec?

MR. WATSON: I do not have the information on how many companies have their head office, I did not come prepared for that.

MR. RENAUD: Only for information.

MR. WATSON: We will ask Mr. Foster here to get that information and mail it to the secretary of the committee.

M. LE PRESIDENT: Est-ce que d'autres membres du comité désirent poser des questions à M. Watson?

MR. RENAUD: Well, our aim is to get as many people as possible in the province of Quebec, Mr. Watson, to get medical care and I would like you very much to tell us even if the question was discussed before if you think, with your system, we will get much more proportion of the citizens of the province of Quebec to get the medical care. I think it is very important because our aim, we want to give as much as possible of the medical care to as many as possible of the citizens of the province of Quebec otherwise we would not be here at all.

MR. WATSON: And I agree with you and I endorse that principle and we support that principle. We believe, and I want to be very clear on this, we believe that the universally available plan that I talked about this afternoon with the various steps taken that I indicated, which, to repeat for the record, were a proper schedule for the doctors, you cover the welfare cases as you are doing on April 1st, the third that you have a system subsidy for the unfortunate, the lower part of the income bracket and you help and encourage the development of business in this province, and I guarantee that you can increase the enrolment with all those steps to 90% and I will tell you why I think that. I refuse to believe that that system applied in the provinces of British Columbia, Ontario and Alberta which will achieve those figures by July 1st, 1967, I refuse to believe the same thing cannot be done in Quebec. I do not think that it can be done there and fail here.

MR. RENAUD: Thank you, Sir.

M. LE PRESIDENT: Y a-t-il d'autres questions?

M. CLOUTIER: A la page 9, paragraphe 19 « use of public funds limited », You say at the time when all across Canada and particularly in Quebec they are so many proceed and competing demands on public funds, the medical services insurance program which could meet the requirements of citizens on government without making a voluminous demand on the public funds available would seem to recommend itself. Alors je voudrais demander à votre association, étant donné que le gouvernement qui est une administration publique peut imposer une prime ou une contribution. Est-ce que vous ne croyez pas, est-ce que votre association ne pense pas qu'un régime public ne demande pas plus de déboursés de fonds publics qu'un régime privé? Do you prefer that I translate that question?

MR. RENAUD: Do you take more public money in a private system than in a public system?

MR. CLOUTIER: Government may charge premiums or contributions. So in that case do you think that a public medicare requires more public funds than a private one?

UNE VOIX: C'est clair.

MR. WATSON: Public medicare will require more government funds...

M. CLOUTIER: More public funds.

MR. WATSON: ... than a private one, definitely. This is the whole case. I have said it on many times but the Premier of Alberta is very very strong on this point because he knows that he can run his program with adequate subsidies for about, I think, \$10 million dollars, whereas the federal government is offering a good deal more than that, something like \$20 million dollars or more than that. Let us see, well an excess of \$20 million dollars and he can do it for \$ 10 millions and he knows it; this is the whole point. But this subsidy, which the federal government has offered to the province of Ontario is well in advance of what the province of Ontario needs to provide the subsidy, and the province of Ontario will end up with an enrolment in excess of 90% before July 1st, 1967, possibly by the end of this year and the over-all cost will not amount to anything like

the \$70 million appropriated for in the budget, but the subsidy from the federal government which has been offered is in excess of \$100 millions.

MR. BLANK: Probably also to add to your argument that if it becomes a public administered fund or a government administered fund it will then become a political baby and have your election probably something more to the public and have to give them a couple of money eventually.

MR. CHAIRMAN: Mr. Watson, thank you for not making a reflexion earlier.

A VOICE: It could be.

MR. BLANK: I want to get across, Mr. Watson; it would not hurt to tear him apart, we are just trying to get the facts and look at the good and the bad of each of the propositions put before the committee or from the persons we are representing.

MR. WATSON: Well, I thank you very much for those sentiments and I do want to say to this gentleman and answer the question. I hope you realize that the way to look at this is in the burden for the province because I mean this is what we are really talking about. How much government money has to be used to get this job done. There is a lot of other jobs to be done, and this section we are talking about referring to the other things that will have to be done with government money. If we are getting it done for less money you get extra money for other things. Now this is our case, and now if you want to pick up a part and say this premium and compage to that premium then of course I have to say to you as I have already said that the voluntary plan per case will not cost more because of the various factors I have brought out, the toll for the province will be less and this province can do the job with the federal subsidy and have money left over. Ontario can do it, I do not know the economic facts for this province, but Ontario can do it and could use the federal plan and provide drugs and other things for the needy.

MR. CLOUTIER: You talked about Ontario and Alberta, did you talk about Saskatchewan?

MR. WATSON: No I did not talk about Saskatchewan.

MR. CLOUTIER: What about Saskatchewan?

MR. WATSON: Well, Saskatchewan seems to be operating quite well now they have got a buffer between the doctors and the State, but that buffer is there and it is not a direct relationship between the government agency and the doctors. It seems to be operating very well but it has driven out of Saskatchewan some of the doctors and it has attracted to Saskatchewan some other people who like that particular kind of life. Si it is a sort of straight itself, people have left and people come back and I think it is a very interesting thing that we have Saskatchewan there, so we can see just how they operate. No, I think it is a good thing for the country as a whole to have different provinces take different ways and see which one makes the best in the long run, because a lot of this is fantasy, a lot of this is intellectual exercise.

M. LE PRESIDENT: S'il n'y a pas d'autres questions je pense qu'au nom du comité je dois remercier M. Watson et ses collègues de l'exposé qu'ils ont fait cet après-midi et ce soir, la bonne volonté qu'ils ont montré lorsqu'il s'est agi de répondre à des questions nombreuses que leur ont posé... I would like to say to Mr. Watson in English that we much appreciate the frankness that you have shown to the committee and the willingness of yourself and your colleagues to answer the many questions that the Members of the committee have put to you; and I am sure that I am speaking for them when I say that we all appreciate having had this opportunity of hearing your views on this whole subject of medicare.

MR. WATSON: Thank you very much, Mr. Chairman, on behalf of our group. We have enjoyed this session and you understand we can participate in similar sessions on other occasions. We have been treated very kindly, we are very hopeful that perhaps we have said something that may contribute to your deliberations.

M. LE PRESIDENT: Thank you very much. Alors nous donnons congé au CHIA, I think we can excuse you Mr. Watson and your colleagues et ce que je voulais dire au comité c'est que je crois que nous devons profiter des trois quarts d'heure qui nous restent ce soir afin de poursuivre l'examen du volume no 10 sur les effectifs médicaux et je comprends que M. Castonguay et ses collègues sont en mesure de nous donner des explications additionnelles.

M. MARLER: Mille Beaudoin il faut que vous vous placiez quelque part près d'un micro quelconque. A l'autre extrémité de la table, Mille Beaudoin.

Alors messieurs, alors Mlle Beaudoin, vous allez nous donner une explication, un exposé n'est-ce pas du volume 10 qui a trait aux effectifs médicaux.

MLLE BEAUDOIN: M. le Président, messieurs. Dans la rédaction du volume X sur les effectifs médicaux, nous sommes partis d'un certain nombre de préoccupations ou si vous voulez d'un certain nombre de questions que nous nous sommes posées et à laquelle on a tenté de donner une réponse. On voulait d'abord en premier lieu connaître le nombre de médecins qu'on avait dans la province de Québec, savoir où ils pratiquaient, comment ils se répartissaient par exemple entre les spécialistes et les omnipraticiens. En d'autres termes on voulait d'abord procéder à un inventaire de nos effectifs médicaux. Une fois ces données obtenues, on se demandait si le nombre de médecins dont on disposait dans la province à l'heure actuelle, en 1965, si ce nombre était suffisant.

A la suite nous nous sommes posés cette même question dans l'hypothèse où nous aurions un régime d'assurance-maladie qui couvrirait toute la population et nous nous sommes également demandés pour les vingt prochaines années, comment ce nombre de médecins évoluerait.

Pour essayer de répondre à ces questions, nous avons utilisé trois approches. Nous avons utilisé trois approches, parce qu'aucune d'entre elles ne constitue un instrument parfait pour nous donner réponse à toutes ces questions. Chacune présente des avantages et des inconvénients. Le fait d'en utiliser trois — et si ces trois donnent une réponse qui va dans le même sens — nous permet de pouvoir utiliser ces résultats avec plus de certitude.

Ces trois approches ont été développées par des chercheurs américains et on les a appliquées aux données correspondantes pour la province de Québec.

La première méthode qu'on a utilisée se rapporte au rapport médecin-population. Qu'est-ce que c'est, ce rapport médecin-population? C'est simplement de rapporter à une population donnée le nombre de médecins qu'on trouve pour ce même groupe. On l'a calculé de la façon suivante c'est-à-dire le nombre de personnes par médecin. On aurait pu utiliser l'inverse de cette mesure soit, par exemple, donner le nombre de médecins qu'on trouve pour 10,000 personnes mais on a préféré tout au long du travail utiliser le nombre de personnes par médecin.

Alors que signifie au juste cette mesure mé-

decin-population? Pour qu'un pays ou enfin une province ou une région qui a un certain nombre de médecins cela correspond, d'une certaine façon aux ressources que cette même société a investies au niveau des facultés de médecine des hôpitaux, enfin toute la formation médicale pour pouvoir se donner ce nombre de médecins. Alors si par exemple on prend des pays qui ont un développement économique à peu près semblable, on peut faire l'hypothèse que ces pays vont avoir investi à peu près la même quantité de ressources, par exemple, dans l'éducation médicale pour pouvoir produire un certain nombre de médecins.

Alors c'est ainsi qu'on a pris ce rapport médecin-population et on l'a utilisé par comparaison. Cette comparaison on l'a faite pour un certain nombre de pays qui ont un développement industriel assez semblable à celui du Canada. On a également étudié ce rapport pour chaque province canadienne et on les a comparées entre elles et on a fait la même chose pour les régions économiques de la province.

Maintenant il est clair que toute comparaison ne serait vraiment valable que si on compare exactement la même chose. Au niveau des pays, par exemple, quand on regarde le tableau 1, il est clair qu'on ne peut pas tirer de cette comparaison une réponse définitive. Toutefois, quand on examine la liste des dix-huit pays que nous avons choisis et que nous avons comparés avec les données du Canada, on s'aperçoit que le Canada se place au douzième rang dans la liste avec 860 personnes par médecin. Maintenant on a exclu par exemple Israël, si on exclut Israël et l'URSS qui sont quand même des pays qui ont des caractéristiques assez particulières le Canada se retrouve à peu près à ce moment-là au milieu de la liste.

Pour conclure cette comparaison du Canada avec les autres pays on peut lire au dernier paragraphe de la page 6: « Si l'on considère par ailleurs que le Canada est un pays où les revenus sont élevés, soit en fait le niveau de revenu le plus élevé après les Etats-Unis, cette position relative du Canada ne nous permet certainement pas de conclure que le nombre de médecins de notre pays soit trop élevé. Les Etats-Unis qui constitue le pays avec lequel la comparaison est la plus justifiable ont un rapport médecin-population plus favorable. De plus, une étude américaine qui a utilisé cette approche considère ce rapport comme un strict minimum et que toute détérioration de ce rapport risquerait de compromettre la santé publique.

« Du point de vue de son rapport médecin-population, la position du Canada par rapport à d'autres pays et surtout vis-à-vis celle des

Etats-Unis nous porte à croire que le nombre de médecins canadiens n'est certainement pas trop élevé et qu'il doit faire face à une demande considérable ».

Maintenant, si on reprend ce même rapport et que cette fois on regarde le tableau 2 qui le donne pour les provinces canadiennes on trouve en tête de la liste la Colombie-Britannique suivie de l'Ontario et en troisième lieu du Québec. Le Manitoba et la Nouvelle-Ecosse, l'Alberta et la Saskatchewan nous suivent et après les provinces maritimes. Alors à Québec le nombre de personnes par médecin correspond à 841 et la moyenne canadienne est de 836. Maintenant l'écart que l'on constate par exemple au niveau des données canadiennes entre le tableau 1 et 2, est dû à la base c'est-à-dire à l'année utilisée qui est différente, soit 1965 pour le tableau 2 et probablement 61 pour le tableau 1.

Si on veut essayer d'estimer en termes réels ce que signifie cette différence entre 710 personnes par médecin en Colombie-Britannique et 841 au Québec, il faudrait pour que le Québec ait exactement le même rapport que la Colombie-Britannique, ajouter environ 1,200 médecins.

De la comparaison du rapport médecin-population de la province de Québec avec celui des autres provinces canadiennes on peut faire ressortir les points suivants. Le Québec ayant un rapport semblable à celui du Canada, il semble plausible de reprendre la conclusion de la section précédente où le rapport médecin-population du Canada était comparé à celui d'autres pays et de dire que les médecins du Québec ne sont certes pas en nombre trop considérable. Ceci nous incite donc à affirmer l'absence de surplus, à souligner le fait que les médecins font face à une demande considérable et qu'un plus grand nombre de médecins permettrait, entre autres, d'offrir une quantité de soins plus considérables et correspondant mieux aux quantités demandées.

Au tableau trois, nous n'avons plus seulement considéré le rapport médecin-population. Si cette profession médicale de par ses activités a une distribution différente dans une province ou dans une autre, comme par exemple, si les gens qui sont dans la pratique active et plus ou moins nombreux dans une province, ceci a un effet sur les nombre de personnes dont un médecin est directement responsable.

Alors pour obtenir plus de précisions dans les rapports qu'on a établi, on a considéré cette fois le nombre de personnes par praticien au lieu de médecin. Alors ce qui fait que le Québec, lorsqu'on prenait les provinces canadiennes, se trouvait au troisième rang et avec cette nouvelle

mesure, on voit par le tableau 3 que le Québec se retrouve au 4e rang. Lorsqu'on examine la première colonne de ce tableau on voit que le pourcentage de praticiens par rapport au nombre total de médecins est plus faible que dans les autres provinces, ce qui explique pourquoi le Québec passe au 4e rang.

Maintenant, si on regarde à l'intérieur de la province, c'est-à-dire dans les dix régions économiques de la province, comment ce même rapport-là s'établit, alors on s'aperçoit que dans les régions de l'Abitibi, Témiscamingue et la Gaspésie rive sud, la Côte-Nord, Nouveau Québec qui possèdent le pourcentage le plus élevé de population rurale, les rapports sont nettement bas, soit environ 2,000 personnes par médecin.

M. KENNEDY: Mlle Beaudoin, est-ce que vous êtes d'opinion que l'avènement de l'assurance-santé universelle pourrait continuer à redresser cette situation ou contribuer à l'empirer du fait qu'avec l'assurance-santé les médecins sont à peu près assurés de revenus assez convenables, je pense bien du moins dans les grands centres?

MLLE BEAUDOIN: Je vous réponds rapidement. Quand on passera au chapitre 2 où on a fait les évaluations dans le contexte, justement, de régimes d'assurance-maladie universels on verra ce que ça donne comme résultat.

M. KENNEDY: Théoriquement ou en pratique?

MLLE BEAUDOIN: C'est un fait que l'utilisation des soins médicaux par une population entière, c'est-à-dire toute la population assurée pour une couverture complète va augmenter la demande pour les soins médicaux.

M. KENNEDY: Alors, à ce moment-là, est-ce qu'on peut en conclure que l'offre des services devient de beaucoup plus facile dans les grands centres que dans les centres éloignés?

MLLE BEAUDOIN: Cela ne change rien si on prend la situation actuelle. Si demain il y avait un régime universel et de couverture complète ça ne change rien à la distribution des médecins.

M. KENNEDY: Non, non.

M. LE PRESIDENT: Je demande si on peut parler un peu plus fort, ici à l'extrémité de la table on a énormément de misère à comprendre ce qu'on dit.

M. KENNEDY: Ce que je veux dire, Mlle Beaudoin, c'est ceci: En supposant le cas d'une assurance-santé ce serait beaucoup plus facile pour le médecin qui s'installe aux coins de Ste-Catherine et de St-Denis, par exemple, que celui qui est sur un territoire de la Côte Nord où il y a peut-être 1,500 de population et qui doit couvrir 100 milles à la ronde. Est-ce qu'à ce moment-là ça n'aurait pas pour effet d'inciter les médecins à se concentrer vers les grands centres urbains où ils vont ouvrir un bureau, on va afficher une plaque professionnelle et puis il va y avoir une clientèle automatique et un revenu assuré.

Mlle BEAUDOIN: Justement, entre un médecin qui est dans une ville ou un grand centre et celui qui est dans une région rurale il semble au contraire que pour le médecin d'une petite ville les comptes en souffrance ou...

M. KENNEDY: Il n'y aura plus de comptes en souffrance avec l'assurance.

Mlle BEAUDOIN: Pour les médecins des régions rurales où le niveau de revenu est moins élevé, ce problème disparaît, de sorte que si la population desservie est suffisante pour être capable d'occuper le médecin à plein temps, le fait d'introduire un régime d'assurance-maladie va lui assurer des revenus qui seraient plus élevés. Cela se peut même qu'au contraire ça soit plus sûr pour un médecin d'aller s'installer dans ces régions si évidemment la population est suffisante pour...

M. KENNEDY: Vous croyez encore aux missionnaires, vous?!

Mlle BEAUDOIN: Non, pas forcément.

M. FORTIER: Est-ce qu'on va revenir sur cette discussion-là?

UNE VOIX: Oui.

M. CLOUTIER: Mlle Beaudoin, ce tableau a été établi sur les anciennes zones. Est-ce que la nouvelle délimitation de la province en de nouvelles zones, est-ce que le comité d'étude croit qu'il serait intéressant de réadapter ce tableau à la nouvelle division? Est-ce qu'il est assez important, est-ce que les conclusions qu'on peut en tirer imposeront au comité d'étude une révision de ce tableau?

Mlle BEAUDOIN: Je n'ai pas l'impression que ça peut faire des changements qui soient

très considérables. D'ailleurs, on a le tableau 4 avec les dix régions, l'aspect qui est important de faire ressortir c'est la différence entre les régions métropolitaines et le milieu rural. Alors si vous reprenez le tableau à la page 13 c'est ce qui ressort vraiment de cette distribution. Je n'ai pas l'impression que déménager un peu les frontières à moins qu'une ville qui soit incluse dans une région n'y soit plus mais ce qui n'est pas le cas. Alors ce qui ressort entre les régions métropolitaines et ce qu'on a appelé le milieu rural on trouve pour les régions métropolitaines un rapport qui est toujours inférieur à un médecin pour 1,500 personnes alors que pour le secteur rural il se rapproche d'un médecin pour 3,000 personnes.

A partir de cette énorme différence entre les deux rapports on ne pourrait pas conclure, par exemple, qu'il faudrait forcément, pour que les gens aient des soins médicaux en quantité suffisante, qu'il faudrait doubler les médecins dans le secteur rural pour avoir la même proportion entre les régions métropolitaines et le secteur rural.

M. RENAUD: Mlle Beaudoin, quand vous dites 3,000 personnes en milieu rural, ce n'est pas partout en milieu rural.

Mlle BEAUDOIN: Non, ça c'est, disons, à l'échelle de la province, c'est une moyenne.

M. RENAUD: A l'échelle de la province.

Mlle BEAUDOIN: Oui, il y a certaines...

M. RENAUD: Est-ce qu'il y a eu une analyse plus approfondie de faite? Vous avez en milieu rural quand ce n'est pas bien loin des centres urbains il peut y avoir plus de médecins qu'il pourrait y en avoir, par exemple, dans la région du Dr Fortier.

Mlle BEAUDOIN: Oui, d'accord.

M. RENAUD: Est-ce qu'une analyse a été faite sur ça?

Mlle BEAUDOIN: Pas en termes de chiffres très précis. Maintenant, l'argumentation qui s'applique à ce type de rapport est la suivante. Au niveau des régions métropolitaines on trouve une forte concentration de spécialistes ce qui fait que la zone d'influence de ces régions déborde le cadre géographique de la ville elle-même.

M. RENAUD: Je comprends.

MLLE BEAUDOIN: Le système de référence des gens qui, disons, implique des déplacements mais au niveau surtout de spécialités. Maintenant, il y a le fait qu'au niveau des régions métropolitaines, les médecins qui ne sont pas engagés directement dans la pratique médicale, c'est-à-dire en fait tous les professeurs, les postes de chercheurs, administrateurs, recherche, etc. sont concentrés dans les régions métropolitaines, ce qui fait que si on avait le rapport, par exemple, personnes par praticien, on aurait une différence moins marquée entre les deux.

M. RENAUD: Dites-vous que les professeurs d'universités, les médecins et les membres des facultés de médecine de nos universités, les internes, etc. sont tous entrés dans votre compilation?

MLLE BEAUDOIN: Oui. Mais comme on retrouve ces gens dans les régions métropolitaines ça explique en partie le fait que le nombre des médecins soit plus élevé pour ces régions que pour le secteur rural où il s'en trouve très peu.

M. RENAUD: Quelle est la proportion de ceux qui sont dans la pratique générale et des spécialistes qui pratiquent et ceux qui par ailleurs sont dans l'enseignement, dans d'autres occupations, travaillant pour l'industrie, études de conseil, etc? Est-ce que vous avez ça?

MLLE BEAUDOIN: Je ne sais pas si ça correspond exactement aux mêmes catégories de médecins, mais grosso modo si vous retournez au tableau 3, on peut dire à peu près 70%. Pour en revenir à la différence entre les régions métropolitaines et régions rurales si justement on exclut du nombre total de médecins les spécialistes, et qu'on fait l'hypothèse qu'en général une personne doit d'abord aller consulter l'omnipraticien et qu'on regarde les résultats qu'on trouve à la colonne 2, on s'aperçoit que la différence marquée qui existait entre les régions métropolitaines et le milieu rural diminue.

Maintenant on s'est demandé si on ne pouvait pas trouver un critère qui nous permettrait de dire à partir de quel nombre, par exemple, une région en particulier souffre d'une pénurie. Trouver un tel critère est extrêmement difficile mais on s'est quand même basé sur une expérience qui existait, sur des critères qui étaient utilisés. En Angleterre, ils s'appliquent un critère de la façon suivante: si une région compte moins de 1,800 personnes par omni-

praticien elle est déclarée fermée à l'établissement de nouveaux médecins. C'est donc qu'on considère que le nombre de 1,800 personnes par omnipraticien est un nombre adéquat. Si le nombre de personnes s'établit entre 1,800 et 2,100 par médecin, certains médecins pourront s'établir dans des circonstances particulières. Lorsque le nombre s'établit entre 2,100 et 2,500 l'on considère que la région requiert un plus grand nombre de médecins et finalement si la région ne compte qu'un médecin pour 2,500 personnes ou plus, un boni d'établissement est accordé à l'omnipraticien qui s'établit dans cette région. Alors si on applique ce critère à la province de Québec on s'aperçoit que les régions métropolitaines de Québec et de Montréal seraient déclarées fermées d'un côté et à l'autre extrême il devrait y avoir un boni d'établissement dans trois régions: celle de la Gaspésie, rive sud, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue.

M. RENAUD: Mlle Beaudoin, en plus de ça en Angleterre le territoire est bien plus restreint qu'ici. Ici il y a une question de territoire qui pourrait demander un plus grand nombre de médecins, nonobstant le fait que ça ne rencontrerait pas les normes du nombre de personnes par médecin.

MLLE BEAUDOIN: Oui, je suis d'accord avec vous. Le critère qu'on a utilisé c'était beaucoup plus tentatif ou pour nous donner, si vous voulez des indications. On ne peut pas l'utiliser comme tel et, par exemple, pour faire établir des bonis d'établissement dans telle région, ça nous donne une idée de la situation.

M. KENNEDY: Mlle Beaudoin, qui va déterminer les régions qui vont être fermées? Vous parlez de régions fermées...

MLLE BEAUDOIN: En tout cas il n'est pas question d'établir que c'est fermé, c'est ouvert, qu'on va payer tant pour envoyer les médecins. C'est juste pour se donner une idée, d'essayer de déterminer dans quelles régions on a assez de médecins ou dans quelles régions on en manque...

M. KENNEDY: Oui, mais quand même...

MLLE BEAUDOIN: ...vraiment beaucoup. C'est juste au niveau de l'évaluation.

M. RENAUD: Là c'est pour établir des normes de base pour des besoins.

M. KENNEDY: Non, mais c'est quand même

un facteur dont il devrait être tenu compte en se posant le cas qu'on opte pour un régime d'universalité. C'est quand même un facteur dont on devrait tenir compte à savoir si de décongestionner la médecine dans certains endroits pour suppléer à des lacunes dans d'autres endroits.

MLLE BEAUDOIN: Disons que...

M. KENNEDY: Qu'est-ce qui va déterminer qu'un secteur est un ...

MLLE BEAUDOIN: Non, ce que je veux dire c'est que, avant d'arriver...

M. KENNEDY: Vous soulevez le problème et je vous le pose...

MLLE BEAUDOIN: Il est clair qu'avant de faire une recommandation, dans ce type de problème, il y a une foule de décisions à prendre qui précèdent celle-là et selon que le gouvernement va être plus ou moins impliqué il sera plus ou moins capable.

M. KENNEDY: Vous voyez que cela serait populaire avec madame Unetelle si, à un moment donné on dit à un médecin: Il n'y a pas place pour vous ici, allez pratiquer ailleurs.

M. LE PRESIDENT: Je doute fort personnellement qu'un gouvernement dise en particulier: Vous allez vous établir dans un tel endroit.

M. KENNEDY: C'est la question que vous soulevez, M. le Président...

M. LE PRESIDENT: Je pense que nous devons l'envisager dans un autre sens. Je pense que s'il y avait un plan d'assurance-maladie, surtout administré par l'État, qui saurait combien sera versé à chaque médecin, ce serait énormément plus facile qu'aujourd'hui de dire à un médecin: Nous allons garantir que vous aurez un revenu de X, si vous voulez vous établir dans tel ou tel comté. Je pense qu'il ne peut pas être question d'obligation.

M. FORTIER: C'est ça.

M. LE PRESIDENT: ... et il peut y avoir une question d'intérêt.

M. FORTIER: C'est ça.

M. RENAUD: Par lui-même, si le système était insuffisant, rien n'empêche le gouvernement de fournir un encouragement supplémentaire.

M. LE PRESIDENT: Je pense qu'il serait plus facile, une fois que nous avons accepté le principe, que c'est le gouvernement par une comptabilité quelconque qui saurait combien exactement aura été versé aux médecins dans une région ou dans un comté quelconque.

M. TARDIF: Mais ce barème n'est pas efficace à 100%, M. Marler, il sera sûrement efficace dans 90% ou 95% et puis cela sera déjà une amélioration considérable.

M. FORTIER: D'ailleurs, même si ce médecin-là, par exemple, on lui demandait de donner certains soins d'hygiène publique dans certains secteurs une fois par mois, aller voir les enfants d'école, avec un salaire mensuel ça lui permettrait de faire de la pratique générale.

M. TARDIF: Je pense bien qu'il y a certains facteurs auxquels l'assurance-maladie ne peut pas trouver de remède, aussi le fait que ces jeunes médecins-là marient une fille de la ville elles ne sont pas toujours disposées, ces jeunes dames-là, à aller vivre en campagne et je ne pense pas que le plan d'assurance-maladie ait affaire là-dedans. Mais c'est un fait quand même.

M. FORTIER: C'est un autre problème.

M. TARDIF: C'est un fait quand même.

M. KENNEDY: Mademoiselle Beaudoin, parmi tous les pays que vous avez visités, où vous avez interrogé les gens, quelles conclusions pouvez-vous tirer, par exemple, des primes qui ont été offertes aux médecins pour aller s'établir dans des endroits plus retirés où des besoins étaient plus grands et à cause des conditions climatiques et géographiques, il n'y avait aucune tendance naturelle de s'établir là. Est-ce que cela a été efficace?

M. CASTONGUAY: On était un comité assez sérieux, on n'a pas amené de femmes en Europe. Je vais donc répondre à cette question. En Suède, il faut remarquer que le système de boni d'établissement a attiré 800 médecins. Je comprends que ces médecins ne sont pas nécessairement les meilleurs médecins, mais il reste qu'il y a 800 médecins qui sont allés

s'établir dans des endroits indiqués par le gouvernement, en Suède. C'est déjà un certain indice, d'autant plus que le gouvernement en Suède et la profession médicale, les deux, s'accordent à dire que c'est un système temporaire, que ce n'est pas un système qui devrait exister en permanence, c'est un système qui existe pour corriger un mal. C'est déjà une amélioration. En Angleterre, encore là, tous les groupes que nous avons rencontrés nous ont dit que le système utilisé a eu un effet salutaire sur la distribution des médecins. C'est évident que s'il n'y a absolument rien qui encourage les médecins à s'établir dans des centres reculés ils vont se concentrer dans les endroits les plus intéressants, c'est bien évident, c'est normal. Il n'y a pas juste l'aspect de la rémunération il y a aussi les médecins qui veulent être en contact avec leurs confrères, se diviser le travail, discuter des cas, etc...

M. FORTIER: L'aspect social aussi.

M. CASTONGUAY: ... l'aspect social. Il y a donc des encouragements financiers, il y a d'autres encouragements pour leur permettre d'aller faire des stages d'étude de perfectionnement etc., mais il reste que dans ces deux pays on nous a indiqué clairement qu'il y avait eu amélioration par rapport à la situation...

M. FORTIER: Est-ce que avant que les correctifs aient été apportés, est-ce que le décalage pour les régions rurales était aussi prononcé comme il est ici?

M. CASTONGUAY: Savez-vous ce sont des statistiques que nous n'avons pas M. Tardif sur cette question, nous ne les avons pas celles-là.

M. RENAUD: Mais ils nous ont dit qu'il y avait amélioration du fait de l'encouragement supplémentaire donné à celui qui va à la campagne.

M. CASTONGUAY: En Belgique le territoire est beaucoup plus petit. On semble dire qu'il y a une certaine disparité, mais le territoire étant petit il semble que les gens sont capables d'avoir accès à des soins médicaux lorsqu'ils en ont besoin et le problème ne semble pas être tellement marqué.

M. FORTIER: Mais, M. Castonguay, vous avez dit une chose qui m'a frappé énormément, vous avez dit que évidemment ce n'était pas les

meilleurs médecins. Moi, je crois que le praticien général qui s'en va dans un centre éloigné, doit être très qualifié, parce qu'il a la responsabilité de toute la médecine. Alors ce médecin-là il faudra, si on a un plan, y penser, il devra de temps en temps avoir des cours de perfectionnement payés et fournis pour qu'il se garde bien à la page et qu'il devienne plus ou moins praticien spécialiste.

M. CASTONGUAY: Non, je m'excuse sur ce point-là, je n'ai pas voulu...

M. FORTIER: J'ai dit ça juste pour la forme.

M. CASTONGUAY: C'est que M. Watson, qui était ici plus tôt, a cité l'article du « U.S. News and World Report » disant que c'était des médecins, il a semblé donner l'impression que c'était des médecins de moins bonne qualité. Alors, tout ce que j'ai dit, c'est que ce système n'a pas nécessairement attiré les meilleurs médecins, je n'ai pas dit que les médecins qui étaient allés s'établir n'étaient pas qualifiés. On ne nous a pas dit que les médecins qui ont été attirés sont d'excellente qualité par rapport aux autres, on ne nous a rien mentionné sur ce point. Mais il semble malgré tout que la population accepte beaucoup plus l'état actuel des choses que l'ancien état.

Mlle BEAUDOIN: D'ailleurs en Saskatchewan, avant le régime universel d'assurance-maladie, le gouvernement avait mis sur pied un programme pour recruter les médecins dans les régions rurales. Il me semble qu'il a assez bien fonctionné et il s'établissait une sorte de roulement. Si un médecin s'établit dans une région un peu plus reculée, il n'est pas nécessairement là pour le reste de sa carrière. On peut penser au système de rotation ou de roulement de sorte qu'un médecin peut y aller après un certain nombre d'années, revenir dans une autre région. Si on veut conclure cette section sur la répartition géographique des médecins à l'intérieur de la province, on peut dire qu'il semble que si le rapport non-spécialiste population pour l'ensemble de la province semble être à un niveau satisfaisant la ventilation de ce rapport par région économique donne une image passablement différente et laisse supposer soit une mauvaise distribution, soit plutôt un manque réel de médecins dans certaines régions. Nous savons d'ailleurs que de façon générale les régions moins urbanisées ont de la difficulté à recruter des médecins. Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec publie régulièrement des demandes de petites villes ou mu-

nicipalités éloignées requérant les services d'un médecin. Il s'agit là d'une indication démontrant un certain besoin.

La seconde méthode utilisée, que l'on a appelée évaluation des tâches, est complémentaire de la première et en même temps que plus raffinée. Elle consiste principalement à considérer, elle s'attaque si vous voulez au volume des soins. Il s'agit d'évaluer d'une part la quantité des soins que les gens demandent, c'est une évaluation que l'on fait d'un côté, et de l'autre côté la quantité que les médecins peuvent offrir. En comparant les deux données, on peut voir s'il y a équilibre ou s'il y a une certaine balance qui s'établit entre ces deux quantités. S'il y a à peu près équilibre, on peut dire que le marché est dans un état satisfaisant. S'il y a déséquilibre, c'est-à-dire que la quantité de soins demandés par les personnes est beaucoup plus élevée que la quantité de soins que les médecins peuvent offrir, alors nettement il y a un manque de médecins.

Il est évidemment nécessaire de faire l'évaluation des quantités dans les mêmes unités pour être capable d'établir la comparaison. Pour faire cette évaluation, on ne possédait pas de données qui étaient particulières et spécifiques à la province de Québec comme tel. Pour la quantité des soins médicaux qui étaient demandés, on s'est servi pour une bonne part des données de la Saskatchewan qui publie des statistiques assez élaborées sur la quantité de soins médicaux qui est demandée par la population et de plus comme ça fait un certain nombre d'années que le système était en vigueur, ça nous permettait d'avoir des données qui reflétaient l'augmentation de la demande qui a eu lieu avec l'instauration de ce régime universel.

En prenant les données de la Saskatchewan, il a fallu procéder à un certain nombre d'ajustements pour les rendre utilisables pour la province de Québec.

M. KENNEDY: Mlle Beaudoin, dans vos études, est-ce que vous avez pu déterminer quelle était l'augmentation de la demande des services au moment de l'instauration d'un régime?

MLLE BEAUDOIN: J'ai posé la question au service de recherches de la commission sur l'assurance-maladie en Saskatchewan. Ils ne possèdent pas de données exactes, parce qu'il est difficile de connaître exactement la quantité qui était demandée avant l'instauration. Il est clair qu'il y a eu une augmentation de la demande, et d'ailleurs, si vous regardez le tableau 5, enfin c'est une enquête qui a été faite

au Canada en 1950/51, on voit la différence de consommation médicale qui se produit entre une population qui est assurée et une population qui ne l'est pas. On peut voir qu'il y a une différence assez marquée entre les deux, ce qui nous laisse supposer qu'il y a certainement augmentation. Maintenant, comment cette augmentation se répartit-elle? Est-ce qu'elle a lieu exactement au cours de la première année ou si cela prend un certain nombre d'années avant que les gens atteignent un certain niveau de consommation médicale. C'est difficile encore à évaluer.

M. CASTONGUAY: J'aimerais ajouter qu'on a préparé une estimation qui pourrait peut être donner un peu de lumière quant à la province de Québec. M. Boudreau et moi avons calculé la semaine dernière que l'augmentation des coûts en soins médicaux, donnés dans la province de Québec, si un régime était établi, pourrait aller entre 20 et 30%, par rapport à la situation actuelle, soit sous forme de primes d'assurance ou sous forme de paiements directs aux médecins. Alors disons 20 à 30% d'augmentation dans les coûts globaux. Maintenant, quelle serait l'augmentation dans la demande? Elle serait probablement moins forte que ce 20 à 30%, parce qu'il y a un bon nombre d'actes médicaux faits par les médecins et pour lesquels les médecins ne sont pas rémunérés. Alors, l'augmentation de la demande serait certainement en deçà de 20 à 30%. Exactement quel pourcentage, je pense que personne ne pourrait l'établir exactement.

M. KENNEDY: Je pense que l'on pourrait peut être aussi conclure que l'augmentation des coûts se fera surtout du côté de l'acte chirurgical, parce que quant à la consultation, j'ai l'impression que l'expérience que j'ai acquise depuis quelques années, ce n'est pas tellement du côté de la consultation qu'il semble y avoir une déficience, c'est surtout du côté de l'acte chirurgical qui est énormément plus dispendieux et c'est ce dont les gens manquent actuellement. C'était toujours le but de ma question de savoir quel était la proportion de l'acte chirurgical et la proportion de la consultation.

MLLE BEAUDOIN: Si vous regardez le tableau 6, cela peut répondre en partie à votre question. Quand on prend le tableau 6, la deuxième colonne où il est question du nombre d'unités de soins qui ont été consommées en 1964 par les résidents de la province de la Saskatchewan, on s'aperçoit que la chirurgie a quand même une pondération assez faible par rapport

au total d'unités. Alors, même s'il y avait une augmentation considérable au niveau des actes chirurgicaux, comme la pondération de ces actes est relativement faible par rapport au total, ce ne serait probablement pas cela qui prendrait le gros de l'augmentation. Je vais passer rapidement sur les calculs qui ont été faits. On a pris, les 4.96 unités, qui étaient les unités de soins par mille bénéficiaires dans la province de la Saskatchewan, et on a fait des ajustements pour pouvoir rendre ces données utilisables pour la province de Québec. D'abord, il a fallu inclure les unités de soins consommés par les assistés sociaux, parce qu'on faisait l'hypothèse d'un seul régime au Québec. Il a fallu inclure des données pour le cancer, parce qu'en Saskatchewan, il y a un régime spécial pour cette catégorie de soins. Il a fallu également tenir compte du nombre de visites qui précèdent et qui suivent les interventions chirurgicales et obstétricales puisque dans le calcul des unités, on calcule pour une unité, une intervention chirurgicale en ne tenant pas compte des visites. Alors, si on veut faire la correspondance entre les quantités demandées par les personnes d'un côté et les unités de soins que les médecins ont, parce qu'à ce moment-là il faut calculer le nombre de visites qu'ils doivent effectuer pour avoir la correspondance entre les deux. On les a donc ajoutées. Maintenant, à ce nombre, on est parti de 4.96 et avec ces ajustements qu'il a fallu effectuer, nous en sommes arrivés à 7.1 unités de soins par année, pour chaque québécois. Maintenant pour ce 7.1, pour le Québec, il a fallu enlever le nombre de soins qui sont déjà couverts par d'autres régimes déjà existants. Ce qui fait que nous sommes arrivés à une utilisation moyenne de 6.2 unités de soins par personne, par année. Ensuite on s'est demandé si ce 6.2 que nous avons évalué, à partir des données de la Saskatchewan, avait un certain bon sens, si d'autres qui avaient fait des études dans le même sujet étaient arrivés à peu près à la même évaluation. Un chercheur américain du nom de Strauss affirme qu'un taux d'utilisation de 6.0 unités de soins par année représente une consommation acceptable. On a également utilisé les données des sociétés membres des plans médicaux transcanada pour certaines catégories de soins, et là encore, on s'aperçoit que le nombre d'unités de soins qu'on a utilisées avaient une certaine valeur. Ceci termine l'évaluation des quantités demandées. Lorsqu'on passe du côté de la quantité de soins offerts par les médecins, en se basant sur des études qui ont été faites aux Etats-Unis et une

étude en particulier qui a été faite pour la Commission royale d'enquête sur les Services de santé, on a évalué à vingt minutes, la durée moyenne d'une unité de soin. Alors, si on multiplie le nombre d'unités de soins par personne, soit le 6.2 de tantôt, par le temps demandé pour réaliser cette unité, soit vingt minutes, on obtient la quantité de soins demandés par personne et ensuite on applique ce taux à la population totale de la province de Québec. Ce qui fait qu'en terme d'heures, nous sommes arrivés à pouvoir dire que les médecins devraient fournir 11,700,000 heures de soins médicaux. Pour pouvoir offrir 11,700,000 d'heures, considérant le nombre de praticiens que nous avons dans la province de Québec, considérant que ces gens, les médecins, travailleraient 48 semaines par année, on estime qu'il faudrait qu'ils travaillent 56 heures par semaine pour être capable de réaliser ce 11,700,000 d'heures qui seraient demandées.

M. FORTIER: Combien gagne-t-on de l'heure?

M. TARDIF: Ils vont se syndiquer!

M. RENAUD: Revenons au chapitre. Est-ce que vous concluez à ce moment-là que nous manquons de médecins?

M. MARLER: Il me semble que si cela continue ainsi, il y aura une pénurie d'entrepreneurs de pompes funèbres. Est-ce un moment opportun pour le comité de lever cette séance?

Mlle BEAUDOIN: Cela termine le chapitre, à moins qu'il y ait des questions sur la méthodologie, mais...

M. KENNEDY: Cela termine le chapitre, je pense bien que...

M. MARLER: Alors, avant d'ajourner le comité, M. Morency attire mon attention sur l'avantage pour les membres du comité d'apporter avec eux demain une copie du mémoire de la Chambre de commerce, c'est le numéro dix-sept dans votre cahier, de même évidemment que les notes qui vous ont été remises aujourd'hui, parce qu'il n'y a pas beaucoup de copies additionnelles de ce mémoire. S'il n'y a pas d'autres questions, le comité est ajourné à demain à dix heures et demie.

Séance du 16 mars.

(Dix heures et trente-six de l'avant-midi)

M. ROY: (Président du comité de l'assurance-maladie): A l'ordre, messieurs. Je demanderais à M. Jacques Caron, le Président de la Chambre de commerce de la province de Québec de présenter les gens qui l'accompagnent, et aussi, de faire un exposé très sommaire du mémoire soumis au comité conjoint. S'il a d'autres suggestions à faire au comité, il pourra nous les faire assez brièvement. M. Caron.

M. CARON: M. le Président, MM. les membres du comité, la Chambre de Commerce de la province de Québec a l'honneur de déposer devant vous aujourd'hui, son mémoire sur l'assurance-santé pour le Québec. Ce mémoire représente l'opinion d'un organisme provincial groupant 262 chambres de commerce locales, soit près de 30,000 membres, et, à titre de membres associés, plus de 1,200 entreprises commerciales.

Permettez-moi d'abord, messieurs, de vous présenter les délégués de la Chambre provinciale. Ce sont: M. Antoine Grégoire membre de l'exécutif, de Hull, Me Georges Demers de Québec, premier vice-Président; M. Irving Gall, aux recherches à la Chambre provinciale de Montréal, M. Roger Bourdon de Montréal, trésorier honoraire, M. Jean-Paul Létourneau, directeur général de la Chambre de commerce de la province de Québec.

Nous nous permettons de vous apporter aujourd'hui quelques considérations supplémentaires à notre mémoire, ayant été obligés de soumettre ce dernier le 10 février, soit avant la publication du premier rapport du comité de recherches pour l'assurance-santé. Nous nous faisons un devoir d'agir ainsi, car ces études apportent des éléments qui justifient nos positions et qui d'autre part ignorent, totalement ou presque, l'option possible d'un régime facultatif. Nous avons interprété votre mandat comme étant la recherche d'une formule pouvant offrir à tous les citoyens du Québec, l'accessibilité aux soins médicaux, compte tenu du contexte économique dans lequel nous vivons et de nombreuses exigences d'un Québec en plein développement. C'est pourquoi, la Chambre de commerce de la province a tenu à vous faire valoir que la solution la plus réaliste et la plus opportune actuellement, est l'application d'un plan d'assurance-santé pour les personnes dans le besoin.

La Chambre provinciale a tenté d'établir clairement cet état de choses dans son mémoi-

re. Elle a démontré qu'il ne suffisait pas d'astreindre tous les citoyens du Québec à contribuer financièrement à un plan étatique d'assurance-santé pour leur garantir automatiquement l'accessibilité aux soins médicaux. Au contraire, nous prétendons — et c'est aussi l'opinion émise par de nombreuses personnalités compétentes dans le Québec — que le Québec n'est pas suffisamment équipé humainement et matériellement, pour répondre à la demande actuelle et que cette situation ne semble pas vouloir se redresser. Il nous apparaît donc que le devoir de l'Etat consisterait d'abord à faire construire de nouvelles facultés de médecine, à moderniser et à agrandir celles déjà existantes, et à répondre aux besoins en matière d'équipement hospitalier et de recherches médicales. La situation actuelle dans ces domaines présente déjà un caractère d'urgence qui nécessite immédiatement de très importantes mises de fonds. Nous pensons qu'advenant un accroissement sensible de la demande, dans un avenir rapproché, on verra certainement se détériorer la qualité des soins médicaux, permettez-nous à ce moment, messieurs, de vous citer un extrait du mémoire soumis au gouvernement provincial en 1964, par le corps professoral le plus intimement lié à ce problème, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec: «Nous croyons que la grande majorité de la province de Québec est actuellement en mesure de défrayer les dépenses médicales normales ou habituelles. Les ressources financières à la disposition de l'Etat ne sont pas illimitées et il nous apparaît de beaucoup préférable de concentrer celles qui sont disponibles en vue de fournir des soins adéquats à ceux qui ne pourraient autrement en obtenir.» Le comité de recherches rapporte qu'un plan universel d'assurance-santé aurait coûté en 1965 environ \$268,100,000. En établissant la répartition de la même façon que le comité d'étude l'a fait pour 1967, la part du gouvernement fédéral dans les conditions actuelles se serait chiffrée à \$89,300,000 et celle du Québec à \$178,800,000.

Quel que soit le mode de financement de cette partie à la charge du gouvernement du Québec, il faut admettre que, de toute façon, les sommes nécessaires seraient sorties des goussets des citoyens soit sous forme de primes, soit par l'impôt. Ces \$178,800,000 auraient alors représenté une demande d'augmentation des revenus généraux du Québec de l'ordre de 14%, soit l'équivalent d'une augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers de plus de 100%.

Ceci est une constatation de ce qui se se-

rait produit en 1965. Voyons maintenant ce qu'une comparaison semblable nous donnera pour 1967. Toujours en nous basant sur les chiffres contenus dans le rapport du comité de recherches sur l'assurance-santé et sur les commentaires de son Président, lors de la première séance de votre comité, le coût pour la province d'un plan universel sera de \$200 millions, ce qui signifiera l'équivalent d'une augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers également d'environ 100%. Nous voudrions enfin, souligner certaines de nos opinions concernant le concept de l'universalité. De nos jours, il nous semble que les législateurs ont une conception bien particulière de l'orientation des dépenses en vue du bien-être public. Au lieu de donner le plus possible à ceux qui sont dans le besoin, il est admis dans la plupart des cas que les dépenses de bien-être aient été fondées sur le principe que ce qui est donné à un individu doit être donné à tous et à chacun. Nous sommes d'opinion, messieurs les membres du comité, que le concept de l'universalité, loin d'être un principe de justice sociale, peut devenir un principe d'égoïsme national.

Conclusion: Nous reconnaissons que le comité de recherches sur l'assurance-santé a produit une étude sérieuse sur les aspects de la question qu'il a considérés. Toutefois, nous regrettons justement que ces aspects étudiés, aient été par trop limités. En effet, nous aurions aimé, par exemple, que ce comité de recherches élabore un peu plus sur les divers plans d'assurance facultatifs appliqués dans certaines provinces canadiennes et dans d'autres pays. Nous aurions également voulu voir exposer les conséquences financières qu'ont apportées les plans universels sur les budgets des gouvernements qui les ont adoptés. En résumé, nous aurions préféré plus d'objectivité. Enfin, messieurs les membres du comité, avant de considérer un plan d'assurance-santé universel, nous vous demandons de prendre en considération les importantes sommes d'argent que son application requerra, sans pour cela garantir à tous l'accessibilité aux soins, et les répercussions qu'elles pourront entraîner, soit une augmentation très importante des taxes et des impôts, une augmentation éventuelle du coût de la vie et une détérioration de l'atmosphère favorable aux nouveaux investissements dans notre province. Alors, messieurs, nous sommes prêts pour les questions. Vous pouvez m'adresser les questions et je les transmettrai à mon tour à nos experts.

M. BERTRAND: M. le Président, vous dites que la Chambre de commerce de la province de

Québec compte 260 chambres affiliées. Est-ce que les suggestions que vous faites dans le mémoire soumis ce matin ont été soumises pour approbation à chacune des chambres affiliées et est-ce que votre mémoire et les suggestions sont le reflet de l'approbation générale ou majoritaire de vos chambres affiliées?

M. CARON: Oui, le mémoire a été soumis à toutes nos chambres locales, et nous avons eu en majorité, l'approbation de nos chambres, sauf une chambre, qui n'était pas tout à fait d'accord avec nos politiques.

M. BERTRAND: Cela, elles l'ont fait d'une façon généralisée, en répondant à un questionnaire ou en répondant à une demande d'approbation?

M. CARON: Oui, et en assemblée générale, également.

M. ASSELIN: Quelles sont les objections de la Chambre dissidente, celle qui n'a pas concouru dans vos réunions?

M. CARON: Pardon?

M. ASSELIN: J'ai dit; quelle était la position prise par la chambre qui n'a pas concouru avec la majorité?

M. CARON: M. Létourneau pourrait peut-être répondre à cette question; il est plus au courant que moi des faits.

M. LETOURNEAU: M. le Président, cette chambre-là était plus intransigeante que nous le sommes, en ce sens qu'elle s'objectait catégoriquement à ce qu'il y ait un plan étatique d'assurance-santé, et ne recommandait que l'accroissement des services gratuits par la voie du plan d'assurance-hospitalisation.

M. MARLER: M. Caron, est-ce que la Chambre de commerce croit réellement qu'avec un plan strictement volontaire, il serait possible pour le gouvernement de rehausser de cette façon le niveau général de la santé dans le Québec?

M. CARON: M. Gall va répondre à cette question.

M. GALL: Nous sommes d'avis que l'application exclusive d'un système facultatif ne pourrait peut-être pas répondre entièrement à la demande, si le gouvernement ne joue pas un cer-

tain rôle. D'ailleurs, nous faisons remarquer dans notre mémoire qu'il restera toujours une certaine catégorie de personnes qui ne pourront défrayer la prime d'assurance. Cependant, si le gouvernement établissait un plan d'assurance-santé couvrant les personnes dans le besoin, nous croyons que le régime d'assurance privé pourrait répondre aux besoins des particuliers. D'ailleurs, nous avons des exemples au Canada, par l'application du plan en Alberta, qui n'est pas étatique. Nous allons l'avoir également en Ontario, nous avons aussi l'exemple en Colombie-Britannique et ensuite, nous pouvons mentionner l'exemple de l'Australie qui a un plan d'assurance-santé privé et qui, en dix ans, a réussi à couvrir environ 80% de la population.

M. MARLER: Mais, il me semble que vous ne répondez pas tout à fait à la question que je vous ai posée. Je ne fais, pour le moment, aucune distinction entre un plan étatique et un plan financé ou, si vous le voulez, conduit par des assureurs privés, mais je me demande s'il s'agit du paiement d'une prime par un individu, si ceux qui n'ont pas payé de primes sont tentés d'aller voir le médecin lorsqu'ils sont malades parce qu'ils se diront nécessairement: « J'aurai quelque chose à payer ». Tandis que s'il y a un plan universel, là je conviens qu'il faut admettre que celui qui se sent malade serait tenté d'aller voir le médecin quand même, parce qu'il n'est pas question de frais. J'ai bien l'impression, personnellement, dans l'état actuel des choses, évidemment, que la loi concernant les indigents n'a pas été encore présentée en Chambre et elle n'a pas été adoptée. Mais j'ai l'impression que quelqu'un qui est un peu malade se dit: « Si je vais voir le médecin, il faut que je lui verse un honoraire quelconque ». Donc, au lieu d'aller voir le médecin, à un moment qui peut être très opportun, au point de vue de la guérison, il reste chez lui en se disant: « Eh bien, je vais tâcher de faire cette petite économie », et peut-être deux ou trois mois plus tard il est obligé d'y aller mais peut-être aura-t-il attendu trop longtemps! Alors, je me demande, si vous avez un plan volontaire, ce qui veut dire que tout le monde ne sera pas couvert par le plan. Je me demande si, réellement, nous allons atteindre un but que je trouve très louable, c'est-à-dire de tâcher de relever le niveau général de la santé dans la province.

M. LETOURNEAU: M. le Président, si je comprends bien, il s'agirait, par le moyen du plan universel étatique, d'obliger en quelque sorte, ou de forcer les contribuables à payer une prime, ce qui, selon le raisonnement, si

nous comprenons bien, aiderait le contribuable lorsqu'il serait dans un état de santé difficile à aller consulter le médecin plus facilement, parce qu'à ce moment-là, il n'aurait pas de frais à payer.

M. MARLER: Oui.

M. LETOURNEAU: Alors, il faut se rappeler que notre recommandation est à l'effet que nous acceptons le principe, que nous-même recommandons, que les personnes qui sont dans le besoin financier bénéficient d'un plan qui fait que, de toute façon, ils n'auront pas à payer les frais de médecins. Il nous semble que ce sont ces personnes qui sont de fait portées le plus à hésiter à aller consulter le médecin, à cause de leur revenu marginal. S'ils y vont cela va leur coûter cher, et ils hésitent. Pour ce qui est des personnes qui ont des revenus suffisants pour aller consulter le médecin, ils peuvent évidemment aller le visiter. Mais, à ce moment-là, entre, jusqu'à un certain point, un principe individuel. Si quelqu'un ne veut pas aller voir le médecin, est-ce qu'on va le forcer à y aller, et qui va décider quand il le faut?

M. MARLER: Non, évidemment, on ne peut pas songer pour un seul instant que nous allons obliger les assurés d'aller voir le médecin! Mais je dis qu'au moment où on peut aller chez le médecin gratuitement, je dis gratuitement dans le sens très large — il n'a pas besoin de payer sur les lieux — je me demande si réellement il ne sera pas tenté d'y aller plus tôt que s'il était obligé, comme c'est le cas actuellement, de payer lorsqu'il voit le médecin.

M. LETOURNEAU: Cela est possible, sans doute, M. le Président. Seulement, ce que vous proposez est en quelque sorte l'obligation pour tous les individus de payer une prime d'assurance-maladie, qu'ils aiment cela ou non, qu'ils le veulent ou non. On les oblige. On oblige l'individu à payer une prime, si c'est un plan étatique. Supposons le cas d'un individu qui a un plan privé, qu'il préfère celui-là ou qu'il ait un plan qui couvre toutes sortes de bénéfices qu'il veut obtenir. Là on introduit le principe qui consiste à obliger l'individu à participer à un plan public, quels que soient ses moyens, quelle que soit la façon dont il veut...

M. MARLER: Ce n'est pas cela que j'ai dit. J'ai dit tout simplement que, s'il y avait un plan obligatoire pour tout le monde, est-ce que cela ne serait pas de nature à relever la santé du public? Je n'ai pas parlé de mettre fin aux sys-

tèmes d'assurance privée, je vous parle de la différence entre ce qui sera volontaire et ce qui sera obligatoire.

M. LETOURNEAU: Cela est possible, en effet. Seulement, la question suivante et qui vient tout de suite après cette réponse c'est: « A quel prix? Est-ce la manière la plus économique de le faire? ».

M. MARLER: Cela est une autre question que l'on se pose.

M. LETOURNEAU: Pour être franc, il est possible que la réponse à votre question soit « oui ». Seulement, la question qui vient immédiatement après c'est: « A quel prix? ». Si on demande « Est-il possible de se rendre de Montréal à Québec en automobile? » la réponse est « oui ». Maintenant, on peut s'y rendre en Cadillac, on peut s'y rendre en Ford ou dans une petite voiture, mais on peut s'y rendre quand même. On peut y aller à pied et s'y rendre aussi!

M. MARLER: Mais c'est la question de la santé. Je me demande réellement si le système volontaire n'est pas comparable au voyage de Montréal à Québec à pied.

M. GREGOIRE: L'hypothèse que propose M. Marler est très intéressante à savoir si, en ayant un plan universel, le niveau de la santé augmenterait dans la province. Théoriquement, cela peut paraître probable, mais dans la pratique, sachant que l'équipement et la facilité à l'accessibilité aux soins médicaux, à cause de la pénurie de médecins et d'équipement hospitalier qui se présentent, je crois qu'il y a bien des gens, malgré que financièrement ils pourraient plus facilement obtenir des soins médicaux qui seraient encore dans l'impossibilité de les obtenir du fait que l'équipement n'est pas suffisant. Alors, on tombe peut-être dans un cercle vicieux à ce moment-là. Par contre, on peut aussi ajouter que cela peut mener aussi à des abus. Non seulement l'équipement n'est pas suffisant à l'heure actuelle, dans le contexte présent, mais dans un nouveau contexte où on ouvrirait toutes grandes les portes à l'accessibilité des soins médicaux, les gens seraient encore davantage incités à y aller pour des vétilles et puis on aurait l'abus. Alors, je crois que l'on doit quand même chercher le juste milieu, et dans ce sens-là, la façon la plus sage de le trouver, c'est d'y aller progressivement et très progressivement.

M. MARLER: M. Grégoire vient de parler de l'équipement, et vous l'avez souligné dans vos commentaires au début. Je me demandais, quand j'ai lu le mémoire de la Chambre hier soir, quelle est la raison pour laquelle la Chambre trouve que l'équipement est insuffisant actuellement?

Est-ce que la Chambre est convaincue que le nombre de médecins fait défaut, que le nombre des hôpitaux fait défaut? Quelle est la base de cette argumentation de la part de la Chambre?

M. CARON: M. Gall va vous répondre.

M. GALL: M. Marler, je comprends la raison de votre question. N'ayant lu notre mémoire qu'hier soir, vous n'avez pas eu le temps de vous informer ce matin auprès du Collège des médecins, pour savoir quel était l'effectif des soins médicaux.

Cependant, je peux vous rappeler, par exemple, le communiqué de presse qui a été émis par le Collège des médecins et chirurgiens à la fin de 1965 et qui soulignait que, dans vingt ans, la province de Québec manquerait de plus de 2,500 médecins. On peut aussi, — je pense que c'est peut-être inutile de vous le rappeler, — citer l'intervention récente du ministre de la Santé, lorsqu'il a demandé que l'on fasse une halte dans la construction des hôpitaux afin de faire le point sur la situation.

M. MARLER: C'est une vie que j'ai vécue assez longtemps, M. Gall, cette question des lits d'hôpitaux, la question des finances des hôpitaux, la nouvelle construction. Alors, je connais bien les raisons du ministre d'hésiter. Mais cela, me semble-t-il, ne répond pas à la question. Vous semblez prétendre qu'il n'y a pas suffisamment de médecins, mais, d'après le rapport que nous avons eu du comité d'experts, il y a plus de médecins relativement dans le Québec que dans la Saskatchewan...

M. GALL: Mais aussi...

M. MARLER: ... où, paraît-il, leur plan semble fonctionner assez bien.

M. GALL: Oui, d'accord. Mais, d'après ce même rapport, M. Marler, on dit que la province de Québec compte beaucoup plus de spécialistes qu'en Saskatchewan.

M. MARLER: C'est inévitable.

M. GALL: Or, les spécialistes ne sont pas

des médecins qui peuvent offrir à tous les citoyens des services disponibles médicaux. Ils desservent des soins spécialisés. Et, si on regarde également l'expérience vécue dans les autres provinces canadiennes qui ont des plans d'assurance-santé ainsi que les pays européens, on s'aperçoit, qu'il y a une augmentation sensible de la demande avec application d'un plan d'assurance médicale. Votre rapport du comité de recherches le souligne également. Alors, actuellement, nous constatons, en prenant nos informations des gens qui sont liés intimement au problème médical, qu'actuellement on suffit à la demande, oui, mais on suffit assez difficilement. Alors, advenant une augmentation sensible de la demande, à ce moment-là, nous sommes justifiés de dire que les effectifs médicaux ne sont pas suffisants.

M. CLOUTIER: M. Gall, toujours sur la même question, est-ce que la Chambre est d'opinion que les effectifs et l'équipement sont plus déficients actuellement dans les régions rurales que dans les régions urbaines? Est-ce que vous faites une distinction sur ce problème entre ces deux secteurs?

M. GALL: Nous nous basons, encore une fois, sur le rapport du comité de recherches, qui souligne qu'il y a beaucoup plus de médecins ou encore qu'il y a beaucoup moins d'habitants par médecins en ville qu'en campagne.

M. LETOURNEAU: M; le Président, nous n'avons pas les statistiques, à savoir jusqu'à quel point, exactement, existe un manque par exemple de lits d'hôpitaux. D'ailleurs, les statistiques sont souvent trompeuses et ça nous mène très loin. Je pense que le comité l'a vu hier, quand on a parlé du nombre d'heures que les médecins pourraient travailler, le nombre de minutes que prendrait chaque consultation, le nombre de minutes par année qu'un citoyen irait consulter des médecins, ça va très loin, ça peut être très sophistiqué et ça peut nous faire voir une chose qui est blanche.

Seulement, il est un fait patent, c'est que je prends un exemple qu'il m'a été donné de constater personnellement — dans les hôpitaux de la métropole il y a des listes d'attente très longues de gens qui attendent deux mois, trois mois, quatre mois, six mois avant de pouvoir pénétrer à l'hôpital pour des interventions chirurgicales. Je ne dis pas simplement des péca-dilles, mais des interventions chirurgicales, peut-être pas bien urgentes, parce qu'à ce moment-là, on finit par passer quand l'ambulance ou la police nous ramasse et nous amène à

l'hôpital. Mais il y a quand même des listes d'attente très longues dans les hôpitaux de la métropole et des attentes de trois, quatre, cinq mois sont fréquentes.

Alors, les statistiques pourraient peut-être prouver que, dans l'ensemble, il y a l'équipement suffisant. Maintenant, est-ce que, sur une base régionale, l'équipement est partout suffisant? A quoi servirait-il qu'il y ait 25 chambres libres à un hôpital de Chicoutimi, s'il en manque 250 à un autre endroit de la métropole. Et je ne dis pas Chicoutimi parce que j'ai l'impression qu'il y en a de trop à Chicoutimi, je ne le sais pas, c'est tout simplement, un exemple.

M. MARLER: Je pense quant à la situation des hôpitaux des grands centres, que le fait qu'il y ait un certain congestionnement est dû à ce que les lits de convalescence manquent énormément dans ces centres-là. Et je suis convaincu personnellement que, si le gouvernement pouvait trouver des moyens d'avoir des lits pour des hôpitaux de convalescence, le pourcentage d'occupation dans les hôpitaux, de ce que je pourrais appeler les lits actifs, hausserait, c'est-à-dire qu'il y aurait beaucoup plus de lits disponibles en conséquence.

Je dis ça, sans un seul instant critiquer la profession médicale, mais je pense que souvent le médecin garde son patient à l'hôpital parce qu'il n'y a pas d'autres endroits pour le mettre avec des soins.

M. LETOURNEAU: M. le Président, les lits de convalescence font partie dans notre esprit de l'équipement hospitalier. Et je pense que, justement, M. Marler vient de mentionner lui-même qu'il y a de ce côté une lacune, c'est-à-dire un besoin, un besoin qui ne pourra se combler que par des investissements plus grands, par le gouvernement.

M. COITEUX (Duplessis): M. Caron, est-ce que vous pourriez nous dire quel est le pourcentage de la population actuelle du Québec qui est couvert par un plan d'assurance privé?

M. CARON: Environ 43%, 40 ou 43%.

M. COITEUX (Duplessis): 43%. Alors sur quoi vous basez-vous pour dire que si on laisse réellement le choix à tout le monde, le pourcentage est en voie d'augmenter?

M. LETOURNEAU: Ce n'est quand même pas dans le contexte de notre mémoire, M. le Pré-

sident. Nous, je le répète encore, demandons la mise en oeuvre d'un plan d'assurance-santé pour les indigents. Et il est plus probable que la nécessité est dans un plan d'assurance-santé pour les personnes dans le besoin. Et nous sommes certains que c'est dans cette catégorie d'individus que se situe la majorité des gens qui ne bénéficient pas d'un plan d'assurance-santé. C'est ceux-là qu'il faut d'abord servir.

M. TREPANIER: Comment déterminer ceux qui sont dans le besoin?

M. LETOURNEAU: La détermination de ceux qui sont dans le besoin, il y a bien des façons de la faire. Nous n'avons pas suffisamment étudié la technique de cette définition pour vous en préconiser une en particulier. Cependant, il est possible par l'étude de ce qui se produit actuellement dans la province de l'Alberta, par exemple, et de ce qu'on a l'intention de mettre en oeuvre en Ontario, aux dernières nouvelles, de considérer des méthodes de le faire.

M. MARTIN: Quelle est à votre point de vue, la catégorie de gens qui ne se prévaudraient pas de l'assurance, du point de vue financier? Parce qu'il y aurait des gens qui ne s'assureraient pas, c'est facultatif. Est-ce que ce sont des gens qui, financièrement, seront en mesure de le faire ou si ce sont des gens qui auraient un revenu marginal, un revenu à peine suffisant pour suffire à eux-mêmes?

M. LETOURNEAU: Les gens qui sont dans le besoin pourraient tous, ont tous...

M. MARTIN: Il y a ceux qui reçoivent le Bien-être social, il y a des gens qui sans recevoir d'allocations sociales ont tout de même un revenu assez limité.

M. LETOURNEAU: C'est jugement une méthode de déterminer qui sont les personnes dans le besoin, en établissant quel est le revenu imposable de ces gens-là. Si on détermine leur revenu imposable, on dit; toutes les personnes qui, par exemple, comme on a dit en Alberta, ont au-dessous de \$500 de revenu imposable. Cela tient compte évidemment de toutes les exemptions de l'impôt, ceux qui n'ont pas \$500 de revenu imposable, auront accès automatiquement au plan. A ce moment-là tous ces gens-là peuvent être couverts en bloc.

M. BERTRAND: Autrement dit, M. Létourneau, ce serait un «means test», comme il existe à l'heure actuelle, l'enquête dans les diverses pensions qui sont en vigueur. Parce qu'à l'heure actuelle on a ça.

M. LETOURNEAU: Si vous appelez par «means test» la question de dévoiler le revenu d'un individu, c'est-à-dire que l'individu doit dévoiler son revenu pour avoir accès à l'assurance-hospitalisation, oui, en effet.

Je tiens tout de suite à prévenir le comité que ceux qui trouvent ignoble ou dégradant le «means test», à notre sens, ce n'est pas un argument tellement valable parce que la question pour un individu de dévoiler son revenu, c'est une chose qui se fait dans la société actuelle d'une manière très courante, n'importe où. Chaque fois qu'un individu entre à l'hôpital, il subit un «means test», parce qu'il ne va pas immédiatement à la chambre d'opération ou à sa chambre d'hôpital, il passe par une place qu'on appelle l'administration. Il subit un «means test», quand il passe à l'administration.

D'autre part, le gouvernement lui-même, dans la publication des comptes publics, lorsqu'il donne le salaire de tous ses fonctionnaires, en détail, c'est en quelque sorte un dévoilement public des salaires, revenu des individus. Alors, c'est une illusion de croire que le «means test» est une chose abominable et terrible, il y a peut-être les gens qui préconisent des formules socialisantes, pour ne pas dire autre chose, qui se servent de cet argument.

M. BERTRAND: Mais, pour l'application même du plan, on l'a à l'heure actuelle dans les pensions de vieillesse, les pensions aux invalides, les pensions d'assistance publique. Il y a déjà un grand nombre de fonctionnaires à l'oeuvre là-dessus...

M. LETOURNEAU: C'est ça.

M. BERTRAND: Ce qui représente au point de vue des salaires, une somme excessivement considérable. Si, demain, il y a une délimitation entre celui qui en a besoin, entre celui qui n'a pas besoin et qui est capable de payer sa prime et celui qui en ayant besoin doit recourir au service de protection au point de vue médical et au point de vue de la santé, il faudrait l'établir cette liste de démarcation.

M. LETOURNEAU: Oui.

M. BERTRAND: Et ça, ça devient excessivement difficile dans bien des cas, parce qu'il entre une question de fierté personnelle, de fournir un lot d'informations à caractère privé ce qui répugne parfois l'individu. Peut-être moins dans les grandes villes que dans nos petits centres ruraux.

Maintenant si vous avez ça, puisque vous dites: Cette catégorie de gens qui ont des revenus inférieurs à \$800 ou à \$1,000 ont le droit d'y aller, c'est encore un grand nombre de fonctionnaires que l'Etat va être tenu d'engager pour suivre de très près cette question-là.

M. LETOURNEAU: Nous ne croyons pas que le coût de l'établissement de la limite de ceux qui auront accès à un plan pour les personnes dans le besoin, soit tellement onéreux si l'on compare ça au coût d'un plan universel. Avec les systèmes électroniques qu'on a établis, avec la façon dont on procède, par exemple, actuellement à la Régie des rentes du Québec où en fait on établit un «means test» on établit le revenu de chacun, la cotisation de chacun à la Régie des rentes, et tout le monde est obligé d'y participer. On établit ça déjà à la Régie des rentes actuellement, alors c'est un système qui pourrait très bien, et il nous semble facilement et sans frais exorbitants s'intégrer à ceux que le gouvernement possède déjà.

M. BERTRAND: Mais là, vous avez un maximum. Vous avez une orientation qui est claire et sûre. Je sais qu'en cas de maladie il y a une compensation, à l'âge de la retraite il y a une allocation versée, c'est clair, c'est précis. Il y a un maximum là-dessus. Tandis qu'au point de vue de l'assurance-médicale, il n'y a pas de plafond. Cela dépendra nécessairement de combien de fois quelqu'un peut être malade, de quelle façon et combien fréquemment il peut aller à l'hôpital, il n'y a pas de plafond dans ça. Au point de vue du Régime des rentes vous avez un plafond, parce que c'est basé sur un salaire, à la même démarcation...

M. LETOURNEAU: Je n'entends pas très bien...

M. BERTRAND: Il y a un plafond de bénéficiaires, l'on sait ce que ça coûte.

M. LETOURNEAU: Je n'entends pas très bien, M. le Président, parce qu'on ne parle pas ici de la somme des bénéficiaires, on parle tout simplement de l'accessibilité au plan. Alors l'accessibilité au plan, c'est basé uniquement sur le revenu de l'individu qui en bénéficie, beau-

coup ou peu, ce n'est pas là que le gouvernement peut exercer des limites, parce qu'en définitive le plan est là pour servir tous les besoins médicaux d'un individu dans le besoin. Alors qu'il ait des besoins qui s'établissent à \$1,000 ou \$2,000, on va y répondre évidemment selon les critères établis dans les hôpitaux et par le système. Seulement quand on parle de «means test», ou enfin d'établissement de l'accessibilité pour les personnes dans le besoin, c'est tout simplement une question de déterminer son revenu et c'est là que nous disons que la chose est relativement facile si on compare à l'équipement que le gouvernement possède déjà et, par exemple, au ministère du Revenu et aussi à la Régie des rentes du Québec.

M. RENAUD: M. Létourneau, seulement pour les personnes dans le besoin, est-ce que vous préconisez qu'elles devraient aussi payer une prime, même si elle est plus basse?

M. LETOURNEAU: Non, nous avons accepté le principe de la gratuité pour ces personnes-là.

M. RENAUD: La gratuité?

M. LETOURNEAU: Oui.

M. RENAUD: Maintenant, vous avez fait une distinction, et c'est bien, entre un indigent et une personne dans le besoin et vous préconisez un plan pour...

M. LETOURNEAU: Les personnes dans le besoin.

M. RENAUD: ... les personnes dans le besoin.

M. LETOURNEAU: C'est ça.

M. RENAUD: On sait ce que coûtent aujourd'hui les services d'un médecin. Est-ce que vous avez fait une étude pour savoir à peu près quel revenu une personne devrait avoir pour être considérée une personne dans le besoin?

M. LETOURNEAU: Bien, nous croyons que dès qu'une personne est capable de se payer une prime d'assurance pour se protéger contre les inconvénients majeurs ou enfin se protéger d'une manière suffisante contre la maladie, si vous voulez... Dès le moment où elle peut payer la prime, cette personne est capable de se protéger contre ce hasard qu'est la maladie et qui peut être désastreux dans certains cas. Nous

l'admettons même pour quelqu'un qui a un certain revenu. Même si une personne a \$7,000 ou \$8,000 de revenu, si il y a de la maladie, ça peut monter à \$10,000, c'est possible. Seulement si elle a le moyen de payer une prime qui couvre justement cette éventualité, elle a le moyen de se couvrir contre cette éventualité.

M. RENAUD: Alors, même en prenant l'exemple d'un homme qui aurait un revenu de \$6,000 par année et qui aurait six enfants, cinq enfants, pensez-vous qu'il doit payer une prime ou n'en pas payer dans le plan que vous acceptez, et qu'est-ce que le gouvernement devrait faire pour les personnes dans le besoin?

M. LETOURNEAU: Nous n'avons pas établi de limites. Nous n'avons pas étudié suffisamment pour vous dire où la limite doit être tracée. Nous acceptons le principe des personnes dans le besoin. Chacun a son interprétation, et l'interprétation qu'on en donne généralement, lorsque le système est appliqué, est souvent basée non seulement sur ce besoin strictement humain mais sur la capacité de le satisfaire par l'équipement hospitalier et par l'Etat... On peut dire, idéalement: Il faudrait donner tous les services médicaux à tout le monde. Il faudrait que tout le monde ait au moins un revenu de \$5,000 par année. On peut dire ça idéalement et on peut même passer une législation pour faire en sorte que, tout le monde ait au moins \$5,000 par année. C'est possible ça. Mais quand il faudra l'appliquer, il faudra voir de quelles ressources on disposera. Où va-t-on prendre l'argent pour ça? Alors, ces besoins-là sont pondérés par la capacité de payer et l'on commence par couvrir les choses les plus importantes et, graduellement, on va, au fur et à mesure que la population peut se le payer... Parce qu'en définitive ce que le gouvernement donne à la population c'est ce qu'il a perçu d'elle par les taxes. Mais, à partir du moment où la population peut se le payer, on ajoute les bénéfices.

M. RENAUD: Pour bien comprendre, reprenant mon exemple — je ne me prononce pas, veuillez me croire, — supposons un homme qui aurait \$6,000 avec des enfants n'aurait pas pris d'assurance du tout et à un moment donné il est frappé par la maladie, il n'aurait pas payé de primes et là il serait considéré, d'après ce que vous dites, comme une personne dans le besoin pour laquelle le gouvernement devrait payer entièrement. C'est ça que ça veut dire?

M. LETOURNEAU: Bien non, pas nécessairement, ce n'est pas nécessairement ça que nous voulons dire.

M. RENAUD: Mais qu'est-ce que ça veut dire? C'est ça que je veux savoir.

M. LETOURNEAU: Bien ça veut dire que le gouvernement va d'abord essayer de déterminer les personnes dans le besoin d'une manière raisonnable et se baser sur un échantillonnage qui représente un cas moyen, parce qu'on dramatise souvent en parlant de l'assurance-maladie.

On dit: Il y a des gens qui ont un revenu de \$5,000 ou \$6,000, comme vous mentionnez, et qui ne seraient pas accessibles, selon un plan pour les personnes dans le besoin, et puis s'il y a une maladie qui coûte \$3,000 ou \$4,000. Les gens sont dans la rue, dans le chemin.

Alors, est-ce ce qui arrive dans la majorité des cas? Ce sont, j'en suis à peu près assuré, des cas quand même exceptionnels, si on regarde l'ensemble de la population. Est-ce qu'il faudrait prévoir pour des cas exceptionnels? Enfin, nous n'allons pas plus loin que de dire au gouvernement: Nous croyons que le plan d'assurance-santé ne devrait être offert qu'aux personnes dans le besoin. Quand on dit dans le besoin, on veut parler des gens qui n'ont pas les moyens de se payer la prime qui les protégerait contre au moins les désastres majeurs dans le domaine de la maladie.

M. RENAUD: Un homme qui gagne \$6,000 par année, M. Létourneau, a le moyen de se payer une prime, je pense.

M. LETOURNEAU: Vous donnez une réponse vous-même.

M. RENAUD: Je ne le sais pas!

M. LE PRÉSIDENT: M. Létourneau, si on prenait la question autrement, quel serait le salaire normal limite qui permettrait à une personne de s'assurer contre la maladie?

M. LETOURNEAU: Encore une fois, M. le Président, je ne pense pas que nous puissions répondre à cette question. Nous ne sommes pas préparés à y répondre, et nous avons indiqué que, dans d'autres provinces, on base cela sur la partie taxable du revenu de l'individu. C'est-à-dire que lorsqu'on parle de la partie taxable, on a tenu compte du nombre d'enfants à cause des exemptions qui s'accroissent avec le nombre d'enfants et de différentes autres exemptions qui sont acceptables au point de vue de l'impôt sur le revenu. Alors, on tient compte à ce moment-là de la famille, des responsabilités de l'individu, s'il supporte des gens en dehors de sa famille...

M. TREPANIER: Que faites-vous, M. Létourneau, de ceux qui n'ont pas la prévoyance de se payer une prime à ce moment-là?

M. LETOURNEAU: Je pense que jamais le gouvernement ne sera capable de prévenir toutes les stupidités humaines.

M. TREPANIER: Il y en a quand même 57% qui seraient stupides!

M. LETOURNEAU: Pas nécessairement.

M. TREPANIER: Puisqu'il y en a 43% d'assurés!

M. LETOURNEAU: Pas nécessairement. D'abord, il y a des gens qui peuvent se permettre de prendre le risque, qui ont les moyens de prendre le risque. Il y a déjà, remarquez bien, un plan d'assurance-hospitalisation qui existe dans la province de Québec, et qui couvre quand même d'une manière passablement importante les dépenses en cas de maladie, et il y a aussi les gens qui ont déjà accès à des soins gratuits en vertu de ce plan. Alors, il y y beaucoup de frais qui sont déjà protégés, qui sont déjà couverts.

M. DALLAIRE: A ce moment-là, c'est votre assurance-hospitalisation?

M. LETOURNEAU: Bien, on ne discute pas le plan qui existe déjà, il existe et il est universel, on n'en parle pas. Alors, ce sont déjà des bénéfices acquis pour toute la population, quel que soit son revenu.

M. MARTIN: Les gens qui, à cause du risque qu'ils offrent, sont refusés, par exemple, il y en a un pourcentage tout de même assez... Disons que, par exemple, une famille à cause d'un sujet qui a des dispositions pour telle ou telle maladie peut être refusée par les compagnies. Cela se produit.

M. LETOURNEAU: Encore une fois, M. le Président, je pense que cela arrive, mais c'est un cas d'exception, une bien petite exception, et personnellement, je ne vois pourquoi il ne pourrait pas y avoir une loi spéciale pour ces cas d'exception, ou enfin, un cas d'exception pour des cas d'exception...

M. GREGOIRE: M. le Président,...

M. LETOURNEAU: ... ou une surprime.

M. GREGOIRE: M. le Président, je crois que la remarque qu'on vient de faire rejoint en partie la première hypothèse que posait M. Marler, à savoir si la gratuité ou plutôt l'accessibilité à tout le monde au point de vue de l'assurance et augmenterait le niveau de la santé, au point de vue de l'assurance-santé.

Alors, je crois que le gouvernement ne peut prendre toutes les décisions dans tous les domaines et pour tous les individus, et il reste qu'à un moment donné, dans un plan tel que celui préconisé par la Chambre de Commerce, on laisse quand même à l'individu un certain choix dans la décision qu'il doit prendre. Et si, lui, qui selon certains critères, a les moyens de se payer une prime et ne le fait pas, c'est une décision qui lui appartient et qui peut être prise pour toutes sortes de motifs. Le type en question peut se sentir en pleine santé, à tort ou à raison — on peut être en désaccord avec lui — mais s'il ne veut pas prendre de prime parce qu'il trouve que la loi des moyennes peut-être va le marquer celui-là, c'est son affaire. Je crois qu'on ne peut garantir toutes les éventualités et rendre cela d'une façon parfaitement étanche.

A ce moment, je crois qu'on oublie complètement le pouvoir de décision et de liberté de l'individu. Alors, si dans le cas que vous posiez, quelqu'un a un salaire qui, selon les critères qui seront établis, fait de lui quelqu'un qui peut se payer une prime et qui ne le fait pas, c'est une décision qui lui appartient.

A ceci, j'ajouterai qu'il n'y a pas qu'à ouvrir les portes toutes grandes, comme je le disais tout à l'heure, et de rendre cela automatiquement accessible à tout le monde, tout en obligeant la plupart des gens à payer une prime. Il y a aussi le fait de penser à liberté de l'individu, mais aussi à penser à l'éducation. Il y a un grand travail d'éducation là-dedans et ce n'est pas parce que les gens pourraient y aller de façon gratuite que cela veut dire nécessairement qu'ils iront. Il y a un énorme travail d'éducation à faire, et on sait que dans le domaine de la médecine, cela s'est tellement perfectionné au point de vue de la santé publique depuis un certain temps dans un tas de domaines, ce n'est pas tellement dû au fait de l'accessibilité, cela a été dû dans la majeure partie des cas à l'éducation qui a été faite.

M. GALL: M. le Président, j'aimerais apporter quelques précisions.

D'abord, pour ajouter aux remarques de M.

Létourneau, afin de diminuer le 50% résiduaire des gens non couverts par des plans d'assurance privés, il faut ajouter, aux personnes qu'a mentionnées M. Létourneau, les membres des forces armées, les personnes qui sont couvertes par des plans fédéraux comme les anciens combattants, également les Indiens et les esquimaux.

On questionnait tout à l'heure sur la façon dont on pourrait déterminer les personnes capables d'être couvertes par le plan étatique pour les personnes dans le besoin et les autres. Seulement à titre d'exemple, j'aimerais vous citer le partage qui avait été fait lors du deuxième plan de l'Ontario qui était copié, celui-là, sur le plan de l'Alberta. Alors ici on dit: « Le gouvernement paiera la moitié de la prime de l'individu si le salaire annuel imposable de ce dernier est inférieur à \$500. La moitié de la prime d'une personne avec un dépendant si le salaire annuel imposable de cette dernière est inférieur à \$1,000 et les 3/5 de la prime familiale si les revenus annuels imposables d'une famille sont inférieur à \$1,300. » Alors cela c'est à titre d'exemple et c'est seulement pour montrer que c'est possible de le calculer.

M. TREPANIER: Je reviens à l'argumentation que vous avez faite tantôt, quand on parlait du 57% qui restait. Les personnes que vous avez mentionnées: anciens combattants, Indiens, Affaires du nord, forces armées, etc. représentent tout de même un pourcentage très minime qui est de 1%. Alors, il reste 56%.

M. GALL: A ajouter aux personnes qui ont été désignées par M. Létourneau tout à l'heure.

M. TREPANIER: M. le Président, il y a un point qui me revient ici à l'esprit c'est qu'on a l'air de prétendre que le régime d'assurance-étatique universel serait le moyen idéal de hausser le niveau de la santé en disant que parce qu'il n'y aurait pas de frais pour aller voir le médecin, on irait le voir. Je pense qu'on établit là une hypothèse. Jusqu'à quel point est-ce la principale, ou la seule, ou la plus importante raison qui empêche les gens d'aller voir le médecin lorsqu'ils ne se sentent pas bien? Et là-dessus on peut se permettre, nous aussi, une autre hypothèse. Est-ce que cela ne serait pas tout simplement, comme l'a signalé M. Grégoire tantôt, un manque d'éducation en matière de santé que la négligence des citoyens à aller voir le médecin quand il faudrait normalement qu'ils y aillent? Vous connaissez tous et peut-être que, vous-mêmes, messieurs les membres du comité, parmi vous il y en a des gens comme cela qui savent qu'ils sont surmenés, qui savent qu'ils

travaillent trop fort, qui savent qu'ils devraient arrêter, se modérer un peu, qui savent qu'ils ont une déficience cardiaque mais qui sont poussés, pressurisés par le travail, par toutes sortes de raisons et qui ne vont pas voir le médecin ou qui ne suivent pas les conseils du médecin. Ce n'est pas une question d'argent, ce n'est pas parce qu'ils ont peur de payer \$10 ou \$15 pour aller voir le spécialiste. C'est parce qu'ils n'ont pas le temps, qu'ils sont négligents, qu'ils ne se rendent pas compte de leur état.

Et si on veut faire des hypothèses, je pense que c'en est une aussi valable que celle à l'effet que les gens qui ne vont pas voir le médecin parce qu'ils n'ont pas d'argent pour payer la consultation que cela pourrait coûter.

M. RENAUD: Ce sont toutes des raisons comme les autres.

M. HARVEY: M. Létourneau, dans le travailleur moyen, comme il n'y a pas moyen de vous faire dire qu'un type qui gagne \$6,000 par année peut être considéré, avec une famille de six enfants — l'exemple que M. Renaud a donné — comme incapable de se prendre une prime d'assurance, alors disons que l'on a pas de réponse de cela. Mais moi je vais vous affirmer, comme membre du comité, que le travailleur moyen qui gagne entre \$5,000 et \$6,000 par année, tarde à faire donner des soins, règle générale, à sa femme ou à ses enfants ou à lui-même, faute d'argent.

M. LETOURNEAU: Bien, écoutez. A ce moment-là, de part et d'autre, je pense que nous avons des hypothèses que nous ne pouvons pas prouver ni l'un ni l'autre.

M. TARDIF: D'ailleurs, je pense bien que, si les membres de la Chambre de commerce avaient été avisés ce matin qu'on leur demanderait de délimiter quels étaient les gens qui étaient dans le besoin ou l'autre, d'établir un barème... Je ne pense pas que ce soit pour cela qu'ils sont venus ici.

M. COITEUX (Duplessis): Ce n'est pas l'argument.

M. RENAUD: D'ailleurs, cela n'a pas été le but de ma question du tout. C'était simplement pour connaître une norme générale et pour venir à dire que si nous commençons à avoir des doutes, qu'une personne ayant six enfants, gagnant \$6,000, serait considérée comme une personne dans le besoin et si je considère le nombre de citoyens et de personnes qui dépendent de ces citoyens-là, qui gagnent \$6,000 ou

\$7,000 en descendant, vous allez trouver une grande proportion de la population. Alors, je cherche un moyen. On n'est pas ici nécessairement pour essayer de détruire l'entreprise privée vous savez, M. Létourneau...

M. TARDIF: Je vais continuer mon argumentation, si vous le permettez, M. Renaud. Je voudrais dire ceci. Je pense que la Chambre de commerce — je ne me prononce pas, je constate — je pense que la Chambre de commerce actuellement cherche à établir un principe. Le premier c'est que le gouvernement ne doit pas se substituer aux individus et à toutes les entreprises privées. Là-dessus, ce n'est pas moi qui va la blâmer. Et, deuxièmement, je pense que la Chambre de commerce veut suggérer tout simplement que le gouvernement commence plus modestement, quitte à parfaire au fur et à mesure des besoins.

M. LETOURNEAU: M. le Président, est-ce que vous me permettez de commenter cette dernière remarque? Voici, c'est parfaitement dans cette ligne que nous pensons et j'aimerais illustrer le raisonnement. J'aimerais illustrer de quelle façon nous avons étudié le problème. Certes, il y a des idéaux à poursuivre, des objectifs. Les catholiques veulent tous être des saints, enfin c'est l'objectif idéal. On ne réussit jamais mais enfin c'est un objectif.

On voudrait bien que les citoyens du Canada, de la province de Québec ne soient jamais malades. C'est un idéal, il faut tendre le plus possible à le réaliser. C'est normal. Seulement tout ça doit être pondéré, reconsidéré globalement. Quand nous avons considéré ce problème-là, nous avons considéré l'ensemble de la situation, les besoins dans la province de Québec. On vient de prendre connaissance, par exemple, du budget de dépenses dans la province de Québec qui dépasse déjà d'au-delà de \$200 millions le budget de l'année précédente. Alors, les questions se posent, on se demande comment le gouvernement va en sortir pour obtenir ces fonds-là sans augmenter les taxes. Enfin, laissons ça sans réponse, si vous voulez. Deuxième point, le gouvernement devra faire face très bientôt à des négociations à l'échelle provinciale avec le personnel hospitalier. Comment cela va coûter au bout de l'année, cette affaire-là? Et puis, ça va venir très bientôt. Le gouvernement est en train actuellement — et puis on en n'a pas tenu compte évidemment dans le budget, ça va s'ajouter ça va être des choses supplémentaires — de négocier avec les fonctionnaires. Comment ça va coûter ça? Ce sont des priorités dans le sens que ça se passe immédiatement,

c'est l'immédiat. Il va falloir que ça se règle tout de suite et puis ça va coûter des millions, des dizaines, des centaines. Combien?

Troisièmement, il y a quand même des priorités sous l'aspect global, des activités du gouvernement qu'il faut respecter. On considère que la première priorité, c'est l'éducation; l'éducation c'est fondamental. On doit investir dans l'éducation, c'est à peu près le genre d'investissement le plus rentable que l'on puisse faire actuellement, parce que c'est l'investissement dans la richesse naturelle la plus précieuse que l'on ait, la personne humaine. Le Conseil économique du Canada vient de le dire, c'est la thèse que développent de plus en plus tous les économistes actuellement, c'est que ce qui fait la richesse d'un pays, ce qui contribue le plus à sa richesse, c'est la qualité de sa main-d'oeuvre et celle-ci est obtenue par une plus grande éducation des gens. Donc, il y a de grands besoins, il faut investir dans l'éducation et, vous le savez, la pression est continuellement là-dessus. Les budgets d'immobilisation augmentent et n'ont pas fini d'augmenter. Alors ça, ce sont des besoins prioritaires.

La Voirie. Le développement des moyens de communications, c'est un autre besoin prioritaire, que vous le vouliez ou non, quand même vous diriez que la voirie est moins importante que la santé, ou si ou ça, il y a des besoins, il y a des engagements, il y a la route transcanadienne à finir, il y a un tas de choses à faire, il va falloir dépenser plus d'argent là-dedans.

Il y a l'épuration des eaux. On ne fait que commencer, on a fait des efforts tellement timides dans ce sens-là, mais ça va coûter des centaines de millions encore. L'aménagement du territoire pour faciliter l'industrialisation c'est encore des choses dans lequel il va falloir investir, alors ça ce sont des priorités qui s'imposent à vous tous les jours et qui demandent de plus en plus de fonds. Alors on dit, devant cette demande constante d'augmentation des budgets des différents ministères du gouvernement: C'est vrai, il va falloir investir dans l'assurance-santé. D'accord, mais il va falloir y aller selon nos moyens, il ne faut tout de même pas tout faire à la fois et réaliser tous les projets idéaux d'un coup sec, ce n'est pas possible. Il faut être réaliste, il faut étudier cette affaire-là d'une manière globale, et c'est pourquoi nous recommandons d'abord de satisfaire aux nécessités des personnes dans le besoin.

Pourquoi le donner à tout le monde? Comme le Président l'a dit: Est-ce que, parce qu'il y a une catégorie qui en a plus besoin que d'autres, qui n'est pas capable de se protéger, parce que l'on donne à cette partie-là, on va être

obligé de donner à tout le monde? A ce moment-là, ce n'est plus une question de justice sociale, c'est une question d'égoïsme national, on veut donner à tout le monde parce que l'on donne à des gens qui en ont besoin. Enfin, dans le domaine de la médecine, il y a également des priorités, le plan d'assurance-hospitalisation que l'on a mis il n'y a pas tellement longtemps coûte très cher et il me semble qu'il n'est pas rendu à maturité, parce qu'il va falloir construire encore des hôpitaux, qu'il va falloir construire — comme le signalait M. Marler — des endroits pour la convalescence, et ça va demander des investissements considérables. Il va falloir aussi construire des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires. Vous savez quels sont les besoins de ce côté-là, la formation des médecins, la qualification des médecins. Il va falloir aussi investir dans la recherche médicale dans la province de Québec. Combien le gouvernement de la province de Québec investit-il dans la recherche médicale? Je n'ai pas la réponse, seulement je peux vous citer des cas patents: l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal, dirigé par le docteur Selye, une des compétences mondiales dans le domaine de la recherche médicale est financé ou était financé, jusqu'à il n'y a pas longtemps, à plus de 80% par des fonds américains, des donations, et, depuis les dernières directives du gouvernement de Washington, on coupe dans ces octrois qui sont coopératifs à la fondation. Ces gens-là font face à un déficit d'à peu près \$200,000 pour l'année actuelle d'opération. Combien le gouvernement de la province de Québec investit-il dans ce centre de recherches, un des plus réputés au monde entier que nous avons l'avantage d'avoir dans la province de Québec? Et, si nous n'assistons pas suffisamment la recherche médicale, où vont aller nos chercheurs, nos savants en médecine qui reçoivent tous les jours des offres des Américains? alors ça va continuer, perpétuer ce que l'on appelle l'exode des cerveaux vers les États-Unis.

Ce sont des priorités en matière médicale, investir plus dans l'équipement hospitalier, dans la formation des médecins et des facultés de médecine, des hôpitaux universitaires et dans la recherche et ça, c'est fondamental. Je pense que ça doit être fait avant d'offrir des services médicaux gratuits à des gens qui peuvent se payer la prime pour se protéger.

M. le Président, enfin, une dernière considération, c'est que, dans le budget du gouvernement, nous croyons qu'il doit exister un équilibre entre les investissements producteurs de richesses et les investissements qui ne font qu'ac-

croître le pouvoir d'achat des individus. Nous estimons que les mesures de bien-être social, surtout, créent un pouvoir d'achat. Tandis que quand vous investissez dans l'éducation, dans la voirie, dans l'aménagement du territoire pour recevoir plus et accueillir plus l'industrie, à ce moment-là vous faites des investissements qui sont créateurs de richesses parce qu'ils amènent du progrès, ils créent des emplois directement et aménagent le milieu et ils rendent les citoyens plus habiles à exercer des occupations qui paient plus et qui sont plus rentables» Alors, nous estimons que cette mesure de l'assurance-santé, qui est une mesure de bien-être social, servira à créer un nouveau pouvoir d'achat, mais ne constituera pas un investissement, le genre d'investissements que l'on appelle les investissements directement créateurs de richesses et nous croyons que, dans le budget du gouvernement, il doit y avoir un équilibre dans ce domaine.

M. CLOUTIER: J'aurais quelques considérations à faire sur ce que vous venez de dire. Evidemment c'est la partie importante de votre mémoire, je pense, c'est la partie des priorités, c'est ce qui nous ramène aux réalités quotidiennes, réalités de financement.

Dans ces remarques que vous venez de faire, vous ne semblez pas avoir situé la santé en général dans l'ensemble des priorités. Vous aviez bien donné dans le domaine de la santé en particulier, quelles seraient les priorités, mais j'aimerais que vous élaboriez peut-être davantage sur la place que la santé doit occuper dans ces priorités. La santé ne constitue-t-elle pas en partie un placement en capital humain? En s'occupant de la santé comme problème global commandité, est-ce qu'on ne corrige pas et on ne prévient pas certaines déficiences qui dans d'autres secteurs de l'économie peuvent amener des besoins de fonds publics?

Je pense surtout à la médecine préventive, qui dans la majorité des cas peut prévenir certaines déficiences. Ce problème de priorité est très important évidemment. Quand le gouvernement a à établir des priorités, il établit les endroits où il va d'abord diriger sa dépense, soit à court terme, soit à long terme. Alors selon que l'on avance les priorités dans un ordre ou dans un autre, on engage immédiatement ou à long terme les fonds publics et on engage également à plus ou moins long terme les décisions de politique. Alors, j'aimerais, M. Lévesque, que vous citiez davantage le problème de la santé parmi toutes ces priorités que vous venez de nous donner.

M. LETOURNEAU: M. le Président, si dans les priorités mentionnées il n'a pas été question de la santé dans notre mémoire, c'est justement parce que le mémoire s'adresse à une commission d'assurance-santé, et je pense que nous n'avons pas à nous vendre ici la priorité de la santé. Il semble bien que, d'après le rapport du comité de recherches, d'après les discussions qui ont lieu ici depuis l'ouverture de la séance du comité que toute le monde est bien convaincu de cette chose-là, et c'est probablement la raison de votre présence à ce comité.

Il est évident que la santé des individus doit se situer très haut dans les priorités. C'est évident. Maintenant, il y a aussi à savoir quels sont les besoins réels qui ne sont pas satisfaits et, là, on entre un peu dans l'impondérable. On peut dire, comme M. Marler l'a signalé, que les citoyens du Québec sont peut-être un peu moins en bonne santé que ceux des autres provinces. A quoi cela est-il dû? Il peut y avoir plusieurs causes, mais quand on étudie le problème, on se rend compte des besoins qui existent, on essaie de les satisfaire en établissant des priorités.

Maintenant, il faut bien s'entendre quand on parle de priorités. Quand nous disons que l'éducation est la première priorité, ça ne veut pas dire que le gouvernement doit mettre tout son budget dans l'éducation. Il faut quand même être réalistes, il faut se rappeler qu'il reste un budget pour toutes les autres activités du gouvernement, par exemple le ministère des Affaires culturelles, c'est aussi une priorité, et c'est extrêmement dangereux de dire que cette priorité-là passe avant l'autre. Et, pour pouvoir le dire, il faut être en connaissance parfaite de l'envergure exacte des besoins d'une part, et en connaissance parfaite aussi de la rentabilité ou, disons, jusqu'à quel point les capitaux que l'on doit investir vont satisfaire réellement les besoins et atteindre l'objectif. On crée des formules pour établir l'objectif. Nous disons quant à nous: Le premier pas à faire, c'est d'assurer les soins médicaux aux gens qui sont dans le besoin, c'est une formule; elle a sans doute des déficiences, on peut apporter des corrections. Mais, quand même, il va falloir que tout ça se limite à des possibilités budgétaires dont on ne sort pas. Et à ce moment-là il y a une répartition des fonds disponibles entre tous les ministères. Pour essayer de répondre le plus directement possible à votre question, la santé dans notre esprit s'établit à un niveau très haut de priorité. Reste à savoir quel genre d'investissement le gouvernement peut faire qui, avec les fonds dont il dispose, répondent le plus au besoin et couvrent les besoins les plus urgents.

M. RENAUD: M. Létourneau, me permettriez-vous une question? Vous nous avez dit que l'éducation est un investissement créateur de richesses, et je m'accorde avec vous. Est-ce que vous considérez que la santé aussi est un investissement créateur de richesses ou si c'est un investissement de consommation?

M. LETOURNEAU: Nous croyons que la santé est un investissement. Je pense bien que je ne peux pas répondre exactement, de la façon dont vous avez posé la question, parce que la santé, c'est un facteur de richesse très important et même primordial, c'est la vie. C'est évident.

M. RENAUD: C'est ça.

M. LETOURNEAU: Maintenant, ce à quoi il faut répondre, c'est: Quelles sont les mesures, quelles sont les méthodes, les moyens, que l'on peut employer pour permettre de relever le plus possible le niveau de la santé des citoyens, compte tenu des fonds?

M. RENAUD: C'est très bien.

M. LETOURNEAU: Et c'est à cette question-là que nous avons essayé de répondre en présentant notre mémoire.

M. RENAUD: Le même raisonnement peut s'accepter pour l'éducation.

M. LETOURNEAU: Oui, d'accord, mais à un moment donné, évidemment, vous allez mettre un au-dessus de l'autre pour toutes sortes de raisons parce que les besoins se font sentir d'une manière plus intense à un niveau qu'à un autre. Maintenant, si on compare la santé des citoyens du Québec à la santé de tous les citoyens dans le monde, où nous situons-nous? Peut-être que nous occupons une place passablement enviable.

M. BARIBEAU: M. Létourneau, croyez-vous que, si la population de la province possède une bonne santé, ce serait très avantageux pour le commerce, pour l'industrie, pour l'ouvrier de notre province et que les millions que nous pourrions peut-être mettre à la disposition du gouvernement seraient vite récupérés par le temps perdu dans l'industrie, dans le commerce, par l'ouvrier dans notre province?

M. LETOURNEAU: M. le Président, je pense que cette question implique que les citoyens du Québec ne jouissent pas déjà d'une bonne santé. Je crois, encore une fois, tout ça c'est relatif. Je me permets de dire que je ne suis pas telle-

ment d'accord parce qu'en général les citoyens du Québec jouissent d'une bonne santé... L'objectif que l'on recherche, c'est que les citoyens du Québec ne soient jamais malades, je l'ai mentionné tantôt, c'est l'objectif idéal. C'est certain qu'on ne l'atteindra jamais, mais, encore une fois, quand vous dites que l'on investit des millions dans l'assurance-santé, il faut bien surveiller si la façon qu'on investit ces millions-là va relever le niveau de la santé, si ça va l'améliorer. On peut se poser la question suivante: Combien de millions avez-vous à disposer pour ça? Ah il y a des gens qui vont dire: Il n'y a pas de limites, on en a des millions quand on en veut. Seulement, vous le savez comme tout le monde, que l'on n'en a pas tant qu'on veut. Donc, on est limité. On est limité par les fonds dont on dispose et par les autres priorités également.

M. TREPANIER: Justement, M. Létourneau, pourquoi selon vous un régime universel contributoire coûterait-il plus cher à L'Etat qu'un régime facultatif avec subsides du gouvernement pour les gens dans le besoin?

M. LETOURNEAU: Bien, c'est évident, que si vous donnez les soins médicaux à tout le monde sans exception, que les gens aient le moyen de se le payer ou non, ça va coûter drôlement plus cher que si vous le donnez aux nécessiteux ou aux personnes dans le besoin. Alors...

M. TREPANIER: Vous vous contredisez là. Vous dites: Si on le donne à ceux qui ont besoin de le payer ou non; c'est justement ce qu'il faut définir: Aux gens qui ont le moyen de se le payer.

M. LETOURNEAU: Oui, alors on établit que le système...

M. TREPANIER: Ceux qui n'ont pas le moyen de se le payer, donc ce sont des nécessiteux.

M. LETOURNEAU: On a établi que le système complet universel coûterait \$308 millions. Maintenant, nous, ça nous laisse un petit peu sceptiques, je vais vous le dire tout de suite là; \$308 millions ce sont des estimations faites par des gens qui prétendent que ça va coûter ça. Seulement, on dit dans le mémoire que tous les gouvernements qui ont établi un système d'assurance-santé complet sont arrivés dans la presque totalité des cas à des estimations beaucoup plus en-dessous de ce que cela a coûté quand on l'a mis en application.

M. TARDIF: Pour l'assurance-hospitalisation, ça a coûté le double que ça devait.

M. LETOURNEAU: Quand même, disons que c'est \$308 millions. Je ne sais pas si vous avez remarqué ce que ça signifiait. Notre Président l'a mentionné tantôt dans ses remarques, si on compare ça au revenu que le gouvernement de la province perçoit, par l'impôt sur le revenu des particuliers, ça voudrait dire, si on percevait le montant par ce moyen-là, une augmentation de 100% c'est évident, alors...

M. TREPANIER: Vous avez mentionné contributoire.

M. LETOURNEAU: Bien, écoutez, que vous alliez chercher ça dans la poche du contribuable par la voie de l'impôt sur le revenu ou bien par la voie d'une prime, vous allez chercher le même argent dans la poche du contribuable.

M. TREPANIER: Alors, justement, pourquoi est-ce que cela coûterait plus cher à l'Etat? Cela revient au même.

M. LETOURNEAU: Eh bien, non, parce que l'individu qui a le moyen de se le payer, va le payer lui-même, ce n'est pas l'Etat qui va le payer.

M. TREPANIER: Mais ceux qui n'ont pas le moyen, qu'ils s'en passent.

M. LETOURNEAU: Bien non, on préconise un plan qui couvre les gens qui sont dans le besoin. On l'accepte, on le propose. On dit que pour les gens qui sont dans le besoin, l'Etat donne ses services gratuitement. Et définitivement cette méthode va coûter certainement moins cher qu'un plan universel qui donne à tout le monde. A mon sens, c'est comme deux et deux font quatre.

M. TREPANIER: Si vous le permettez, M. Létourneau, comment se fait-il alors que le coût per capita des soins médicaux en Saskatchewan où il y a un régime d'Etat est de \$23.53 alors qu'en Alberta il est de \$32.17 per capita?

M. GALL: Vous allez trouver la réponse exacte en consultant vos propres rapports du comité de recherches. On souligne, par exemple, qu'au Québec le revenu du médecin est plus élevé qu'en Saskatchewan, en Alberta. Il faut également considérer le coût des médicaments...

M. TREPANIER: Le coût des médecins est plus élevé où? Je compare la Saskatchewan et l'Alberta.

M. GALL: Oui. Alors il faut faire les mêmes comparaisons. Il faut savoir d'abord quel est le coût...

M. TREPANIER: Non, mais vous me dites que je le trouverai dans le rapport du comité de recherches, je n'ai pas trouvé cette réponse-là.

M. GALL: Bien je crois qu'en faisant les comparaisons des rapports entre le coût payé en Saskatchewan, le coût payé en Alberta, c'est-à-dire en Alberta on en fait une très brève mention et il va vous être possible de faire les constatations que vous désirez. Maintenant, il y a aussi une autre question qu'il faut soulever. C'est que dans certaines provinces les médecins ont déjà accepté des genres de conventions où ils fixent le prix de leur acte médical, ce qui n'existe pas encore dans la province de Québec.

M. TREPANIER: Je ne parle pas de la province de Québec, je parle sur le principe du coût au gouvernement d'un régime universel contributoire comparativement à un régime facultatif, parce que le gouvernement va payer quand même dans les deux cas.

M. LETOURNEAU: Je pense, M. le Président, qu'il y a plusieurs facteurs à considérer là-dedans. Il faut d'abord considérer quels sont les bénéfices que le régime couvre dans les deux provinces. Est-ce qu'ils sont exactement identiques, premièrement?

M. TREPANIER: Bien, ils devraient. Je ne le sais pas, les plans étant adoptés séparément il est fort probable qu'il y ait des différences entre les bénéfices.

M. HARVEY: M. Castonguay nous répond qu'à toutes fins pratiques les deux régimes sont comparables.

M. TREPANIER: A peu près identiques.

M. LETOURNEAU: Maintenant, il y a aussi à déterminer jusqu'à quel point les besoins dans une province et dans l'autre sont satisfaits. Peut-être qu'ils sont mieux satisfaits dans une province que dans l'autre, et alors c'est normal que cela coûte plus cher. On a signalé tantôt, M. Gall l'a mentionné, que les médecins du Québec semblent bénéficier d'un revenu plus élevé que ceux des autres provinces, des provinces de l'Ouest. C'est probablement dû au fait, comme on l'a mentionné tantôt aussi, que nous avons ici plus de spécialistes.

Alors, si nous avons plus de spécialistes, évidemment, cela veut dire plus de gens qui se méritent des honoraires plus élevés et que les besoins de santé sont mieux satisfaits parce qu'au lieu de s'adresser à un praticien général, parce qu'on a des spécialistes sous la main, on va voir des spécialistes. Et le praticien général, lui, parce qu'il sait qu'il y a des spécialistes, réfère son client à des spécialistes. Mais, s'il n'y en a pas, ou s'il y en a peu, ou s'il y a une pénurie, alors on se contente des médecins de pratique générale qui existent et on utilise leurs services et à ce moment-là, évidemment, cela finit sans doute par coûter moins cher que de satisfaire plus complètement les besoins.

Maintenant cela, dans quelle mesure les besoins sont-ils satisfaits, cela prend toute une étude pour le déterminer et très approfondie, je pense. Je ne sais pas si on possède les moyens d'en faire une semblable présentement.

M. LE PRESIDENT: M. Caron, dans votre mémoire, vous mentionnez, à la page 4, que « il est donc primordial pour le gouvernement de la province de toujours conserver un équilibre entre ses investissements créateurs de richesse et les autres qui ne font que créer du pouvoir d'achat », et vous continuez: « sans cette précaution, il risque de tomber dans cette impasse budgétaire que rencontrent présentement certains pays d'Europe qui ont voulu appliquer de nombreuses mesures sociales sans tenir compte des disponibilités réelles de leur économie respective. » Vous serait-il possible de dire quels sont les pays d'Europe concernés?

M. LETOURNEAU: Les pays d'Europe concernés sont particulièrement la France et l'Angleterre.

M. LE PRESIDENT: A présent, continuant ma question, qu'est-ce qui vous permet de dire que ces difficultés proviennent des sécurités sociales plutôt que de la partie du budget affectée à la défense? Car, d'après ce que je sais au sujet de l'assurance en France, il n'y a pas seulement que le gouvernement qui y contribue.

M. LETOURNEAU: M. le Président, je ne saisis pas bien la portée de votre question. J'aimerais que vous me définissiez les termes... le dernier terme-là, la défense, plus que la sécurité sociale...

M. LE PRESIDENT: Plutôt que la partie du budget affectée à la Défense nationale. Défense nationale.

M. LETOURNEAU: A la Défense nationale, oui très bien. Bien voici, nous nous sommes référés à des opinions émises par des économistes de réputation qui examinent présentement la situation de ces pays. Evidemment, on peut toujours dire: Si on n'avait pas de Défense nationale, on pourrait faire un tas d'autres choses et, à ce moment-là, je pense que s'il n'y avait pas de Défense nationale on pourrait faire d'autres choses. Mais la Défense nationale c'est une des dépenses parmi les dépenses que doit s'imposer une nation dans les conditions actuelles.

Alors là, vous me posez la question: Est-ce que c'est la Défense nationale ou bien si ce sont les services sociaux?

M. LE PRESIDENT: Vous venez de déclarer, M. Létourneau, que la France...

M. LETOURNEAU: Oui.

M. LE PRESIDENT: ... est un de ces pays d'Europe.

M. LETOURNEAU: D'accord.

M. LE PRESIDENT: D'après les informations qu'on me fournit, c'est que le gouvernement français ne contribue pas à la sécurité sociale.

M. LETOURNEAU: Pardon?

M. LE PRESIDENT: C'est que le gouvernement français ne contribue pas à la sécurité sociale.

M. MARLER: C'est payé en effet par les employeurs et les employés.

M. LETOURNEAU: Oui, mais, quand même, c'est un fardeau qui est imposé aux contribuables par le gouvernement. Qu'on dise que ce n'est pas une taxe, il n'en demeure pas moins que le revenu national, une partie considérable du revenu de tous les individus si vous voulez, est divertie vers le paiement de primes pour la sécurité sociale. Ce qui fait que ça affecte l'épargne et que ça affecte le pouvoir de taxation du gouvernement. Alors, si l'individu quand il reçoit son chèque de paie, — disons qu'il a un salaire X, — et qu'une proportion de 30% à 40% est enlevée pour payer des primes de bénéfices sociaux, bien il lui en reste beaucoup moins pour vivre, pour épargner, pour mettre de côté, pour investir. Alors, actuellement, ces pays manquent de capitaux d'investis-

tissement d'une manière définitive et les capitaux d'investissement proviennent en grande partie de l'épargne de l'individu et des surplus accumulés des corporations. C'est de là qu'on peut déduire que les frais de sécurité sociale, qu'ils émargent au budget du gouvernement ou non en autant qu'ils sont payés, qu'ils sont coûteux, font en sorte qu'ils divertissent une portion considérable des argents disponibles par les contribuables dans le pays. Et, si vous lisez des chroniques d'un économiste très bien connu, M. Jean Mehling publiées régulièrement dans le journal La Presse, cette thèse a été soutenue dans ces chroniques-là et elle l'est également par un nombre considérable d'individus en France qu'il m'a été donné personnellement de rencontrer au cours d'un voyage d'étude le printemps dernier, lorsque nous avons examiné la situation sous cet aspect et sur d'autres questions de développement industriel dans ce pays.

M. CLOUTIER: M. Létourneau, vous dites que le paiement affecté à la sécurité sociale en France par les individus affecte l'épargne et affecte également des disponibilités de chaque famille a pour sa vie...

M. LETOURNEAU: D'autres besoins.

M. CLOUTIER: ... pour sa subsistance, les besoins essentiels. Ne pensez-vous pas qu'il soit préférable qu'il puisse inclure dans ces dépenses à combler durant l'année une prime fixe dont il connaît l'ampleur, dont il connaît le montant, que de se fier, d'improviser et d'attendre qu'il ait une surprise et des comptes dispendieux, des obligations dispendieuses à rencontrer qui vont mettre en danger son économie et son budget?

M. LETOURNEAU: M. le Président, encore une fois, il peut y avoir un idéal de principe à atteindre. Si on parle de primes, on peut payer des primes pour tout et on peut s'assurer pour tout, mais en définitive ça deviendrait tellement dispendieux que ça n'aurait plus de sens. Il y a un tas de hasards dans la vie. Un type peut perdre son emploi, peut tomber malade, il peut se faire tuer, le chef de famille disparaît, on peut prévoir jusqu'à une certaine limite et payer des primes jusqu'à une certaine limite pour s'assurer contre les hasards de la vie, mais je pense qu'on ne peut pas pousser à l'extrême ces primes qu'on verse pour se protéger contre toutes sortes de hasards qui peuvent arriver dans la vie. A ce moment-là on verserait tout notre revenu pour ne payer

que des primes en cas qu'il nous arrive quelque chose.

M. CLOUTIER: Mais, dans l'établissement des priorités dans son budget personnel, ne croyez-vous pas que la santé est le principal hasard que l'on doit couvrir autant que l'assurance-incendie ou l'assurance-automobile l'assurance-vie ou n'importe quelle autre?

M. LETOURNEAU: Bien oui, mais, si on applique ça au contexte québécois présentement, même une personne qui n'a aucune assurance-santé est certaine d'avoir par le plan d'assurance-hospitalisation un minimum de protection dans ce domaine-là.

M. CLOUTIER: Mais là où l'on constate en pratique aujourd'hui qu'il y a réellement un problème qui amène les familles et les individus dans des difficultés financières, c'est, — évidemment, la question d'assurance-hospitalisation n'entre pas en ligne de compte à ce moment-ci, — la maladie grave qui amène une intervention chirurgicale. C'est là où réellement il survient un problème insoluble pour la catégorie des travailleurs à salaire modique et à bas salaire.

M. LETOURNEAU: Bien, écoutez, encore une fois il y a une question d'éducation. Si vous parlez uniquement des catastrophes, vous pouvez obtenir une prime relativement modique, une protection médicale" pour les catastrophes dans n'importe quelle compagnie d'assurance et ça je pense bien que cette prime n'imposerait pas un fardeau considérable à des travailleurs, même moyens. On parle des catastrophes, je dis: les catastrophes. Je ne parle pas des maladies courantes ou des opérations bénignes...

M. LE PRÉSIDENT: Toujours limité à votre bonne santé et à votre âge. Vous ne vous assurez pas présentement dans une compagnie d'assurance si vous dépassez un certain âge et si vous êtes en mauvaise santé.

M. BERTRAND: Non, je pense que M. Létourneau veut parler des primes accessoires qui sont absolument multiples et diversifiées. Par exemple, sur une assurance-automobile, si on ajoute \$5 en cas d'accident, on est couvert par \$25,000 payables à la veuve, il y a toutes sortes de primes accessoires, comme ça. On peut aller à l'infini, il y en a partout dans tous les domaines.

M. LETOURNEAU: Mais, encore une fois, est-ce que c'est parce que quelqu'un n'a pas d'argent qu'il n'ira pas se faire soigner ou qu'il ne sera pas capable de se faire soigner?

M. TARDIF: D'ailleurs, M. Létourneau, je ne pense pas que la Chambre de Commerce s'objecte à une assurance-santé. Je pense que vous voulez tout simplement limiter ça selon nos possibilités. Je n'ai vu nulle part dans votre mémoire que vous vous objectiez à l'instauration d'une assurance-santé.

M. LETOURNEAU: Absolument pas. On accepte le principe de l'assurance-santé pour les gens qui en auraient besoin.

M. TARDIF: Vous le préconisez pour les gens qui sont dans le besoin.

M. LETOURNEAU: C'est ça.

M. BERTRAND: Autrement, dit M. Létourneau, vos 260 Chambres de Commerce affiliées à la Chambre de Commerce provinciale sont en faveur d'un système d'assurance-santé, divisé en deux sections. Section de ceux qui pouvant payer par des primes à un organisme gouvernemental et ceux qui ne peuvent pas payer. Le même organisme gouvernemental en prend soin jusqu'à aller à la gratuité selon l'indigent. C'est ça?

M. LETOURNEAU: A la suite de règlements...

M. RENAUD: Il n'y a jamais de prime à payer pour celui qui est dans le besoin.

M. LETOURNEAU: Jamais de prime à payer pour celui qui est dans le besoin.

M. BERTRAND: Oui, mais c'est ça. Ceux qui sont déclarés par les règlements aptes à payer une prime en paient, l'organisme qui régit tout ça les protège en cas de maladie.

M. LETOURNEAU: Ecoutez...

M. BERTRAND: Deuxième catégorie: ceux qui sont indigents et ne peuvent pas payer de prime à la suite de règlements établis, ceux-là en cas de maladie reçoivent les soins qui peuvent aller jusqu'à la gratuité. C'est ça?

M. LETOURNEAU: Je m'excuse. Ce n'est pas exactement ça, c'est plutôt tout simplement les

soins gratuits payés par l'Etat aux personnes dans le besoin. Les autres personnes, il leur appartient à eux de se prémunir contre cette éventualité. Qu'est-ce qui empêche le gouvernement...

M. HARVEY: D'ailleurs la loi est en haut.

M. LETOURNEAU: C'est ça, bon. Mais qu'est-ce qui empêche le gouvernement de faire une éducation dans le public pour dire à ceux qui ne sont pas atteints par un plan qui couvre les personnes dans le besoin: Assurez-vous donc où vous voulez, de la façon dont vous voulez, mais assurez-vous donc pour la santé. Est-ce que ce serait dangereux de promouvoir les intérêts de l'entreprise privée à ce moment-là? Je ne le sais pas, mais enfin c'est une possibilité. Autrement dit...

M. HARVEY: M. Létourneau, excusez-moi, ce ne sera pas long, on est bien prêt à faire ça, mais avez-vous l'impression que les compagnies d'assurance chaque jour, ne publient pas dans les journaux le meilleur moyen de bien vivre est de s'assurer? Je vois ça tous les jours dans les journaux.

M. LETOURNEAU: Oui, mais d'autrepart...

M. HARVEY: Attendez un instant. Cette éducation-là est commencée depuis 20 ans par les compagnies d'assurance et tous ceux qui peuvent le faire se procurent une police. C'est de délimiter la partie de ceux qui voudraient bien s'en prendre une...

M. LETOURNEAU: Très bien.

M. HARVEY: ... mais qui ne le peuvent pas en raison de l'argent, qu'ils n'ont pas pour budgéter au début de l'année, pour la payer cette fameuse prime-là.

M. LETOURNEAU: Très bien, mais vous avez la contre-publicité par exemple. Vous avez les chefs ouvriers qui viennent dire à la télévision, comme cela s'est fait lundi dernier: Les compagnies d'assurance-maladie, ce sont des gens qui exploitent le monde, qui exploitent les gens, qui font le commerce de la maladie et des chefs ouvriers qui ont de l'influence sur une partie considérable de la population et justement une partie de la population qui a besoin de se couvrir pour l'assurance-santé, viennent dire d'une façon plus ou moins déguisée: Ces gens-là ce sont des profiteurs, des gens qui exploitent la population,

et ils le disent carrément à part de ça.

Alors, si les compagnies d'une part offrent leurs services et que d'autre part des gens qui ont des influences sur la population viennent dire: Ce n'est pas bon, ce sont des exploitateurs, ce sont des gens qui font le commerce de la maladie, bien je vous jure que vous avez là des difficultés pour l'individu qui ne sait pas de quel bord aller. Si le gouvernement, lui par exemple, disait: C'est une bonne chose de s'assurer, bien évidemment ça pourrait certainement aider les gens à se décider à se procurer un plan de protection de l'assurance-maladie.

M. HARVEY: Vous savez, j'ai entendu M. Létourneau, on va terminer. Je suis content de l'exposé que vous venez de faire, je me souviens moi d'un slogan qui a été lancé par une autorité il y a vingt ans puis qui est très réaliste, il disait que la meilleure assurance contre la maladie, c'est la santé. Je m'en souviens comme si c'était hier, et c'est vrai ça. Excepté que la meilleure assurance contre la maladie, si c'est la santé, il faut se la procurer, si le gars n'a pas les moyens de la prendre cette fameuse prime-là avec le salaire qu'il gagne, est-ce que vous croyez que l'Etat n'a pas intérêt à passer une législation qui permettrait à celui qui peut se payer une prime de le faire pour le bien-être de la population?

M. LETOURNEAU: M. le Président, je préviens les membres de ce comité contre cette thèse qui dit: Le gars n'a pas les moyens.

Faites bien attention, ça dépend de la priorité que l'individu accorde dans son esprit à l'assurance-santé, s'il accorde plus de priorité à sa douzaine de bière par semaine qu'à la santé de sa famille, eh bien évidemment il n'a pas les moyens.

M. TARDIF: S'il faut qu'il change de voiture à chaque année...

M. LETOURNEAU: C'est évident. Cela dépend de la priorité que l'individu a dans son esprit de ce que ça vaut la santé de sa famille et la sienne. Si cela a une priorité suffisante, eh bien au lieu d'acheter une caisse de bière, au lieu d'aller passer ses vacances dans un camp d'été ou quelque chose de même, il va d'abord établir lui-même ses priorités, et comment on peut aider l'individu à établir cette priorité? C'est par des campagnes d'éducation, en lui faisant comprendre que sa santé et celle de sa famille, c'est prioritaire dans ses be-

soins, et ça le gouvernement peut y contribuer grandement en encourageant les citoyens qui ont le moyen de le faire, de se procurer une assurance-santé.

M. RENAUD: M. Létourneau, c'est clair qu'il y a un grand nombre de gens qui pensent que la maladie, c'est fait pour les autres et non pas pour eux, chez un très grand nombre de citoyens.

M. LETOURNEAU: C'est justement ce qu'il faut changer comme attitude, et si le gouvernement s'y met, il peut certainement y contribuer pour beaucoup, parce que, comme je vous l'ai expliqué, il y a des opinions contraires qui sont lancées dans le public et qui sont lancées particulièrement dans les milieux qui ont justement besoin de cette protection.

M. TREPANIER: Quel est le but selon vous, M. Létourneau, d'une compagnie à fonds social qui fait de l'assurance-santé, qui fait de l'assurance maladie?

M. LETOURNEAU: Le but d'une compagnie à fonds social privé qui fait de l'assurance-maladie, c'est de rendre un service et de se faire payer en échange de service-là, et d'en retirer, comme toute compagnie, un profit raisonnable.

M. TREPANIER: D'en retirer un profit.

M. LETOURNEAU: Un profit raisonnable. Et remarquez bien que ça n'implique pas, je peux voir une question peut-être sous-jacente à celle-là, ça n'implique pas que parce qu'il y a profit dans l'entreprise privée, ça coûte plus cher à l'individu, loin de là.

M. TARDIF: Ce n'est pas vrai.

M. MARLER: A la Chambre de commerce, vous préconisez d'abord que le gouvernement doit se charger d'une façon quelconque de la classe que je dois appeler les indigents.

M. LETOURNEAU: Nous les appelons dans le besoin.

M. MARLER: Evidemment. Ne jouons pas sur les mots. Et vous laissez à d'autres, n'est-ce pas, le soin de s'assurer volontairement contre les risques de la maladie. Et je constate, depuis que le comité a commencé à siéger, que d'après les rapports du comité que nous avons cités ce matin, il y a à peu près 43% de la population québécoise qui est assurée actuel-

lement. Disons que nous allons ajouter par l'entremise de la nouvelle loi dont on a parlé plus tôt, un autre 7%, cela veut dire que le total arriverait disons à 50%.

Hier après-midi, nous avons écouté les représentants de la Canadian Health Insurance Association qui nous ont dit; Nous croyons qu'actuellement il y a 49.3% de la population qui est assurée. Ajoutons 7% à ce chiffre-là pour arriver disons à 57%. Alors, que ce soit 50% tel qu'indiqué par les rapports du comité des experts ou 55% selon la Health Insurance Association, disons que là c'est le maximum, parlons pour le moment pour la simplicité de 57%. Est-ce que nous pouvons continuer cet état de choses, lorsque l'Ontario est en train d'organiser un système d'assurance-santé où, actuellement, sans avoir à imposer aucune obligation, sans avoir parlé d'une assistance gouvernementale, ils ont déjà atteint 85%. Et on pense qu'avec les subsides ou des subventions que le gouvernement de l'Ontario doit accorder, que cela va amener le pourcentage à 90%. Est-ce que nous, dans le Québec, nous pouvons rester avec le volontariat qui nous donne 55% comparé avec l'Ontario avec 90%?

Pensez-vous réellement que l'on peut laisser aux compagnies d'assurance, le soin d'augmenter ce chiffre, de le porter disons de 55% à 90%? Pensez-vous que c'est possible?

M. LETOURNEAU: Oui. Ma réponse est catégorique, elle est oui.

M. HARVEY: Dans combien d'années?

M. LETOURNEAU: Parce qu'écoutez, je n'ai pas, je ne peux pas vous donner de données précises, mais voici le raisonnement. L'assurance-maladie est une chose que les citoyens du Québec ont commencé à acheter, si vous voulez, seulement depuis quelques années, depuis l'après-guerre, d'une manière...

M. MARLER: Non.

M. LETOURNEAU: ... je parle d'une manière, ça s'est développé. Cette chose-là n'était pas connue dans un secteur significatif de la population, n'était pas appliquée à ce secteur significatif de la population avant l'après-guerre. Depuis l'après-guerre, il y a eu des progrès, quand vous dites: Il y a un maximum de 57%, je ne pense pas que l'on puisse accepter le maximum de 57% parce qu'il y a des progrès constants dans la proportion de la population, qui est assurée par des régimes privés d'assurance-maladie. Il y a un progrès constant, d'an-

née en année. Maintenant, qu'est-ce qui présentement retarde ce progrès, c'est évidemment, il me semble, les contre-indications qui sont données par des gens qui voudraient à tout prix avoir le régime socialisant de l'assurance-santé de tout le monde.

M. MARLER: C'est plus ou moins récent, qu'il semble favoriser un système pratique.

M. LETOURNEAU: Oui, mais quand les citoyens entendent dire: ça s'en vient, l'assurance-santé, ça s'en vient, on va l'avoir pour tout le monde, ça ne coûtera rien, eh bien évidemment ils disent; on va attendre que ça vienne et puis à ce moment-là ça ne nous coûtera rien, pourquoi est-ce que l'on se mettrait à payer une prime, hein? Mais si on établit d'une manière catégorique et définitive que le gouvernement va payer tel bénéficiaire et puis que les citoyens qui disposent d'un revenu au-dessus de tant, n'en bénéficieront pas, puis que le gouvernement leur dira: Eh bien, messieurs, assurez-vous parce qu'une prime d'assurance-santé, en définitive, c'est une chose nécessaire, et faire l'éducation du public, nous sommes convaincus que la proportion des citoyens qui vont se pré-munir va augmenter très rapidement.

Deuxièmement, c'est encore une question de principe d'idéal. Parce que quelqu'un va avoir 83% ou 90% de couverture, il faudrait absolument que nous, nous ayons 83% ou 90% ou 100%, mais là encore une fois, revient le principe de l'objectif idéal qui devrait sans doute être atteint, parfaitement d'accord, mais à ce moment-là on est obligé de se retourner puis de dire; de quelles ressources disposons-nous pour atteindre cet objectif idéal? Et c'est là que nous posons la question des priorités et des choses qui doivent être faites avec les ressources dont on dispose à l'heure actuelle, et tout en ne prenant pas de mesures qui peuvent soit créer de l'inflation, soit créer un climat de surcharge fiscale pour le contribuable, ou faire en sorte que ce soient des bénéfices trop luxueux pour nos moyens. Il y a un vieux principe qui dit: Il faut vivre selon ses moyens. Je pense que ça s'applique n'importe où au gouvernement provincial.

M. MARLER: M. le Président, je pensais que l'argument de la Chambre de commerce concernant les priorités était très intéressant et c'est évident que c'est une question que le gouvernement doit trancher chaque fois qu'il dépose des crédits budgétaires. Mais je me suis demandé aussi si la Chambre n'attachait pas une importance indue aux facteurs «coût», dans le sens suivant: on semble penser que si on adoptait un

système universel, soins médicaux seulement, — on en a parlé du coût et on a donné les chiffres de \$310 millions tout à l'heure. Cela comprend et les soins médicaux et les médicaments; mais parlons seulement des soins médicaux, parce que ça restreint le problème, mais il est possible qu'il s'applique de la même façon.

Actuellement, sans parler d'un système complet, nous savons qu'à l'heure actuelle, dans le cas des indigents, en vertu de la nouvelle loi, le gouvernement va se charger de payer les soins médicaux, et donc ce n'est pas un facteur qui exerce une influence que je regarde comme le gros du problème. Le gros du problème ce sont ceux qui ne seront pas visés par cette loi pour venir en aide aux indigents. Les autres, les gens comme vous et comme moi, de quelle façon est-ce que nous payons nos soins médicaux? Nous les payons directement actuellement, n'est-ce pas?

M. LETOURNEAU: Nous payons une prime.

M. MARLER: Eh bien, dans mon cas, je ne paie pas de prime, et je n'ai jamais payé de prime, mais lorsque j'ai été malade, lorsque j'ai dû consulter le médecin, je l'ai payé. Et je suppose que, dans cette catégorie qui ne fait pas l'objet de la loi, il y a des gens qui paient par l'entremise des assureurs, qui paient une prime ou qui sont assurés par ces compagnies. Deuxièmement, des gens comme moi qui les paient avec leurs propres ressources, et peut-être une troisième catégorie, des employés dont la prime est payée peut-être partiellement par l'employeur, mais qui, disons, sont assurés.

Et le total des sommes versées aux médecins pour les soins médicaux proviennent de ces sources, des ces trois sources, le gouvernement, les compagnies d'assurance et les individus, et je me demande si au lieu que cet argent-là passe du citoyen à la compagnie et ensuite aux médecins, ou du citoyen directement aux médecins, je me demande si on ajoute \$200 millions à la dépense totale, en disant: Nous allons avoir un système établi par l'Etat, où tout le monde versera une contribution selon ses moyens, selon une formule quelconque, et qui servira en somme à défrayer le coût des soins médicaux pour l'année en question, je me demande s'il ne s'agit pas — évidemment je réalise que ce n'est pas parfaitement vrai — mais je me demande si d'une façon générale on ne peut pas dire que le coût sera plus ou moins semblable à la situation actuelle sauf que la route que l'argent doit suivre, de l'assuré ou du citoyen jusqu'aux médecins, sera différente. Dans le cas actuel, comme je l'ai dit, ça peut être en ligne indirecte, par l'entremise d'une compagnie d'assurance, à l'avenir ce sera

peut être directement par un fonds étatique, disons, ça peut se faire de cette façon-là. Est-ce que le total sera changé sensiblement? Je me pose cette question-là, évidemment, je ne puis pas répondre. Enfin il y a ceci, il est évident, et nous aurons l'expérience vécue ailleurs, qu'une fois que vous avez un système d'assurance-santé, que ce soit financé par l'Etat ou que ce soit financé par l'entremise de primes versées à des assureurs, il y a une augmentation de la demande.

Peut-être, et c'est possible, que cette augmentation de la demande va se traduire dans une meilleure santé pour le public en général, mais je me demande réellement si la Chambre n'insiste pas trop sur la question de la totalité de la dépense, comme si le \$200 millions était une dépense ajoutée aux dépenses budgétaires, sans tenir compte d'aucune façon des contributions qui doivent venir et qui représentent une autre façon pour le public de payer les soins médicaux.

M. LE TOURNEAU: D'abord, si ce n'était pas pour ajouter à la somme totale de la demande, ça voudrait dire que les citoyens librement se protégeraient adéquatement pour leur santé.

M. MARLER: Alors, il y a certainement des avantages à se...

M. LETOURNEAU: Alors, ils se protégeraient eux-mêmes adéquatement, c'est-à-dire complètement, et même plus que ça, parce que comme vous le dites vous-même, le fait que ce soit gratuit va définitivement augmenter la demande.

M. TREPANIER: Pas gratuit.

M. LETOURNEAU: Je parle d'un système...

M. MARLER: On parle du mot gratuit dans le sens très large.

M. LETOURNEAU: ... étatique qui rend les soins médicaux accessibles gratuitement à tous les citoyens. Je pense que...

M. TREPANIER: ...d'une prime.

M. LETOURNEAU: Non, non, je parle du plan étatique, donc vous faites la comparaison entre ce plan-là et le régime.

M. MARLER: Et la situation actuelle.

M. LETOURNEAU: Bon, parlons de ce plan-

là, si vous voulez. Vous parlez du coût de ce plan-là. Eh bien, d'abord si vous dites le coût de ce plan-là, vous n'êtes pas certain que ce sera pas à peu près le même que celui qui existerait si les citoyens se protégeaient...

M. MARLER: Cela coûterait plus cher, parce qu'il y aurait des soins additionnels.

M. LETOURNEAU: Bon, mais nous disons ceci, par exemple, c'est que compte tenu des disponibilités actuelles, la surdemande qui va être créée par le fait que ça va être accessible gratuitement va définitivement diminuer la qualité des soins, et c'est peut-être que dans certains cas — et dans quelle proportion des cas, on ne peut pas le déterminer — mais certainement ça aura l'effet contraire vis-à-vis la santé générale des citoyens, en ce sens que les citoyens qui voudront le faire ne pourront pas bénéficier de la qualité des soins médicaux dont ils bénéficient à l'heure actuelle parce qu'il n'y a pas cette surdemande qui va être créée, qui sera créée par un plan étatique. Maintenant, la question du coût, nous y avons apporté une importance. Pourquoi? Parce qu'étant un organisme qui s'appelle la Chambre de commerce nous croyons qu'il est plus particulièrement dans nos attributions de considérer l'aspect financier du problème, parce que c'est normal pour un organisme comme nous. D'autres peuvent considérer d'autres aspects, ce qui ne veut pas dire que nous avons ignoré les autres aspects. Au contraire, nous prétendons que la santé pourra s'améliorer graduellement avec le système que nous préconisons et nous mentionnons, et nous disons même que ce système-là va toucher les gens où il y a le besoin le plus urgent.

Maintenant, je remarque ceci, M. le Président, que M. Marler a exercé et c'est une excellente chose, a exercé sa liberté d'individu de prendre ou de ne pas prendre de payer ou de ne pas payer de prime d'assurance-santé,

il n'en a pas payé, c'est so
de le faire et c'est un principe fondamental qui fait que l'individu s'il a les moyens de se payer, c'est-à-dire s'il a les moyens d'assumer...

M. HARVEY: Il n'est pas tout seul.

M. LETOURNEAU: ... les ...

M. HARVEY: Il y a 43% de la population qui ont opté pour la formule Marler.

M. RENAUD: Cinquante sept pour cent.

M. MARLER: Je ne veux pas M. Létourneau qu'on attache mon nom à la formule...

M. HARVEY: Il y a la différence, c'est que vous vous étiez capable de payer.

M. MARLER: Des fois ça faisait l'affaire.

M. ASSELIN: M. Létourneau, je voudrais vous demander votre opinion sur les points suivants: le secteur de la population qui, évidemment d'après votre thèse, d'après votre plan, serait le secteur principal de la population, vous lui laisseriez le soin de s'assurer dans des compagnies privées. Les compagnies d'assurance privées en prendront soin, et votre formule se résumerait à ce que l'Etat prenne soin de ceux qui ne sont pas capables de payer la prime. Maintenant, est-ce que les compagnies privées, dans votre opinion, assureraient ceux dont la santé est mauvaise ou assureraient les gens de n'importe quel âge, est-ce qu'il n'y aurait pas tout de suite deux catégories au moins, de citoyens qui n'auraient pas accès à l'assurance des compagnies?

Et, troisièmement, si un assuré tombait malade à plusieurs reprises, est-ce que sa prime ne serait pas augmentée, graduellement jusqu'à devenir prohibitive? Nous avons cette expérience-là dans, du moins je l'ai, moi, j'imagine que je ne suis pas un cas d'exception, nous avons cette expérience-là dans l'assurance-automobile. Dans l'assurance-automobile à un moment donné nous avons un accident, on nous augmente la prime et puis si on a deux ou trois accidents, on peut l'augmenter jusqu'à ce que ça devienne prohibitif et même on peut refuser de nous assurer. Un accident d'automobile, évidemment, c'est dû à notre faute, à notre négligence, mais la maladie n'est pas due à notre négligence. Alors, une personne qui serait malade deux, trois ou quatre fois, à un moment donné, est-ce que les compagnies d'assurance ne refuseraient pas de l'assurer ou n'augmenteraient pas les primes à un niveau tel que ça deviendrait prohibitif? Et, sur ces trois aspects-là, l'âge, la mauvaise santé et puis les maladies pour lesquelles les compagnies d'assurance seraient obligées, de payer, est-ce qu'il n'y aurait pas une portion considérable de la population qui n'aurait pas accès à l'assurance-santé?

M. LETOURNEAU: M. le Président, je ne suis pas en mesure de répondre quant à la proportion de la population qui serait dans les cas mentionnés par le distingué membre du comité. Seulement, je suis porté à croire que c'est en-

core une faible proportion, si l'on tient compte du fait que le plan d'assurance-santé pour les personnes qui sont dans le besoin couvrira tous les besoins de ces personnes-là. Je pense qu'un spécialiste a dit récemment que c'est justement chez les personnes qui ont un revenu marginal ou un revenu très bas qu'on retrouve le plus de déficience au point de vue de la santé. Alors, en couvrant toutes ces personnes-là, il va sans dire qu'on va couvrir une bonne proportion de la population qui est dans les cas mentionnés par M. le membre du comité.

Maintenant, vous avez mentionné un exemple d'assurance-automobile, enfin c'est une opinion personnelle, je tiens à le mentionner à ce moment-ci, parce que nous n'avons pas étudié la question à la Chambre de commerce, mais je comprends que, dans le préambule de votre question, vous m'avez demandé mon opinion personnelle. Pourquoi ne pourrait-il pas exister, s'il y a vraiment des cas qui ne sont pas assurables, comme il y a dans l'assurance-automobile, une législation qui ferait que toutes ces personnes qui sont...

M. TREPANIER: Le plan d'assignation.

M. LETOURNEAU: Le plan d'assignation des risques non couvrables, je ne sais pas trop, que toutes ces personnes-là, ces exceptions-là, soient couvertes par une loi et que le risque soit réparti à travers toutes les compagnies d'assurance?

M. THEBERGE: Cela coûte trois fois plus quand même par le plan d'assignation.

M. LETOURNEAU: Pardon?

M. THEBERGE: Cela coûte trois fois plus quand même par le plan d'assignation.

M. LETOURNEAU: M. le Président, nous avons un membre ici, de ce bureau de l'assurance-automobile, qui s'occupe de ces cas, M. Demers, le vice-Président, qui pourra vous donner des détails.

M. DEMERS: Je ne veux pas intervenir. Je m'étais tenu discrètement à l'écart jusqu'à maintenant, je ne faisais pas partie du groupe d'experts. Mais, pour mettre M. Marler à l'aise j'ai pris connaissance seulement hier soir, moi aussi, du mémoire définitif. Mais puisqu'on parle...

M. MARLER: C'est un plaisir de...

M. DEMERS: ... Alors je dis que j'ai pris connaissance de notre mémoire définitif seulement hier soir, M. Marler, alors moi aussi je me tenais à l'écart parce que je ne fais pas partie du groupe spécialement formé pour l'assurance-santé. Mais puisque l'on parle d'assurance-automobile, pour répondre à la question qui a été posée, j'aimerais à préciser que le plan d'assignation prévoit qu'un assuré qui, à un moment donné, ne trouve plus de couverture, pour des raisons comme celle qui a été mentionnée tantôt, je pense, par M. Asselin, qui a dit qu'après des accidents subséquents et successifs, l'assuré a de la difficulté à trouver de l'assurance, il y a d'abord des pénalités qui sont prévues, il y a une surprime qui existe, que l'assureur doit exiger après certains accidents. C'est mieux, alors, finalement, si l'assureur ne veut plus couvrir ou ne veut plus remettre un contrat d'assurance, il existe le plan d'assignation qui prévoit que ceux qui ne trouvent pas de couverture sont automatiquement reçus, couverts, et la surprime qui est prévue et qui n'est pas deux ou trois fois comme on l'a mentionné, je crois que c'est 10% de surprime sur le taux régulier. Oui, c'est 10%...

M. THEBERGE: Pour les gens qui ont eu un accident.

M. DEMERS: Les gens qui ont eu un accident d'abord, évidemment, il y a une pénalité qui existe pendant par exemple l'année suivante, ça je ne parle pas du plan d'assignation, là, je parle de l'assurance ordinaire, avec une police émise, un contrat émis par une compagnie ordinaire d'assurance-automobile. Alors, évidemment, il y a la pénalité de trois ans, il y a 20% je pense de pénalité la première année, ensuite il y a...

M. HARVEY: S'il y a eu cinq accidents, la pénalité de trois ans répartie représente un montant de...

M. DEMERS: Non, on la laisse la même, que ce soit un accident de \$20,000 ou de \$500, et finalement je parle du plan d'assignation en regard de celui qui ne peut plus trouver de couverture auprès d'un assureur régulier ou d'une compagnie d'assurance régulière, et là évidemment le taux qui est appliqué prévoit une pénalité de 10%. C'est peut-être 15%, mais je crois que ça ne dépasse pas ça, et je suis prêt à faire des vérifications. La seule différence, c'est que le plan d'assignation est réparti entre les compagnies et oblige les compagnies à émettre des contrats d'assurance et à recevoir dans ses records ou dans ses livres ces assurés-là qui sont répar-

tis au prorata du volume d'affaires des compagnies. Je le sais parce que chez nous je suis assureur, on en reçoit plusieurs centaines, parce que le plan d'assignation est devenu depuis deux ans le plus gros agent d'assurance qui puisse exister dans la province de Québec.

M. RENAUD: Mais avant de tomber, M. Demers, sur le plan d'assignation, si vous avez un accident, et si vous avez un fils par exemple qui n'a pas 25 ans.

M. DEMERS: Ah!

M. RENAUD: Qui a un accident, vous savez que ça devient presque prohibitif pour le père de l'assuré,

M. DEMERS: Ah, ça c'est un fait. Seulement je vais vous dire une chose, si vous parlez d'un fils mineur par exemple ou d'un conducteur occasionnel, il y a des surprimes qui sont prévues, mais ce sont les taux qui sont établis parce que dans ses classes d'assurés-là, les classes dont vous me parlez, les statistiques établissent aussi que ce sont les classes qui produisent le plus d'accidents.

UNE VOIX: M. Demers...

M. DEMERS: De toute façon, quand on considère que les assureurs, je ne suis pas pour faire un discours, mais que les assureurs en assurance-automobile ont perdu, je peux vous donner des chiffres chez nous, si vous y tenez, ont perdu peut-être jusqu'à des pertes de 25 et 30% en moyenne sur le volume d'affaires depuis quatre ou cinq ans. Je ne pense pas... De toute façon, l'assurance-automobile, je n'y tiens pas tellement, je vous le dis.

M. ASSELIN: On a employé ça, M. Demers, comme terme de comparaison. Ce n'est pas mon intention de discuter cette question-là, seulement M. Renaud a parlé du cas où il y a un conducteur qui a moins de 25 ans.

M. DEMERS: Oui.

M. TARDIF: N'est-il pas vrai que, dès le début, même s'il n'y a pas eu d'accident, la première clause de tout, la première prime de tout, il y a une surprime très considérable, et s'il a un accident, ça double presque...

M. DEMERS: Oh!

M. TARDIF: ... ce n'est pas 10%, d'ailleurs...

M. DEMERS: J'ai parlé de 10% pour le plan d'assignation, dans le cas où on ne peut plus trouver une couverture, mais seulement...

M. ASSELIN: C'est parce que là les primes sont augmentées.

M. DEMERS: Les taux que les compagnies chargent peuvent varier, c'est comme... Vous avez des compagnies qui ne sont pas représentées par des agents, qui ne croient pas au système de représentation par agent, vous allez aller à la Wawanesa qui vend de l'assurance au comptoir ou d'autres compagnies du même genre, qui agissent de la même façon, elles vont vous charger — il n'y a aucune limite, aucun barème, aucun plafond — le taux qu'elles croient devoir vous charger parce qu'elles disent: S'ils viennent nous voir, c'est parce qu'il n'a pas pu trouver de couverture ailleurs, alors évidemment, dans ce sens-là, ceux qui font partie de la Canadian Underwriters Association ont évidemment des taux établis par l'association, ceux qui font partie des groupes de compagnies qu'on appelle indépendantes, la conférence des compagnies indépendantes, il y a des taux qui sont établis puis qui sont les mêmes pour tous, puis il y a quelques compagnies à part qui ont leurs propres taux, mais dont les taux ne peuvent pas tellement varier. Mais, si vous allez à des compagnies qui vendent de l'assurance au comptoir, là vous allez vous exposer.

M. HARVEY: M. Demers, vous venez de dire — et je vous crois — que le plan d'assignation est devenu ou va devenir celui qui émet le plus de polices dans la province. Et, si vous vous souvenez, au moment où nous avons passé la loi pour indemniser les victimes d'accidents d'automobiles des irresponsables, ça devait être des cas d'exception à ce moment-là...

M. DEMERS: Evidemment.

M. HARVEY: ... puis je me souviens qu'on a entendu dire par plusieurs experts que le fonds d'indemnisation, le groupement de plusieurs compagnies protégerait les cas d'exception. Puis vous venez de nous affirmer que vous êtes en train de devenir la compagnie qui va émettre le plus de polices. Alors les cas d'exception se sont multipliés dans pas beaucoup d'années.

M. DEMERS: M. Harvey, je n'ai pas dit que c'était devenu la plus grosse compagnie j'ai dit le plus gros agent d'assurance.

M. HARVEY: Oui, je comprends.

M. DEMERS: ... je veux dire par là, c'est que les montants d'affaires qui nous sont référés et qu'on est obligé d'accepter des compagnies par le plan d'assignation...

M. HARVEY: Très bien.

M. DEMERS: ... représentent un plus gros volume que n'importe quel autre agent individuel, c'est ça que j'ai dit.

M. ASSELIN: Je ne pensais pas faire dévier la discussion sur la question d'assurance-automobile, je voulais simplement employer ça comme exemple. Si les compagnies d'assurances... — puis c'est absolument normal, quand le risque augmente la prime augmente — alors, ce serait la même chose qui pourrait se produire. C'est le sens de ma question: est-ce que la même chose ne pourrait pas se produire dans l'assurance-maladie?

M. DEMERS: Me permettriez-vous une dernière remarque puisqu'on parlait d'assurances, de taux et de primes? Un dommage matériel qui, il y a cinq ans, coûtait à un assureur en réparation \$100, le même dommage matériel aujourd'hui est plus que doublé, parce qu'il y a cinq ans, les débosseurs dans les garages organisés nous chargeaient pour réparer le dommage, \$2.50 de l'heure. Aujourd'hui, avec les conventions collectives qui existent, ça nous coûte dans les grands garages, dans les grands centres où il y a des conventions collectives, \$6 de l'heure pour un simple débossage.

M. MARLER: Pensez-vous que le débossage médical va coûter...

M. RENAUD: Dans le même sens de ce que l'on vient de discuter, là, je suis au courant moi-même que vous avez eu une mauvaise expérience en assurance-automobile et que même certaines compagnies sont obligées de prendre les revenus de leurs investissements pour payer des déficits.

M. DEMERS: C'est exact.

M. RENAUD: C'est pour en venir à la question suivante: est-ce que certaines compagnies ont eu la même expérience dans l'assurance-maladie?

M. ASSELIN: C'est ça qui nous intéresse, nous autres. Si les compagnies dans l'assu-

rance-maladie ont la même expérience que dans l'assurance-automobile, est-ce qu'il n'y a pas de danger que les primes montent à un niveau qui peut devenir prohibitif pour des salaires moyens? C'est ça qui nous intéresse, c'est pour ça que j'ai amené cette question-là, ce n'est pas pour avoir tout un développement sur l'assurance-automobile.

M. DEMERS: C'est parce qu'évidemment, je ne connais que l'assurance en général.

M. RENAUD: Non, mais l'expérience que vous avez eue en assurance-automobile a été malheureuse, depuis quelques années, est-ce que vous connaissez des compagnies d'assurance pour la maladie qui ont eu une expérience analogue, même si elle n'était pas aussi prononcée, mais une expérience analogue où les bénéficiaires des compagnies d'assurance dans l'assurance-maladie auraient été tellement peu intéressants que ce ne serait pas leur meilleur ligne en tous cas d'assurance? Est-ce que l'on peut avoir une réponse sur ça?

M. DEMERS: Je ne pense pas que...

M. RENAUD: Bien, on va demander à M. Létourneau, s'il peut nous le dire, je ne sais pas. J'en demande peut-être trop.

M. LETOURNEAU: Je m'excuse, M. le Président, j'aimerais que la question me soit résumée à nouveau, je croyais que M. Demers allait y répondre...

M. RENAUD: Dans l'assurance-automobile, les compagnies ont une mauvaise expérience.

M. LETOURNEAU: Oui.

M. RENAUD: Tellement qu'il y a certaines compagnies qui ont fait des déficits et qui sont obligées de prendre les revenus de leurs placements pour combler les déficits. Cela je sais que c'est un fait et je pense que M. Demers va me le confirmer.

Les mêmes compagnies font de l'assurance-maladie, est-ce qu'il y a eu des compagnies qui ont eu des expériences malheureuses dans l'assurance-maladie?

M. LETOURNEAU: M. le Président, sans doute qu'il y en a eu, maintenant je ne crois pas que ce soit, ce n'est définitivement pas la même situation qui se produit dans l'assurance-maladie que dans l'assurance-automobile, parce qu'évidemment toute comparaison est boiteuse.

Les causes des accidents automobiles ne sont pas les mêmes que celles des maladies. Alors, je pense bien que l'on ne peut pas pousser trop loin la comparaison. Le seul endroit où on voulait établir la comparaison, c'était dans une mesure législative, qui assurerait une répartition des mauvais risques.

M. RENAUD: M. Létourneau, ce n'est pas une thèse que je veux, là, c'est dans les faits eux-mêmes, dans les résultats des compagnies, dans ce genre d'assurance-maladie.

M. LETOURNEAU: Je ne le crois pas.

Voici, messieurs, peut-être qu'il y aurait moyen, je ne suis pas au courant de la définition des taux dans les compagnies d'assurance, mais par contre il y a certains plans d'assurance qui existent qui sont connus d'à peu près tout le monde, comme la Croix Bleue, par exemple. Vous remarquerez que les taux sont ajustés régulièrement pour permettre de payer les réclamations qu'ils ont. Alors, si vous avez remarqué depuis quelques années, il y a des années où la prime a légèrement monté et d'autres années où la prime a légèrement baissé, et je crois que c'est une indication du niveau de prime qui doit être payé par l'individu pour protéger sa santé. Je ne veux pas dire qu'il y en a qui ont perdu de l'argent ou d'autres qui ont fait plus de profits, mais voici un organisme qui nivelle, si on peut dire, ses taux, suivant l'expérience, et la variation depuis quelques années peut avoir monté nécessairement. Je crois qu'il y a peut-être dix ou quinze ans, l'assureur réclamait à peu près \$6 ou \$7 par mois et aujourd'hui c'est peut-être rendu à \$9 ou \$10. Mais enfin ça c'est l'augmentation du coût de la vie, l'augmentation du coût des traitements, du coût hospitalier, arrive en ligne de compte. Cela c'est l'expérience que j'ai vue là-dedans.

M. ASSELIN: C'est restreint aux soins hospitaliers, n'est-ce pas?

M. LETOURNEAU: Mais enfin, ça c'est la protection qui existe dans ces compagnies-là, et voici ce qui arrive. Maintenant, d'ici dix ans, que le coût double dans les hôpitaux et que les honoraires des médecins puissent être justifiés à s'élever aussi, alors, nécessairement les primes changeront, mais les gens gagnaient autrefois \$0.45 l'heure comme base; aujourd'hui, ils en gagnent \$2.50, alors ça c'est relatif.

Maintenant voici, messieurs, je devrais faire une remarque, c'est que suivant certaines questions que nous avons eues du comité, il a

semblé quelquefois que l'on pouvait laisser entendre que la Chambre de commerce ne s'intéressait pas beaucoup à la santé. Ce que nous vous suggérons, messieurs, ce n'est pas de ne pas voir à la santé, et de ne pas donner une priorité à la santé, mais un mode qui fait que nous pourrions protéger nos gens d'une façon adéquate, sans pour ça que le gouvernement prenne la responsabilité totale pour tous ceux qui veulent ou ne veulent pas se protéger. Cela pourrait s'appliquer aussi bien à ceux qui ne veulent pas payer leur loyer qu'à ceux qui ne veulent pas payer leur assurance-vie. Combien est-ce qu'il y en a des gens qui laissent des familles dans le besoin, parce qu'ils ont senti que l'assurance-vie ce n'était pas pour eux? Est-ce que le gouvernement va arriver aujourd'hui et va payer une assurance-vie à tous les gens qui vont mourir? Alors, messieurs, il y a une chose qu'il ne faut pas oublier, c'est que nous préconisons que le citoyen du Québec protège sa santé, par contre ceux qui ne peuvent pas se protéger eux-mêmes, le gouvernement y verra, mais ceux qui peuvent le faire eux-mêmes, qu'ils y voient. Si vous n'avez pas besoin d'assurance, vos revenus vous permettent d'avoir soin de vous et de votre famille, sans assurance, vous êtes entièrement libre, mais quand on a parlé tantôt de certains pourcentages, comme 43%, eh bien écoutez il y en a énormément dans ce groupe-là de gens qui n'ont pas jugé bon de s'assurer et qui pourraient le faire, alors ce sont des choses que le gouvernement doit prendre en considération. On ne doit pas dire que les citoyens du Québec doivent attendre après le gouvernement pour avoir soin d'eux, du moment où il naît jusqu'à ce qu'il meure, qu'il n'ait qu'à s'asseoir et attendre qu'on ait soin de lui. Je crois que le citoyen du Québec a encore assez de coeur au ventre pour dire: Aujourd'hui, ma santé, c'est quelque chose d'important, et avant de voir à des dépenses secondaires, je dois payer une prime d'assurance. S'il a les moyens de le faire, je crois que c'est tout à fait juste qu'on le laisse faire, s'il n'a pas les moyens de le faire, alors, messieurs, vous êtes au gouvernement, c'est à vous d'y voir.

M. ASSELIN: C'est un principe qui se tient bien.

M. RENAUD: Le principe est simple, il n'y a pas d'erreur.

M. LETOURNEAU: M. le Président, je voudrais donner une information au comité. Tantôt on m'a dit que le gouvernement français ne contribuait pas à l'assurance-santé. A la page 48

du volume 4 du rapport du comité de recherches, sur l'assurance-santé, on lit ceci, en parlant de l'assurance sociale en France, c'est qu'on prévoit pour 1965 un déficit estimatif de 2,472,000,000 de francs. Qui a payé ça, si ce n'est pas le gouvernement?

M. le Président, je tiendrais aussi à faire remarquer que le principe que nous mettons de l'avant par la formule que nous préconisons, nous apparaît être très conforme avec la politique avouée du gouvernement, par le ministre du Bien-Etre social et de la Famille en matière de bien-être social, et cette politique si nous l'avons bien comprise, est la suivante: Il est plus important pour le gouvernement d'aider les citoyens à devenir productifs que de les encourager à ne pas l'être. Il faut que, d'après ce que j'ai compris de la politique, le gouvernement aide les citoyens dans le besoin à s'aider eux-mêmes, c'est-à-dire les réhabilite, ceux qui sont dans une situation difficile. Il y a des raisons pour ça, peut-être des raisons de santé, peut-être des raisons de capacité de travailler, etc. Alors, la politique avouée du gouvernement de la province de Québec établie, énoncée récemment est à l'effet qu'il faut aider le citoyen à s'aider lui-même, il faut que les sommes investies dans le bien-être social contribuent à réhabiliter le citoyen et le mettent en position de mieux se subvenir à lui-même. Alors, la question suivante que nous nous posons c'est: est-ce que donner l'assurance-santé à tout le monde, c'est l'investissement le plus rentable dans cette optique? Nous croyons que des investissements qui favorisent par exemple des salaires plus élevés, par la venue de nouvelles industries, des investissements qui favorisent des salaires plus élevés par une meilleure compétence de la main-d'oeuvre, c'est-à-dire avec une meilleure éducation, sont de nature indirectement à améliorer la santé des citoyens parce qu'ils vont donner aux citoyens des moyens supplémentaires pour se protéger dans ce domaine-là, et s'il a un meilleur revenu le citoyen peut se prémunir plus facilement, se protéger plus facilement, acheter plus facilement des primes d'assurance-santé, et la catégorie de ceux qui sont dans le besoin va diminuer proportionnellement si les gens sont mieux éduqués. La preuve a été faite, d'ailleurs, que la majorité des gens en chômage étaient des gens qui n'avaient pas d'instruction.

M. RENAUD: M. Létourneau, si je comprends bien, vous voulez que le rôle de l'Etat demeure strictement supplétif, c'est ça?

M. LETOURNEAU: Absolument.

M. GREGOIRE: M. le Président, j'aimerais ajouter une remarque, si vous le permettez. Quand on mentionne que la Chambre de commerce semble exagérer le coût de l'assurance-santé, je crois que, sans l'exagérer, nous avons raison d'être inquiets jusqu'à un certain point, parce que nous avons vécu des expériences, nous sommes dans le domaine de l'assurance-hospitalisation et dans bien d'autres domaines, je crois bien, depuis un certain nombre d'années où son volume a été augmenté dans la province, où on imagine un certain coût qui est basé sur une certaine spéculation, éduquée si vous voulez, mais dans les faits, ce coût-là est souvent multiplié par deux, par trois, et par quatre. Alors, je crois que c'est certainement une politique de prudence de s'y engager graduellement. Or, ayant accepté que la santé est une priorité — la Chambre le reconnaît — comme il y a aussi d'autres priorités, il faut accepter le fait qu'on ne peut pas tout faire en même temps, de la même façon qu'on ne construit pas toutes les routes en même temps, qu'on n'applique pas toutes les réformes en même temps dans l'éducation. Je crois qu'il faut reconnaître qu'on ne peut pas, dans le domaine de la santé, tout faire en même temps.

Alors, on veut passer d'une situation qui est celle d'aujourd'hui pour d'un seul coup en venir à une situation idéale. Or, si nous préconisons que l'on vise d'abord à satisfaire les gens qui sont dans le besoin, c'est que justement ça constituerait là une politique prudente parce que d'établir un plan universel à mon sens, c'est une politique sans retour, en aviation c'est passé le «point of no return». Alors, si on peut se rappeler les politiques du gouvernement et celles de l'Opposition si elle était au pouvoir, on peut, évidemment il y a une hypothèse que l'on peut débattre longtemps... Alors, si on se penche sur les politiques préconisées par le gouvernement dans les domaines économiques et autres, eh bien! on peut prévoir que, dans un avenir rapproché, il y aura plus de gens dans le besoin au Québec. Cela peut paraître utopique ce que l'on dit actuellement, mais au rythme où les salaires sont augmentés, au rythme où tous les groupes d'employés deviennent des syndiqués — puis du simple fait qu'ils deviennent syndiqués, ils tombent dans des plans d'assurance-groupe qui couvrent justement la protection que le gouvernement veut offrir à ces ouvriers-là — à ce moment-là, on peut se demander si c'est une course, si c'est une com-

pétition, entre le gouvernement et les syndicats pour offrir le plus rapidement la protection au sujet de la santé aux employés de la province. Je crois que, dans l'évolution actuelle de la province, ce serait sage pour le gouvernement de ne pas s'engager dans une politique sans retour, de s'y engager graduellement, puis on pourra voir que, si l'essor économique connaît les succès qu'on prédit au Québec, dans un avenir assez rapproché il n'y aura plus de gens dans le besoin ou le pourcentage, de toute manière, diminuera progressivement, et je crois que c'est à souhaiter.

M. LE PRÉSIDENT (M. ROY): Messieurs, j'aimerais attirer votre attention. M. Létourneau a déclaré tout à l'heure que, dans l'ensemble, les assurances sociales on prévoyait en France un déficit estimatif à au-delà de 2 milliards de francs pour 1965. Cependant, je lui demanderais de retourner au volume 4, régime d'assurance-maladie de certains pays, à la page 44 où il est question de financement. Il est dit: « Les ressources sont assurées essentiellement par des cotisations des travailleurs et des employeurs. L'Etat n'intervient en pratique dans le financement que pour consentir des avances remboursables à la caisse nationale de sécurité sociale en vue d'assurer la solvabilité des organismes et remédier à l'insuffisance des cotisations de certains groupes tel qu'étudiants et les victimes de guerre ». C'est réellement une avance que le gouvernement fait aux caisses de sécurité sociale.

M. LETOURNEAU: Mais, permettez-moi de signaler que ça me semble être un principe semblable à celui de la caisse de l'assurance-chômage et, quand la caisse d'assurance-chômage tombe en déficit, c'est le gouvernement qui la finance, alors c'est toujours de l'argent qui sort de la poche des contribuables. Mais, de toute façon, que cet argent-là soit perçu des contribuables sous forme d'impôt, c'est-à-dire qu'on le prenne au fonds général, qu'on prenne là ces 2 milliards quelques cents millions de francs, qu'il va falloir de toute façon qu'on verse — parce que si les contributions ne sont pas suffisantes, il va falloir le trouver en quelque part cet argent-là, — alors on va le prendre dans le fonds général, donc on va le prendre à même les taxes. Mais, que ce soit payé sous forme de taxe, ou sous forme d'une contribution directe de l'individu, c'est toujours de l'argent qui sort de la poche de l'individu pour un système étatique, pour un système obligatoire, pour un système où le gars n'a pas le choix. Sa liberté d'y contribuer ou non n'existe pas, il est obligatoire, il est

étatique. Alors ce sont des ressources qui sont gelées, qui sont automatiquement, et d'avance, orientées dans ce sens-là.

M. LE PRESIDENT: M. Garon, je vous remercie d'être venu vous faire entendre devant le comité conjoint et aussi les membres qui vous ont accompagné, pour toutes les informations que vous nous avez fournies, qui complètent sûrement le mémoire que vous nous avez soumis. Je vous en remercie.

Le comité est ajourné à demain matin à dix heures trente.

M. CARON: Alors, M. le Président, messieurs les membres du comité, vu notre infériorité en nombre, comme vous avez pu le constater, il a fallu être agressif. Félicitations, messieurs, pour le travail considérable que vous avez accompli. Merci pour la façon dont vous nous avez reçus, il a été très agréable de discuter avec vous tous. Nous sommes conscients de l'importance du problème que vous avez étudié et nous sommes entièrement confiants que vous saurez recommander la meilleure solution compte tenu du contexte économique dans lequel nous vivons et les besoins des citoyens.

Nous vous assurons d'avance de toute notre collaboration si le besoin s'en fait sentir.

M. LE PRESIDENT: Merci, monsieur.

(à suivre)