Document généré le 15 juil. 2025 10:08

Études d'histoire religieuse

L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec (1939-1960)

Aline Charles, François Guérard et Yvan Rousseau

Volume 69, 2003

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1006701ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1006701ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Société canadienne d'histoire de l'Église catholique

ISSN

1193-199X (imprimé)
1920-6267 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Charles, A., Guérard, F. & Rousseau, Y. (2003). L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec (1939-1960). *Études d'histoire religieuse*, *69*, 29–49. https://doi.org/10.7202/1006701ar

Résumé de l'article

Un grand débat marque le système hospitalier québécois durant les années 1939 à 1960 : celui de l'accessibilité aux soins. L'Église catholique,principal maître d'oeuvre des services hospitaliers, privilégie alors la mise en place d'un régime d'assurances-hospitalisation obligatoire qui serait confié aux assureurs privés plutôt qu'à l'État. À ce jour, les historiens québécois ont fait peu de cas de l'activité des assureurs dans le champ de la santé. C'est en tenant compte de celle-ci que cet article entend jeter un éclairage nouveau sur la situation de l'Église dans le système hospitalier de même que sur ses prises deposition quant à la démocratisation de l'accès aux hôpitaux.

Tous droits réservés © Les Éditions Historia Ecclesiæ Catholicæ Canadensis Inc., 2003

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

SCHEC, Études d'histoire religieuse, 69 (2003), 29-49

L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec (1939-1960)[1]

Aline Charles
François Guérard
Yvan Rousseau[2]

Résumé : Un grand débat marque le système hospitalier québécois durant les années 1939 à 1960 : celui de l'accessibilité aux soins. L'Église catholique, principal maître d'œuvre des services hospitaliers, privilégie alors la mise en place d'un régime d'assurances-hospitalisation obligatoire qui serait confié aux assureurs privés plutôt qu'à l'État. À ce jour, les historiens québécois ont fait peu de cas de l'activité des assureurs dans le champ de la santé. C'est en tenant compte de celle-ci que cet article entend jeter un éclairage nouveau sur la situation de l'Église dans le système hospitalier de même que sur ses prises de position quant à la démocratisation de l'accès aux hôpitaux.

Abstract : Between 1939 and 1960, there was a lively debate in Quebec concerning access to hospital services. Catholic Church, owner of the majority of hospital beds, advocated the implementation of a compulsory insurance system administered by private companies, and not by the State. To this day, Quebec historians have nearly forgotten to include in their studies private insurers' activity relative to health. It is by introducing such activity that this

[1] Nos remerciements vont au Conseil de la recherche en sciences humaines et au Hannah Institute for the History of Medicine qui ont manifesté leur appui à cette recherche. Nous avons également une dette importante envers Sophie Bérubé, France Bourassa, Camille Cossette-Girard, Marie-Ève Lachapelle, Julie Noël et Sonia Paradis qui se sont acquittées avec diligence du travail de dépouillement des sources.

[2] Yvan Rousseau est professeur au Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Trois-Rivières et membre du Centre interuniversitaire d'études québécoises. Il y mène des travaux dans une perspective de sociologie historique sur les mouvements sociaux, les institutions financières québécoises et l'histoire sociale de l'assurance.

Aline Charles est professeure au Département d'histoire de l'Université Laval et membre du Centre interuniversitaire d'études québécoises. Situés dans le champ de l'histoire des femmes, ses travaux s'intéressent surtout aux dimensions de genre que recèlent les histoires du travail, des hôpitaux et de la vieillesse dans le Québec du XXe siècle.

François Guérard est membre associé du Centre interuniversitaire d'études québécoises. Il consacre ses recherches à l'histoire de la santé, particulièrement en ce qui a trait à l'hygiène publique et aux hôpitaux.

paper intends to shed new light on the positions of the Catholic Church in the hospital system, and on her views concerning hospitals' access democratization.

Introduction

Jusqu'à la décennie 1960, l'Église catholique québécoise continue de jouer un rôle prépondérant dans l'offre des soins aux malades, qu'elle définit d'ailleurs comme l'une de ses principales œuvres sociales. Dès les années 1930, elle est emportée, un peu malgré elle, dans un long débat autour de la question de l'accessibilité aux services hospitaliers. Seule l'instauration d'un régime d'assurances obligatoire paraît en mesure d'ouvrir à tous les portes de l'hôpital. Mais quelle forme doit-il prendre ? Un peu partout en Occident, à l'exception des États-Unis, les régimes publics sont préférés aux régimes privés, tandis que l'idée de « justice sociale » tend de plus en plus à se définir autour d'un État plus interventionniste. Cette éventualité, il va sans dire, n'est pas sans inquiéter le clergé québécois qui voit dans l'étatisation de l'assurance-hospitalisation une première étape vers l'étatisation complète du système de santé.

Suivant une position historiographique longtemps dominante, le rôle encore prépondérant de l'Église et la gestion conservatrice du gouvernement Duplessis dans l'après-guerre expliqueraient, au Québec, une prise en charge plus « tardive » des services sociaux et de santé par l'État provincial[3]. Dans ses différentes variantes, cette posture d'analyse privilégie des approches valorisant le particularisme québécois : la place de tout premier plan qu'occupe ici l'Église dans le système hospitalier est propre au Québec. Sans nier cette singularité, il importe maintenant de reprendre la question en intégrant mieux les mouvements de fond qui s'expriment à l'échelle continentale et traversent le système hospitalier québécois. La

[3] Dans une perspective large, la littérature est abondante sur cette question. Pour un aperçu général, on peut se reporter à la synthèse qu'ont proposée Kenneth McROBERT et David POSGATE : *Développement et modernisation au Québec*, Montréal, Boréal Express, 1983. Plus près des préoccupations de cet article, signalons, par exemple, l'ouvrage d'Yves VAILLANCOURT qui s'est montré particulièrement sévère à l'égard du gouvernement de l'Union Nationale et a souligné les résistances de l'Église catholique (*L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960,* Les Presses de l'Université de Montréal, 1988). Mentionnons également l'étude de Frédéric LESEMANN qui avait dénoncé l'alliance entre le clergé et la petite-bourgeoisie dans *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec,* Laval (Québec), Editions coopératives Albert Saint-Martin, 1981. De façon plus générale, les historiens de l'Église catholique au Québec ont montré que celle-ci tenait « à son contrôle en ces domaines » au point d'engager alors « une grande partie de son patrimoine dans la construction ou l'agrandissement de ses écoles, de ses collèges et de ses hôpitaux », comme l'a écrit Lucia FERRETTI dans *Brève histoire de l'Église catholique au Québec*, Montréal, Boréal, 1999.

position de l'Église dans le champ de la santé et ses prises de position sur la démocratisation de l'accès aux soins, voulons-nous montrer à travers le cas de l'assurance-hospitalisation, s'éclairent sous un jour nouveau lorsqu'on envisage l'importance grandissante d'un troisième acteur dont l'activité prend alors de l'ampleur dans l'ensemble des pays industrialisés : les assureurs privés.

Avant d'aborder les stratégies de l'Église en cette matière, il faut au préalable revenir sur deux grands contextes : 1- la place de l'Église dans le système hospitalier québécois et les problèmes financiers auxquels elle fait face, 2- celle des assureurs privés dans le marché de l'assurance-hospitalisation. La présentation de ces deux points précédera l'examen du discours et des pratiques de divers acteurs au sein de l'Église catholique.

I- L'Église : une position de force qui se fragilise

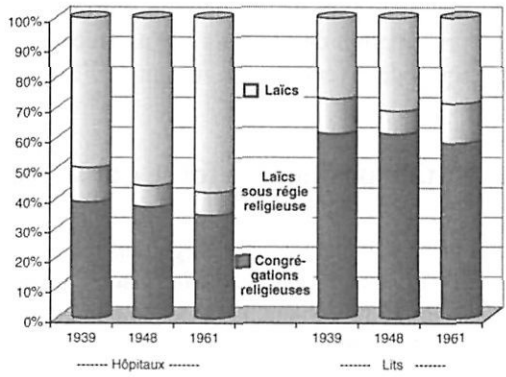
Par l'entremise principalement des congrégations religieuses féminines, l'investissement de l'Église catholique dans le système hospitalier québécois s'avère colossal. En 1939, ce sont 39 % des hôpitaux du Québec (tous genres confondus) qui appartiennent à des congrégations religieuses, pour 62 % des lits. Par la suite, les proportions d'hôpitaux et de lits sous l'autorité de l'Église s'abaissent un peu (graphique I)[4], mais ce recul demeure somme toute mineur : en 1961, les congrégations religieuses occupent toujours une position de force dans le système hospitalier. Vingt-neuf congrégations possèdent alors au moins un hôpital, pour un total de 104 établissements et de plus de 37 000 lits et berceaux. Cela représente 35 % des hôpitaux et 58 % des lits. De surcroît, 23 hôpitaux de propriété laïque sont sous la régie interne de congrégations. Si on les additionne à ceux dont elles sont propriétaires, on obtient 43 % des hôpitaux et 71 % des lits. En ne retenant que les établissements de désignation francophone, ces pourcentages atteignent même 54 % des hôpitaux et 85 % des lits. Contrairement à l'idée qu'on se fait généralement du système hospitalier de l'époque, les congrégations, bien que dominantes, n'y exercent donc pas un monopole.

[4] Les données présentées ici résultent d'une démarche de longue haleine confrontant les informations issues de nombreuses sources. Les listes d'hôpitaux d'époque sont toutes incomplètes. Aussi avons-nous reconstitué nos propres listes, elles-mêmes encore sujettes à des révisions mineures lorsqu'apparaît, par exemple, au détour d'une source, un petit hôpital de compagnie minière situé dans une région quasi-inhabitée.

Graphique I

Hôpitaux et lits de propriété religieuse ou laïque en 1939, 1948 et 1961[5]

	1939	1948	1961	1939	1948	1961
Congrégations religieuses	58	80	104	19083	22340	37032
Laïcs sous régie religieuse	17	15	23	3547	2745	8322
Laïcs	74	119	174	8276	11178	18053
Total	149	214	301	30906	36263	63407



Les congrégations sont présentes dans tous les types d'hôpitaux, généraux aussi bien que spécialisés comme les hôpitaux psychiatriques ou les sanatoriums antituberculeux, ou encore réservés à des clientèles d'hommes, de femmes ou d'enfants. Implantées un peu partout dans le Québec urbain de l'époque, elles desservent la majeure partie du territoire habité. Quelques congrégations propriétaires de plus de dix hôpitaux (sans compter ceux sis hors Québec) se sont même taillé de petits empires : les Augustines hospitalières de la Miséricorde de Jésus et les Sœurs de la Charité de Québec dans l'est du Québec, les Sœurs de la Providence sur l'île de Montréal et ailleurs[6].

---

[5] Principales sources du graphique : (Canada) Dominion Bureau of Statistics, *A Directory of Hospitals in Canada 1939*, Ottawa, Edmond Cloutier, 1939 ; *Annuaire médical de la Province de Québec*, Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, Montréal, 1942 ; Québec (Province), ministère de la Santé, Commission d'enquête sur les services de santé 1948, *Enquête sur les services de santé 1948, Tome VI, l'hospitalisation* ; Québec (Province), ministère de la Santé, *Dix-septième Rapport du ministère de la Santé pour l'année 1960 ;* Conférence catholique canadienne, Département d'action sociale, *Les hôpitaux dans la Province de Québec*, Ottawa, 1961.

[6] Pour obtenir en une seule démarche une vision précise de la répartition des hôpitaux par communauté, consulter : Conférence catholique canadienne, Département d'action sociale, *Les hôpitaux dans la Province de Québec*, Ottawa, 1961.

En sus des religieuses, quelques congrégations d'hommes sont actives dans le milieu hospitalier. Certaines sont propriétaires d'hôpitaux. Quelques jésuites, quant à eux, se font les porte-parole de l'Église sur les questions relatives à la santé. On les trouve comme auteurs d'articles d'opinion, à la tête d'associations d'hôpitaux catholiques, à la direction de l'École d'administration hospitalière ou de la revue *l'Hôpital d'aujourd'hui*, ou encore d'organismes pancanadiens comme la Canadian Hospital Association.

Bref, durant toute la période, le tableau de l'activité de l'Église catholique dans le domaine hospitalier s'avère imposant. Mais pour qui entend vraiment saisir la situation des congrégations religieuses hospitalières, il ne suffit pas de s'arrêter devant cette façade : il faut examiner la vie interne de l'hôpital, scruter les rapports qui se tissent avec un extérieur proche ou lointain... Il ressort alors une tout autre image de la puissance de l'Église dans le système hospitalier, une image qui n'est pas exempte de lézardes : entre 1939 et 1960, les congrégations voient les bases de leur pouvoir s'éroder constamment. Elles doivent en effet composer avec les pressions émanant de divers acteurs, dont certains sont puissants et réclament des changements.

Au premier chef, les médecins ont acquis une influence déterminante sur l'organisation des soins et des services. C'est en bonne partie suivant leur vision de l'hôpital que celui-ci s'est transformé depuis le début du siècle et continue de se transformer[7]. La médecine et l'hôpital sont désormais étroitement associés, de sorte que les religieuses gèrent des établissements dont la vocation curative éclipse de plus en plus la vocation charitable qui leur est chère. L'hôpital est devenu un lieu privilégié d'exercice pour la médecine. Ajoutons à cela que les succès thérapeutiques majeurs de l'après-guerre confèrent aux médecins un prestige, une légitimité qui pèsent lourd dans leurs requêtes adressées aux autorités hospitalières[8].

D'autres pressions s'exercent sur les religieuses. Ainsi, les hôpitaux publics comme ceux des religieuses subissent la concurrence d'hôpitaux

---

[7] Cette question a été abordée par plusieurs auteurs, notamment dans diverses monographies d'hôpitaux. Voir notamment : Normand PERRON, *Un siècle de vie hospitalière au Québec. Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1984 ; Denis GOULET, François HUDON et Othmar KEEL, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur, collection Études québécoises, 1993 ; François ROUSSEAU, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, tome 2 : *1892-1989*, Québec, Septentrion, 1994 ; François GUÉRARD, « Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 48, 3 (1995), p. 375-401 ; F. GUÉRARD, « La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945 », dans Normand Séguin, dir., *Atlas historique du Québec. L'institution médicale*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1998, p. 75-115.

[8] Par exemple, l'élimination de la tuberculose dans les pays industrialisés grâce aux antibiotiques a vivement frappé l'imagination des contemporains durant les années 1950.

laïcs privés, devenus très nombreux dans les années 1940 et 1950[9]. Généralement petits, ces derniers n'en attirent pas moins une clientèle payante qui génère des revenus dont les hôpitaux publics, aux prises avec des difficultés financières croissantes, auraient grandement besoin. Les congrégations religieuses se doivent par conséquent de satisfaire la clientèle payante en lui garantissant des services de qualité conformes à ses aspirations. Elles sont également orientées dans cette voie par la concurrence des hôpitaux publics anglo-protestants, réputés plus à l'avant-garde.

L'évolution de la composition du personnel hospitalier fragilise aussi la position des congrégations religieuses. Entre 1939 et 1960, les infrastructures hospitalières doublent en importance – d'environ 30 900 lits et berceaux à 63 400 – alors que l'État finance l'élargissement de l'offre de services[10]. Les congrégations sont certes heureuses d'agrandir ainsi leurs établissements ou d'en ouvrir de nouveaux. Mais ce développement provoque une croissance des besoins en personnel que la baisse du recrutement de nouvelles religieuses ne peut combler. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des chiffres précis à cet égard, on sait qu'une portion largement dominante du nouveau personnel est laïc.

Les religieuses gardent pour elles les postes de direction, contrecarrant ainsi les possibilités d'avancement et les aspirations d'un personnel laïc à la fois mieux formé qu'auparavant et plus nombreux. On peut supposer que plusieurs laïcs, notamment ceux dotés de diplômes, verraient d'un bon œil une réduction du pouvoir des hospitalières.

La laïcisation favorise également l'affirmation de revendications quant aux conditions de travail et aux salaires. Des syndicats d'employé(e)s d'hôpitaux apparaissent un peu partout durant les années 1940 et 1950. Il s'agit là d'une nouvelle voix dans le concert des acteurs en mesure d'influer sur les destinées de l'hôpital. Cette voix, les religieuses se doivent d'en tenir compte. Elles y sont d'ailleurs poussées par l'épiscopat[11], soucieux de favoriser le développement du syndicalisme catholique en même temps qu'inquiet de la mauvaise image que confère à l'Église le maintien de conditions de travail particulièrement désavantageuses dans les hôpitaux catholiques. La propagation, parmi la population, de pareilles opinions défavorables aux congrégations hospitalières est une préoccupation grandissante des directions d'hôpitaux.

---

[9] Nous estimons que le nombre de ces petits hôpitaux laïcs privés est passé de 38 en 1939 à 98 en 1961.

[10] Le programme fédéral de subventions à la santé nationale, initié en 1948, joue ici un grand rôle.

[11] Voir à ce sujet Lionel MOREAU, *Les relations employeurs-employés dans les services hospitaliers, région de Québec, 1932-1951*, Québec, Université Laval, 1951.

Enfin, les années 1940 et 1950 sont marquées par des problèmes financiers qui accentuent les pressions sur les propriétaires et les gestionnaires d'hôpitaux. Divers facteurs sont évoqués pour expliquer l'apparition ou l'aggravation de ces problèmes. La principale cause des déboires financiers des hôpitaux réside toutefois dans la croissance des frais de rémunération du personnel qui, durant les années 1950, en viennent à représenter plus que la moitié des dépenses de fonctionnement. Divers commentateurs(trices) d'époque attribuent cela aux hausses de salaires et aux réductions d'heures de travail obtenues par les employé(e)s de même qu'à l'embauche d'un personnel plus nombreux, plus qualifié et donc mieux rémunéré. Pour les congrégations propriétaires, qui auparavant réalisaient des économies substantielles grâce au travail non (ou peu) rémunéré des religieuses, la laïcisation accélérée du personnel représente vraisemblablement une lourde charge.

Ce qu'il importe de souligner ici, c'est que l'accroissement des déficits affaiblit les congrégations et les met en position de dépendance devant certains des acteurs qui participent au financement de leurs institutions : l'État[12] et l'assurance privée notamment. Des alliés de l'Église catholique, certains de ses membres aussi, réclament du gouvernement provincial qu'il adopte des mesures propres à alléger le fardeau financier des hôpitaux publics tout en préservant l'organisation générale du système hospitalier. Comme solution, ils en viennent à privilégier l'assurance obligatoire confiée à des assureurs privés. Avant d'examiner les motifs qui portent l'Église catholique à promouvoir l'assurance-hospitalisation privée, examinons maintenant comment celle-ci s'est développée au Québec.

II- De l'assurance volontaire à l'assurance obligatoire

Le marché privé de l'assurance contre la maladie et les accidents est encore peu développé lorsque surgit la Grande Crise. Le mouvement en faveur de l'assurance volontaire, porté depuis le XIXe siècle aussi bien par les compagnies que les grandes sociétés mutuelles, paraît s'essouffler. À plus d'un titre, les années 1930 sont l'occasion, pour plusieurs intervenants, de dresser un constat d'échec à l'égard du principe de l'assurance volontaire. Le constat est d'autant plus clair que la crise économique rend encore plus difficile l'accès aux soins de santé pour la majeure partie de la population,

[12] La dépendance des congrégations envers les gouvernements pour la construction et l'agrandissement des établissements est d'ailleurs parfois dénoncée durant les années 1950. Certains y perçoivent même un danger de collusion avec les autorités politiques. Voir Gérard PELLETIER, « Crise d'autorité ou crise de liberté ? », *Cité libre*, 2, 1-2 (juin-juillet 1952), p. 1-10 ; abbés Gérard DION et Louis O'Neill, *Le chrétien et les élections*, Ottawa, Les Éditions de l'homme, 1960.

celle que l'on désigne déjà sous le vocable de « classe moyenne ». La question à l'ordre du jour n'est plus de savoir si l'assurance volontaire est préférable à l'assurance obligatoire, qui vient tout juste de voir son principe reconnu dans le domaine des accidents du travail, mais bien de déterminer qui, de l'État ou de l'entreprise privée, est le mieux à même d'organiser le régime obligatoire.

Le rapport de la Commission des assurances sociales (1933) est particulièrement évocateur à cet égard. Dans une section du document intitulée « Faut-il une assurance obligatoire ? », les commissaires notent que les premiers témoignages de l'enquête avaient été évasifs sur cette question. Par contre, poursuivent-ils, les derniers témoignages sont « très affirmatifs, venus des hommes d'œuvres, des médecins, des chefs ouvriers. On peut dire que toutes les dernières séances tenues par la Commission ont révélé un consensus général en faveur de l'assurance obligatoire »[13].

Ce qui paraissait difficilement concevable dans le long débat des années 1920 autour de la création de la Commission des accidents du travail est désormais envisagé comme une possibilité, et même comme le point de départ des audiences publiques sur la question de l'accès aux soins de santé. En effet, la législation en matière d'accidents du travail entre 1925 et 1931 évolue en regard de la reconnaissance de trois principes, lesquels sont essentiels pour comprendre la teneur des débats et des enjeux relatifs à l'assurance maladie. D'abord, elle consacre la notion de responsabilité collective (dans ce cas-ci, celle des patrons). Elle institue par ailleurs le principe de l'assurance collective obligatoire, qu'elle définit comme moyen d'assumer cette responsabilité. La loi confie enfin à une Commission d'État le mandat d'instituer et de gérer une caisse d'assurance[14]. À plusieurs égards, la Grande Crise va constituer une charnière dans le travail social de définition et d'énonciation des questions relatives à l'assurance maladie. C'est au cours de cette période, en effet, que se redéfinit le cadre conceptuel et justificatif des débats publics sur l'accès aux soins de santé qui va prévaloir au moins jusqu'aux années 1960. Lorsque s'amorcent les travaux de la Commission des assurances sociales, il est donc déjà acquis pour plusieurs intervenants que l'État peut constituer une alternative valable au régime libéral d'assurance.

---

[13] Québec (Province), « Commission des assurances sociales de Québec, Septième rapport » dans *Commission des assurances sociales de Québec*, publié par ordre de l'Honorable ministre du Travail, 1933, p. 316.

[14] Québec (Province), Loi relative aux accidents du travail, 18 Geo V (1928), sanctionnée le 22 mars 1928, Section IV des garanties ; Loi des accidents du travail, 21 Geo V (1931), section VIII, « du fonds accident ».

Les assureurs privés, de leur côté, semblent avoir tiré des leçons de l'échec encaissé autour de la création de la Commission des accidents du travail. Dans la foulée des récriminations des associations ouvrières et des industriels, ne viennent-ils pas de voir le marché de la responsabilité patronale leur échapper au bénéfice de la nouvelle assurance d'État[15] ? Les années 1930 sont l'occasion pour eux de revoir leur stratégie qui s'était limitée jusqu'alors à promouvoir les vertus du régime libéral. Leur discours contre l'assurance obligatoire tend à être moins radical qu'il ne l'était auparavant. Plusieurs d'entre eux commencent à admettre les avantages d'un régime obligatoire d'assurance contre la maladie, mais d'un régime auquel ils seraient étroitement associés.

III- « Private enterprise performing a public service »[16]

La principale force du monde des assurances ne s'exerce pas sur la place publique, là où sont débattues les grandes questions de justice et de solidarité sociales. À vrai dire, les assureurs sont relativement discrets. En revanche, ils sont très au fait des expériences qui se déroulent ailleurs et ils agissent rapidement... La grande innovation des années 1930 et 1940 de ce point de vue réside dans l'introduction de nouvelles formules de prépaiement pour les soins de santé. Il s'agit d'un phénomène nord-américain qui, au départ, s'organise localement dans les grandes villes et qui donne lieu à l'apparition de sociétés spécialisées dans l'indemnisation de risques associés à la maladie[17]. Ces sociétés, qui déclarent offrir leurs services sans visée lucrative, présentent des différences importantes en regard des pratiques d'assurance commerciales.

D'abord, elles versent les indemnités pour les séjours hospitaliers non pas aux assurés, mais directement aux hôpitaux. Ensuite, elles ne font généralement affaire qu'avec des collectifs de travailleurs, via des plans d'assurance groupes, ce qui leur permet de réduire sensiblement leurs frais d'exploitation. Toute leur stratégie de recrutement, en fait, repose sur le plan d'assurance collective, lequel représente autour de 90 % des

---

[15] À ce sujet : « Les assurances d'ouvriers », *Le Devoir*, 18, 11 (15 janvier 1927), p. 3 ; « L'assurance d'État obligatoire », *Le Devoir*, 14, 140 (22 novembre 1930), p. 3.

[16] Dans le titre d'une conférence publique prononcée par E. D. MILLICAN, Executive Director Quebec Hospital Service Association, à l'occasion d'une assemblée de l'American College of Surgeons : « Group Hospitalization : Private enterprise performing a public service », Mount-Royal Hotel, Montréal, 17 mars 1944 (ANQ, Fonds du MCCIF / E-12).

[17] Robert CUNNINGHAM III et Robert M. CUNNINGHAM Jr., *The Blues. A History of the Blue Cross and Blue Shield System*, Northern Illinois University Press, Dekalb, 1997, p. 7-55.

adhésions[18]. Ces sociétés, il faut le souligner à nouveau, se définissent également par le caractère non lucratif de leurs opérations. La chose a son importance puisqu'elles parviennent ainsi à vaincre les résistances morales à l'idée de faire de la protection contre la maladie un commerce lucratif. Ajoutons enfin qu'elles négocient des ententes formelles avec les principaux intervenants du milieu de la santé et les patrons des établissements où sont recrutés les assurés : avec les hôpitaux par des contrats d'affiliation, avec les associations médicales par des ententes cadres, et avec les patrons pour le prélèvement à la source des cotisations aux régimes.

Au Québec, quatre de ces sociétés spécialisées vont voir le jour : Société nationale d'hospitalisation (près des milieux d'affaires francophones de Québec, inspirée du catholicisme social, 1930-1934) ; Société mutuelle d'hospitalisation (milieux francophones de Montréal, inspirée du modèle d'Associated Hospital Service of New York 1937-1944) ; Quebec Hospital Service Association (communément appelée la Croix Bleue, calquée sur le même modèle que la précédente mais initiée par le Montreal Board of Trade, 1942 ...) et, enfin, Les Services de santé du Québec (une initiative des milieux coopératifs et nationalistes de Québec, 1944-...). Les plus anciennes d'entre elles ne survivent pas aux années 1930, tandis que les deux plus jeunes connaissent une croissance très vive dans l'après-guerre. Mais, de ces deux dernières, la Croix Bleue est de loin la société dont la progression est la plus éclatante.

Après seulement trois ans d'activité, la Croix Bleue parvient à se hisser au troisième rang parmi les plus importants assureurs actifs sur le marché de l'assurance maladie, tout juste derrière Metropolitan Life. En 1950, elle domine largement ce marché, recueillant à elle seule 38 % des quelque 20 millions $ souscrits par les Québécois en assurance maladie. La société d'assurance maladie bénéficie, comme les autres, de la croissance économique d'après-guerre. Mais la clé de son ascension phénoménale réside dans des contrats exclusifs signés avec les directions hospitalières, l'appui massif obtenu de la part des dirigeants des grandes entreprises[19] et la caution que

[18] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Division de la recherche et de la statistique), *Assurance facultative contre les frais médicaux au Canada, 1955 à 1961*, Ottawa, Série des soins de santé, mémoire n° 27, mai 1963, p. 81. Les chiffres valent pour le Québec entre 1955 et 1961.

[19] Au départ, les attentes de la Croix Bleue à l'égard des entreprises ne tiennent qu'au prélèvement des cotisations d'assurance à la source. On peut donc comprendre l'enthousiasme affiché par les patrons d'entreprises à l'égard d'une formule d'assurance-groupe dans laquelle ils ne cotisent pas. À ce sujet : Herb L. McEvoy, Montreal Junior Board of Trade, à Dr. L. C. Gilvay, Secrétaire du Montreal Hospital Council, 25 mai 1940 ; Association d'hospitalisation du Québec, « Rapport annuel pour l'année finissant le 30 juin 1943 » ; James Wilson, président de Shawinigan Water and Power, à E. D. Millican, Executive Director Quebec Hospital Service Association, 22 novembre 1944. Tous ces documents proviennent des ANQ, Fonds du MCCIF/E-12.

lui apportent les médecins et leurs associations[20]. En comparaison de l'entreprise montréalaise, Les Services de santé du Québec font figure de nains, en 1950, avec un volume d'affaires 25 fois plus petit. L'écart entre les deux sociétés d'assurance se réduit considérablement par la suite : en 1960, la Croix Bleue récolte six fois plus de primes d'assurance que sa rivale de Québec[21].

À l'approche du milieu des années 1950, la croissance de ces régimes privés sans but lucratif ralentit : les rythmes d'adhésion de la population plafonnent, les plans deviennent plus onéreux et la concurrence offerte par les compagnies est plus vive.

Si la Croix Bleue et Les Services de santé du Québec (SSQ) sont les plus visibles dans le débat public d'après-guerre sur l'assurance hospitalisation, elles ne représentent que la pointe de l'iceberg. Ce marché est aussi convoité par plusieurs sociétés d'assurance commerciales. Entre 1935 et 1960, la valeur des primes versées par les Québécois aux assureurs privés pour se protéger contre les risques associés aux accidents et à la maladie passe de 1,4 à 94,5 millions $ (graphique II). En 1935, chaque Québécois dépensait en moyenne 0,50 $ annuellement pour se protéger contre les risques de blessure ou de maladie. En comparaison, il en verse 18,40 $ en 1960.

Dans les années 1950, les compagnies d'assurance « commerciales » accaparent une portion prépondérante de ce marché. Après la forte poussée de la Croix Bleue, elles parviennent à stabiliser leur part du marché autour de 70 % des primes souscrites au Québec. Ces compagnies disposent d'atouts importants (protection plus complète, incluant l'assurance-vie et l'indemnité de salaire) sur des concurrents, comme la Croix Bleue ou Les Services de santé du Québec, dont l'offre de services se ramène aux plans d'hospitalisation, de soins médicaux et chirurgicaux[22]. Le déploiement des activités de ces grandes compagnies dans ce marché repose également sur la formule

---

[20] L'appui est consenti en retour d'un respect intégral du principe de l'autonomie médicale et d'une représentation significative au sein des structures de direction de la société d'assurance. Sur ce dernier aspect, mentionnons la présence statutaire du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec (4 délégués), de l'Association médicale canadienne (3 délégués de la division du Québec), de la Montreal Medico-Chirurgical (1) et de la Société médicale de Montréal (1). Cette représentation médicale statutaire s'accroît à partir de 1952, passant de neuf à douze sièges. Il faut enfin ajouter que plusieurs autres médecins siègent à titre individuel à la Croix Bleue.

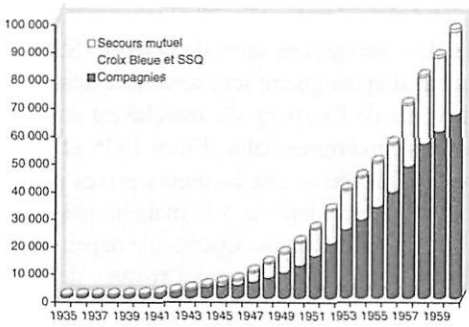
[21] Tous ces chiffres sont tirés des *Rapports annuels du Surintendant des assurances du Québec*.

[22] En 1960, par exemple, 59 % des clients des régimes d'assurance commerciaux jouissent d'une protection médicale complète en comparaison de 15 % pour les abonnés des régimes sans but lucratif. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Assurance facultative...*, p. 82-83.

Graphique II

Primes d'assurance contre la maladie et les accidents versées aux assureurs privés, Québec, 1935-1960 (000 $)

	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944
Compagnies	703	770	838	894	1037	1 175	1 471	1 901	2 613	3 463
Croix Bleue et SSQ								52	226	490
Secours mutuel	349	371	389	404	443	445	521	554	586	661
Total	1 052	1 141	1 227	1 298	1 480	1 620	1 992	2 507	3 426	4 614



Sources: Rapports annuels du Surintendant des assurances du Qu bec, 1936-1961; ANQ, Fonds du MCCIF / E-12.

des plans d'assurance groupe qui représente près des neuf dixièmes de leur volume d'affaires[23]. Il est stimulé par les gains du mouvement syndical arrachés aux entreprises en matière de protection sociale[24]. Ces régimes d'assurance collective offerts par les compagnies, comme ceux de la Croix Bleue et de SSQ, comportent une protection contre les frais hospitaliers[25] et constituent, comme nous le verrons plus loin, une source de revenus non négligeable pour des hôpitaux aux prises avec des déficits budgétaires récurrents.

Le fait que plusieurs de ces entreprises soient basées à l'extérieur du Québec de même que la proximité de la Croix Bleue avec les milieux d'affaires anglophones de Montréal contribuent à donner une coloration nationale aux débats sur l'accès aux soins de santé. Il s'agit d'un argument

---

[23] *Ibid.*, p. 81.

[24] En outre, les compagnies ont bien compris dans les années 1950 que des affaires intéressantes s'ouvraient à elles avec l'introduction, dans les conventions collectives, de toute une gamme d'avantages sociaux à frais partagés entre patrons et employé(e)s syndiqués. À ce sujet : Jules DORION, « Assurance-maladie. Où en sommes-nous ? », *Union médicale du Canada*, 90 (septembre 1961), p. 977-979.

[25] En 1954, par exemple, un peu plus de 60 % des polices d'assurance contre les frais hospitaliers sont émises par des compagnies commerciales. Voir « Les centrales ouvrières du Québec et l'assurance-santé », *Relations industrielles*, 13, 2 (avril 1958), p. 175-208.

que ne manquent pas d'évoquer les partisans de SSQ[26], auquel plusieurs membres du clergé ne sont sans doute pas insensibles. Mais les positions des congrégations hospitalières, comme nous allons le voir à l'instant, tiennent avant tout à des considérations très pratiques.

IV- Une Église bienveillante à l'égard des assureurs

En investissant le champ de la santé, les compagnies d'assurance croisent inévitablement les congrégations religieuses et les associations hospitalières catholiques. Fragilisée, l'Église n'en demeure pas moins incontournable à qui veut faire son entrée dans ce secteur, ce dont les assureurs tiennent compte tout au long des années 1940 et 1950. Loin de négliger la composante religieuse du système hospitalier québécois, leurs agents sillonnent donc la province pour offrir directement leurs services aux congrégations religieuses, rencontrent les exécutifs des regroupements d'hôpitaux confessionnels pour démontrer les avantages de leurs « plans » et... reçoivent un accueil très favorable.

Il faut cependant distinguer, d'un côté, les congrégations féminines qui gèrent des hôpitaux et, de l'autre, les associations hospitalières catholiques qui les regroupent[27]. Ces deux structures importantes du monde hospitalier confessionnel manifestent de manière différente leurs bonnes dispositions à l'égard des assureurs : tandis que les unes traitent avec les compagnies d'assurance à l'écart de la scène publique, les autres énoncent la position officielle de l'Église sur l'assurance-hospitalisation privée.

Beaucoup plus que les congrégations féminines, ce sont en effet les regroupements d'hôpitaux qui affirment haut et clair l'adéquation entre préceptes catholiques et logique assurantielle. Ce sont eux aussi qui en discutent les principes généraux et en font la promotion. Résolutions d'exécutifs, débats d'assemblées générales et articles de revues catholiques adoptent et diffusent ce message, le plus souvent d'ailleurs sous la houlette d'hommes d'Église actifs dans le monde hospitalier[28].

---

[26] Par exemple, en 1946, Pierre Vigeant explique pourquoi selon lui, Les Services de santé du Québec sont supérieurs à Quebec Hospital Service Association, même si cette dernière a précédé l'autre. Les « Services » sont une coopérative, dit-il, de sorte que les abonnés peuvent intervenir dans la façon dont ils sont gérés. Mais surtout, poursuit-il, « la première est contrôlée par les nôtres tandis que la seconde est dominée par l'élément anglais » (« La Croix Bleue et les Services de Santé », *Le Devoir*, 20 septembre 1946, p. 1). On trouve sensiblement les mêmes arguments dans *L'Action Nationale*.

[27] Par exemple : l'Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada, le Comité des hôpitaux du Québec, la Conférence des hôpitaux catholiques de Montréal et la Conférence des hôpitaux catholiques de Québec, l'Association patronale des services hospitaliers de Québec.

[28] Parmi les plus connus figurent les pères H.-L. Bertrand, É. Bouvier et M.-J. d'Anjou. Bertrand, en particulier, joue un rôle de premier plan dans le secteur hospitalier.

Il faut dire que les milieux religieux observent avec inquiétude les hôpitaux s'engager dans ce qui constitue selon eux un cul-de-sac. Le système séculaire alliant responsabilité individuelle, congrégations religieuses et charité paraît de moins en moins apte à rendre les hôpitaux accessibles tandis que l'éventualité d'une « socialisation des services hospitaliers » se profile avec une netteté croissante et menaçante[29]. Or, l'entrée en scène des assureurs offre une échappatoire. Des hommes d'Église proposent donc, puis réclament dès 1942 un système d'assurance hospitalisation que l'État rendrait obligatoire mais qui serait régi par des compagnies privées. Ils y posent cependant deux conditions : la « liberté » pour les assurés de choisir leur médecin, leur l'hôpital et leurs infirmières, d'une part, et d'autre part, la « liberté » pleine et entière des administrations hospitalières[30].

Toujours sur le plan des principes, l'Église voit d'autres avantages aux assurances privées. Celles-ci respectent au moins en partie la responsabilité que chaque individu doit assumer à l'égard de sa propre santé[31]. Elles ne remettent en question ni les administrations religieuses, ni la vocation charitable des hôpitaux. Elles représentent enfin un nouveau mode d'accès aux hôpitaux. La chose a son importance quand une partie de l'opinion publique critique les congrégations religieuses qu'elle accuse d'avoir rendu les soins hospitaliers inaccessibles à la « classe moyenne » tandis que « l'ouvrier et l'indigent » peuvent en bénéficier grâce à la loi de l'Assistance publique[32].

De leur côté et sur le terrain, les congrégations féminines ne tardent pas à faire affaire avec les assureurs. Une forte majorité des hôpitaux

---

[29] Comité des hôpitaux et Conseil des hôpitaux de Montréal, *Mémoire sur les problèmes hospitaliers présenté au nom des hôpitaux de la province de Québec à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels* par la Commission sur les problèmes hospitaliers formée des représentants du Comité des hôpitaux du Québec et du Conseil des hôpitaux de Montréal, Québec, janvier 1954.

[30] Health Insurance Committee of the Catholic Hospital Council of Canada, *The Catholic Hospital Council of Canada and Health Insurance. A Brief for Presentation Before the Select Committee of the House of Commons and the Senate of Canada*, 1943, p. 13.

[31] Les porte-parole religieux des associations hospitalières se résignent dès 1942 à prôner l'assurance obligatoire (plutôt que volontaire) mais insistent pour que celle-ci soit contributoire. Même obligatoire, un tel système permettrait selon eux de préserver une part de l'initiative individuelle et d'éviter qu'un État "paternaliste" prenne en charge la santé de tous lorsque l'individu peut se suffire en partie. Marie-Joseph D'ANJOU, sj, « Le progrès de nos hôpitaux », *Relations*, n° 116 (août 1950), p. 238-240. Hector-L. BERTRAND, sj, « Per transennam. L'assurance-santé », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 2, n° 7 (juillet 1956), p. 15-16. Health Insurance Committee of the Catholic Hospital Council of Canada (Chairman : Émile BOUVIER, sj), *The Catholic Hospital Council of Canada and Health Insurance. A Brief for Presentation Before the Select Committee of the House of Commons and the Senate of Canada*, 1943, 26 p.

[32] Comité des hôpitaux et Conseil des hôpitaux de Montréal, *Mémoire sur les problèmes hospitaliers...*, p. 56.

généraux appartenant aux communautés religieuses ou régis par elles s'affilient à la Croix-Bleue durant les années 1940[33]. Dès 1942, première année d'activité, c'est le cas de tous les grands hôpitaux publics montréalais : l'Hôtel-Dieu de Montréal, propriété des Hospitalières de Saint-Joseph, de même que les hôpitaux Notre-Dame et Sainte-Justine, propriétés de laïcs sous régie religieuse, sont du nombre. En 1944, les hôpitaux de Québec suivent le mouvement : l'Hôtel-Dieu, les hôpitaux Saint-Sacrement, de L'Enfant-Jésus et Saint-François d'Assise, tous de propriété religieuse, s'affilient. Il en va de même dans six centres régionaux. Par la suite, la progression des affiliations à la Croix Bleue s'avère foudroyante partout au Québec : en 1946 déjà, 70 % des hôpitaux généraux publics des communautés religieuses ont leur contrat avec la Croix bleue, un pourcentage rehaussé à 78 % en 1959, ce qui représente 81 % des lits.

Les liens entre les hospitalières et la Croix Bleue ne tiennent pas uniquement aux contrats d'accréditation ; ils se tissent au sein même des structures de représentation de la société d'assurance où elles agissent en leur qualité de dirigeantes d'hôpitaux. Si, au départ, la présence des religieuses se ramène le plus souvent à quelques sièges au sein des comités consultatifs, la refonte des structures de la Croix Bleue, en 1952, élargit de manière significative leur représentation, comme celle des médecins d'ailleurs. En 1955, par exemple, elles détiennent la totalité des six sièges réservés au Comité des hôpitaux du Québec. Certes, six sièges au sein d'une structure de représentation comptant une soixantaine de gouverneurs (dont 51 hommes), c'est bien peu... Mais cette délégation, à laquelle il faut ajouter trois autres religieuses siégeant aux comités consultatifs de Québec et des Cantons de l'Est, témoigne de l'intérêt que portent les hospitalières à la Croix Bleue[34]. Les religieuses en poste figurent parmi les intervenants les plus influents du monde hospitalier de l'époque[35].

Seule la présence de SSQ paraît tempérer l'adhésion des congrégations hospitalières à la société d'assurance montréalaise. Sur le plan des positions

---

[33] Sauf exception, seuls des hôpitaux généraux publics s'affilient à la Croix Bleue. Les listes d'hôpitaux affiliés ont été trouvées dans les rapports annuels de l'Association d'hospitalisation du Québec.

[34] Association d'hospitalisation du Québec, « Treizième rapport annuel pour l'exercice terminé le 31 décembre 1955 » (ANQ, Fonds du MCCIF / E-12, versement 1981-12-002).

[35] Mère Allard, par exemple, qui siège en 1955 à la Croix Bleue à titre de représentante du Comité des hôpitaux du Québec constitue une figure de proue du monde hospitalier des années 1930 aux années 1960 : elle occupe les postes d'hospitalière chef et supérieure de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de directrice générale des hôpitaux de la Congrégation des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph et de présidente de la Conférence de Montréal des Hôpitaux de la Province de Québec ; elle participe aussi à la fondation de l'Institut clinique de recherches de Montréal en 1952 et détient un « Fellow » de l'American College of Hospital Administration. Voir « Notre Hôpital », *Bulletin de l'Hôtel-Dieu de Montréal* (novembre 1969).

affichées sur la place publique, il existe en effet des affinités évidentes entre la coopérative de Québec et l'Église : toutes deux puisent au catholicisme social, leurs représentants se côtoient au sein des mêmes mouvements d'inspiration nationaliste et le clergé est reconnu pour ses accointances avec la formule coopérative. D'ailleurs, dès 1946, l'Association patronale des services hospitaliers de Québec, un regroupement des administrations d'hôpitaux catholiques, lui offre son appui[36]. Sur le plan des relations d'affaires, la documentation à notre disposition rend difficile l'analyse des liens directions hospitalières / SSQ de la même manière que nous l'avons menée pour sa rivale montréalaise. Il faut comprendre ici que tout le système d'assurance mis au point par la première a pour centre de gravité le « médecin-participant », tandis que la seconde privilégie l'hôpital affilié. L'examen du registre des membres entre 1946 et 1948 montre tout de même la place prépondérante des établissements sous contrôle religieux (graphique III), incluant les hôpitaux, dans la stratégie de recrutement de SSQ : près du tiers de ses assurés sont recrutés dans des établissements dirigés par le clergé[37]. Au demeurant, l'ampleur des affaires de SSQ au cours de la période à l'étude est sans commune mesure avec celle de sa concurrente. En dépit de la sympathie et de l'appui affichés pour SSQ, les hôpitaux des congrégations signent massivement des contrats d'affiliation avec la Croix Bleue. D'autres facteurs que les préférences fondées sur les parentés d'idées ont manifestement joué ici.

Plus ancrée dans les pratiques que dans les discours, l'attitude des congrégations religieuses féminines dévoile d'autres explications du soutien que l'Église apporte aux assureurs. La plus importante est tout simplement financière. Des patients assurés constituent une clientèle intéressante pour des hôpitaux dont les comptes impayés creusent les déficits[38] :

> La Société retire des avantages de la Croix Bleue. L'Hôpital qui accepte un souscripteur est immédiatement assuré d'être remboursé en entier pour les

---

[36] Déclaration d'appui de l'APSHQ, 24 octobre 1946, reproduite dans : Line OUELLET et Marc VALLIÈRES, *SSQ, Mutuelle d'assurance-groupe, 1944-1994. L'histoire d'un succès collectif*, Québec, SSQ, Mutuelle d'assurance-groupe, 1986, p. 142.

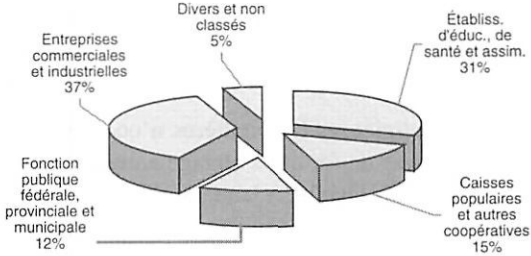
[37] On sait toutefois que la force d'attraction de SSQ réside dans l'aire de rayonnement de la ville de Québec et qu'elle s'affaiblit à l'approche de Montréal. Contrairement à sa rivale de Montréal, SSQ ne jouit que d'une présence très discrète parmi le personnel des moyennes et grandes entreprises, un marché rapidement conquis par Croix Bleue. Son marché de prédilection est constitué de petites entreprises à rayonnement régional, généralement exploitées par des patrons francophones.

[38] Ils éliminent la nécessité « de l'enquête financière à l'admission, et jusqu'à un certain point, rédui[sent] les mauvaises dettes et le coût de la collection ». *Congrès biennal, Procès-verbaux des assemblées du Bureau de direction de la Conférence de Québec de l'Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada*, Cahier II, juillet 1944, p. 95 (ANQM, Fonds de l'Association des Hôpitaux de la Province de Québec : P-271, boîte 1).

Graphique III

Distribution des groupes d'assurés de SSQ, 1946-1948 (nombre de membres)

Champ d'activité des groupes	Nombre de membres
Établiss. d'éduc., de santé et assim.	1 652
Caisses populaires et autres coopératives	816
Fonction publique fédérale, provinciale et municipale	646
Entreprises commerciales et industrielles	2 031
Divers et non classés	271
Total	**5 416**



Sources: à partir des données fournies par Line Ouellet et Marc Vallières, *SSQ, Mutuelle d'assurance-groupe, 1944-1994. L'histoire d'un succès collectif*, Québec, SSQ, Mutuelle d'assurance-groupe, 1986, p. 142.

services rendus. Cette façon de régler les comptes élimine l'enquête financière à l'admission et jusqu'à un certain point, réduit les mauvaises dettes et le coût de la collection[39].

De 1952 à 1958, d'après les données du Bureau fédéral de la statistique, entre 11 et 15 % des revenus issus de l'hospitalisation des patients dans les hôpitaux généraux des communautés proviennent de la Croix Bleue. Si on ajoute à ces revenus ceux fournis par d'autres « plans » collectifs ou contrats, les pourcentages oscillent entre 22 et 27 %. Les contrats d'assurance-groupes présentent d'autres avantages pour les hospitalières. Ils accroissent la demande de soins hospitaliers et favorisent par conséquent le développement de leurs établissements. Les congrégations semblent aussi apprécier le fait que le principe de l'assurance privée constitue un terrain d'entente entre elles et les médecins, surtout à une époque où ces derniers remettent

[39] *Ibid.* En 1960, les « mauvaises créances » représentent plus de 10 % des comptes dans les hôpitaux publics. Paul-Émile OLIVIER, « Administration et financement hospitalier », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, 6, 6 (Juin 1960), p. 54.

en question leur gestion. Les assureurs avaient d'ailleurs pris soin de montrer qu'ils respectaient, protégeaient même, la pratique médicale autonome.

Sur un tout autre plan, à titre d'employeuses cette fois, plusieurs congrégations signent avec les mêmes compagnies d'assurance des contrats collectifs pour leurs propres employés-ées et assument une part du coût de ces plans. Les institutions d'éducation et de santé constituent ainsi le deuxième groupe en importance des assurés SSQ en 1946-1948 (graphique III). La chose paraît moins anodine lorsque l'on sait que la main-d'œuvre hospitalière s'impatiente de plus en plus des conditions de travail pénibles qui lui sont imparties et que les syndicats gagnent du terrain.

IV- L'envers de la médaille

Le développement des assurances privées dans le secteur hospitalier ne présente pas que des avantages pour les congrégations religieuses : il les contraint à composer avec les nouvelles règles du jeu édictées par les compagnies, et les pousse aussi à modifier leurs pratiques administratives.

Sur ce plan, les religieuses hospitalières n'occupent pas toujours une position de force. Le bras de fer qui s'engage entre elles et la Croix Bleue au sujet de la clause d'exclusivité à laquelle doivent se plier les hôpitaux qui désirent un contrat d'affiliation en constitue un bon exemple[40]. Un avis juridique adressé par le ministère de la Santé au Surintendant des assurances avait d'ailleurs identifié, dès 1942, les velléités monopolistes contenues dans cette clause litigieuse :

> Nous sommes d'opinion que cet engagement d'une durée indéfinie (clause 7) est bien près d'être attentatoire aux droits généraux du commerce. Ces engagements, croyons-nous, rendront, en pratique, difficile pour ne pas dire impossible, la formation d'autres organisations similaires à buts identiques à ceux de l'Association [Croix Bleue]. N'est-il pas à craindre, en l'occurrence, que tout nouvel organisme de ce genre, désireux de fournir un service d'hospitalisation, se voie, une fois le marché de l'hôpital entièrement engagé au profit de l'Association, dans l'impossibilité de jouir de l'enregistrement et du permis que lui aurait accordé le service des Assurances[41].

Congrégations locales et regroupements religieux d'hôpitaux ont beau réclamer dès 1947 l'élimination de cette clause, rien n'y fait. Il semble

---

[40] Les clauses 6 et 7 de ces contrats d'affiliation stipulent : « L'hôpital s'engage, pendant toute la durée du présent contrat, à ne conclure aucune autre entente de nature similaire ou ayant des fins semblables à celles envisagées par le présent contrat, avec toutes autres personnes ou organisations dont les buts pourraient être semblables à ceux de l'Association [...] ». ANQ, fonds du MCCIF / E-12, versement 1981-12-002.

[41] Yvan Jodoin, conseiller juridique au ministère de la Santé et du Bien-être social, à Me Wheeler Dupont, conseiller juridique, Service des Assurances, 7 mai 1942, ANQ, fonds du MCCIF / E-12, versement 1981-12-002).

d'ailleurs que pour certaines administrations hospitalières, la clause agit comme un véritable repoussoir. Est-ce un hasard si, cette même année, les Sœurs Grises basées à Nicolet reviennent sur leur décision d'affilier leurs quatre hôpitaux à ces plans d'assurance-hospitalisation[42] ? Les Sœurs de la Charité de Québec affichent également une réserve à l'égard de la Croix Bleue : en 1959, seulement deux des huit établissements dont elles sont propriétaires adhèrent à ces plans. L'Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada, pour sa part, avait exprimé ses réticences dès 1946 en affirmant que « [...] ce qu'il faut empêcher, c'est l'accaparement, le trust, le monopole »[43].

Un autre exemple de ces contraintes assurancielles est offert par les politiques d'admission plus « contrôlées » auxquelles sont astreintes les hospitalières. Les assureurs – auxquels se joignent les voix du ministère de la Santé, des nouveaux spécialistes des écoles d'administration hospitalière et des dirigeants des associations d'hôpitaux – posent cette exigence afin de diminuer les « abus », la durée des hospitalisations... et, très probablement, les remboursements qu'ils versent à leurs assurés.

Bref, il y a un prix à payer pour les avantages de l'assurance privée et les hospitalières apprennent au quotidien que ces coûts se traduisent en termes de perte d'autonomie. Toutefois, s'il ne fait aucun doute que les assureurs imposent aux hospitalières de nouvelles manières de faire, à d'autres égards, ils se contentent d'accélérer des processus déjà en cours. Que des compagnies d'assurance privilégient les hôpitaux accrédités pour garantir des soins de qualité à leurs clients ne fait que renforcer un mouvement de fond existant. Que la Croix Bleue commande l'uniformisation des politiques de paiement ne fait qu'alimenter la vague de standardisation et de bureaucratisation qui déferle sur le secteur hospitalier tout entier.

Sans doute les congrégations renâclent-elles devant ces exigences qui entraînent des coûts, les obligent à embaucher un personnel supplémentaire, et les astreignent à réorganiser leurs services comptables. Mais d'un autre côté, elles appuient fortement la création de l'École d'administration hospitalière qui voit le jour à la fin des années 1940 pour, justement, uniformiser, formaliser et professionnaliser leurs méthodes de gestion.

---

[42] À l'hôpital Sainte-Croix de Drummondville, par exemple, on continuera de s'en remettre au plan d'assurance-groupe de Prudential Insurance offert par la compagnie Celanese à ses quelque 2500 employé-e-s. Source : Procès-verbaux des assemblées régulières du conseil local de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville, 3 février 1945, Fonds des Sœurs Grises à Nicolet.

[43] Assemblée générale, Procès-verbaux des assemblées du Bureau de direction de la Conférence de Québec de l'Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada, Cahier II, 3 et 4 septembre 1946, p. 124, ANQM, Fonds de l'Association des Hôpitaux de la Province de Québec : P-271, boîte 1.

Conclusion

Sans qu'il soit question de collusion ou d'alliance entre l'Église et les assureurs, on peut à tout le moins parler de convergence d'intérêts et de vues, une convergence qui se concrétise par des relations d'affaires soutenues et le transfert de montants importants des assureurs vers les hôpitaux. De toute évidence, les avantages de l'assurance-hospitalisation privée pour les congrégations religieuses valent bien qu'elles s'ajustent aux contraintes nouvelles qui leur sont imposées. Ces avantages leur ont-ils permis de « tenir » un peu plus longtemps ? À en juger par l'état des finances de leurs établissements, il ne semble pas. L'arrivée des assureurs privés n'a pas effacé les déficits qui, au contraire, ne cessent de croître durant les années 1950. En ce sens, le pari en faveur de l'assurance privée fait par les hospitalières, les porte-parole de l'Église, de nombreux médecins et plusieurs administrations d'hôpitaux laïques[44] n'a pas permis d'éviter l'étatisation du système hospitalier.

La discrétion des hospitalières sur la question des assurances privées, cependant, intrigue. Alors que plusieurs religieuses écrivent dans les revues hospitalières, aucune ne semble juger opportun de traiter ce sujet. Sur ces compagnies d'assurance qui modifient leurs modes de gestion, allègent leurs problèmes financiers et leur font espérer éviter l'étatisation, les congrégations religieuses se révèlent peu loquaces. Mais cela peut sans doute s'expliquer. Une étude du discours des religieuses dans le champ de la santé nous montrerait vraisemblablement que les questions se rapportant à la politique et aux grands choix de société sont, du moins sur la place publique, la chasse gardée des hommes, en l'occurrence les jésuites. À cet égard, le monde religieux ne se distinguerait guère du monde laïc de l'époque.

L'entrée des assureurs dans les hôpitaux modifie néanmoins radicalement les paramètres du débat qui se tient de 1939 à 1960 sur l'accessibilité aux soins de santé et l'éventuelle nécessité d'établir un régime d'assurances d'État. Partis d'un marché tout compte fait inexistant en 1935, les assureurs sont parvenus en une vingtaine d'années à se constituer une clientèle imposante. Le Québec, comme nous l'avons signalé précédemment, suit en cela le mouvement de fond qui déferle ailleurs en Amérique du Nord. Toutefois, des pans entiers de la population échappent aux assureurs. Dans les années 1950, ils augmentent en effet substantiellement leurs primes et la Croix Bleue abandonne son projet d'assurer à peu de frais les patients des

[44] Voir Mary Anne Farkas, *Navigating a course between Scylla and Charybdis : Quebec Voluntary Hospitals, the market and the State, 1940 to 1960*, thèse de doctorat (histoire), Université Concordia, 1998.

salles publiques, faute d'entente avec les associations médicales. Les régimes privés demeurent donc hors de portée pour beaucoup de petits salariés de la « classe moyenne », ni assez pauvres pour bénéficier de la Loi de l'Assistance publique, ni assez riches pour assumer les coûts d'hospitalisation croissants. Or, cet aspect occupe une place appréciable dans le discours des compagnies d'assurance. Pour l'Église aussi d'ailleurs, il s'agit d'un argument important pour répondre aux critiques de plus en plus acerbes sur les tarifs pratiqués par les hôpitaux catholiques. Sur la question de l'accessibilité, il y a donc lieu de parler d'un véritable échec de l'assurance privée. Il n'en demeure pas moins qu'en l'espace de trois décennies, celle-ci s'est révélée comme une pièce centrale du débat, et qu'aujourd'hui elle sent la situation propice pour regagner le terrain perdu[45].

[45] Kathleen Lévesque, « Santé : les assureurs sont prêts à prendre la relève de Québec », *Le Devoir*, vendredi 1er novembre 2002.