

Médecins, Hôpitaux et Sécurité Sociale

Volume 22, Number 1, 1954

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1103262ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1103262ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

(1954). Médecins, Hôpitaux et Sécurité Sociale. *Assurances*, 22(1), 20–35.

<https://doi.org/10.7202/1103262ar>

Médecins, Hôpitaux et Sécurité Sociale¹

20

Une conférence
Un mémoire
Une statistique
Une lettre

- I — Le médecin, ce méconnu, par le Dr Léon Gérin-Lajoie.
- II — Mémoire sur les problèmes hospitaliers.
- III — Une statistique: Survey of Accident and Sickness in Canada.
- IV — Une opinion: celle de l'usager.

I. — Le médecin, ce méconnu.

Le Dr Léon Gérin-Lajoie a fait une importante conférence récemment au Club des Anciens de Ste-Marie sur le « Médecin ce méconnu ». Nous en extrayons quelques pages qui ont trait à la Sécurité Sociale. Nous avons présenté ici des textes nombreux sur la question. Nous tenons à donner à nos lecteurs l'occasion de lire sur le sujet l'opinion d'un des Canadiens les plus actifs dans les milieux médicaux au Canada et à l'étranger.

« Fondée en 1947 à Paris, l'Association Médicale Mondiale a établi des normes d'éthique professionnelle et rajeuni le serment d'Hippocrate, qui ont reçu l'approbation de toutes les Associations-membres de l'époque, et auxquelles se sont engagées et s'engagent à souscrire, les pays dont les associations médicales nationales ont ou désirent adhérer à l'Association Médicale Mondiale.

« Outre les questions de l'enseignement médical, de la Pharmacopée Internationale, de la Presse Médicale Interna-

¹ Avec des commentaires de Jean Despé.

tionale, des Droits de l'Homme, de l'Exercice Médical dans les différents pays, le problème le plus brûlant dont s'occupe L'A.M.M. est sans contredit celui de la Sécurité Sociale. Dans ce domaine les médecins sont appelés à exercer leur art et à jouer un rôle de première importance dans la réalisation de leur idéal, le maintien et l'amélioration de la santé des individus. Dans tous les pays cette question fait l'objet d'une étude constante où se mêlent au problème actuariel, celui de l'administration en regard de l'exercice médical qui revêt un caractère professionnel et une éthique auxquels les législateurs et les travailleurs veulent imposer des vues que la profession médicale juge préjudiciable au bien-être de la population et contraire au but que la sécurité sociale veut atteindre.

21

« Pour ne parler que du dernier plan de Santé Nationale de Grande-Bretagne, qu'il suffise de dire que les opinions sont diversement exprimées selon les milieux. En général, la critique est plus vive contre la profession médicale qu'auparavant. On reproche la trop grande demande de soins, l'exigence des assurés, l'exiguïté et le manque de place dans les hôpitaux, la limitation de la prescription, l'impossibilité d'accorder à chaque cas le temps voulu pour en approfondir le diagnostic, l'abondance de certifications, de réquisitions, de paperasserie, et aussi et surtout l'incapacité du Gouvernement de rencontrer les sommes nécessaires pour défrayer le coût d'un tel système. Ce qui est plus grave, c'est l'exode des médecins anglais, parmi les jeunes surtout, qui ne voient dans le plan aucune chance d'avancement et aucune liberté d'action permettant la possibilité, par exemple, d'un déplacement en vue de l'amélioration d'une situation difficile.

« L'Association Médicale Mondiale a compris l'importance d'établir des principes bien définis à cet égard, et dès 1948, elle adoptait à Genève, une sorte de code en 12 points en regard de quelque projet que ce soit pour une assurance-santé. En voici la teneur :

I — Liberté pour le malade de choisir son médecin et liberté pour le médecin de choisir ses malades, sauf cas d'urgence ou d'humanité;

II — Pas d'interposition d'un tiers entre médecin et malade;

III — Lorsqu'un service médical doit être soumis à un contrôle, ce contrôle ne peut être exercé que par les médecins;

22 IV — Liberté pour le malade de choisir son établissement de soins;

V — Liberté du médecin d'exercer sa profession à l'endroit de son choix, et dans le cadre de la spécialité qu'il a choisie (et pour laquelle il est qualifié);

VI — Pas de restriction ayant trait à la médication nécessaire, ou au mode de traitement établi par le médecin, sauf abus reconnu;

VII — Représentation appropriée du corps médical dans tous les organismes officiels s'occupant du traitement des malades dans le cadre de la Sécurité Sociale;

VIII — L'Association Médicale Mondiale déclare qu'il n'est pas dans l'intérêt général que les médecins traitants soient des fonctionnaires recevant un traitement fixe, si l'on veut que des soins médicaux adéquats soient administrés;

IX — La rémunération des services médicaux ne doit pas dépendre directement de l'état financier des organismes d'assurance;

X — Tout système de sécurité sociale doit permettre la participation de tout médecin ayant droit d'exercice, mais aucun médecin ne doit être tenu d'y participer, s'il n'en a pas le désir;

XI — L'assurance-maladie obligatoire ne devrait fonctionner que pour les personnes ne pouvant elles-mêmes couvrir les frais inhérents aux frais médicaux;

XII — L'exploitation du médecin, des services du mé-

decin ou du public par une personne ou un organisme, ne peut être tolérée.

« Forts de ces principes adoptés par toutes les Associations-membres représentant plus de 700,000 médecins à travers le monde, la profession s'est mise à l'œuvre pour instruire ses membres d'abord, les dirigeants de leurs pays respectifs et le public en général, afin de préparer les esprits à la compréhension de ce problème.

« Que se passe-t-il au Canada ? Ici, il se joue un grand guignol, dont les médecins sont les pantins que l'on cherche à faire danser au bout de ficelles malajustées et enchevêtrées. Par malheur, les tireurs de ficelles ne s'entendent pas et les médecins sont écartelés, passés au crible, mis en bouillie. On prétexte l'insuffisance des services médicaux et leur coût élevé pour faire de ce sujet un cheval de bataille sur lequel s'échafaudera un programme politique. Les médecins reconnaissent l'importance de la complète distribution des bénéfices que peut procurer la science médicale. Ils encouragent l'évolution de méthodes d'administration des soins médicaux, sujettes toutefois, aux principes de base nécessaire au maintien des standards scientifiques et à la qualité des services rendus.

« Ils considèrent toutefois, qu'il n'est pas dans l'intérêt public, d'utiliser comme subterfuge pour virevolter tout l'ordre de la pratique médicale, la disparition de l'obstacle économique. Cette question est un objet en soi.

« Les médecins considèrent au contraire, qu'il est dans l'intérêt public, que les standards de l'enseignement médical soient constamment rehaussés, que la recherche médicale soit constamment augmentée et que l'enseignement complémentaire soit énergiquement développé. La médecine curative, la médecine préventive, l'hygiène publique, la recherche et l'enseignement médical sont tous des facteurs indispensables dans l'obtention et le maintien de la santé, du confort et du bonheur d'une nation.

« Comme corporation, les médecins ne se lient à aucun groupe ou parti et considèrent que le meilleur système sera probablement celui où l'ingérence politique aura le moins d'emprise... On parle d'assurance-maladie, d'assurance-santé, de médecine d'état. Seraient-ce des termes analogues, synonymes ? Evidemment non ! Et cependant, ils sont utilisés sans distinction, dans les conversations, dans les discours, dans les exposés. Grave erreur qu'il faut saper à sa base par la diffusion de la valeur exacte de chacun de ces termes.

« L'assurance peut se définir, la sécurité collective achetée par un groupe d'individus qui versent dans une caisse commune une somme quelconque la prime, basée sur le risque que l'on cherche à couvrir en cas de sinistre. L'individu ou les individus bénéficiaires se verront ainsi protégés par leur possibilité de prendre à même la caisse commune les montants nécessaires à défrayer le coût des dégâts causés par le désastre. L'assurance-vie, l'assurance-incendie, l'assurance-vol, l'assurance-feu sont les formes d'assurances les plus courantes. Des compagnies généralement responsables ont été créées pour recevoir les primes et administrer les fonds. Certaines d'entre elles assureront contre tout risque, le beau ou le mauvais temps, la naissance de jumeaux, la perte d'objets précieux, les inondations, etc., etc. D'autres assureront contre la maladie et les accidents, et s'engageront à défrayer les dépenses encourues selon la ou les variétés d'affections et/ou les frais d'hospitalisation et/ou les honoraires professionnels, etc., etc. Telle serait l'assurance-maladie.

« L'assurance-santé est une forme de protection des assurés contre les risques encourus non seulement par la maladie, mais également une protection contre les frais occasionnés par les obligations d'une médecine préventive bien comprise. Elle laisse aux individus le choix de leur médecin, qui serait en même temps aviseur médical et hygiéniste. Les

assurés versent à la caisse commune une prime calculée par des actuaires pour couvrir tous les risques.

« Selon un barème établi, le médecin se fait payer sa note d'honoraire par le client qui recourt ensuite à l'administration de la caisse pour remboursement. C'est la formule idéale. C'est en somme, la continuation de la forme actuelle de l'exercice de la médecine. Le médecin conserve sa dignité, son honorabilité, sa formule professionnelle.

« L'étatisation de la médecine impose, à un groupe déterminé d'individus, un médecin nommé par l'Etat. Le médecin reçoit de l'Etat un salaire fixe. Le médecin devient un fonctionnaire, soumis aux mutations des politiciens et des régimes, à la discipline routinière des employés civils secondaires, et à la réglementation d'administrateurs le plus souvent incompétents parce que non médicaux. Dans la médecine d'état toute la population est soumise à la même législation. Personne, riche ou pauvre, ne peut à sa discrétion choisir son médecin, son consultant, son spécialiste, son hôpital. Personne ne contribue directement à un fonds de santé. De ces trois formes d'exercice de la médecine, les médecins, comme médecins et citoyens s'opposent à cette dernière, car elle vient à l'encontre de la liberté des individus, et elle porte atteinte au droit privé. C'est en somme, l'application des principes d'un socialisme intégral à l'égard de la profession médicale et ses services auxiliaires.

« Dans l'idéal socialiste, la médecine d'état devient une formule négative. C'est l'abolition de la médecine comme art, c'est l'abolition de la médecine comme science, c'est l'abolition de la médecine comme profession, c'est l'abolition de la médecine comme vocation.

« Elle introduit entre le patient et son médecin, un tiers, en l'occurrence, l'Etat, qui s'immisce alors, non plus dans vos affaires, pour en dicter le genre, non plus dans votre commerce pour en fixer les prix, non plus dans vos entreprises pour y imposer des employés; non plus dans votre maison

pour en déterminer le loyer; mais dans l'intimité de votre famille, dans la réalité de votre corps physique, dans la subtilité de vos facultés morales, dans votre conscience même, par la mise au grand jour de secrets, comme nous l'entendons dire fréquemment, que vous n'oseriez dire, même à un prêtre.

26

« Réalisez-vous, vous les patients, le sens de liberté que vous perdrez ? Les pénalités possibles que vous encourez si vous ne vous faites pas traiter, les règlements vous ordonnant de vous rapporter à dates fixes pour examen ? La perte de vos droits et privilèges si choyés du secret professionnel, dans la rédaction de rapports médicaux ? Le point de vue criminel que devra prendre l'État pour toute négligence ou omission à suivre le traitement imposé pour rendre au patient la santé, dans le plus bref délai possible afin qu'il puisse retourner à l'ouvrage ? La diminution du prestige du médecin qui deviendrait un serviteur de l'État, perdant ainsi son indépendance si jalousement appréciée dans le passé par les patients et par le médecin lui-même ? Le contrôle de l'État sur la gouverne de nos institutions hospitalières ? L'emprise de l'État sur l'enseignement universitaire et les nominations professorales ?

« L'exercice de la médecine est double: il est une science; il est un art. Tandis que les médecins peuvent avoir une valeur égale quant à leurs connaissances scientifiques et leur habileté technique, l'art qu'ils apporteront dans l'application de cette science, comme individus, variera selon leur personnalité propre. C'est pour cette raison que certaines gens recherchent tel médecin plutôt que tel autre, et tout en respectant l'habileté et l'adresse et les connaissances de celui-ci, les patients nous confient que la personnalité et la compréhension de celui-là s'accroissent mieux à leurs sentiments.

« Il est nécessaire en médecine, pour obtenir des résultats satisfaisants, d'apporter au lit du malade beaucoup plus que l'habileté technique et la science que déploient les savants de

laboratoire. Ces derniers peuvent demeurer uniquement dans le monde des symboles. Au contraire, les médecins praticiens se trouvent en présence à la fois de la réalité concrète et des abstractions scientifiques... On leur demande le tour de force de construire une science du particulier. Ils ne remplissent vraiment leur rôle que s'ils devinent en leurs clients ce qui leur est personnel. Leur succès dépend non seulement de leur science, mais de leur habileté à saisir les caractéristiques qui font de chaque individu, un être humain. Au savoir, le praticien doit apporter le savoir-faire. Et la régimentation d'un nombre d'individus pour les forcer à recourir aux services d'un médecin qui ne serait pas particulièrement celui de leur choix, détruit immédiatement l'une des principales caractéristiques de l'art médical et de l'exercice de la médecine: la confiance. Pour cette raison, même s'il n'y en eût pas d'autres, il doit exister une liberté de choix entre le patient et le médecin et entre celui-ci et le patient.

« L'on fait miroiter devant les yeux du public les millions de dollars nécessaires à défrayer le coût de l'administration d'une assurance-santé en regard des sommes énormes à économiser par le service médical d'Etat. Il faut bien réaliser que l'amélioration de la santé de notre peuple, par l'établissement de services de santé adéquats, par quelque système que ce soit, nécessitera la dépense de sommes considérables. Encore faut-il avoir la garantie que les résultats ainsi obtenus seront à la hauteur de nos attentes. »



II. — Une solution permanente au problème des hôpitaux.

Nous arrêtons la citation du texte du docteur Gérin-Lajoie pour extraire du « Mémoire sur les problèmes hospitaliers »,¹ un projet de solution au problème hospitalier par

¹ Mémoire présenté à la Commission Tremblay par la Commission sur les problèmes hospitaliers, formée des représentants du comité des hôpitaux du Québec et du Conseil des hôpitaux de Montréal, p. 104.

l'organisation « d'un plan d'assurance hospitalisation obligatoire et contributoire régi par des sociétés privées ».¹

Voici comment les auteurs du mémoire s'expriment sur le sujet:

28

« Dans notre province, la classe moyenne est la plus considérable et représente au moins 65% de la population; la classe aisée comprend environ 15% et la classe pauvre 20%. D'une part, la classe riche a les moyens financiers pour faire face aux frais d'hospitalisation, et d'autre part, les indigents peuvent se prévaloir des avantages de la loi de l'assistance publique ou demander le secours des institutions. La classe moyenne est dans une situation désavantageuse. Elle ne peut défrayer des frais médicaux et d'hospitalisation coûteux surtout si la maladie se prolonge et par ailleurs, elle ne peut recourir à l'assistance publique.

« Les dirigeants des hôpitaux de la Province de Québec et particulièrement, les membres de notre Commission se rendent bien compte de la gravité de ce problème. Il s'agit en définitive de protéger surtout la classe moyenne contre les risques de la maladie et des frais d'hospitalisation tout en sauvegardant la liberté individuelle et en conservant aux institutions leur caractère charitable et bénévole.

« La solution qui nous semble la moins lourde de conséquence serait sans doute une meilleure adaptation des contrats d'assurance-maladie et d'hospitalisation aux besoins du public, et l'élargissement de la base des contrats existants d'assurance-hospitalisation pour permettre, à tous ceux qui le désirent, de s'assurer contre les risques de l'hospitalisation; nous avons en vue surtout les cultivateurs. Même sous un régime idéal cependant, peut-être 20% des gens ne pourraient s'assurer de ressources financières suffisantes.

« De plus, l'expérience a prouvé qu'il y a toujours une certaine proportion de la population indifférente à se pro-

¹ P. 131 — art. i.

téger contre tous risques; par conséquent, si la liberté de s'assurer était laissée aux individus, un grand nombre ne se protégerait pas.

« Nous savons que le gouvernement fédéral songe sérieusement à établir un programme national d'assurance-santé et il a l'appui de plusieurs organismes officiels.

« Le gouvernement de la Province de Québec qui s'oppose au plan fédéral est cependant favorable à une législation sociale provinciale incluant un plan d'assurance-santé.

29

« Nos institutions reconnaissent que tout plan d'assurance-hospitalisation, qu'il soit fédéral ou provincial, comporte certains dangers et ils savent que dans maints pays, la mise en marche d'un tel plan a amené la socialisation des services hospitaliers.

« Pour ces raisons, notre Commission est opposée à un plan d'assurance-hospitalisation sous l'égide de l'Etat. Elle favorise cependant l'établissement d'un plan d'assurance-hospitalisation contributoire pour tous les individus, régi par des sociétés privées.

« Notre Commission n'a pas en vue de présenter ici un plan défini d'assurance-hospitalisation, mais elle tenait cependant à faire une déclaration de principe et à établir ses positions. »



III. — Importance de l'assurance accidents et maladie au Canada.

Une étude, faite récemment sous les auspices de la All Canada Insurance Federation et The Canadian Life Insurance Officers Association, nous apporte quelques précisions sur le sujet. Voici deux tableaux d'ensemble qu'on consultera avec intérêt, croyons-nous. Ils indiquent le nombre de personnes assurées contre les accidents et la maladie au Canada et dans les provinces d'Ontario et de Québec.

SURVEY OF ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE IN CANADA

ESTIMATED NUMBER OF PERSONS INSURED (INCLUDING DEPENDENTS OF INSURED PERSONS),
1950, 1951 AND 1952 YEAR-ENDS

I — CANADA Population: 1950 — 13,860,000; 1951 — 14,230,000; 1952 — 14,610,000 (excluding Yukon and Northwest Territories)

TYPE OF INSURER	HOSPITAL BENEFITS			SURGICAL BENEFITS			MEDICAL BENEFITS		
	1950	1951	1952	1950	1951	1952	1950	1951	1952
Insurance Companies									
Group Policies	1,269,000	1,635,000	1,870,000	1,242,000	1,670,000	1,926,000	526,000	800,000	1,094,000
Individual Policies	642,000	706,000	833,000	316,000	348,000	420,000	130,000	143,000	169,000
Blue Cross Plans	2,702,000	2,949,000	3,020,000	560,000	656,000	793,000	412,000	509,000	716,000
Medical Care Plans	55,000	70,000	60,000	662,000	871,000	1,084,000	661,000	871,000	1,084,000
Co-op Plans	82,000	134,000	160,000	14,000	20,000	46,000	4,000	5,000	10,000
GRAND TOTALS	4,750,000	5,494,000	5,943,000	2,794,000	3,565,000	4,269,000	1,733,000	2,328,000	3,073,000
Less Estimated Duplication	319,000	390,000	450,000	208,000	267,000	311,000	88,000	124,000	166,000
NET TOTALS	4,431,000	5,104,000	5,493,000	2,586,000	3,298,000	3,958,000	1,645,000	2,204,000	2,907,000
Increase during Year		15.2%	7.6%		27.5%	20.0%		34.0%	31.9%
Percentage of Pop'n. Insured	32.0%	35.9%	37.6%	18.7%	23.2%	27.1%	11.9%	15.5%	19.9%
Adjusted Population*	11,876,000	12,210,000	12,564,000						
Percentage of Adjusted Population Insured	37.3%	41.8%	43.7%						

* "Adjusted population" equals the population of Canada less that of British Columbia and Saskatchewan, where compulsory provincial government hospital care plans exist. No deduction has been made from "adjusted population" for the estimated 770,000 covered by government plans in Alberta and Newfoundland nor from the numbers with voluntary insurance for duplication with government plans.

NOTE: No survey has been made of the number of persons covered under individual policies with insurance companies as at the end of 1951. The figures shown in these tables are based on the assumption that a 10% increase occurred during 1951.

ESTIMATED NUMBER OF PERSONS INSURED (INCLUDING DEPENDENTS OF INSURED PERSONS),
1950, 1951 AND 1952 YEAR-ENDS

II — ONTARIO Population: 1950 — 4,545,000; 1951 — 4,696,000; 1952 — 4,842,000

TYPE OF INSURER	HOSPITAL BENEFITS			SURGICAL BENEFITS			MEDICAL BENEFITS		
	1950	1951	1952	1950	1951	1952	1950	1951	1952
Insurance Companies									
Group Policies	724,000	913,000	1,008,000	697,000	948,000	1,042,000	271,000	419,000	531,000
Individual Policies	394,000	433,000	504,000	191,000	210,000	253,000	84,000	93,000	98,000
Blue Cross Plans	1,416,000	1,587,000	1,650,000	—	—	40,000	—	—	40,000
Medical Care Plans	55,000	70,000	60,000	290,000	420,000	544,000	289,000	420,000	544,000
Co-op Plans	82,000	134,000	159,000	10,000	15,000	36,000	—	—	—
GRAND TOTALS	2,671,000	3,137,000	3,381,000	1,188,000	1,593,000	1,915,000	644,000	932,000	1,213,000
Less Estimated Duplication	186,000	224,000	252,000	120,000	154,000	172,000	48,000	68,000	83,000
NET TOTALS	2,485,000	2,913,000	3,129,000	1,068,000	1,439,000	1,743,000	596,000	864,000	1,130,000
Increase during Year		17.2%	7.4%		34.7%	21.1%		45.0%	30.8%
Percentage of Pop'n. Insured	54.7%	62.0%	64.6%	23.5%	30.6%	36.0%	13.1%	18.4%	23.3%

III — QUEBEC Population: 1950 — 4,020,000; 1951 — 4,125,000; 1952 — 4,229,000

Insurance Companies									
Group Policies	361,000	497,000	588,000	346,000	470,000	576,000	173,000	262,000	390,000
Individual Policies	123,000	135,000	177,000	60,000	66,000	82,000	11,000	12,000	24,000
Blue Cross Plans	588,000	633,000	643,000	469,000	543,000	601,000	321,000	396,000	524,000
Medical Care Plans	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Co-op Plans	—	—	1,000	—	—	1,000	—	—	1,000
GRAND TOTALS	1,072,000	1,265,000	1,409,000	875,000	1,079,000	1,260,000	505,000	670,000	939,000
Less Estimated Duplication	81,000	105,000	127,000	53,000	70,000	86,000	24,000	35,000	53,000
NET TOTALS	991,000	1,160,000	1,282,000	822,000	1,009,000	1,174,000	481,000	635,000	886,000
Increase during Year		17.1%	10.5%		22.7%	16.4%		32.0%	39.5%
Percentage of Pop'n. Insured	24.7%	28.1%	30.3%	20.4%	24.5%	27.8%	12.0%	15.4%	21.0%

ASSURANCES

Voici quelques idées générales qui ressortent de ces tableaux:

1° — La province d'Ontario est au premier plan, comme dans beaucoup d'autres domaines. Qu'on en juge par ces exemples tirés de la statistique de 1952:

	Canada (chiffres d'ensemble) (%)	Ontario (%)	Québec (%)
32 Population assurée	37.6	64.6	30.3

2° — L'Ontario est très au-dessus de la moyenne et Québec, au-dessous. Comment expliquer cela? Trois groupes de chiffres sont intéressants à scruter à ce sujet:

1. — Sociétés d'assurance:	Canada	Ontario	Québec
Nombre de polices individuelles ...	833,000	504,000	177,000
Nombre d'assurés en vertu d'en- tentives collectives	1,870,000	1,008,000	588,000
2. — Croix Bleue:			
Nombre d'assurés	3,020,000	1,650,000	643,000

En somme, les provinces d'Ontario et de Québec groupent à elles seules presque toute l'assurance individuelle souscrite auprès des sociétés privées, ce que justifie en partie le chiffre de la population: Ontario, 4,842,000 âmes et Québec, 4,229,000, en 1952, sur 14,610,000 pour l'ensemble du Canada. L'importance de la population n'explique pas tout cependant, puisque l'Ouest du pays s'est orienté nettement vers l'assurance d'Etat. Il faut noter l'effort de production dans l'Ontario, plus grand que dans Québec et qui a un acquis antérieur; effort qui atteint les campagnes, tandis que dans Québec on ne fait que les effleurer.

Pour la Croix Bleue, la différence entre Québec et Ontario est aussi très grande. L'explication nous paraît être dans l'intensité de la production, l'influence des syndicats dont le champ d'action est plus vaste à cause d'une plus grande concentration de la population urbaine et dans le fait

ASSURANCES

que l'individu isolé est accepté dans l'Ontario, tandis que seuls les groupes sont assurés dans Québec. Enfin, il faut l'admettre, l'Ontario a l'esprit et la bourse plus ouverts à l'assurance. Chose curieuse, cependant, pour les frais médicaux et chirurgicaux, les chiffres des deux provinces se rapprochent beaucoup.

3° — L'effort de production est constant et remarquable, comme l'indique cette statistique de l'augmentation de nombre d'assurés durant l'année.

	1951	1952
Ontario	17.2	7.4
Québec	17.1	10.5

33

L'initiative dans Québec a été remarquable en 1952, mais encore une fois l'Ontario a pris une très forte avance.

IV. — Le point de vue de l'usager.

Il nous est présenté par un Canadien qui, de passage à Londres, a eu l'occasion de constater l'avantage que présente l'assurance-santé, comme on l'a établi en Angleterre. Le texte est extrait d'une lettre dont nous n'avons pas voulu modifier l'aspect familier. L'opinion de notre correspondant nous a paru intéressante. Celui-ci ne prétend pas juger le régime au point de vue économique. Il l'a vu fonctionner; il en a tiré un avantage et il le dit sans hésiter et sans savoir que son texte serait reproduit ici. L'opinion de l'usager a une incontestable importance dans le débat. Et c'est pourquoi nous avons pensé donner la parole à l'un d'eux. — J. D.

« J'ai passé l'après-midi chez le dentiste. Pour une livre, soit \$2.80, je me suis enregistré; et tous les frais dentaires subis en Angleterre pour le reste de mon existence, si cela me plaît, seront payés. On aura beau critiquer la médecine nationalisée, je ne l'appréciai jamais autant que dans un cas pareil. Rage de dent, le dentiste me reçoit, m'inscrit, fait une radiographie, détecte une dent de sagesse, mais ne croit pas qu'il soit utile de l'extraire malgré sa mauvaise orientation, à

moins que la douleur ne devienne trop fréquente; il me laisse la décision. Il procède, cependant, à un examen général et me fixe une série de rendez-vous pour traiter mes caries et me nettoyer les dents. Pas mal, n'est-ce pas, pour un « fonctionnaire », comme on le décrirait chez nous. J'avais déjà rencontré une prévenance analogue lorsque ma lèvre inférieure s'était infectée. Plusieurs traitements à la péniciline, trois injections de streptomycine, coût total quatre shillings (\$0.56). Cela remonte à l'année dernière.

Vous voyez ce que cela m'aurait coûté à Montréal. La dernière fois que j'y ai vu le dentiste, j'ai payé une trentaine de dollars, soit 15 pour cent de mon salaire mensuel à cette époque et il n'y avait pas eu de radiographie.

Evidemment, il y a l'assurance. Mais tout le monde n'a pas la prévoyance du bourgeois qui, par éducation, l'a développée. C'est un tort peut-être, mais c'est comme ça. Et on ne risque pas de voir des gens ne pas être soignés convenablement parce qu'ils ont tort. On dit aussi que ce *Welfare State* enlève le goût du risque, mais je me suis toujours demandé quel goût du risque et de l'initiative pouvaient avoir la concierge et l'employé des postes, qui savent qu'ils ne seront jamais autre chose. Quant à l'enlever au patron parce qu'il peut avoir des lunettes moyennant un shilling, c'est de la rigolade.

Enfin, les compagnies d'assurance ne peuvent faire ce qui, petit à petit, s'installe en Angleterre, c'est-à-dire une distribution des médecins en fonction de « panel », de quartiers, c'est-à-dire de maisons où se trouvent des spécialistes et des « general practitioners ». L'avantage de cette distribution vient de ce que tous les habitants du quartier savent dans quel édifice sont les médecins ou peuvent demander le renseignement à n'importe quel passant et n'ont pas à courir si tel genre de spécialiste ne se trouve pas dans les environs. Ils vont donc voir les médecins plus souvent, plus tôt aussi. Je

m'en rends compte moi-même. Une demi-heure après le début de ma rage de dent, je me suis informé, on a téléphoné au dentiste du quartier et dix minutes après, j'étais sur la chaise.

Au début, évidemment, il y a eu des abus. Mais cela est passé maintenant. Surtout dans les classes populaires, on peut aller et on va chez le médecin aussi facilement que chez l'épicier. »



Même si on ne partage pas l'avis de notre correspondant, il faut admettre avec lui que le régime est intéressant au point de vue de l'usager, puisque ainsi, on peut profiter de la médecine préventive et curative. Mais ne peut-on pas arriver au même résultat par d'autres moyens, dira-t-on ? Nous ne demandons pas mieux et nous souhaitons très sincèrement que la solution vienne de l'initiative privée.

J. D.

35

Nous venons d'apprendre la mort de M. Édouard Montpetit. Dans le prochain numéro, nous consacrerons un article à l'influence que celui-ci a exercée au Canada français dans les milieux intellectuels. Pour l'instant, nous prions la famille de M. Montpetit d'agréer l'expression de notre très vive sympathie. G. P.