

avait été la même qu'au Canada, les Américains auraient dépensé 400 \$ de moins, ou 20 p. 100 de moins, à cette rubrique. Les estimations faites pour l'année 1987 révèlent que l'écart entre les coûts des soins de santé aux États-Unis et au Canada s'élargit, et en faveur du Canada. Si les coûts avaient augmenté aux États-Unis au même rythme qu'au Canada depuis 1971, les dépenses à la rubrique de la santé, en 1987, auraient été inférieures d'environ 450 \$ (après l'inflation) pour chaque Américain en moyenne, ou de 100 milliards de dollars É.-U. pour l'ensemble des États-Unis.

Les médecins canadiens ont plus de latitude dans le traitement du patient que leurs homologues américains, qui sont de plus en plus restreints par toutes sortes de conditions imposées par les compagnies d'assurance et les gouvernements. Grâce à une gestion ferme et centralisée des dépenses, le Canada a échappé aux méthodes de contrôle des coûts plus importunes que l'on applique aux États-Unis, écrit-on dans le NEJM.

Au Fraser Institute du docteur Walker, l'endroit où l'on est le plus vendu à l'idée qu'il n'y a que le profit qui encourage au travail, on considère le mot «gouvernement» comme une insulte. Il est donc plutôt étonnant de lire *Caring for Profit*, un ouvrage publié en 1987 par le Fraser Institute sur les services de santé, dont l'auteur est Malcolm C. Brown. Brown dit ceci:

Il importe de mettre le régime canadien en perspective; malgré toutes les difficultés que l'on a traversées, il a été, par comparaison à tous les autres régimes existant dans le monde que je connais, le plus apte à maximiser l'atteinte d'objectifs incompatibles comme l'accès sur le plan financier, le contrôle des coûts et la satisfaction de la clientèle.

Cela est un commentaire du Fraser Institute, la Mecque des principes reaganomiques d'extrême droite.

La médecine de libre-entreprise, que l'on pratique aux États-Unis, se comporte d'une manière presque incompréhensible pour un Canadien. Il y a une chaîne d'hôpitaux aux États-Unis, dont le président se paie un salaire de 17 millions de dollars annuellement. Les hôpitaux qui en font partie refusent d'admettre les gens dont les moyens ne sont pas suffisants. La première chose que l'on vérifie à l'arrivée d'un malade est sa cote de crédit.

En 1983, en Alabama, un homme a été poignardé à la poitrine. Trois hôpitaux ont refusé de l'admettre parce qu'il n'avait ni argent ni cartes de crédit. Il est arrivé au bout de son sang en chemin vers un quatrième hôpital. Dans l'*Ottawa Citizen*, on a raconté d'autres histoires d'horreur de ce genre dans une série d'articles sur les services de santé parus en février 1986. Des lecteurs pourraient penser que de telles histoires reflètent l'opinion d'un journaliste canadien. Ils devraient lire l'éditorial du *International Herald Tribune* du 2 août 1988, dans lequel on peut lire que l'on hésite de plus en plus à admettre dans les hôpitaux américains, même en cas d'urgence, les gens qui n'ont pas d'assurance. On ajoutait aussi dans le journal que 37 millions d'Américains n'ont aucune assurance médicale et que leur nombre va croissant. Selon M. Iacocca, les Américains qui bénéficient d'une assurance-santé paient 3,5 fois plus cher qu'au Canada pour une appendicectomie ou une hystérectomie, cinq fois plus cher

pour un pontage, et sept fois plus pour un simple électrocardiogramme.

En réalité, nous avons au Canada une assurance médicale de groupe universelle. Le groupe étant très important, on peut maintenir les coûts à un niveau raisonnable parce que même ceux qui ne sont pas malades contribuent aux soins de ceux qui le sont. C'est le principe de l'assurance collective: chaque personne contribue, et dans le cas qui nous occupe, par le biais du régime fiscal. On peut même encore mieux contrôler les coûts parce que le régime n'est pas géré par des compagnies d'assurance du secteur privé qui doivent faire des bénéfices.

Dans le régime canadien, chaque personne a droit aux mêmes soins. Il y a de petits avantages que les mieux nantis peuvent s'offrir, comme une chambre privée plutôt qu'une chambre à partager avec un autre malade. Par ailleurs, les riches et les pauvres sont soignés par les mêmes médecins, les mêmes infirmiers et infirmières, et dans les mêmes hôpitaux.

Notre régime de soins de santé a des défauts, même s'il est le meilleur au monde, et même s'il est efficace par rapport à ses coûts. On peut l'améliorer, le rationaliser davantage. Mais quelles que soient les améliorations qu'on lui apportera, il y aura des choix difficiles à faire. Doit-on acheter du nouveau matériel qui coûte cher, et qui ne profitera peut-être qu'à un seul malade sur 1 000? Doit-on plutôt chercher à améliorer les services pour les 999 autres?

De tels choix font partie de toutes les formes de gestion. Ce sont des choix horribles à faire lorsque la santé, peut-être même une vie humaine, est en jeu. Une personne meurt parce que l'on n'a pas acheté le nouveau matériel en question, et non seulement nous nous sentons coupables, en tant que gestionnaires, mais nous sommes hantés par les médias, qui nous accusent d'être inefficaces et de ne pas être à la fine pointe de la technologie.

Il a toujours fallu prendre de telles décisions dans le monde médical, particulièrement en temps de guerre. Qu'arrive-t-il lorsqu'il y a davantage de blessés qui arrivent que de chirurgiens ou de tables d'opération disponibles près du front? Il faut opérer en premier ceux qui risquent le plus de mourir s'ils doivent attendre. Qui fait ce choix? Si les médecins sont désespérément trop occupés, c'est un infirmier qui décide, et qui risque de se tromper. Un médecin aurait pu aussi se tromper.

• (1240)

Ce genre de chose se produit occasionnellement dans chaque hôpital, et non seulement sur le front en temps de guerre. Celui dont le cas a été jugé moins urgent et que l'on fait attendre pensera peut-être, comme ses parents, qu'on l'a considéré comme moins important, et il se plaindra de la situation terrible dans laquelle se trouve notre régime de soins de santé. Mais cela arrive même dans les hôpitaux réservés aux malades très riches aux États-Unis. Il peut y avoir davantage de gens très riches qui exigent de l'attention en même temps, du même hôpital, qu'il y a de médecins très hauts cotés ou de salles d'opération.

Il est inévitable que notre régime soit critiqué parce qu'il n'y a pas suffisamment de salles d'opération et de chirurgiens disponibles lorsque des gens en ont besoin,