



## Réflexions sur la privatisation des soins de santé

*John Wootton, MD  
Shawville (Qué.)*

*Rédacteur scientifique,  
JCMR*

*Correspondance :  
Dr John Wootton,  
CP 1086, Shawville  
QC J0X 2Y0*

**L**e Québec permet depuis quelque temps les cliniques privées d'IRM et, suite à la décision Chaoulli, fait l'essai d'autres formes d'aménagements public-privé. Ce changement sera-t-il cataclysmique ou, malgré tout attendu, bénin? Nous vous soumettons les vignettes suivantes (que nous avouons anecdotiques) comme matière à réflexion :

- Comme elle avait besoin d'une prothèse auditive, une parente âgée a choisi d'attendre en file pour les services publics d'examen et d'ajustement disponibles, même si elle aurait pu obtenir plus rapidement un service privé. Elle n'a subi aucun préjudice.
- Une autre proche, vétérinaire, doit faire face quotidiennement aux attentes de clients payants. Lorsqu'elle décide de faire exécuter un test en Californie pour exclure un trouble rare, il est préférable pour elle d'avoir raison!
- Mon fils s'est blessé à l'épaule en tombant et avait encore de la douleur un an plus tard. J'ai alors appris que mon assurance d'administrateur d'hôpital couvrait une IRM et (en solide défenseur de la santé publique que je crois être) j'ai pris des mesures pour qu'il obtienne cet examen. Le problème a été identifié en moins d'une semaine, mais jusqu'à maintenant (six mois plus tard), il n'a pas eu besoin d'autre traitement.
- Une patiente, qui ne bénéficiait pas d'une telle assurance, atteinte d'une douleur persistante à la jambe et convaincue (sans raison) qu'une IRM découvrirait son problème, a attendu six mois. On n'a rien trouvé.
- Un autre patient blessé au travail a constaté que la commission des accidents du travail s'empresserait de payer son IRM en accéléré, après quoi les traitements de physio-

thérapie, prescrits avant l'examen, se sont poursuivis.

- Un patient admis à notre urgence a présenté un déficit neurologique de niveau T10 et n'a pas pu recevoir une IRM immédiatement en raison de facteurs locaux. Il a reçu plutôt une tomodensitogramme. Le diagnostic était évident et il n'a pas eu besoin d'IRM.

Que peut-on conclure de ces anecdotes? Rien de certain, bien entendu, mais cela m'indique que même si le système se transforme, le ciel ne nous est pas tombé sur la tête.

Le champ de bataille est jonché des victimes de ce débat — les autres sont retranchés dans leurs avis opposés et ne se parlent pas. Cet échantillon non aléatoire de six événements plus ou moins séquentiels ne prouve peut-être pas grand-chose, mais il indique que même si beaucoup de gens ont coupé la file (et que beaucoup d'autres ne l'ont pas fait), cela n'a pas eu beaucoup d'importance en bout de ligne.

Voilà peut-être la clé. C'est son incapacité à affecter efficacement les ressources à ceux qui en ont le plus besoin qui entrave le plus le système de santé public. Diverses pressions, de la phobie des litiges à l'utilisation sans discernement, ont fait attendre tout le monde. En ouvrant des portes à ceux qui peuvent payer, on détournera la pression exercée par les consommateurs vers un système conçu pour y répondre. En absorbant cette pression, fondée en grande partie sur les désirs, on pourra peut-être libérer de l'espace dans le système public pour lui permettre de répondre plus rapidement à la demande fondée sur les besoins. Je soupçonne que le patient qui a besoin d'un diagnostic rapide pour un problème nécessitant un traitement coûteux pourrait très bien préférer en bout de ligne que ce soit l'État qui paye. Ce serait mon cas.