

La médecine privée fait son entrée au Canada

Il ne faudrait pas interpréter trop étroitement la décision de la Cour suprême de casser les lois du Québec interdisant le commerce de l'assurance-maladie privée. Par déduction logique (et peut-être conséquence légale), il est fort possible que les lois provinciales interdisant aux médecins de pratiquer dans le secteur privé (législation sur le désengagement, par exemple) soient elles aussi jugées non valides. Il ne sert à rien de permettre l'assurance privée des soins médicaux et d'interdire aux médecins d'offrir des soins privés. Lawrie McFarlane, ancien sous-ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, signale que la décision pose une «menace imminente d'apparition d'un système à deux vitesses» (voir page 269).¹

Dans sa décision sur ce qu'elle a considéré comme une période d'attente excessive et possiblement nuisible pour un seul patient, la Cour suprême condamne en fait dans son ensemble un régime d'assurance-maladie qui ne livre pas la marchandise bien que le fédéral y ait injecté récemment 41 milliards de dollars canadiens. Le Canada est aussi un des pays qui dépensent le plus en soins de santé par habitant. Le problème réside-t-il donc simplement dans l'insuffisance des ressources, comme l'ont signalé Romanow, Kirby et d'autres encore, ou aussi, et peut-être surtout, dans l'inefficacité, la mauvaise gestion et l'intérêt personnel des professionnels? Comme les médecins se trouvent au cœur du tourbillon du système et de la crise, sommes-nous responsables?

Dans sa réponse à la Cour suprême, le ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, aura des décisions difficiles à prendre. Les associations médicales des provinces et l'AMC ont-elles aussi des défis difficiles et complexes à relever : la profession est profondément ambivalente au sujet des soins de santé à deux vitesses. L'affaire qui a déclenché la décision de la Cour émane d'un médecin à qui l'on a interdit d'ouvrir un établissement de soins de santé privés. Il n'est pas le seul. D'autres sont toutefois voués tout aussi fermement à un système à une seule vitesse. Face à une ambivalence aussi profonde, le débat au sein de la profession doit être franc et non brouillé par la politesse et les généralités. Steven Lewis, spécialiste des politiques de santé, présente d'une façon frappante l'argument selon lequel la profession médicale est en grande partie responsable de la crise de l'assurance-maladie à l'origine de la décision de la Cour (voir page 275).² Albert Schumacher, président de l'AMC, défend la profession et présente le point de vue de l'Association et de ses membres (voir page 277).³

Outre la responsabilité et les rôles futurs des médecins,

nous sommes d'avis qu'il est fort probable que l'on aboutira à un panier de soins médicaux publics et privés. À quoi pourrait-il alors ressembler? Avec un système à deux vitesses, le Canada se joindrait à d'autres pays de l'Europe et à l'Australie, notamment, où les soins de santé publics et privés coexistent. Nous avons demandé à Richard Smith, ancien rédacteur du *BMJ* et maintenant chef de la direction de UnitedHealth Europe, société qui vend des services privés à plus de 50 millions de personnes en Europe, de présenter des commentaires fondés à la fois sur sa longue expérience de la rédaction et sur son point de vue actuel d'homme d'affaires (voir page 273).⁴

Enfin, pourquoi le patient George Zeliotis a-t-il dû attendre aussi longtemps pour subir son intervention chirurgicale

élective en orthopédie avant de chercher recours devant les tribunaux? Pourquoi les listes d'attente sont-elles problématiques, particulièrement dans le cas de la chirurgie élective? David Hadorn, ancien directeur de la recherche du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada, se penche sur la question des priorités dans les listes d'attente (comment définir le concept insaisissable du «raisonnable»), résume les opinions très divergentes des médecins, des patients et du public sur la «longueur raisonnable des périodes d'attente» et décrit ensuite comment le secteur privé pourrait en augmenter l'efficacité et le fera probablement, notamment en recourant aux services d'adjoints cliniques non médecins pour exé-

cuter certaines des tâches standards et routinières courantes en chirurgie élective (voir page 271).⁵

Les soins de santé privés pour des interventions chirurgicales électives et certaines interventions de diagnostic suivront inévitablement dans le sillage de la décision de la Cour. Les décisions du plus haut tribunal du pays sont sans appel. Que la grande expérience commence. — *JAMC*

Références

1. McFarlane L. Supreme Court slaps for-sale sign on medicare. *JAMC* 2005; 173(3):269-70.
2. Lewis S. Physicians, it's in your court now. *JAMC* 2005;173(3):275-7.
3. Schumacher A. Doctors put patients first in health care debate. *JAMC* 2005;173(3):277-8.
4. Smith R. The private sector in the English NHS: from pariah to saviour in under a decade. *JAMC* 2005;173(3):273-4.
5. Hadorn D. The Chaoulli challenge: getting a grip on waiting lists. *JAMC* 2005;173(3):271-3.



Fred Sebastian