Pour une collaboration publique

Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec

MQRP
MÉDECINS QUÉBÉCOIS
POUR LE RÉGIME PUBLIC

Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres

Montréal
Juin 2016

Auteurs :

Anne-Sara Briand, étudiante, membre de MQRP
Mathieu Isabel, MD, conseiller MQRP
Isabelle Leblanc, MD, présidente MQRP
Francis Livernoche, MD, secrétaire-trésorier MQRP
Karyne Pelletier, MD, vice-présidente MQRP

Collaborateurs :

Geneviève Bois, MD, conseillère MQRP
Emmanuelle Jasmin, Ph. D., ergothérapeute
Mathilde Lavoie, MPO, orthophoniste
Simon Racicot, Ph. D., psychologue

Remerciements :

Grégoire Deschênes, OD, optométriste

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

CP 48729 Outremont
Outremont (Québec)
H2V 4T3
514-638-6659
info@mqrp.qc.ca
www.mqrp.qc.ca

Note aux lectrices et lecteurs :

Veuillez noter que dans le but d'alléger le texte, nous avons opté pour le « féminin inclusif » comme mode de féminisation du présent rapport. Ainsi, puisque la majorité des personnes auxquelles ce texte réfère est féminine (soit les professionnelles et professionnels de la santé), le genre féminin a été retenu comme formule majoritaire. À titre d'exemple, vous lirez « professionnelles de la santé » comme formule majoritaire plutôt que « professionnels ».

Table des **matières**

Introduction *6*

Une mise en contexte 6

Et maintenant, on va où ? 8

Portrait des professions *9*

Physiothérapie et ergothérapie 9

État des lieux 9

Portrait du secteur public 9

Portrait du secteur privé 10

L'enjeu de l'accessibilité 12

Perspective future 13

Psychologie 14

État des lieux 14

Portrait du secteur public 15

Portrait du secteur privé 16

L'accès à la psychothérapie 17

Orthophonie et audiologie 18

État des lieux 18

Portrait du secteur public 19

Portrait du secteur privé 20

L'enjeu de l'accessibilité 21

Soins dentaires 23

État des lieux 23

Portrait de la pratique 24

L'enjeu de l'accès aux soins dentaires 25

Optométrie 26

État des lieux 26

Portrait de la pratique 27

La couverture publique des soins optométriques 27
Infirmières praticiennes spécialisées 29
État des lieux 29
Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée dans le réseau public 30
Portrait du secteur privé 30

Conclusion *33*

ANNEXE I *35*

Introduction

Une mise en contexte

L'année 2015-2016 fut riche en réformes et en changements dans le système de santé. Plusieurs de ces réformes s'attaquent à la première ligne, mais en ne considérant celle-ci que d'un point de vue médicalocentriste : la première ligne, pour le gouvernement qui nous dirige, ne semble relever que des soins prodigués par les médecins de famille en cabinet.

On met l'emphase sur le slogan « un médecin de famille pour chaque Québécois » et sur le désengorgement des urgences. Pour ce faire, on réforme la façon dont les médecins travaillent (loi 20), l'organisation du réseau (loi 10 et annonce de super-cliniques) et on exige des nouveaux omnipraticiens qu'ils se consacrent à la pratique en cabinet, plutôt qu'à l'urgence ou à l'hôpital.

Mais la question se pose : qu'est-ce que les soins de première ligne ? Est-ce que le fardeau de son bon fonctionnement repose nécessairement et exclusivement sur les médecins ? Et quelles sont les raisons systémiques qui font que l'accès à la première ligne est si problématique ?

Il faut d'abord et avant tout définir de quoi on parle, car pour nos patients, l'accès aux soins primaires signifie bien plus que d'être simplement inscrit auprès d'un médecin de famille. Pour certains avec une blessure au dos, c'est d'avoir accès à une physiothérapeute pour pouvoir retourner rapidement au travail. Pour d'autres, c'est de pouvoir rencontrer une travailleuse sociale ou un psychothérapeute pour le soutien nécessaire à leur bien-être psychosocial. Pour d'autres, avoir accès à des soins de plaies, à la vaccination, à un counseling pour la contraception représente leur priorité du moment. Et pour plusieurs personnes, on parlera même de l'accès aux déterminants sociaux de base de la santé - logement, nourriture et revenu décent.

Le régime d'assurance-maladie du Québec assure la couverture totale et universelle de ce qui est « médicalement nécessaire ». Or la santé, c'est bien plus que l'accès à un médecin de famille. Tommy Douglas, le premier penseur du système d'assurance-maladie publique au Canada, ne considérait pas l'assurance-maladie (qui n'était initialement qu'une assurance-hospitalisation) comme une fin en soi, mais comme une première étape. À son avis la deuxième étape serait « la réorientation du système de santé pour maintenir la population en bonne santé d'abord et avant tout en fournissant des soins de santé de qualité offerts par les pourvoyeurs appropriés au moment opportun. » Nulle mention ici du médecin comme seul acteur de la première ligne. Une perspective sur laquelle réfléchir alors que nous attendons un des derniers rapports indépendants de notre système de santé, piloté par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) et traitant justement du contenu du panier de services assurés.

Dans la « réformite aiguë » qui a marqué la dernière année, plusieurs obstacles à l'accès aux professionnels appropriés ont été soulevés. La loi 10, avec des fusions créant des mégastructures hospitalocentriques, noie les CLSC, les centres de réadaptation et les CHSLD dans une organisation centrée autour de l'hôpital et du médecin. De plus, en restructurant les conseils d'administration, la voix des professionnels de la santé dans la gestion et l'organisation du réseau se fait de plus en plus faible. De nombreuses fusions ont entrainé des pertes de services ou à tout le moins une

diminution de l'accès. Face à la rigidité des structures, plusieurs initiatives multidisciplinaires qui auraient pu, et dû, être intégrées au système public sont finalement financées de façon privée.[1]

La loi 20 entraine un renforcement de l'organisation de la première ligne autour des médecins en clinique à prestation privée (GMF, GMF-R, super-cliniques). Par exemple, les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPS-PL), qui peuvent avoir une pratique autonome, doivent quand même inscrire leurs patients auprès d'un médecin si elles travaillent en GMF. Dans le même ordre d'idée, le transfert de professionnelles entre les CLSC et les GMF diminue l'accès populationnel universel pour ne réserver les consultations auprès de ces professionnelles qu'aux seuls patients inscrits auprès du GMF et référés par leur médecin.

On se questionne beaucoup sur la surmédicalisation et la surutilisation de tests et de médicaments[2], sans nécessairement mentionner que c'est bien souvent la difficulté d'accès au bon professionnel, barrière tant financière que systémique, qui entraine une surutilisation de pharmacothérapie et un nombre accru de visites chez les omnipraticiens.

Il est actuellement difficile pour les patients d'avoir accès à la première ligne médicale. L'accès aux autres professionnelles dépend souvent de la capacité de payer (soi-même ou via un programme d'assurances privées) et de la référence par un médecin de famille accessible. Plusieurs compagnies d'assurances ne remboursent les soins que si un médecin prescrit la consultation. De ce fait, certains professionnels travaillent maintenant uniquement avec des patients inscrits auprès d'un médecin. D'autres encore, et ils sont nombreux, quittent le système public et optent pour une pratique privée, où les patients pourront les consulter directement. Comme en font foi les données du gouvernement fédéral concernant les dépenses en santé, la part du privé dans les dépenses concernant les professionnelles de la santé autres que médecins dépassaient 90% en 2013 (voir annexe I).[3]

Le Québec s'était doté d'un système où l'accès aux professionnelles dépendait des besoins, et non des moyens financiers ou de la décision d'un médecin : les CLSC. Pour de nombreuses raisons, cette structure n'a pas été nourrie, financée et intégrée au système comme elle aurait dû.[4] Les nouvelles structures annoncées nous semblent sous-optimales, notamment parce que les soins prodigués par les professionnels de la santé non médecins ne semblent pas faire partie d'un plan cohérent et répondant aux besoins de la population.

Par ailleurs, à l'heure où nous écrivons ces lignes, la situation des frais accessoires est plus incertaine que jamais. Ceux-ci devant être « normalisés » (*c.-à-d.* légalisés) par la loi 20 au début de l'année, on parle maintenant de les interdire, ce qui serait une grande victoire. Mais d'ici à ce que cette promesse ministérielle se concrétise, les frais accessoires continueront à entretenir l'engorgement des hôpitaux : de nombreux patients préfèreront aller à l'urgence pour l'accès gratuit à tous les tests, mais aussi pour la garantie de voir les professionnelles de la santé dont ils ont besoin. Les frais accessoires en clinique sont bel et bien une barrière à l'accès.

---

[1] Pensons notamment aux Centres de pédiatrie sociale du Dr Julien et à l'initiative de la Clinique SABSA de l'infirmière praticienne spécialisée Isabelle Têtu.

[2] Récupéré sur le site Le Devoir : http://www.ledevoir.com/societe/sante/471697/etude-la-moitie-des-antidepresseurs-sont-prescrits-pour-autre-chose-qu-une-depression
Récupéré sur le site La Presse : http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201409/12/01-4799744-les-prescriptions-de-fortes-doses-dopiaces-en-hausse.php

[3] Boucher, P. et Langlois, P.É. (2014). *Les marchés émergents pour les cliniques privées de physiothérapie*. Récupéré du site de la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec : www.physioquebec.com/les-marches-emergents-en-physiotherapie/

[4] Voir notre rapport annuel 2014, *Les impacts de la nouvelle gestion publique sur l'évolution de la première ligne au Québec*.

Et maintenant, on va où ?

Voilà plusieurs années que MQRP désirait approfondir sa réflexion sur l'accès aux professionnelles de la santé. Le contexte actuel et la réorganisation (ou déstructuration, c'est selon) des services en première ligne nous semblaient le moment opportun. Il est en fait urgent de définir et intégrer de façon efficace le rôle des professionnelles non médecin dans le réseau. Pendant que le débat entre la FMOQ et le gouvernement sur les heures d'ouverture des super-cliniques monopolise toute l'attention médiatique, des compressions budgétaires affectent directement les postes des autres professionnelles sans que la profession médicale réagisse.[5] Or, la santé de nos patients ne dépend pas seulement de nous, médecins. Depuis longtemps on parle d'interdisciplinarité dans les formations universitaires et ce type de collaboration professionnelle se multiplie dans nos différents milieux de travail. Malheureusement, trop souvent encore ces interactions sont teintées du modèle paternaliste d'autrefois où le médecin se voit hissé au rang de gestionnaire tout puissant, seul dirigeant de l'équipe de soins et responsable principal du parcours du patient.

Dans ce rapport, nous tracerons le portrait de pratique de certaines professions de la santé en première ligne : la physiothérapie et l'ergothérapie, la psychologie, l'orthophonie et l'audiologie, les soins dentaires, l'optométrie ainsi que les soins infirmiers spécialisés. Nous insisterons sur les soins délivrés dans le réseau public en soulignant les obstacles à l'accès, les délais d'attente ainsi que les trous de services existants. En dessinant les contours du secteur privé, nous ferons la démonstration que la privatisation toujours grandissante de l'accès aux professionnelles est le résultat d'une suite de décisions politiques systématiques. Ce qui nous mènera à une position forte pour une couverture élargie à tous les services professionnels médicalement nécessaires au temps opportun, peu importe le lieu de dispensation des soins.

[5] 12 postes (travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes, psychologues) supprimés en santé mentale à l'Hôpital Sacré-Cœur en 2015. Récupéré sur le site du Journal Métro : http://journalmetro.com/local/saint-laurent/actualites/682590/coupures-dans-les-services-en-sante-mentale-a-lhopital-du-sacre-coeur/

Portrait des professions

Physiothérapie et ergothérapie

État des lieux

La physiothérapie et l'ergothérapie sont des professions relativement jeunes dans le domaine de la santé, s'étant développées principalement dans la deuxième moitié du 20e siècle. Encadrées par des ordres professionnels distincts à partir de 1973, elles font partie intégrante du système public de santé du Québec, particulièrement dans le domaine de la réadaptation physique. Travaillant souvent en complémentarité, ces professionnelles évaluent puis accompagnent les patients aux prises avec des limitations fonctionnelles pouvant découler de traumatismes, de maladies neurologiques, musculo-squelettiques ou cardiorespiratoires. Les ergothérapeutes travaillent également en santé mentale et en réadaptation psychosociale.[6] Au Québec, la prévalence des personnes ayant des incapacités physiques ou des limitations fonctionnelles est de plus de 13%, ce taux s'élevant à 34% pour les personnes âgées de plus de 65 ans.[7]

Selon les données de Statistique Canada de 2013, le Québec comptait près de 5250 physiothérapeutes, 3750 ergothérapeutes ainsi que 1500 thérapeutes en réadaptation physique. On remarque une hausse importante du nombre de professionnelles dans les dernières années. Il s'agit de professions très largement féminines avec une proportion de 80% de femmes en physiothérapie, et 94% en ergothérapie. Alors que les ergothérapeutes travaillent encore majoritairement dans les institutions publiques (32% dans les hôpitaux, 19% dans les CLSC et 13% dans les CHSLD, pour un total de 64%), seulement 51% des physiothérapeutes en font de même (35% dans les hôpitaux, 9% dans les CLSC et 7% dans les CHSLD). De 1991 à 2011, le nombre de physiothérapeutes travaillant en cabinets privés a pratiquement triplé.[8]

Portrait du secteur public

Actuellement, l'offre publique des services de physiothérapie et d'ergothérapie se retrouve principalement dans les centres hospitaliers, les centres de réadaptation en déficience physique ainsi que dans les CLSC. La priorité est actuellement donnée aux personnes hospitalisées ou ayant subi une chirurgie. Malgré l'inclusion de ces activités dans le panier de services depuis les années 70, les intervenants notent une progression inquiétante de lacunes dans la délivrance des services.

D'abord, la pression à la productivité se fait de plus en plus sentir, notamment par la priorisation des évaluations au détriment des activités de suivi. L'intensité et la fréquence des interventions par patient sont souvent limitées, ce qui nuit à la récupération optimale du patient. En ce sens, un comité d'experts québécois a émis des critiques sérieuses à l'endroit des services de réadaptation pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC).[9] L'intensité du suivi offert dans

[6] Récupéré du site de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, section Grand public : www.oppq.qc.ca
Récupéré du site de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, section La profession : www.oeq.org/index.fr.html
[7] Institut de la statistique du Québec. (2013) *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*. Vol 2. Gouvernement du Québec.
[8] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec :
http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3142.shtml
[9] Richards C.L., et collaborateurs. (2013). *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC : Un continuum centré sur la personne*. Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, 285 p.

le réseau public ne semble pas respecter les normes reconnues. Un constat semblable a été posé pour les patients opérés pour une prothèse totale de hanche ou de genou. De manière plus générale, certaines critiques soulignent une certaine « protocolisation » de la pratique qui ne tient pas compte du contexte particulier du patient ni du jugement clinique du professionnel. Il en découle une contribution sous-optimale affectant autant le patient (qualité de services moindre), les coûts (interventions non pertinentes) que les professionnelles (perte de sens du travail).[10]

Ensuite, il existe de nombreux trous de service dans l'offre publique.[11-12] En physiothérapie, les domaines négligés restent encore les soins à domicile, les problèmes musculo-squelettiques (pourtant responsables d'une part non négligeable d'absentéisme au travail et d'atteinte fonctionnelle) ainsi que le traitement de maladies chroniques. Or, il est bien connu que la présence de douleur chronique est associée à une plus grande utilisation des services en termes de consultations médicales, de visites à l'urgence et de durée de séjour en centre hospitalier.[13] Pour ce qui est de l'ergothérapie, les jeunes et adultes avec troubles neurodéveloppementaux, les personnes sans diagnostic médical mais présentant des incapacités fonctionnelles ou des douleurs chroniques sont souvent les laissés-pour-compte du système.

Portrait du secteur privé

Confrontée aux difficultés d'accès à la physiothérapie et à l'ergothérapie dans le système public, force est de constater que la grande partie des services disponibles en première ligne se trouve dans le secteur privé. Si la majorité de ces cliniques privées offre principalement des services pour les problématiques musculo-squelettiques, nous assistons ces derniers temps à l'émergence de nouveaux marchés, allant des services en pédiatrie aux soins à domicile, pour ceux qui peuvent se les payer.

Actuellement au Québec, il y aurait plus de 230 cliniques privées membres de la Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec, embauchant près de 4000 employés, incluant souvent des ergothérapeutes. Ensemble, ces cliniques auraient dispensé plus de 3.7 millions de traitements et génèreraient des activités économiques d'environ 250 millions de dollars.[14]

L'Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec de décembre 2010 nous dresse un bon portrait de l'évolution des cliniques de physiothérapie.[15] En plus de l'augmentation déjà mentionnée du nombre de cliniques privées au Québec, nous pouvons constater que leur superficie moyenne tend à croitre (entre 35 à 65% pour les cliniques dans un centre médical de 2004 à 2010). La rémunération des professionnelles qui y travaillent s'est majorée de 12 à 36% selon le type de pratique. Les revenus des cliniques progressent aussi (voir tableau 1 page suivante), avec un taux de croissance annuel moyen de 6.36%, mais ce sont les cliniques dans un « centre médical avec médecin » qui ont connu la plus forte hausse (8.7%). Avec

[10] Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2016). *Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique du Commissaire à la santé et au bien-être ayant trait au panier de services publics assurés en santé et en services sociaux au Québec*. Récupéré du site de l'Ordre, section Publications : www.oeq.org/publications/documents-professionnels.fr.html

[11] *Ibid*.

[12] Association québécoise de la physiothérapie. (2016). *Les services de physiothérapie dans le système de santé public québécois : état de la situation et cibles d'action : mémoire déposé au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de la consultation publique sur le panier de services*. Récupéré sur le site de l'association, section Documents et publications : www.aqp.quebec/association/documents-et-publications/

[13] Meghani S. H. et al. (2011) Advancing a National Agenda to Eliminate Disparities in Pain Care : Directions for Health Policy, Education, Practice, and Research. *Pain Medicine ;* 13(1) : 5-28.

[14] Observatoire des services professionnels. (2010). *Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec*. Rapport demandé par la Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec, révisé en décembre 2012. Récupéré sur le site de la fédération, section Études et statistiques : www.physioquebec.com/publications/etudes-economiques/

[15] *Ibid*.

une telle croissance, nous pouvons imaginer les profits substantiels que doivent générer ces entreprises.

Tableau 1 : Revenu des cliniques de physiothérapie

Localisation de la clinique	2004 Revenu moyen ($)	2010 Revenu moyen ($)	Δ(%)
Centre médical avec médecin	317 815	511 842	61,1
Centre médical sans médecin	293 064	409 101	39,6
Centre commercial ou édifice à bureaux	326 213	507 841	55,7
Centre sportif	305 101	450 378	47,6
Édifice autonome	237 900	279 903	17,7
À domicile	121 670	52 411	-56,9
MOYENNE PROVINCIALE	**288 389$**	**417 626$**[1]	44,8

Tiré de : Observatoire des services professionnels. (2010). *Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec.* Rapport demandé par la Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec, révisé en décembre 2012. Récupéré sur le site de la fédération, section *Études et statistiques* : www.physioquebec.com/publications/etudes-economiques/

Quant à l'évolution de la clientèle, l'importance relative des patients sans couverture publique (soit hors programme CSST et SAAQ) s'est accrue de 8.3%, représentant près de 54% de la clientèle des cliniques privées en 2010. Les tarifs (tableau 2) ont connu une hausse importante de 36% du coût de la première visite (69.30 $ en 2010) ainsi qu'une hausse de près de 40 % pour un suivi (59.90$ en 2010). Selon une autre enquête de janvier 2013, la tarification moyenne dans les cliniques au Québec était de 71.90$ pour une première visite et 57.83$ pour un traitement régulier.[16-17]

Tableau 2 : Évolution des tarifs en physiothérapie

Tiers payeur	Paiement du traitement			
	Première visite		Suivi du patient	
	2004	2010	2004	2010
SAAQ (programme)	54,30$	52,30 $	31,40$	48,50 $
SAAQ (hors du programme)	37,70$		34,90$	
Privé	50,80$	69,30 $	43,10$	59,90 $

Tiré de : Observatoire des services professionnels. (2010). *Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec.* Rapport demandé par la Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec, révisé en décembre 2012. Récupéré sur le site de la fédération, section *Études et statistiques* : www.physioquebec.com/publications/etudes-economiques/

En l'absence d'organisation regroupant les cliniques privées d'ergothérapie, nous n'avons pas de données comparables pour cette profession. Selon les informations accessibles via internet, le tarif moyen d'une évaluation en pédiatrie peut s'élever à 550$ (2 séances d'évaluation et 1 séance résumée), et 100$ ensuite par séance de thérapie. Pour des soins en ergothérapie adulte, les coûts peuvent s'élever à environ 85$/heure.

[16] Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec. (2013). *Sondage sur la tarification des cliniques privées*. Récupéré du site de l'organisme, section Études et statistiques : http://physioquebec.com/publications/etudes-economiques

[17] Prenons le cas de figure d'un adulte présentant une atteinte méniscale du genou. Il en coutera 72$ pour la première visite, et environ 60$ pour les visites subséquentes. Si nous estimons une moyenne de 10 séances de thérapie pour ce type de pathologie, le patient devra débourser environ 675$ pour la prise en charge de son problème de santé.

L'enjeu de l'accessibilité

Le manque d'accessibilité aux services de physiothérapie et d'ergothérapie demeure un des grands enjeux auxquels notre système doit faire face. Les délais d'attente pour une consultation externe avec référence d'un médecin varient de quelques semaines à plusieurs mois, voire à plus d'une année. Pour les patients sans médecin de famille, le parcours est encore plus ardu. En effet, certaines compagnies d'assurances peuvent exiger une référence médicale pour la prise en charge ou le remboursement du service. Ces importants délais d'attente ont été pointés du doigt par le Protecteur du citoyen qui déjà en 2006 rapportait un nombre important de plaintes en ce sens.[18] Une des situations décriées, et malheureusement fort prévalentes en pédiatrie, était le cas d'un enfant de 3 ans ayant des déficiences physiques et qui devait attendre 18 mois avant de recevoir des services. Or, le Plan d'accès québécois prévoit une prise en charge dans les 3 mois, intervalle soutenu par une littérature scientifique ayant démontré depuis longtemps l'importance de traitements précoces pour maximiser les bénéfices.[19-20-21] Le portrait est similaire pour des adultes aux prises avec des douleurs fonctionnelles, chez qui les délais d'attente peuvent compromettre le retour au travail et engendrer une consommation accrue de médicaments ou encore mener à des consultations médicales répétées.

Autre fait consternant : le Protecteur révélait que les « usagers sont généralement invités [par les institutions publiques] à se rendre à une clinique privée de réadaptation, à leurs frais ».[22] En effet, pour certaines conditions, l'attente de services est tellement longue que les établissements publics ne peuvent même pas assurer aux patients que leur demande sera traitée. S'ils n'ont pas d'assurance privée, qui ne rembourse habituellement qu'une partie des frais, ils doivent s'acquitter eux-mêmes de la facture ou se priver du soin. Il en résulte souvent une chronicisation de leur condition, néfaste pour le patient, mais aussi pour la société qui devra s'acquitter de coûts additionnels pour des services qui auraient pu être évités.

Ceci nous amène à un autre problème central concernant l'accès à ces professionnelles : l'iniquité d'accès pour certains sous-groupes de la population au sein même du panier de services actuel. En effet, certains patients n'ont pas à débourser pour leurs services de physiothérapie ou d'ergothérapie dans le secteur privé s'ils sont couverts par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou le programme d'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). L'ensemble de la population n'étant pas admissible à ces programmes, les patients doivent alors s'en remettre à leurs assurances privées, s'ils en ont, ou s'acquitter eux-mêmes des frais pour les services que requiert leur condition médicale. L'Association québécoise de la physiothérapie ainsi que le Protecteur du

[18] Le Protecteur du citoyen. (2006). *Rapport annuel d'activités 2006-2007*. Récupéré sur le site de l'organisme, section dossiers et documentation : www.protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes-et-recommandations/rapports-annuels/2006-2007

[19] Feldman D.E., Swaine B., Gosselin J. et al. (2008). Is waiting for rehabilitation services associated with changes in function and quality of life in children with physical disabilities ? *Phys Occup Ther Pediatr* ; 28(4) : 291304; discussion 3057.

[20] Canadian Institute for Child Health. (2012). *Section 3 - Health Outcomes*. *The Health of Canada's Children and Youth : A CICH Profile*. Ottawa ; Canadian Institute for Child Health 22 p.

[21] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015) *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 24 p.

[22] Le Protecteur du citoyen. (2006). *Op. cit.*

citoyen dans ses rapports de 2006-2007 et 2010-2011 ont relevé cette iniquité inadmissible dans notre société de droits.[23-24-25]

Dans la foulée de la consultation publique sur le panier de services de janvier 2016, un appel au renforcement de l'offre publique des soins couverts a été fait autant par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) que l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). Alors que l'OEQ réitère son appui en un « système public compétent, solide et équitable »[26], l'OPPQ rappelle que de « favoriser l'accès à des traitements essentiels au maintien de l'autonomie [...] ne peut avoir qu'une influence bénéfique sur la santé de la population en général et sur les coûts associés ».[27] D'ailleurs, une étude a évalué des économies pour le système de santé se chiffrant entre 125 et 362 millions de dollars liées à une utilisation accrue ou optimale de la physiothérapie pour cinq conditions médicales courantes (AVC, maladies pulmonaires chroniques, arthroplastie des articulations et réadaptation cardiovasculaire).[28]

Perspective future

Si la demande en physiothérapie/ergothérapie a augmenté significativement ces dernières années, elle est appelée à progresser encore davantage dans l'avenir. Le virage ambulatoire favorisant le maintien à domicile, couplé au vieillissement de la population, continuera d'exercer une pression certaine sur les services rendus par les professionnels de la réadaptation. Qui plus est, avec l'adoption du financement à l'activité (FAA) visant à financer les hôpitaux selon le volume de soins, les établissements auront tout intérêt à congédier rapidement les patients. Le fardeau sera grand pour les soins délivrés dans la communauté et notre système n'y est certes pas préparé avec l'affaiblissement des CLSC.[29]

En plus du renforcement des structures de proximité comme le sont les CLSC, certains programmes prometteurs devraient être intégrés à la gamme de services communautaires. Un rapport de l'INESSS de mars 2015 sur l'Autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement insistait d'ailleurs sur l'importance des services de soutien à domicile afin de préserver le plus longtemps possible l'autonomie des usagers.[30] Ceci permettrait des économies pour le système tout en répondant, dans un cadre sécuritaire, au désir exprimé par la population. À ce jour, la mise en œuvre de ce programme se fait toujours attendre.

Ces défis soulevés, notre système de santé gagnerait à s'inspirer d'initiatives accordant une plus grande place à l'interdisciplinarité et au jugement clinique des autres professionnelles de la santé. Saluons à ce niveau le nouveau cadre de collaboration entre pharmaciens et physiothérapeutes sur l'utilisation de médicaments en vente libre[31], ainsi que les démarches visant à faciliter les références du physiothérapeute à un médecin spécialiste, pour l'imagerie médicale notamment,

---

[23] Association québécoise de la physiothérapie. (2016). *Op. cit.*
[24] Le Protecteur du citoyen. (2006). *Op. cit.*
[25] Le Protecteur du citoyen. (2011). *Rapport annuel d'activités 2010-2011*. Récupéré sur le site de l'organisme, section dossiers et documentation : https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes-et-recommandations/rapports-annuels/2010-2011
[26] Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2016). *Op. cit.*
[27] Association québécoise de la physiothérapie. (2016). *Op. cit.*
[28] Boucher, P. et Langlois, P.É. (2014). *Les marchés émergents pour les cliniques privées de physiothérapie*. Récupéré du site de la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec : www.physioquebec.com/les-marches-emergents-en-physiotherapie/
[29] Palmer KS, Agoritsas T, Martin D, Scott T, Mulla SM, et al. (2014) Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9 (10) : e109975. doi:10.1371/journal.pone.0109975
[30] INESSS. (2015) *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Récupéré sur le site de l'organisme, section Publication : https://www.inesss.qc.ca/publications
[31] Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2015) *Cadre de collaboration de première ligne à l'intention des pharmaciens et des physiothérapeutes*. 6 p.

sans devoir passer nécessairement par un médecin de famille.[32] Nous pourrions aussi envisager un rôle accru des physiothérapeutes dans les urgences ou les cliniques d'orthopédie pour le triage de patients présentant des problématiques musculo-squelettiques, comme cela se fait actuellement avec succès en Australie.[33-34]

Psychologie

État des lieux

Initialement une approche théorique et philosophique, la psychologie s'est graduellement imposée comme discipline scientifique au début du siècle dernier. Vers les années 1940, la profession de psychologue commence à se préciser dans les milieux universitaires canadiens, tant francophones qu'anglophones. L'Ordre des psychologues du Québec est créé en 1962 et assure depuis ce temps la protection du public. Différentes associations professionnelles et syndicales reliées à la profession voient également le jour.

Depuis l'entrée en vigueur du projet de loi 21 en 2012 modifiant le Code des professions au Québec, le champ d'exercices de la psychologie a été redéfini et « consiste à évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement. »[35] Afin de réaliser ces tâches au niveau populationnel, plusieurs psychologues sont nécessaires. En février 2016, le Québec comptait plus de 8700 psychologues actifs dont environ 15% œuvraient dans le secteur de l'éducation et environ 68% travaillaient dans le domaine large de la santé et de la psychologie clinique, tant dans le secteur public que privé.[36] De plus en plus féminine, la profession a vu augmenter la proportion de femmes dans ses rangs de 63% en 1991 à 75% en 2006.[37] Notons également que depuis 2006 les psychologues doivent compléter un doctorat pour obtenir leur permis de pratique. Leur offrant encore plus d'outils professionnels, cette nouvelle exigence doit toutefois être mise dans l'équation lors de l'analyse du contexte actuel de revendications salariales, de reconnaissance et d'autonomie à même le réseau public.

Bien que les services psychologiques au Québec n'aient jamais été pleinement pris en charge par la RAMQ depuis sa création en 1970, l'offre de services dans le réseau public était initialement beaucoup large qu'elle ne l'est maintenant. En effet, à partir de 1982, de nombreuses coupures dans les budgets du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) ont rendu de plus en plus difficile l'accès à de nombreux professionnels de la santé, tels les psychologues et les travailleurs sociaux. Les contextes actuels de coupes budgétaires, d'optimisation de performance et de

[32] Pelletier D, Laurent C. (2015) *La référence du physiothérapeute à un médecin spécialiste*. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 2 p.
[33] Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, et al. (2012) Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*; 13: 107.
[34] Taylor NF, Norman E, Roddy L, et al. (2011) Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*; 97 (2): 107-14.
[35] Code des professions du Québec, article 37.
[36] Ordre des psychologues du Québec. (2016). *Le panier de services assurés en santé et en services sociaux : réflexions sur les rôles et mandats des psychologues et sur l'espace professionnel qui leur est imparti.* Mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de la consultation publique sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux.
[37] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/4151.shtml

réorganisation des services représentent des défis supplémentaires avec lesquels doivent composer les acteurs du réseau public.

Portrait du secteur public

L'offre de services psychologiques dans le réseau public demeure encore à ce jour beaucoup moins grande que celle offerte dans le secteur privé. Tout d'abord, les services de psychothérapie offerts par des médecins omnipraticiens et psychiatres affiliés au système public de santé sont couverts par la RAMQ. Toutefois, force est de constater que dans le contexte actuel de réorganisation des soins de première ligne et du rôle de consultant joué de plus en plus par les psychiatres, les médecins ont peu de temps à consacrer à l'offre psychothérapeutique. Elle est ainsi largement assurée par les psychologues et autres professionnelles accréditées à le faire. L'offre du système public est très limitée. En 2014, le Ministère recensait le nombre de professionnelles oeuvrant à même le système public dans le domaine psychosocial. À ce moment, 2200 psychologues étaient à l'emploi du système public, ce qui représente environ le quart des membres de l'Ordre des psychologues du Québec.[38] Ces psychologues travaillent dans différents milieux, comme en hôpital (équipes multidisciplinaires, cliniques externes), CLSC ou GMF, en milieu scolaire, etc. Il est important de garder à l'esprit que plusieurs de ces psychologues ont une pratique mixte, travaillant à la fois dans le système public et privé. Certains travaillent aussi en Centre Jeunesse, bien que l'offre professionnelle peine à répondre à la demande. Dans ces milieux, le portrait de la santé psychologique des jeunes est clair et inquiétant ; 60% des filles et 50% des garçons y séjournant ont un trouble de santé mentale.[39] Ainsi, en 2016, seulement 134 psychologues travaillaient dans un des 16 Centres jeunesse de la province, laissant en moyenne 8 psychologues par centre pour répondre aux multiples besoins et problématiques d'ordre psychologique des jeunes y séjournant.[40] La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse publiait en 2015 un rapport faisant état, entre autres, des ressources en santé mentale en Centre Jeunesse. On y rapportait que la « disponibilité des spécialistes capables de répondre aux demandes est très réduite ; [et que] conséquemment, les listes d'attente pour l'accès à ces services sont considérables. »[41] Ce sont donc des centaines de jeunes qui sont privés de soins auxquels ils ont droit.

Outre la prestation de services psychologiques dans le réseau public, il est parfois possible, comme pour la physiothérapie, d'accéder à certains services spécialisés dans le domaine privé tout en bénéficiant d'un financement public. Les consultations pour victimes d'accidents de travail (via la CSST) ainsi que les programmes thérapeutiques pour victimes de certains crimes (via l'IVAC) font partie de cette catégorie. Sans mettre en doute l'importance de ces programmes, ceux-ci ne s'adressent toutefois qu'à des groupes précis d'individus laissant pour compte une grande partie de la population qui bénéficieraient de tels services psychologiques pour des conditions diverses, mais tout aussi importantes au niveau clinique.

Cette grande disparité dans la proportion de psychologues travaillant dans le secteur privé par rapport au public est certainement multifactorielle. Toutefois, les conditions de travail et la rémunération associée se doivent d'être explorées. En 2012, dans le but de faire face à la pénurie

---

[38] La direction générale du personnel réseau et ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Portrait de la main-d'œuvre. Secteurs du psychosocial et de la santé mentale.*

[39] Ministère de la Santé et des services sociaux. (2013). *Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020.*
Association des centres jeunesse du Québec et Hôpital Sainte-Justine. (2015). *Santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centres de réadaptation des centres jeunesse du Québec ; rapport de recherche.*

[40] Ordre des psychologues du Québec. (2016). *Op. cit.*

[41] Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2015). *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur la protection de la jeunesse.*

de psychologues oeuvrant dans le système public, le MSSS a décidé d'octroyer une prime d'attraction et de rétention à ceux-ci. Or, en avril 2015, les établissements de santé ont été avisés par le Ministère de l'arrêt de cette prime. Différents moyens de pression ont été mis de l'avant, incluant le boycottage des stages et de l'internat prédoctoral par les superviseurs. De nombreuses négociations et représentations ont ensuite mené à une entente de principe pour le retour d'une telle prime, autant pour les psychologues travaillant dans le domaine de la santé qu'en milieu scolaire. Des tractations sont également en cours depuis plusieurs années afin de rémunérer les stagiaires doctorants en psychologie - les seuls à ne pas l'être en Amérique du Nord pour ce stage obligatoire de 1600 heures. Non seulement une question de salaire, il s'agit surtout ici de la valorisation implicite du rôle du psychologue en établissement public dans un contexte de pénurie marquée.

Portrait du secteur privé

La majorité des services psychologiques, tant évaluatifs que thérapeutiques, sont offerts dans le réseau privé via des cabinets ou certains organismes communautaires. La tendance migratoire vers le privé s'est accélérée dans les dernières décennies où le nombre de psychologues y a augmenté de 150% entre 1991 et 2001.[42] Ainsi, en 2006, la proportion de travailleurs autonomes était près de quatre fois plus élevée (40%) que dans l'ensemble des professions (11%)[43]. L'exemple typique consiste en un psychologue offrant des séances de thérapie en cabinet privé pour divers troubles selon différentes approches (*p. ex.* cognitivo-comportementale, psychodynamique, etc.). Avec un coût moyen oscillant entre 80 et 130$ la séance de 50 minutes[44], ce paiement représente souvent une réelle barrière d'accès pour beaucoup d'individus. Plusieurs assurances collectives permettent certes un remboursement du moins partiel de ces coûts, mais le font souvent pour un nombre limité de séances. Certains organismes communautaires offrent des services de thérapie à des coûts moindres, ajustables selon le revenu, mais l'offre s'avère limitée. Tel qu'expliqué précédemment, ces services sont couverts entièrement lorsque prodigués en hôpital ou en CLSC, mais la pénurie de professionnelles et les longues listes d'attente qui en découlent en découragent plusieurs ; ils se tourneront vers le privé s'ils le peuvent ou bien se passeront d'interventions qui s'avèrent souvent efficaces, voire médicalement nécessaires pour des conditions à risque élevé de chronicisation.

L'évaluation de certains troubles neuropsychologiques se fait souvent dans le secteur privé, faute de personnel et de disponibilités dans le réseau public. Par exemple, un enfant présentant des symptômes d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble déficitaire de l'attention devra passer différentes batteries de tests standardisés avec des professionnelles habilitées à le faire, soit certaines psychologues et neuropsychologues. Par contre, certains hôpitaux ou CLSC et certaines écoles ont des listes d'attente pouvant atteindre près d'un an ou n'ont tout simplement pas les professionnels requis pour administrer et interpréter ces tests. Ainsi, cet enfant se retrouve sans évaluation, sans diagnostic et surtout sans services adaptés à sa situation, le diagnostic servant quasi toujours de condition d'accès aux programmes spécialisés offrant aide et répit. Pour plusieurs parents ayant les ressources financières, le secteur privé demeure donc l'avenue de choix pour obtenir un tel diagnostic puisque bon nombre de psychologues et neuropsychologues pratiquent dans ce secteur. Toutefois, la réalité est souvent déchirante pour ceux n'ayant pas les moyens. Plusieurs se tournent alors vers un médecin de famille qui peut parfois hésiter à offrir une médication devant un diagnostic imprécis et le manque de ressources. Le développement de

[42] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/4151.shtml
[43] *Ibid*.
[44] Récupéré du site de l'Ordre des psychologues du Québec. https://www.ordrepsy.qc.ca/combien-ca-coute-

l'enfant se retrouve donc limité et les risques de difficultés scolaires futures avec son lot de conséquences sociales et personnelles demeurent élevés.

L'accès à la psychothérapie

Au Québec, environ 1 personne sur 5 sera atteinte d'un problème de santé mentale dans sa vie.[45] Au niveau de la population, 10% des individus sont touchés par un trouble de la sphère anxieuse et jusqu'à 5% souffrent d'un trouble dépressif. En 2009-2010, les troubles anxiodépressifs représentaient environ 65% de tous les problèmes de santé mentale et affectaient 7.5% de la population, soit environ 580 000 individus.[46] Le MSSS reconnait l'importance de l'accès aux services psychologiques dans ses plans d'action en santé mentale (PASM) de 2005-2010 et 2015-2020.[47] Toutefois, force est de constater que les obstacles pour l'accès à la psychothérapie à même le système public ne font que croitre depuis les dernières années.

Tout particulièrement, le PASM 2005-2010 du Gouvernement du Québec ouvrait la porte à la reconnaissance de la psychothérapie comme modalité thérapeutique pour différents problèmes de santé mentale. « En somme, compte tenu du fait que les dépressions non traitées ont plus tendance à récidiver, occasionnant chaque fois un nouveau risque de suicide et de chronicité, il ne fait aucun doute qu'il faut intervenir pour traiter ces problèmes dans les services de première ligne. Les travaux précisant les formes de traitement à privilégier sont nombreux et devraient guider l'évolution du traitement dans les services de première ligne. Deux formes principales de traitement sont préconisées dans les évaluations mesurant l'efficacité des interventions : la psychothérapie et la thérapie médicamenteuse. La formation en santé mentale pour les omnipraticiens contribue à améliorer la prise en charge des troubles mentaux, mais la seule participation des omnipraticiens au traitement de ces troubles ne permet pas d'atteindre un résultat optimal, alors que l'efficacité du travail conjoint des psychologues et des omnipraticiens a maintes fois été démontrée. »[48]

En décembre 2012, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE) a déposé un rapport sur l'accès à la psychothérapie. Dans une optique de besoins populationnels et de rentabilité sociale et économique, le CSBE reconnaissait le bien-fondé de la psychothérapie. « Les services de type psychosocial, en particulier la psychothérapie, constituent des traitements efficaces des troubles mentaux courants, comme la dépression et les troubles d'anxiété, et permettent de réduire les conséquences cliniques, fonctionnelles et sociales de ces troubles. »[49] Suite à ce rapport, le MSSS demande à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de produire une étude sur la faisabilité d'inclure ou non la psychothérapie à même les services de santé assurés par le gouvernement du Québec. À l'instar de différents pays dont l'Australie et le Royaume-Uni s'étant dotés de programmes similaires depuis 2006 et 2008 respectivement, l'INESSS s'est positionné en faveur du concept général d'un tel programme au Québec. En effet, leur étude démontre que la psychothérapie s'avère aussi efficace au niveau clinique que la pharmacothérapie pour les troubles dépressifs ou anxieux modérés avec des effets perdurant à plus long terme pour la psychothérapie. Pour les troubles plus sévères, la combinaison de la

---

45 Lesage, V. Émond. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut national de santé publique du Québec, Surveillance des maladies chroniques, numéro 6.

46 *Ibid*.

47 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec, Gouvernement du Québec.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec, Gouvernement du Québec.

48 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Op. cit*.

49 Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux ; pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*.

psychothérapie et de la pharmacothérapie s'avère plus efficace que la psychothérapie seule.[50] De plus, le rapport cout-efficacité de la psychothérapie a été jugé favorable comparativement à la médication seule. Ainsi, l'INESSS recommandait « d'améliorer l'accès aux services de psychothérapie notamment à travers une bonification de la politique de couverture de ces services par son régime public d'assurance. » Malgré ces recommandations, le gouvernement québécois a déposé en octobre 2015 son nouveau plan d'action 2015-2020 en santé mentale. Aucune mesure concrète n'y a été annoncée pour inclure la psychothérapie dans la couverture publique des services de santé, le gouvernement souhaitant attendre la section du rapport de l'INESSS sur le financement d'une telle mesure, section qui n'a pas encore été publiée.[51]

Orthophonie et audiologie

État des lieux

L'histoire de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec est également très jeune. Le premier programme universitaire au Canada, menant à l'obtention d'un diplôme de maitrise permettant la pratique à la fois de l'orthophonie et de l'audiologie, voit le jour en 1956 à l'Université de Montréal. Il faudra plusieurs années toutefois avant que l'expertise de ces nouvelles professions soit réellement reconnue par le corps médical et intégrée aux milieux hospitaliers[52]. En 2000, l'Université de Montréal divisera son programme : à la fin de leur formation, les étudiantes obtiennent un diplôme en orthophonie ou en audiologie. L'audiologiste évalue les capacités auditives des personnes malentendantes. L'orthophoniste s'occupe de l'évaluation et de la prise en charge des troubles du langage, de la parole, de la voix et de la déglutition.

Les problèmes de santé concernant les orthophonistes et audiologistes sont très prévalents. Deux enfants sur 1000, ainsi que plus de 40% des personnes de plus de 65 ans, présentent une perte d'audition. Les données épidémiologiques démontrent que 5 à 10% des enfants présenteront un trouble du développement de la parole ou du langage, et que cette proportion est encore plus élevée chez la population dite vulnérable[53]. L'aphasie complique jusqu'à 35% des ACV et les troubles du langage ou de la déglutition sont également fréquents chez les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative.

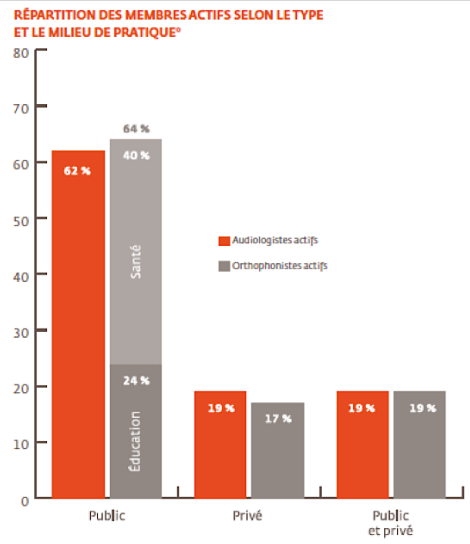
Ces professions ont connu une croissance importante dans les dix dernières années, avec des augmentations successives des cohortes universitaires. À sa création en 1973, l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) ne comptait que 126 membres. Actuellement, il y a plus de 400 audiologistes et environ 2350 orthophonistes pratiquant au Québec[54]. La très grande majorité de ces professionnelles sont des femmes (85-95%) et ont moins de 45 ans (70%)[55]. La répartition des professionnelles sur le territoire est plutôt inégale. Plus de 30%

[50] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs*. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec.
[51] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Op. cit*.
[52] Huot, G. (2005). *Naissance de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec. Une histoire à découvrir*. Montréal : Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec.
[53] Horwitz SM, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, Bosson Heenan JM, Mendoza J & Carter AS. (2003). Language delay in a community cohort of young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 42 (8), 932-40.
[54] Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (2015). *Rapport annuel 2014-2015*. Récupéré sur le site de l'Ordre, section publications : http://www.ooaq.qc.ca/publications/doc-rapport-annuel/rapannuel_14-15.pdf
[55] *Ibid*.

travaillent à Montréal, où l'on compte 37 orthophonistes et 7 audiologistes pour 100 000 habitants. Les régions les moins bien desservies sont l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec et le Centre-du-Québec, le taux le plus bas concernant le Nord-du-Québec, avec seulement 9 orthophonistes et 2 audiologistes pour 100 000 habitants[56].

Selon les données recueillies par l'OOAQ en 2015, environ 60% des orthophonistes et audiologistes pratiquent dans le secteur public, alors que 40% ont une pratique privée ou mixte (voir figure 1). Notons que la répartition de l'emploi dans ces professions s'est grandement modifiée au cours de la dernière décennie. Des données de Service Canada nous apprennent que la pratique en cabinet privé, quasi inexistante en 1991, a connu une croissance majeure pour regrouper 24% des membres en 2011, puis 40% en 2015[57]. De plus, même si le nombre d'orthophonistes et d'audiologistes a légèrement augmenté dans les institutions publiques au cours de cette même période, elles y étaient proportionnellement moins présentes en 2011 qu'en 1991.

Figure 1 : Type de pratique des membres de l'OOAQ en 2015



Tiré de : Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (2015). *Rapport annuel 2014-2015.*

Portrait du secteur public

Au sein des institutions publiques de santé, on retrouve la majorité des orthophonistes en milieu hospitalier et en centre de réadaptation. Une offre de service publique existe également en CLSC et occasionnellement en CHSLD. Enfin, près de 25% des orthophonistes travaillent dans le secteur de l'enseignement primaire et secondaire.[58]

Les services dits de première ligne sont généralement offerts par les CLSC, établissements considérés comme la porte d'entrée dans le réseau de la santé. En orthophonie toutefois, les services ne sont offerts à la population que dans le cadre du programme famille-enfance-jeunesse, et les orthophonistes ne peuvent réaliser des interventions qu'auprès des enfants âgés entre 0 et

[56] *Ibid.*
[57] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3141.shtml#stats
[58] *Ibid.*

5 ans.[59] Aucune référence médicale n'est nécessaire pour obtenir une évaluation orthophonique au CLSC. Les enfants présentant des difficultés de langage jugées sévères et nécessitant une prise en charge à plus long terme sont ensuite référés du CLSC vers la deuxième ou troisième ligne, selon l'âge et la problématique de l'enfant. Mentionnons toutefois que les critères spécifiques à chaque établissement, parfois restrictifs, ne permettent pas l'accès à tous les patients.[60] Certains groupes d'âge et certaines problématiques particulières (par exemple, retard global de développement ou surdité congénitale) seront privilégiés, au détriment de d'autres. Après l'âge de 5 ans, la porte d'entrée pour une évaluation orthophonique devient généralement le milieu scolaire. L'offre de services y est toutefois limitée, puisque les postes d'orthophonistes en milieu scolaire sont depuis longtemps victimes des coupes et procédures de rationalisation des ressources. Bien souvent, une proportion non négligeable d'enfants avec des problèmes de langage plus légers n'auront tout simplement pas accès aux services, les orthophonistes devant en priorité répondre aux problématiques les plus sévères. Plusieurs parents décident alors de se tourner vers les ressources privées.

En audiologie, il n'existe aucune offre de service dans les CLSC[61], et ce tant pour la population pédiatrique qu'adulte. La première ligne pour une évaluation audiologique, tant pour les problématiques simples que complexes, est supportée par le milieu hospitalier. Dans la grande majorité des établissements, une référence médicale est nécessaire pour obtenir un rendez-vous en audiologie.

Tant en audiologie qu'en orthophonie, il y a donc un trou de service en première ligne pour la population adulte. En milieu hospitalier, les patients adultes peuvent avoir accès à des services en orthophonie via certains programmes : par exemple AVC, maladies neurodégénératives, oncologie. Il n'existe donc pas toujours d'offre de services pour certaines problématiques plus simples, comme les troubles de la voix par exemple. Au congé de l'hôpital, certains patients sont référés en réadaptation où ils peuvent continuer à recevoir un suivi en orthophonie. Pour les patients qui ne sont pas éligibles à la réadaptation, le suivi prend fin avec le congé de l'hôpital dans la grande majorité des cas, le suivi en clinique externe n'étant que peu disponible faute d'effectifs. Ainsi, nombre de patients devront se tourner vers les cliniques privées à la fin d'une hospitalisation. Ceux n'ayant pas les moyens de le faire seront privés de services, les CLSC n'offrant pas de services de cette nature.

Portrait du secteur privé

Tel que mentionné précédemment, près de 40% des orthophonistes et audiologistes pratiquent dans le secteur privé. Certains de ceux-ci ont une pratique mixte, *c.-à-d.* à la fois au public et au privé. Les professionnelles qui ont ce type de pratique indiquent bien souvent qu'ils le font parce qu'on ne leur offre que des emplois à temps partiel dans les institutions publiques.[62] Selon les données provenant de l'Agence de santé et services sociaux, un peu plus de 40% des

[59] Agence de santé et des services sociaux de Montréal (2009). *Plan d'action montréalais. Amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes*. Rapport rédigé par Julie Ricciardi et Marie-Dominique Charier, Montréal, 54 p. Récupéré en ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn978-2-89510-342-4.pdf

[60] Association québécoise des orthophonistes et audiologistes (2014). *Hiérarchisation et coordination des soins pour favoriser l'accessibilité et la continuité des soins publics en orthophonie et audiologie sur l'ile de Montréal*. Rapport rédigé par le Comité secteur public de l'AQOA, Montréal. Documentation fournie par l'AQOA.

[61] *Ibid*.

[62] Dans le milieu scolaire par exemple, il n'est pas rare de voir attribuer un contrat d'une demi-journée par semaine à une orthophoniste ; celle-ci doit alors combiner des contrats dans plusieurs écoles pour arriver à travailler à temps plein. Ce type d'offre est évidemment sous-optimal pour la population et pour la qualité de vie du professionnel.

orthophonistes pratiquant au public auraient un poste à temps partiel[63]. Ces orthophonistes complètent donc leur temps de travail en pratiquant dans les cliniques privées.

Il n'est malheureusement pas possible d'obtenir une recension du nombre actuel de cliniques privées regroupant des orthophonistes et audiologistes au Québec. Toutefois, de nombreuses professionnelles mentionnent une explosion du nombre de cliniques privées dans les cinq dernières années, avec une concurrence de plus en plus forte entre elles. Beaucoup de nouveaux diplômés semblent avoir opté pour la pratique privée. Dans ces cliniques, l'offre de service est variable. En effet, chaque clinique offre des services selon les intérêts et le champ d'expertise des professionnelles qui y travaillent. Pour certaines problématiques, comme un retard de langage chez l'enfant d'âge préscolaire ou une évaluation de l'audition de base, il est assez facile de trouver une ressource rapidement. Pour d'autres problématiques, comme les troubles de déglutition ou l'aphasie, l'offre de service privée est plus rare.

L'Association québécoise des orthophonistes et audiologistes (AQOA) a développé en 2015 une grille tarifaire pour ses membres ayant une pratique privée[64]. On suggère donc un tarif plancher de 200$/heure pour l'évaluation initiale en orthophonie et de 100$/heure pour les rencontres d'intervention subséquentes[65]. En audiologie, les tarifs suggérés sont plus variables en fonction de l'acte posé, mais un tarif horaire moyen de 100$ est priorisé. L'AQOA recommande également à ses membres de facturer des frais supplémentaires aux patients pour une annulation de rendez-vous, un déplacement, ou des formulaires à compléter. Ces coûts sont remboursés en partie ou en totalité par les compagnies d'assurances privées, ou assumés entièrement par les patients n'ayant pas d'assurances.

L'enjeu de l'accessibilité

L'OOAQ intégrait l'accessibilité aux services publics parmi les principaux enjeux de son plus récent plan stratégique et citait : « malgré l'augmentation significative du nombre d'orthophonistes et d'audiologistes au Québec, l'offre de service en orthophonie et en audiologie demeure insuffisante sur tout le territoire québécois. »[66] Malgré cela, peu semble avoir été fait jusqu'à maintenant pour contrer l'érosion de l'offre publique en orthophonie et audiologie.

Dans le secteur de la santé, les délais pour accéder à des services d'évaluation et de traitements au public sont très longs. Dans la région de Montréal en 2007, les délais d'attente en orthophonie pour la population pédiatrique s'étiraient souvent jusqu'à 2 ans, avec un délai moyen de 426 jours, et ce même pour les enfants présentant une problématique sévère nécessitant une prise en charge précoce[67]. Plus récemment, un rapport du CSSS de la Vieille-Capitale faisait état de délais d'attente de 6 à 12 mois en 2013 sur une majorité du territoire québécois pour les enfants de 0 à 5 ans, et ce malgré l'instauration de stratégies visant à améliorer l'accès aux services orthophoniques dans les dernières années (*c.-à-d.* intervention en groupe plutôt qu'individuelle, intervention auprès des parents plutôt que directement auprès des enfants).[68] Les données de Service Canada indiquent

[63] Agence de santé et des services sociaux de Montréal (2009). *Op. cit*.
[64] Association québécoise des orthophonistes et audiologistes (2015). *Grilles tarifaires pour les actes professionnels en orthophonie et en audiologie en pratique privée*. Documentation fournie par l'AQOA.
[65] Prenons le cas de figure d'un enfant de 4 ans présentant une dysphasie. On devra compter environ 500$ pour l'évaluation initiale du langage oral en orthophonie. Pour une moyenne de 15 rencontres de thérapie ensuite dans la première année, nous devons compter 1500$, ce qui fait un total de 2000$ pour la prise en charge initiale de l'enfant.
[66] Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (2013). *Plan stratégique OOAQ 2013-2017.* Récupéré sur le site de l'Ordre, section publications : http://www.ooaq.qc.ca/publications/doc-documents/ooaq_plan_stratA(c)gique_2013-17-FINAL.pdf
[67] Agence de santé et des services sociaux de Montréal (2009). *Op. cit*.
[68] St-Jacques, S., Dussault, J. (2013). *Amélioration de l'organisation des services de première ligne en orthophonie auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans présentant un problème langagier. Synthèse des données probantes*. Québec : ETMISSS-PL, CSSS de la Vieille-Capitale, 61 p.

que les effectifs en orthophonie en CLSC sont insuffisants actuellement pour éliminer les listes d'attente et atteindre les objectifs de prévention et d'intervention précoce.[69] En outre, les besoins sont souvent encore plus criants loin des grands centres, où le ratio de professionnelles pour la population est nettement insuffisant.

Tel qu'expliqué plus tôt, les enfants présentant une problématique plus sévère nécessitant une réadaptation à long terme (retard global de développement ou trouble du spectre de l'autisme par exemple) sont référés en centres spécialisés après leur évaluation initiale en CLSC. Or, les CLSC sont tenus de leur offrir des services jusqu'à leur prise en charge par ces centres spécialisés, ce qui peut prendre du temps. De ce fait, les orthophonistes du CLSC ne peuvent souvent plus répondre à leur mandat initial, qui est d'offrir une porte d'entrée pour la population générale, pour les problématiques simples et complexes. Les enfants qui présentent initialement un retard léger risquent ainsi de voir leur problème se chroniciser et s'aggraver faute de services, alors qu'il aurait pu être résolu rapidement avec une prise en charge précoce. Des situations semblables reliées à l'imbroglio concernant les mandats des institutions se répètent en audiologie. En effet, rappelons qu'il y a un trou de service en audiologie en CLSC. Les enfants présentant une problématique simple mais fréquente comme des otites à répétition par exemple, devraient avoir accès à une évaluation auditive en première ligne, sans quoi les otites peuvent avoir des répercussions à long terme sur leur audition et le développement de leur langage. Toutefois, en centre hospitalier, leur problème n'est habituellement pas jugé prioritaire, et ces enfants ne reçoivent donc pas les services dont ils ont besoin en temps opportun.[70] De même, l'absence d'audiologistes dans les CLSC diminue considérablement l'offre de service aux personnes âgées présentant une déficience auditive, diminuant chez plusieurs le potentiel de maintien à domicile.

Par ailleurs, en réponse aux exercices de rationalisation exigés récemment des établissements en raison des coupures en santé, ceux-ci se voient obligés de restreindre davantage leur offre de services, sans toujours mesurer l'impact de ces décisions sur la population. Par exemple, le centre de réadaptation de l'Estrie a annoncé en février dernier que le nombre maximal de rencontres en orthophonie passerait de 20 à 15 en 2016 pour les enfants de 5 ans ayant un profil prioritaire (*c.-à-d.* un trouble sévère). Les gestionnaires du centre justifiaient cette décision par « le nombre important d'enfants de cet âge devant recevoir ce service et [l'impossibilité] pour l'établissement d'ajouter des ressources supplémentaires. »[71] Il n'est pas rare non plus de voir des départs à la retraite, congés de maternité ou autres non remplacés. La charge de travail ainsi exigée des professionnelles toujours en poste s'alourdit de façon significative, menant parfois à une diminution de l'offre de services, en plus de causer des problèmes de stress au travail, surmenage et même arrêt de travail pour certaines.

Dans le milieu scolaire, les services offerts sont également jugés insuffisants pour satisfaire à la demande.[72] « Dans les écoles, il n'y a pas en ce moment d'obligation d'offrir des services en orthophonie, et c'est également le cas dans le réseau de la santé ; c'est un choix que les gestionnaires font avec les fonds dont ils disposent. Il n'y a pas non plus de politique gouvernementale à cet égard. Les services se font rares et les enfants en subissent les conséquences. » citait un article du Devoir en octobre dernier.[73] Plusieurs orthophonistes ont

---

[69] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3141.shtml#stats

[70] Association québécoise des orthophonistes et audiologistes (2014). *Op. cit.*

[71] Repéré sur le site La Presse : http://www.lapresse.ca/la-tribune/actualites/201602/23/01-4953952-le-nombre-maximal-de-rencontres-en-orthophonie-est-reduit.php?utm_categorieinterne=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4953947_article_POS1

[72] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3141.shtml#stats

[73] Repéré sur le site Le Devoir : http://www.ledevoir.com/societe/education/451966/les-enfants-avec-des-troubles-de-langage-laisses-pour-compte

dénoncé cet état des choses, affirmant qu'il n'y a plus de « pénurie » de professionnelles depuis plusieurs années, les finissantes sortant de plus en plus nombreuses des universités, et que les problèmes d'accès sont en grande partie causés par le nombre restreint de postes d'orthophoniste dans le secteur public.[74] Rappelons également que plus de 250 postes de professionnelles (qui comprennent psychologues, orthophonistes, orthopédagogues et psychoéducateurs) ont été abolis dans le réseau scolaire québécois en 2015.[75]

L'accessibilité déficiente aux orthophonistes et audiologistes a des impacts à long terme sur la santé des patients. Chez la population pédiatrique, les délais de prise en charge compromettent le potentiel de rééducation des enfants et engendrent des conséquences négatives sur leur développement global et leur scolarisation. Pourtant, les bénéfices d'une prise en charge précoce, notamment en ce qui concerne les retards et troubles du langage, sont bien connus.[76-77-78] Selon le réseau canadien de recherche sur le langage et l'alphabétisation, une intervention précoce ciblant le langage et la littératie accessible aux enfants d'âge préscolaire permettrait, pour chaque dollar investi, d'économiser 8$ à long terme, notamment en réduisant le nombre de visites médicales et les difficultés scolaires subséquentes[79]. Même son de cloche du côté de la population adulte, où les bienfaits d'une prise en charge intensive après un AVC par exemple ont été bien démontrés.[80-81] Des interventions tardives ou insuffisantes limitent le potentiel de récupération du patient, de même que son autonomie et même son maintien à domicile à plus long terme, engendrant une pression supplémentaire sur le système de santé.

Soins dentaires

État des lieux

Organisée depuis plus longtemps que les professions abordées plus tôt, la médecine dentaire est une pratique reconnue au Québec depuis 1910. Les dentistes, qui avaient alors une pratique générale ou spécialisée, étaient membres du Collège des chirurgiens-dentistes de la province de Québec (CCDPQ), imitant ainsi la profession médicale qui s'était incorporée sous le nom de Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada en 1843[82]. Le CCDPQ deviendra en 1974 l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ). La mission principale de l'ordre des dentistes correspond au maintien

[74] Repéré sur le site La Presse : www.lapresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/201402/07/01-4736675-acces-aux-services-en-orthophonie-trop-denfants-sur-les-listes-dattente.php
[75] Repéré sur le site Le Devoir : http://www.ledevoir.com/societe/education/440408/suppression-de-250-postes-professionnels-de-l-education
[76] Almost D. & Rosenbaum P. (1998). Effectiveness of speech intervention for phonological disorders : a randomized controlled trial. *Dev Med Child Neurol*. 40 (5) : 319-25.
[77] Robertson SB & Ellis Weismer S. (1999). Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development. *J Speech Lang Hear Res*. 42 (5) :1234-48.
[78] Hampton LH1, Kaiser AP1. (2016). Intervention effects on spoken-language outcomes for children with autism: a systematic review and meta-analysis. *J Intellect Disabil Res*. 60 (5) : 444-63. doi: 10.1111/jir.12283.
[79] Maxwell, J., & Teplova, T. (2007). *Social consequence of low language/literacy skills*. *Encyclopedia of Language and Literacy Development* (pp. 1-8). London, ON : Canadian Language and Literacy Research Network. Retrieved from http://www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topId=34
[80] Brady MC1, Kelly H, Godwin J & Enderby P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 (5) CD000425. doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub3.
[81] Godecke E1, Hird K, Lalor EE, Rai T, Phillips MR. (2012). Very early poststroke aphasia therapy: a pilot randomized controlled efficacy trial. *Int J Stroke*. 7 (8), 635-44. doi: 10.1111/j.1747-4949.2011.00631.x.
[82] Information tirée du site de l'Odre des dentistes du Québec, section histoire : http://www.odq.qc.ca/LOrdre/Histoire/tabid/164/language/fr-CA/Default.aspx

de la qualité des services dentaires à la population. Plus récente, la profession d'hygiéniste dentaire est reconnue depuis 1975.

Trop longtemps marginalisée par rapport aux autres secteurs de la santé, la santé dentaire a acquis une plus grande importance depuis que la recherche a mis en évidence son rôle dans l'étiologie et le développement de nombreuses maladies.[83-84] Chez l'enfant par exemple, une carie non traitée peut avoir des conséquences considérables. Outre la douleur engendrée, la carie serait liée à des troubles de comportements, des problèmes de sommeil et des retards d'apprentissage, perturbant ainsi le développement social de l'enfant.[85] Dans la population générale, les maladies parodontales ont également leur lot de conséquences, se compliquant par exemple de sepsis, de problèmes nutritionnels ou de conséquences sur l'estime de soi. La santé dentaire a donc un impact direct sur la santé globale de l'individu. Indirectement, les maladies parodontales sont aussi reconnues comme facteur de risque dans les maladies vasculaires, le contrôle du diabète, la pneumonie et la bactériémie.[86] Finalement, les problèmes de santé buccale peuvent contribuer à une perte d'autonomie accélérée chez les personnes âgées.[87]

En date de novembre 2015, on comptait 5065 dentistes au Québec, dont 46% de femmes.[88] La médecine dentaire est également une profession qui se féminise rapidement : alors que les femmes ne représentaient que 16% des professionnels en 1988, elles représentent actuellement 50 à 65% des nouveaux diplômés des universités québécoises.[89] Du côté des hygiénistes dentaires, les femmes représentent 98% de l'effectif professionnel.[90]

Portrait de la pratique

Depuis toujours, la pratique de la médecine dentaire s'est majoritairement effectuée en cabinet privé. Selon les données de 2011, 96% des dentistes travaillaient dans le secteur privé.[91] De ce nombre, certains ont une pratique mixte, puisque 15% des membres de l'ODQ affirmaient en 2006 avoir dans leurs activités une pratique en milieu hospitalier également.[92] De la même façon, plus de 90% des hygiénistes dentaires travaillent dans le secteur privé, au sein des cabinets de dentistes.[93] En se basant sur les données de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, on peut également estimer qu'entre 5 et 10% d'entre elles travaillent dans le giron public en santé communautaire. Dans ce domaine, elles sont employées par les CLSC et réalisent surtout des activités de prévention, de sensibilisation et d'information sur l'importance de la santé dentaire.

---

[83] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006) *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Québec, Récupéré sur le site du MSSS : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-231-01.pdf
[84] Récupéré du site de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/dent-fra.php
[85] Association des dentistes de santé publique du Québec. (2016). *Mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de la consultation publique sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux*, p.3
[86] Nikiforuk G. (2004). Le diabète et la maladie parodontale : un lien bilatéral complexe. *Info Diabète. Bulletin à l'intention des éducateurs en diabète de première ligne*.
[87] Association des dentistes de santé publique du Québec. (2016). *Op. cit.*
[88] Données provenant du site de l'Ordre des dentistes du Québec, section statistiques : http://www.odq.qc.ca/Publications/Statistiques/tabid/290/language/fr-CA/Default.aspx
[89] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3113.shtml
[90] *Ibid.*
[91] *Ibid.*
[92] Lussier, JP & Benigeri, M. (2007). L'organisation de la pratique de médecine dentaire au Québec. Résultats du sondage de l'ODQ de 2006, Première partie. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, vol 44, pp. 385-388.
[93] Données provenant du site de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, section historique : http://www.ohdq.com/à-propos-de-l'ordre/historique

En milieu hospitalier, toute personne assurée a droit à certains services de chirurgie buccale en cas de traumatisme ou de maladie.[94] Ces services sont fournis sans frais. Les examens, l'anesthésie locale ou générale et les radiographies qui y sont liés sont également couverts. Toutefois, les frais relatifs à l'extraction de dents et de racines ne sont pas assumés par la RAMQ.

L'historique des services dentaires au Québec est probablement un des exemples les plus éloquents de la lente déconstruction du régime d'assurance-maladie. Après y avoir intégré les soins dentaires à tous les enfants en 1974, le gouvernement québécois décide en 1982 de retirer cette couverture aux enfants de 13 à 15 ans. Une décennie plus tard, en 1992, il décide de la restreindre encore davantage en excluant cette fois les enfants âgés de 10 à 13 ans.[95] Si actuellement seuls les enfants de moins de 10 ans sont assurés par la RAMQ, ils ne le sont encore que partiellement. Les traitements curatifs de base et les procédures diagnostiques sont couverts, mais aucun service dentaire préventif (par exemple applications de fluorures, détartrages) n'est assuré depuis 1982. La couverture est similaire pour les prestataires du programme d'aide sociale. Pour ce qui est du reste de la population, plusieurs ont recours à une assurance dentaire privée ou contractée par un tiers (liée à l'emploi), mais les autres doivent payer de leur poche. L'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (ACDQ) publie chaque année une grille tarifaire à l'intention de ses membres. En se fiant à ces données, le coût des soins dentaires se situe entre 165 et 210$ pour un examen complet (nettoyage, détartrage et radiographies), entre 65 et 110$ pour un plombage simple, entre 100 et 350$ pour une extraction dentaire, plus de 400$ pour un traitement de canal et plus de 700$ pour une couronne.[96] Le guide recommande également des frais supplémentaires de 65$ pour les radiographies panoramiques.

Bien que les services dentaires n'aient jamais été inclus complètement dans les services remboursés par la RAMQ, la proportion des dépenses du secteur privé en santé dentaire ne cesse de croitre. En effet, alors que les dépenses totales (publiques et privées) en santé dentaire sont passées de 1.3 milliard de dollars en 1980 à 12.6 milliards aujourd'hui, la part du financement public est passée de 20% à 6%.[97] Cette hausse des dépenses combinée à la diminution de la part publique du financement concorde avec les résultats de l'étude *Analyse sociohistorique du système de couverture des services dentaires au Québec*. Il y est démontré que la pratique privée est influencée par l'offre et la demande et que les coûts des services dentaires, laissés aux aléas du marché, s'en ressentent.[98] Conséquemment, un rapatriement des soins dentaires dans le giron public permettrait de contrôler les coûts.

L'enjeu de l'accès aux soins dentaires

De façon évidente, pour des populations à faibles revenus tels des travailleurs sans assurance, des familles à revenu modeste, de jeunes adultes ou des personnes âgées, une visite chez le dentiste peut s'avérer hors de prix, allant même jusqu'à menacer leur sécurité alimentaire. On observe d'ailleurs un état de santé buccodentaire plus pauvre chez certains groupes, dont les personnes âgées en perte d'autonomie, celles atteintes d'une incapacité physique ou mentale et les

---

[94] Association des dentistes de santé publique du Québec. (2016). *Op. cit.*
[95] Récupéré du site de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), section Santé-Bulletin spéciaux, *Bref rappel historique du système de santé public du Québec* :
http://www.lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/sante/bulletins_speciaux_sante/bref_rappel_historique_systeme_sante_public.pdf
[96] Ducas, Isabelle. (7 avril 2012). *Comment choisir son dentiste*. La Presse. Récupéré du site du journal :
http://affaires.lapresse.ca/economie/sante/201204/07/01-4513324-comment-choisir-son-dentiste.php
[97] King, Arlene. (2011). *Rapport annuel 2011 de la médecin-hygiéniste en chef à l'Assemblée législative de l'Ontario. Pour maintenir les gains et aller encore plus loin : Bulletin de l'Ontario en matière de santé pour 2011.*
[98] Msefer-Laroussi, Souad. (2010). *Analyse sociohistorique du système de couverture des services dentaires au Québec. Pratiques et Organisation des Soins*. Montréal.

travailleurs à faible revenu[99]. Statistique éloquente, seulement 5% des personnes vivant en CHSLD auraient une assurance dentaire. [100]

L'accès aux soins buccodentaires pour ces groupes de personnes est actuellement très limité. On estime que trois Québécois sur dix n'ont pas accès à des soins dentaires pour des causes financières[101], ce qui est bien évidemment inacceptable dans une société de droits. Dans son mémoire découlant des consultations publiques sur le panier de services en janvier dernier, l'ODQ affirmait que « le coût des soins dentaires, le manque de financement et d'infrastructures ainsi que les ressources financières limitées sont autant d'obstacles à l'accessibilité. » Selon des estimations récentes, les familles canadiennes dépenseraient 3 milliards de dollars en soins dentaires annuellement.[102] Il n'est donc pas surprenant que les enfants provenant de milieux économiquement défavorisés aient un taux de carie deux fois plus élevé que les enfants de familles au revenu plus élevé.[103]

Il est évident que la pauvre couverture publique des soins dentaires a des répercussions importantes sur la santé des individus. Quand les traitements ne sont pas effectués en temps requis, on peut s'attendre à des complications et à une escalade de coûts, tant pour les individus touchés que pour le système de santé qui aura en fin de compte à en assumer la responsabilité. En ce sens, les soins dentaires devraient faire partie des soins primaires couverts par le régime universel de santé.

Optométrie

État des lieux

L'optométriste représente la principale porte d'entrée des services oculovisuels au Québec. Il s'agit d'une profession de la santé de première ligne, exigeant un doctorat universitaire de 5 ans. Si la grande majorité des optométristes sont travailleurs autonomes, ils travaillent aussi en collaboration avec les opticiens d'ordonnance et les ophtalmologistes. Regroupé au sein de l'Association des optométristes du Québec (AOQ) depuis 1966, l'Ordre des optométristes du Québec s'est constitué en 1973 dans le but d'encadrer la pratique. Initialement dédiée à l'examen et la correction de la vue, la pratique des optométristes a évolué considérablement depuis les vingt dernières années. En 1997, les optométristes furent autorisés à utiliser des médicaments diagnostiques pour l'examen des yeux. En 2003, le gouvernement a élargi leur pratique en leur permettant de fournir des soins et prescrire des médicaments thérapeutiques pour une gamme de problèmes de santé oculaire. Ainsi, les optométristes peuvent désormais prendre en charge certaines urgences oculaires (inflammation, infection, douleur oculaire, etc.), autrefois réservées aux médecins seuls.[104]

---

[99] Ordre des dentistes du Québec. (2016). *Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec concernant la couverture des services en santé et en services sociaux. Mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de la consultation publique sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux*, p.9

[100] Association des dentistes de santé publique du Québec. (2016). *Op. cit.*

[101] Récupéré du site de Radio-Canada : http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2015/03/18/001-dents-coeur-sante-influence-bacteries.shtml

[102] Ordre des dentistes du Québec. (2016). *Op. cit.*

[103] *Ibid.*

[104] Récupéré sur le site de l'Ordre des optométristes du Québec, section Public : https://www.ooq.org/public/loptometriste

Avec ses 1400 optométristes pratiquant au sein de 700 bureaux répartis sur tout le territoire, le Québec peut compter sur le plus grand ratio d'optométristes par habitant. L'ensemble des services passe nécessairement par les cliniques privées puisqu'il n'y a aucune offre de services pour la population générale dans le réseau public. Les délais d'attente pour voir un optométriste en cabinet varient de quelques jours à deux semaines, tant à Montréal qu'en région. Pour les urgences oculaires, il est habituellement possible d'avoir une évaluation dans la journée.[105] En 2011, environ 87% des optométristes travaillaient dans des cabinets privés et 13% œuvraient pour des opticiens, à salaire ou à forfait. Parmi les 520 professions inventoriées dans Emploi-Avenir Québec, il s'agirait de la profession avec la plus forte représentation de travailleurs autonomes. Une très faible proportion travaillerait également dans les centres de réadaptation au tarif horaire. La majorité des optométristes sont des femmes (64%) et cette proportion devrait continuer à augmenter puisqu'elles représentent plus de 75% des nouveaux diplômés.[106]

Portrait de la pratique

L'essentiel de la pratique des optométristes consiste à l'évaluation de la vision et de l'appareil oculovisuel ainsi qu'à la prescription de lunettes ou lentilles cornéennes de correction. Les optométristes sont aussi en mesure de jouer un rôle important dans la prise en charge de conditions médicales plus complexes (conjonctivite, dégénérescence maculaire, glaucome, cataracte, etc.), en appui aux médecins, notamment les ophtalmologistes. En raison de l'ajout des urgences oculaires dans leur cadre de pratique, les optométristes occupent une place importante dans la dispensation des soins de première ligne, en libérant les salles d'urgence et les listes d'attente des ophtalmologistes. Outre les rôles déjà mentionnés, les optométristes sont aussi habiletés à dépister plusieurs maladies systémiques, dont le diabète.[107] L'association Diabète Québec reconnait d'ailleurs l'apport significatif des optométristes dans le dépistage précoce de la maladie.[108]

Toutefois, pour véritablement garantir l'accès à ces soins, encore faut-il que ces services respectent le principe de gratuité universelle de la Loi canadienne de la santé, ce qui n'est pas le cas actuellement avec l'ajout de frais pour le traitement lié aux conditions médicales. En d'autres termes, la délégation de certains actes médicaux aux optométristes a fait en sorte que de nombreux patients doivent maintenant payer pour obtenir des services essentiels qui auraient été gratuits si prodigués par un médecin.

La couverture publique des soins optométriques

En 1970, les examens optométriques ont été parmi les premiers services de santé à être intégrés à l'assurance-maladie. En 1992, au même moment que les services dentaires, la couverture est restreinte de manière significative : les examens de la vue pour les personnes âgées de 19 à 40 ans

[105] Récupéré sur le site de l'Ordre des optométristes du Québec, section Collaboration interpersonnelle : https://www.ooq.org/collaboration-interprofessionnelle/loptometriste-en-tant-que-ressource-de-premiere-ligne-en-sante
[106] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3121.shtml
[107] Récupéré sur le site de l'Ordre des optométristes du Québec, section Collaboration interpersonnelle : https://www.ooq.org/collaboration-interprofessionnelle/loptometriste-en-tant-que-ressource-de-premiere-ligne-en-sante
[108] Récupéré du site Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3121.shtml

en seront désormais exclus. Dès l'année suivante, le gouvernement poursuit dans ses compressions en retirant aux personnes de 41 à 64 ans l'accès gratuit à un optométriste.[109]

Actuellement, les services optométriques ne sont donc assurés que pour les patients âgés de 0 à 17 ans et de plus de 65 ans. Autrement, seuls les prestataires de l'aide sociale sont couverts et seulement pour un examen complet tous les deux ans et pour un examen partiel au besoin. Les visites pour des urgences oculaires sont couvertes pour tous les patients, mais seulement pour sa composante évaluative. Des frais seront exigés pour le traitement et la prise en charge du patient, et ce même si les patients font partie des groupes d'âge normalement couverts. Ces frais sont généralement de l'ordre de 35 à 55$.[110] De plus, le patient n'a droit, pour un diagnostic donné, qu'à un seul examen d'urgence par année. Toute cette situation apporte son lot de colère et d'incompréhension à des patients peu informés de cette semi-couverture. De plus, il ne faut pas minimiser l'impact tarifaire que représente l'achat de lunettes ou de lentilles qui, en tout temps, doit être assumé par le patient ou sa compagnie d'assurance privée. Ces coûts peuvent facilement s'élever à plus de 100$ par année.

Enfin, même pour les personnes assurées, certains frais accessoires sont demandés lors de l'administration de médicaments et d'agents anesthésiques (*p. ex.* les « fameuses » gouttes ophtalmiques). D'ailleurs, plusieurs cliniques optométriques font face au recours collectif sur les frais accessoires signé par le bureau d'avocat Grenier Verbauwhede.[111] Dans son mémoire de mai 2016 à la Commission de la santé et des services sociaux, l'Ordre des optométristes déplorait le flou entourant ces frais facturés aux patients et sommait le gouvernement de régler les problèmes d'interprétation et d'application de la Loi sur l'assurance-maladie. Au nom du principe d'accessibilité, il invitait le gouvernement à adopter une définition plus large des « services médicalement nécessaires » devant être couverts, rappelant que ces derniers ne devraient pas être obligatoirement « fournis par un médecin » tel que stipulé dans la Loi canadienne sur la santé.[112]

Pour l'ensemble du milieu, il semble évident que l'intégration des soins optométriques à la couverture publique serait bénéfique pour la population, tant du point de vue de l'accès que du point de vue économique. Un mémoire déposé en 2004 par l'Association des optométristes du Québec indiquait que pour chaque dollar investi dans la couverture des services des optométristes en première ligne, le système de santé en économiserait deux.[113] Malgré ces données, la pratique n'a pas changé et les pressions qu'exercent les entreprises propriétaires de cliniques se font de plus en plus sentir dans le milieu de l'optométrie. En mai dernier, un article paru dans Le Soleil révélait que l'Ordre des optométristes du Québec réclamait « plus d'outils pour enquêter sur les entreprises commerciales qui contrôlent le secteur oculovisuel. » Selon Dr Languis Michaud, président de l'Ordre, « des optométristes seraient poussés à faire du profilage de clientèle pour assurer la rentabilité de leurs bureaux. »[114] Dans son mémoire de mai 2016, l'Ordre y va même de cette affirmation fracassante rappelant bien le danger de céder au privé tout un pan de notre

---

[109] Récupéré du site de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), section Santé-Bulletin spéciaux : http://www.lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/sante/bulletins_speciaux_sante/bref_rappel_historique_systeme_sante_public.pdf

[110] Données provenant du site de la Régie de l'assurance maladie, section Services optométriques : http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-optometriques.aspx

[111] Recours collectif Philippe Léveillé c. Procureur général du Québec et al., n° 500-06-000695-144 (CS, Montréal), récupéré du site du cabinet Grenier Verbauwhede : http://grenierverbauwhede.ca/affaires/raerc.pdf

[112] Ordre des optométristes du Québec. (2016). *Mémoire relatif au projet de Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec et modifiant diverses dispositions législatives : Projet de loi no 92*. Récupéré du site de l'ordre, section Nouvelles : https://www.ooq.org/communique/l-ordre-en-commission-parlementaire-projet-de-loi-92-et-nouveaux-pouvoirs-pour-la-ramq

[113] Association des optométristes du Québec. (2006). *Résumé du mémoire de l'Association des optométristes du Québec présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre de la consultation générale « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité »*. Récupéré du site de l'Assemblée nationale : https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=96598.

[114] Fleury, Elizabeth. (18 mai 2016). *Des optométristes poussés à cibler les patients plus payants*. La Presse. Récupéré sur le site du journal : http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201605/17/01-4982613-des-optometristes-pousses-a-cibler-les-patients-plus-payants.php

système de santé : « Dans certains cas, les intérêts commerciaux l'emportent sur le professionnalisme et la déontologie, ayant ainsi pour effet de compromettre les droits du patient et de placer l'optométriste dans une position intenable au chapitre de ses obligations professionnelles. »[115]

Infirmières praticiennes spécialisées

État des lieux

Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), aussi appelées « super infirmières », sont une addition toute récente au système de santé québécois. Le projet initial de développement de la pratique ayant été lancé en 2003, la première cohorte a gradué en 2006. Par cette décision, le ministre de la Santé de l'époque, Philippe Couillard, avait voulu confirmer « l'importance pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec de se doter d'IPS afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé et d'assurer un meilleur suivi à la clientèle. »[116] Les IPS ont une formation universitaire de 2e cycle qui leur permet de prescrire des tests diagnostiques et des traitements, en plus d'effectuer certaines interventions invasives, auparavant réservés aux médecins. Actuellement, elles évoluent dans quatre spécialités : la cardiologie, la néonatalogie, la néphrologie et les soins de première ligne.[117]

Cette formation axée sur une spécialité est unique au Québec. Dans les autres provinces, les IPS reçoivent d'abord une formation générale et sont ensuite appelées à se spécialiser selon le profil de pratique souhaité. La formation de 2e cycle des IPS se fait après l'obtention d'un baccalauréat et sous condition d'avoir pratiqué comme infirmière au moins deux ans dans un des quatre domaines de spécialité. La formation d'une IPS au Québec comporte plus d'heures (à la fois théoriques et pratiques) que partout ailleurs au Canada.[118]

À partir de 2011, des IPS certifiées commencent à rejoindre les équipes médicales en place. Elles demeurent minoritaires au sein de la profession infirmière, ne représentant que 0.5% des membres de la profession. Si l'objectif était alors d'en déployer 500 sur l'ensemble du territoire, le ministre actuel Gaétan Barrette dit maintenant vouloir hausser cette cible à 2000 infirmières praticiennes d'ici 2020.[119] Actuellement, soit près de 10 ans après le début du déploiement, seulement 284 IPS pratiquent au Québec, dont 80% en soins de première ligne.[120]

---

[115] Ordre des optométristes du Québec. (2016). *Op. cit.*

[116] D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C.-A., Lavoie-Tremblay, M., Dallaire, C. et Cyr, G. (2007). *Évaluation de l'implantation du programme d'intéressement au titre d'infirmière praticienne spécialisée. Rapport de recherche présenté au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.* Récupéré sur le site : http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport%20MSSS%20%20IPS.pdf

[117] Récupéré sur le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, section Infirmière praticienne spécialisée : http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee

[118] Récupéré sur le site de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, section Devenir IPS: spécialités : http://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/devenir-ips

[119] Récupéré sur le site de Radio-Canada : http://ici.radio-canada.ca/regions/mauricie/2015/10/07/007-super-infirmieres-ips-sante-soins-vieillissement-populition.shtml

[120] Récupéré sur le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, section Infirmière praticienne spécialisée : http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée dans le réseau public

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) « la collaboration entre le médecin et l'infirmière praticienne augmente l'accès aux services de santé, favorise les stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie et finalement améliore la santé de la population ».[121] Le gouvernement reconnait aussi la contribution prometteuse des IPS à notre système : « afin d'améliorer l'offre et l'accès aux soins et services de santé, le MSSS est d'avis que les infirmières praticiennes spécialisées peuvent y jouer un rôle prépondérant. »[122] Malgré les belles convictions exprimées par les décideurs, le grand déploiement des IPS se fait toujours attendre et semble se heurter à plusieurs obstacles.

D'abord, le programme éprouve des difficultés considérables dans le recrutement de candidates. Dans le but d'intéresser les infirmières déjà sur le marché du travail, le MSSS a convenu d'une aide financière tout au long de la formation supplémentaire via le Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée.[123] Le MSSS cherche aussi à encourager l'embauche des IPS par les établissements de santé en s'acquittant lui-même de leur salaire, sous condition qu'il s'agisse de nouveaux postes. Finalement, le programme vise à inciter les IPS formées à l'extérieur de la province à venir pratiquer au Québec. Malgré ces mesures, les résultats se font attendre. « Le programme d'intéressement au titre d'IPS n'a pas su attirer les effectifs souhaités en dépit de la mise en place d'un certain nombre d'incitatifs. Les infirmières potentielles ne considèrent pas les conditions offertes suffisamment attirantes. Elles perçoivent la formation comme très exigeante, les responsabilités du travail importantes et les incitatifs insuffisants notamment en ce qui a trait au salaire. »[124] Autre obstacle au recrutement, il semble que les possibilités d'emploi ne soient pas toujours au rendez-vous pour les finissantes. Elles peinent à se trouver des emplois intéressants où leur expertise est réellement mise à profit.

En résumé, autant les infirmières, les politiciens que la population générale semblent convaincus de l'apport considérable que peuvent avoir les IPS à la bonification de l'offre de services en santé. Toutefois, que ce soit par manque de moyens ou de volonté politique, l'intégration pleine et entière de ces professionnels au réseau public tarde à se manifester.

Portrait du secteur privé

Selon les données statistiques de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la pratique au secteur privé demeure marginale en soins infirmiers. En effet, pour l'année 2014-2015, seulement 8.6% des infirmières pratiquaient dans le secteur privé, dont 30% par l'intermédiaire des agences de placement. Parmi les infirmières de la relève (*c.-à-d.* celles ayant obtenu leur diplôme dans la dernière année), 2.4% avaient opté pour une pratique privée.[125] À notre connaissance, il n'existe pas de statistiques similaires concernant les IPS, qui ne représentent encore que 1% des membres de l'OIIQ. Toutefois, de multiples projets de cliniques privées impliquant des IPS semblent en voie de se concrétiser bien que le Québec ne compte actuellement que sur une centaine d'entre elles.

---

[121] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015) Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée : modalités d'application. Récupéré sur le site du Ministère : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-919-04W.pdf

[122] *Ibid.*

[123] *Ibid.*

[124] *Ibid.*

[125] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2014-2015.* Récupéré en ligne : https://www.oiiq.org/sites/default/files/portrait-sommaire-2014-2015.pdf

Ces cliniques privées d'IPS, parfois appelées « cliniques sans médecin », existent depuis peu au Québec, mais leur nombre tend à croitre considérablement. Un article récent paru dans Le Devoir citait : « Démotivées par le système public ou faute de pouvoir travailler autant qu'elles le voudraient, des infirmières praticiennes spécialisées œuvrent dans des cliniques entièrement privées. Au moins trois de ces cliniques sont actuellement en activité au Québec, et d'autres seraient à l'étape de projet. Pour une soixantaine de dollars, les patients peuvent y consulter avec ou sans rendez-vous pour des problèmes divers comme des otites, des points de suture ou des vaccins. »[126]

Selon les critiques émises par les infirmières, le réseau public ne leur permettrait pas de travailler à leur plein potentiel. Trop souvent, elles sont assignées à des tâches cliniques ne relevant pas de leur expertise particulière. En plus de cet argument maintes fois rapporté, la possibilité de toucher de meilleurs salaires dans le secteur privé semble non négligeable.[127]

Selon nos recherches, une consultation avec une IPS en clinique privée couterait environ 60$.[128] Certaines cliniques factureraient aussi des frais pour l'ouverture de dossier, soit 30$ dans une de ces cliniques située à Québec. Cette dernière se targue d'ailleurs dans ses publicités de proposer des « coûts de services accessibles à tous » et encourage les patients à réclamer ces frais à leur compagnie d'assurances.[129] Les gestionnaires d'une nouvelle clinique de la région montréalaise soutiennent que les cliniques privées d'IPS sont « avantageuses » pour les patients : en effet, en raison de coûts moins élevés, ceux-ci auraient droit à trois consultations par année pour le prix d'une seule consultation avec un médecin. « Les malades chroniques pourront choisir un forfait adapté à leur condition et des suivis de grossesses seront aussi offerts. Au final, [la clinique] a pour vision de devenir le leadeur dans la pratique de soins de première ligne privés abordables », rapporte-t-on dans un article récent.[130]

Prix compétitifs, forfaits sur mesure, *leadership* entrepreneurial : des arguments de vente bien connus qui incarnent de manière éloquente cette nouvelle offensive en faveur d'une marchandisation de la santé. Il va sans dire que le développement de telles initiatives, bien qu'encore marginales, est très inquiétant. D'autant plus qu'elles semblent nourries avant tout par l'insatisfaction des infirmières, déçues des perspectives professionnelles qu'offre le réseau public et contrariées par les limitations imposées à leur champ de pratique.

La Coopérative de solidarité SABSA à Québec, très médiatisée dans les derniers mois, est un bel exemple du potentiel de cliniques alternatives reposant sur des IPS plutôt que sur des médecins.[131] En offrant des services de proximité à une population vulnérable, cette initiative incarne bien la souplesse, la polyvalence et l'expertise des IPS dans l'offre de services de première ligne. Or, il s'agit tout de même d'une clinique à prestation privée dont le financement est présentement assuré par des cotisations des membres (sous le modèle de coopérative) et par des dons de particuliers. Initialement, cette clinique avait aussi bénéficié du soutien financier de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Bien que cette clinique offre des soins nécessaires à la population locale et que sa mission sociale soit louable, son maintien hors du réseau public fragilise sa pérennité et l'accessibilité aux soins qui y sont prodigués à long terme. De telles initiatives, bien ancrées dans les besoins du milieu et découlant d'une démarche axée sur

[126] Récupéré sur le site Le Devoir : http://www.ledevoir.com/societe/sante/465535/les-super-infirmieres-investissent-le-prive
[127] Récupéré sur le site de Radio-Canada : http://ici.radio-canada.ca/emissions/l_heure_du_monde/2014-2015/chronique.asp?idChronique=377077
[128] Données provenant d'un article paru dans Le Devoir et récupéré sur : http://www.ledevoir.com/societe/sante/465535/les-super-infirmieres-investissent-le-prive et d'informations tirées du site web de la Clinique santé praticienne : http://www.cliniquesantepraticienne.com/
[129] Informations tirées du site web de la clinique Capitale Santé : www.capitalesante.com
[130] Récupéré sur le site du Journal de Montréal : http://www.journaldemontreal.com/2015/11/20/une-clinique-medicale-privee-avec-examen-complet-sans-medecin
[131] Coopérative de solidarité SABSA : http://www.coop-sabsa.com

le communautaire, auraient intérêt à inspirer la création de cliniques publiques de soins mettant à profit les compétences des IPS. Or, le ministre de la Santé refuse pour le moment d'intégrer ce type de clinique au réseau.[132]

[132] Récupéré sur le site du Journal de Québec : http://www.journaldequebec.com/2016/05/19/sabsa-gaetan-barette-maintient-sa-position

Conclusion

Même s'il faut reconnaitre qu'historiquement les médecins se sont d'abord montrés réticents face à l'ajout de nouvelles professions spécialisées aux équipes de soins, nul ne remettrait aujourd'hui en doute leur rôle essentiel et leur expertise. Or, nous constatons que les services rendus par ces professionnelles n'ont jamais été complètement intégrés à l'offre de soins publique du réseau de santé québécois. À ce jour, la situation semble d'autant plus critique qu'en période de compressions budgétaires, ces professions sont les premières touchées par les suppressions de postes. Tous s'accordent pour dire que les ressources professionnelles actuellement disponibles sont nettement insuffisantes pour répondre aux besoins de la population, et qu'il existe de nombreux trous de service affectant particulièrement les populations plus vulnérables.

Comment expliquer qu'au moment où moult chamboulements affectent les soins de première ligne, l'apport des professionnelles de la santé autres que les médecins ne soit pas considéré comme partie prenante de l'organisation de ces soins ? Force est de constater que la réorganisation majeure du système de santé orchestrée par le ministre Barrette repose essentiellement sur les médecins qui deviennent responsables *de facto* du fardeau de la preuve quant à la réussite de sa réforme. Le modèle CLSC, initialement conçu pour permettre aux citoyens de recevoir les services sociaux et de santé dont ils avaient besoin en temps opportun, et surtout par le professionnel le plus apte à le faire, traverse une période décisive. Il est depuis plusieurs années sous-financé et mis à mal par diverses inactions des différents gouvernements s'étant succédé. Clamant maintenant l'échec pur et simple du modèle CLSC, le gouvernement Couillard est en train de mettre de côté cette institution qui pourtant rayonne comme modèle de soins de première ligne et fait envie encore aujourd'hui dans le reste du pays et à l'étranger. Le tout au profit des GMF, super-cliniques et autres structures. Cela étant dit, il demeure impossible encore, sur la base de données probantes, de nous prononcer sur la structure la plus adaptée pour répondre aux besoins de la population en première ligne. Il importe toutefois de définir certaines conditions afin d'assurer un accès équitable et efficace aux autres professionnels de la santé au sein du réseau de cliniques de première ligne qui se développe actuellement.

D'une part, le nombre de professionnelles engagées pour répondre aux besoins de la population devra être suffisant et adapté à la réalité des milieux. Dans un contexte où les GMF (et les super-cliniques) domineront l'offre de première ligne, il est à craindre que seulement les patients inscrits dans ces GMF aient accès aux services professionnels. Par cette condition, l'accès n'est donc garanti qu'aux patients inscrits auprès d'un médecin de famille. Le modèle GMF renforce donc une fois de plus la mainmise médicale sur le parcours de soins du patient. Au contraire, la responsabilité populationnelle qui sous-tend le modèle CLSC incluait la responsabilité de rejoindre divers groupes sociaux aux besoins spécifiques sur le territoire desservi. D'ailleurs, le constat est clair sur le terrain : pour plusieurs raisons, certains groupes plus vulnérables ne consultent pas les cliniques et GMF, alors que les besoins de ces individus en termes de santé physique, mentale et d'accompagnement psychosocial sont souvent majeurs.

Il faut donc s'assurer que les besoins de toutes les populations soient considérés dans l'organisation des soins de première ligne. Ainsi, le nombre de psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes et bien d'autres devra donc refléter les besoins réels, autant pour les problématiques simples et fréquentes, que pour les problématiques plus complexes touchant les populations vulnérables. Nous croyons fermement que l'offre de services en ce qui concerne les professionnelles doit être bonifiée. En fait, la réorganisation de la première ligne devrait être l'occasion de combler les trous de services mis en évidence dans ce mémoire. Il ne s'agit pas de

faire des transferts d'une structure à une autre (comme l'exemple récent des travailleurs sociaux en CLSC devant migrer en GMF), mais bien d'augmenter la quantité de professionnelles présentes dans le réseau !

Par ailleurs, le contexte dans lequel la pratique professionnelle s'opère en ce moment mérite également réflexion. Pour plusieurs sinon toutes les professions explorées dans ce rapport, le constat est clair : besoins croissants de la population, diminution du nombre de postes dans le système public, pression constante pour faire plus avec moins, mènent tous à une diminution de la qualité et de l'accessibilité des services. Mentionnons également au passage que ces politiques affectent particulièrement les femmes. Occupant la majorité des emplois du secteur public en santé et en éducation, les femmes ont ainsi été davantage touchées par les mesures d'austérité des dernières années, alors qu'il est grand temps de reconnaitre l'apport essentiel des professionnelles de la santé. Cette reconnaissance doit se traduire par des postes disponibles à la hauteur de leurs compétences, une rémunération juste et des horaires à temps complet, ainsi que la préservation de leur autonomie professionnelle dans une réelle approche interdisciplinaire basée sur une intégration des expériences et des expertises. De plus, l'écart notable de salaires entre ces professions dites féminines et la médecine, profession depuis longtemps dominée par les hommes, mérite d'être relevé.

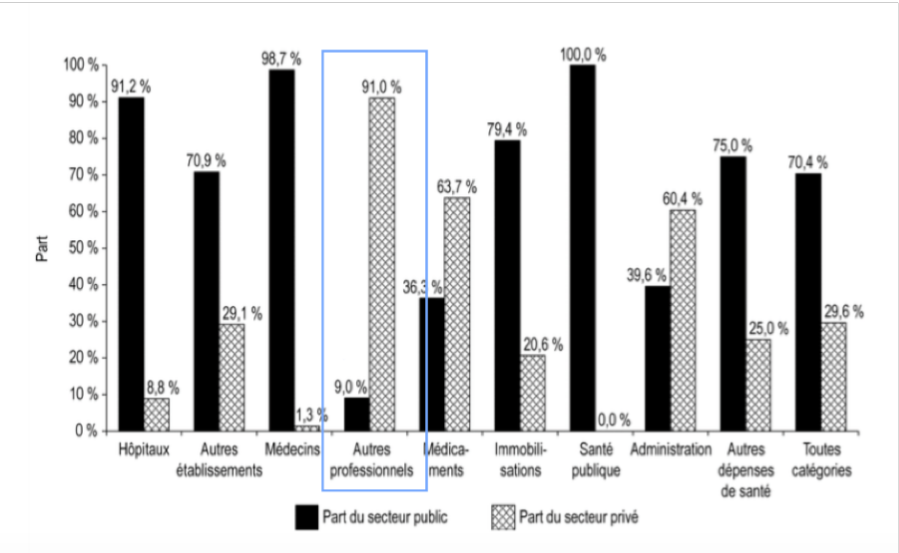
Contribuant probablement à l'amélioration de certains aspects du système de santé, les politiques d'optimisation inspirées de l'industrie privée (*p. ex.* Lean, méthode Toyota) et mises en place à l'échelle entière du système a toutefois d'énormes conséquences sur les individus qui y travaillent et sur les soins prodigués. En voulant tout quantifier, c'est la nature même des soins prodigués et la vision globale de l'intervention et de l'accompagnement qui sont atteintes ; le tout à un coût humain important. Chaque professionnelle a maintenant un nombre limité de séances, une limite de temps par intervention, un nombre minimal de patients à voir, des protocoles à respecter. En hôpital tout comme en CLSC, le préventif doit souvent céder sa place au curatif, les gestes techniques dominent l'approche humaniste. Progressivement, la tâche prend le dessus sur l'individu et les professionnelles de la santé, qu'ils soient audiologistes, médecins ou infirmières praticiennes, entrent de plus en plus dans une optique de responsabilité de rendement, et non pas de soins adaptés. Le temps manque trop souvent pour s'assurer que nos actions ont réellement l'impact souhaité. Chacun doit composer avec les incongruences qui existent entre le soin apporté à des êtres humains et la production de services. Le découragement, l'épuisement et l'idée pour certaines de s'orienter vers le système privé sont maintenant, malheureusement, une réalité quotidienne.

En effet, nous avons mis en évidence dans ce rapport que l'organisation actuelle des soins professionnels en première ligne, avec les nombreux trous de services existants et les conditions de travail difficiles, a essentiellement favorisé le développement du secteur privé pour toutes les professions étudiées. Dans tous les cas de figure, l'accès est actuellement plus facile au privé qu'au public, pour qui peut se le payer. Or, les données probantes démontrent qu'une prise en charge précoce, par le bon professionnel, diminue la chronicisation et les complications des problèmes de santé qui relèvent des professionnelles autres que médecins, en plus de diminuer le fardeau économique relié au recours à l'urgence et aux consultations médicales répétées.

Il est essentiel d'inclure une offre publique de soins professionnels au sein du réseau de première ligne afin d'assurer un accès universel indépendamment du revenu. Exclure les professionnelles des nouvelles super-cliniques ou des GMF, ou présenter une offre insuffisante, c'est endosser la reprise lucrative par le privé de cette offre de soins et accepter que tous ne soient pas égaux devant l'accès. Pour MQRP, l'ensemble des services professionnels en santé, lorsque médicalement nécessaires, devrait être couvert par le régime d'assurance-maladie.

Annexe I

Poids des secteurs privés/public dans le paiement des soins de santé (2013)



Tiré de : Boucher, P. et Langlois, P.É. (2014). *Les marchés émergents pour les cliniques privées de physiothérapie*. Récupéré du site de la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec : www.physioquebec.com/les-marches-emergents-en-physiotherapie/