

Contenu du document

1.0	<i>L'INTRODUCTION</i>	4
1.1	Mise en situation	4
1.2	Les objectifs du mandat	4
1.3	La méthodologie de l'enquête économique	5
1.4	Les faits saillants de l'étude économique	5
2.0	<i>LA PHYSIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE PRIVÉE</i>	7
2.1	L'économie de la physiothérapie au Québec	7
2.2	La prestation des services de physiothérapie au Québec	8
2.3	Les données financières	9
3.0	<i>L'EXPERTISE PROFESSIONNELLE DES CLINIQUES</i>	11
3.1	La main-d'œuvre	11
3.2	La prestation de traitement	11
3.3	La tarification des services	12
4.0	<i>LA CLIENTÈLE DES CLINIQUES</i>	13
5.0	<i>LE COÛT DE PRESTATION D'UN TRAITEMENT</i>	14
5.1	L'expérience canadienne	14
5.2	Les cliniques privées au Québec	15
5.3	La prestation de traitements de physiothérapie par le réseau de la santé	19
6.0	<i>LE SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE</i>	20
6.1	L'approche économique au système de santé	20
6.2	Définitions, approches et secteurs d'application	22
6.3	Les forces et les faiblesses des approches	23

7.0	<i>L'ANALYSE COÛTS BÉNÉFICES DES TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE</i>	25
7.1	L'approche retenue pour la présente analyse	25
7.2	Les résultats de l'étude de Millard	27
7.3	La notion de «<i>coûts indirects</i>» découlant des lésions professionnelles	29
8.0	<i>LES TENDANCES OBSERVÉES</i>	31
9.0	<i>LES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE</i>	32
	<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	34

1.0 L'INTRODUCTION

1.1 Mise en situation

La *Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec* (FPPPQ) regroupe les physiothérapeutes propriétaires de quelque 240 cliniques de physiothérapie au Québec. La représentativité de la FPPPQ est à hauteur de 45% de ce secteur de service dans la santé. La clientèle des physiothérapeutes en pratique privée se répartit entre les assurés des régimes publics (CSST et SAAQ) et privés (autres assureurs). La CSST, comme nous le verrons plus loin, représente un bloc important de clients pour les physiothérapeutes.

La problématique actuelle gravite autour du fait que les tarifs octroyés aux physiothérapeutes par la CSST sont demeurés inchangés depuis 1994, soit depuis plus de dix ans. La dernière tentative de modification est restée sans réponse parce que la CSST veut lier cette question à celle de la réglementation du traitement. Plusieurs propositions de nouveaux règlements ont été rejetées. Chacune imposait des limites sur le nombre et le type de traitement. La CSST refuse de bouger pour l'instant. Aucune action n'a été tentée du côté des autres agents payeurs.

1.2 Les objectifs du mandat

L'objectif premier de ce mandat est de réaliser une enquête économique auprès des physiothérapeutes propriétaires dont les résultats serviront de base de négociation avec l'ensemble des tiers payeurs publics et privés.

De façon spécifique, l'enquête économique auprès des physiothérapeutes vise trois (3) grands objectifs:

- Obtenir des données spécifiques sur les coûts de production;
- Recueillir l'information pertinente pour démontrer la valeur économique, soit les coûts et les bénéfices de la prestation des actes sur les patients;
- Élaborer le cadre d'un argumentaire économique à présenter aux tiers payeurs.

1.3 La méthodologie de l'enquête économique

L'enquête économique a nécessité la réalisation des tâches suivantes:

- Établir le salaire du physiothérapeute propriétaire et des employés et cerner les modes de rémunération;
- Dresser le profil des dépenses d'exploitation directement reliées à la prestation de services de physiothérapie;
- Obtenir les frais généraux de la clinique;
- Évaluer les autres dépenses;
- Formuler de façon mathématique la fonction de production des cliniques.

Un questionnaire d'enquête a été élaboré, approuvé, prétesté puis expédié par la poste aux propriétaires de cliniques. La confidentialité est assurée à tous les répondants. Les résultats ont été validés, compilés, traités au moyen du modèle économique, puis analysés pour fins de rédaction du rapport.

Au total, 540 cliniques ont reçu le questionnaire d'enquête. Sur ce nombre, 147 furent retournés au consultant. De ce nombre, 136 questionnaires complets ont été analysés. Le taux de réponse avoisine donc les 25%. Cependant, nous avons la certitude que seules les cliniques membres de FPPPQ ont répondu à l'enquête. Avec un total de 240 membres, le taux de réponse se situe alors à 57%.

Le profil des cliniques ayant répondu se trouve à l'annexe I du présent document. Les résultats de l'enquête économique ont permis de situer les paramètres financiers d'opérations des physiothérapeutes propriétaires. Parallèlement à cette démarche, une revue exhaustive de la littérature pertinente a permis de situer le cadre de la mesure des bénéfices retirés des traitements de physiothérapie. Les catégories thérapeutiques dominantes ont été retenues. Le modèle d'analyse coûts/bénéfices fut alors modulé pour tenir compte des spécificités des services rendus et des bénéfices retirés.

1.4 Les faits saillants de l'étude économique

MARCON-DDM tient à présenter ici les éléments majeurs qui constituent l'essentiel des conclusions de l'étude économique réalisée pour le compte de la FPPPQ. Les résultats obtenus de l'étude sont de deux niveaux□ la tarification des services rendus par les physiothérapeutes et les coûts et les bénéfices associés à leur pratique auprès des travailleurs.

Les conclusions suivantes sont à souligner□

- La physiothérapie et les cliniques privées de physiothérapie constituent une industrie dont les retombées économiques ne sont pas négligeables. L'industrie fournit de l'emploi (direct et indirect) à environ 7 500 personnes et génère une activité de plus de 450M\$.
- Les tarifs actuellement payés par les tiers payeurs publics, soit notamment la CSST et la SAAQ, ne correspondent pas aux coûts réels engendrés par les physiothérapeutes en pratique privée lors de la prestation de services. Le coût de prestation du traitement est de 44,20\$. La clientèle privée des cliniques de physiothérapie paie actuellement un coût qui s'apparente à ce tarif. Ainsi, le coût payé par le public signifie tout simplement qu'un transfert monétaire s'opère de la clientèle privée vers la clientèle publique. Ce qui est tout à fait inéquitable.
- Le coût de prestation d'un traitement par le réseau de la santé est plus élevé que celui du réseau de cliniques privées. Le coût est de 47,04\$.
- Un nouveau continuum de soins auprès des accidentés du travail démontre que des gains importants peuvent être réalisés. L'application du *Millard Health Care Model* en Alberta et ailleurs dans le monde insiste notamment sur la présence des physiothérapeutes à toutes les phases de traitement d'un accidenté. Une analyse des coûts et des bénéfices de l'application du modèle au cas du Québec démontre que des gains de 67,0 M\$ pourraient être réalisés.
- Une étude indique que le niveau des budgets alloués aux programmes de réparation de la part de la CSST ne constitue qu'une partie des coûts réels découlant des accidents de travail. Il ressort que pour chaque dollar dépensé pour les accidentés, la société québécoise doit assumer 0,83\$ additionnel. Les programmes de réparation de la CSST sont de 1,42 G\$ en 2002, ce qui implique un coût supplémentaire de l'ordre de 1,18 G\$.
- Le vieillissement de la population québécoise associé aux coûts grandissant de la santé fait en sorte que de nouvelles façons de faire sont requises dans la prestation de soins de santé. De façon générale, la population doit demeurer active plus longtemps. De façon spécifique, les travailleurs accidentés doivent retourner au travail plus rapidement. Les physiothérapeutes font partie de ces équipes appelées à procéder différemment dans la prestation de soins de santé.

2.0 LA PHYSIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE PRIVÉE

2.1 L'économie de la physiothérapie au Québec

Le modèle d'impact économique utilisé par MARCON-DDM est précis, performant et à la fine pointe de la technologie. Il s'agit d'un modèle entrées-sorties dont les données brutes proviennent de Statistique Canada. Les données utilisées dans le modèle sont de la période 1996 à 2003. Le modèle fonctionne avec 476 biens et 168 industries. Des matrices de commerces de biens et services interprovinciaux permettent de distribuer les impacts par province, dont le Québec. Les statistiques générées par le modèle comprennent□

- Les emplois par industrie, par province et par comtés;
- Les revenus provenant de la fiscalité et de la parafiscalité;
- Produit intérieur brut (PIB) par province et par comté;
- Ventes par industrie par province et par comté;
- Taux de chômage et nombre de sans-emploi;
- Migration nette (variation de population) par province et par comté;
- Emplois par occupation (plus de 450 occupations) par province;
- Mises en chantier résidentielles par province.

Notons ici que l'analyse des impacts économiques n'a pas été réalisée de façon très détaillée. Ce n'était d'ailleurs pas l'objet du présent rapport. Le résultat obtenu tient compte des emplois et de l'activité économique globale découlant de la physiothérapie. Le secteur de la physiothérapie génère une activité économique non négligeable:

- Environ 7 500 emplois directs (physiothérapeutes, TRP, personnel de soutien, etc.) et indirects (fabricants de matériel et d'équipement, distributeurs, etc.);
- Les dépenses du secteur se situent à près de 450 M\$ en 2002. Ceci inclut le coût des traitements, des équipements et ainsi de suite.

Les dépenses totales du secteur de la santé sont de 24,4G\$ au Québec pour la même période. Ainsi, les dépenses du secteur de la physiothérapie correspondent à 0,4% du total des dépenses de santé au Québec.

2.2 La prestation des services de physiothérapie au Québec

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) regroupe tous les physiothérapeutes et tous les thérapeutes en réadaptation physique (TRP). L'OPPQ compte près de 3 450 physiothérapeutes enregistrés, ce qui se traduit par approximativement un physiothérapeute pour 2 164 habitants. En comparaison, le ratio est de 1/2 402 au Manitoba, de 1/1 992 en Ontario, de 1/1 863 en Alberta et de 1/1 598 en Colombie-Britannique.

Au Québec, 56% des physiothérapeutes oeuvrent dans le réseau privé. Dans le cas de la CSST en 1999, 88% des traitements de physiothérapie, pour les patients couverts, se font en clinique privée. Tel que mentionné dans l'introduction, on dénombre approximativement 540 cliniques privées au Québec. La forme juridique des cliniques est présentée au tableau ci-dessous.

TABLEAU 1 Forme juridique

Forme juridique	Poids (%)
Travailleur autonome	8
Société nominale	1
Société enregistrée	14
Société incorporée	76
Autres	1
TOTAL	100

Source : FPPPQ, Enquête économique auprès des physiothérapeutes propriétaires de cliniques privées du Québec, MARCON-DDM, 2004.

Le tableau indique que plus des trois quarts des physiothérapeutes en pratique privée conduisent leurs opérations sous la forme de la société commerciale. Une minorité (20%) de membres de la FPPPQ est propriétaire de l'édifice où la clinique est localisée. Une majorité de membres est alors locataire (80%).

Dans de nombreux cas, on retrouve d'autres professionnels de la santé exerçant dans la même clinique. Les autres professions les plus présentes sont notamment les thérapeutes en réadaptation physique (TRP) qui sont aussi régis par l'OPPQ, les ergothérapeutes, les médecins, les massothérapeutes et les acupuncteurs.

Le tableau présenté ci-après dresse le portrait de la localisation et de la superficie de la clinique.

TABLEAU 2 **Caractéristiques de la clinique**

Localisation de la clinique	Poids des cliniques (%)	Superficie moyenne (en pieds carrés)
Centre médical avec médecin	40	1 758
Centre médical sans médecin	4	1 464
Centre commercial ou édifice à bureaux	22	2 198
Centre sportif	7	2 384
Édifice autonome	7	1 780
À leur domicile	6	748
TOTAL	100	NA

Source: Ibidem.

Près de 45% des cliniques sont localisées dans un centre médical. La superficie des cliniques varie selon la localisation. La superficie moyenne d'une clinique est de 1 826 pieds carrés.

Les résultats de l'enquête indiquent qu'une majorité de cliniques utilisent des logiciels de gestion financière (94%). Le tiers d'entre elles gèrent les rendez-vous des patients à l'aide d'un logiciel.

2.3 Les données financières

Cette section porte sur les aspects financiers des opérations des cliniques privées.

De façon générale, une clinique typique opère 5 jours par semaine et selon une plage horaire de 50,1 heures. La clinique est en opération 52 semaines par année.

Le salaire moyen d'un physiothérapeute au Canada, légèrement en dessous de 50 K\$ en 2000, a augmenté de seulement 1,4% en cinq ans (1995-2000). Au Québec, le salaire des physiothérapeutes dans le secteur public oscille entre 34 K et 63 K\$, soit encore un taux horaire se situant entre 17\$ et 32 \$ de l'heure. On constate ainsi, selon une étude menée au Manitoba sur la pratique de la physiothérapie, que certains des physiothérapeutes du Québec perçoivent une rémunération parmi les plus faibles de tout le Canada¹. Dans les cliniques privées du Québec, l'enquête indique que les moyennes salariales, basses et hautes, sont de 35 K\$ à 55 K\$ pour le physiothérapeute et de 28 K\$ à 36 K\$ pour le TRP.

¹ Centrale des professionnels de la santé, «Calcul des écarts salariaux» mai 2003.

Voyons les revenus générés par les différentes cliniques selon leur localisation.

TABLEAU 3 Revenus générés par les cliniques

Localisation de la clinique	Revenu moyen (\$)
Centre médical avec médecin	317 815
Centre médical sans médecin	293 064
Centre commercial ou édifice à bureaux	326 213
Centre sportif	305 101
Édifice autonome	237 900
À domicile	121 670
MOYENNE PROVINCIALE	288 389

Source \square Ibidem

Le revenu des cliniques de physiothérapie varie selon une fourchette se situant entre 121 670\$ et 326 213\$. Le revenu des cliniques varie également selon leur localisation géographique. Les résultats de l'enquête indiquent que dans le Montréal métropolitain, le revenu est de 350 943\$, alors qu'à Québec il se situe à 252 118\$ et que finalement à Trois-Rivières il est de 246 087\$. La moyenne provinciale est à hauteur de 288 389\$. Le consultant utilisera la moyenne provinciale lors de l'évaluation du coût de prestation d'un traitement de physiothérapie.

3.0 L'EXPERTISE PROFESSIONNELLE DES CLINIQUES

3.1 La main-d'œuvre

Le personnel que l'on retrouve dans les cliniques de physiothérapie comprend:

- Les professionnels qui délivrent les traitements : des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique; des ergothérapeutes et parfois des ostéopathes, des massothérapeutes ainsi que d'autres professionnels de la santé;
- Le personnel de soutien;
- Le personnel administratif.

Le profil du nombre d'emplois (travailleurs autonomes inclus) dans les cliniques privées est de 4 employés à temps plein (3,94) et de 4 employés à temps partiel (3,65). La rémunération des différentes catégories d'employés est établie selon deux modes: au salaire et à la rémunération à la visite. Le tableau qui suit présente les profils de rémunération.

TABLEAU 4 La rémunération moyenne des professionnels

Catégorie de travailleurs	Type de rémunération (\$)	
	À l'heure	À la visite
Physiothérapeute salarié	27,50	15,50
Physiothérapeute travailleur autonome	36,20	37,70
Autres professionnels salariés	24,60	26,20
TRP	18,00	10,40

Source \square ibidem.

Le mode de rémunération en vigueur dans l'industrie est octroyé, comme l'indique le tableau, selon le nombre de traitements ou selon l'heure de travail. Les résultats de l'enquête sont conformes au vécu en termes d'échelles de rémunération.

3.2 La prestation de traitement

Les traitements de physiothérapie touchent aux conditions orthopédiques vertébrales, périphériques ainsi qu'à un ensemble d'autres champs d'intervention telles la gériatrie, la pédiatrie ou encore la neurologie. Selon l'étude menée auprès des cliniques, la répartition du nombre d'interventions se fait comme suit :

TABLEAU 5 Les catégories de traitements

Région de traitements	Poids (%)
Lombaire	35,3
Dorsale	9,3
Cervicale	18,7
Périphérique	33,7
Autres	3,0
TOTAL	100,0

Source \square Ibidem.

En comparaison, en 1999, 42% des traitements couverts par la CSST portaient sur des affectations vertébrales. Les types de traitements les plus communs délivrés par les physiothérapeutes sont: la thérapie manuelle, les exercices avec ou sans appareil, les ultrasons, l'électrothérapie (TENS), l'application de chaleur ou de froid, etc.

3.3 La tarification des services

La tarification des services de physiothérapie se pratique selon deux types d'interventions. La première visite, soit l'évaluation avec traitement, et la visite de suivi.

Le paiement des honoraires provient de trois sources: le patient, le tiers payeur privé (assureur) et le tiers payeur public, principalement la SAAQ ou la CSST. Les tarifs pratiqués sont uniformes dans le cas de la CSST, car le montant octroyé pour le traitement est réglementé. Dans le cas de la SAAQ, le coût de la facturation dépend de l'adhésion de la clinique à un programme. Cependant, et contrairement aux cas de la CSST, les cliniques décident parfois de demander des tarifs plus élevés que ceux de la SAAQ, entraînant ainsi un débours de la part du patient.

Le tableau qui suit présente le niveau du tarif reçu par le physiothérapeute.

TABLEAU 6 Tarifs payés par la SAAQ et les particuliers

Payeur	Caractéristique de la visite	
	Première	Suivi
SAAQ (programme)	54,30\$	31,40\$
SAAQ (hors du programme)	37,70\$	34,90\$
Privé	50,80\$	43,10\$

Source \square Ibidem.

Notons ici que la SAAQ paie également les physiothérapeutes pour la rédaction d'un rapport d'évaluation du patient.

4.0 LA CLIENTÈLE DES CLINIQUES

Le consultant a indiqué auparavant dans le texte que la clientèle provenait de deux sources. La répartition selon leur importance relative est présentée au tableau suivant.

TABLEAU 7 Caractéristiques de la clientèle

Tiers payeur	Clientèle	
	Poids (%)	Nombre moyen de patients à l'heure
CSST	39,8	2,12
SAAQ/Programme	4,7	1,70
SAAQ/Hors programme	9,9	2,11
Privé	45,6	1,91
TOTAL	100,0	NA

Source: Ibidem.

Le tableau indique que, grosso modo, le secteur public correspond à 55% de la clientèle des cliniques privées de physiothérapie. Le secteur privé représente alors 45%. Le nombre de patients moyens l'heure ne varie que très peu selon les clientèles. Les résultats de l'enquête situent la moyenne à deux patients à l'heure.

Il n'y a pas de différence importante dans les cliniques en regard de la durée du traitement pour ces clientèles. Une majorité de répondants stipule prendre «autant de temps» pour une clientèle que pour l'autre. Les proportions sont les suivantes: 70 % des répondants pour les clients couverts par la SAAQ, 73% pour les clients de la CSST et 73% pour les clients ayant une assurance privée.

5.0 LE COÛT DE PRESTATION D'UN TRAITEMENT

5.1 L'expérience canadienne

Les associations provinciales ou canadiennes de physiothérapeutes ayant mené une évaluation du coût de la prestation de services sont encore rares.

L'Alberta a effectué un tel exercice en 2001, démontrant ainsi aux tiers payeurs que les coûts de prestation d'un traitement étaient plus élevés que les montants remboursés. La conséquence directe fut un réajustement du taux payé par le WCB (*Worker Compensation Bureau*), organisme provincial équivalent à la CSST. Le tableau suivant présente les données.

TABLEAU 8 Ajustement du tarif

Visite	Avant négociations	Après négociations
Évaluation	44 \$	60 \$
Suivi	31\$/26 \$	33 \$

À cela il faut ajouter un montant de 20\$ pour les rapports.

Plusieurs associations provinciales de physiothérapeutes ont émis un guide sur la tarification des services qu'elles recommandent à ses membres de prendre comme référence. Le tableau ci-dessous présente certains chiffres.

TABLEAU 9: Tarification dans certaines provinces canadiennes

Visite	Province		
	Alberta	Ontario	Colombie-Britannique
Évaluation	80\$	75\$	45\$/65\$
Suivi	40\$	37,50\$	35\$/55\$

En Ontario et en Alberta, le tarif de la première visite est sur une base de 30 minutes et le tarif des visites subséquentes est sur une base de 15 minutes.

Ces taux, auxquels viennent s'ajouter une marge de profit minimale que toute clinique privée se doit de considérer pour assurer sa pérennité, sont définis de façon à mieux refléter les coûts de production.

5.2 Les cliniques privées au Québec

Pour mémoire, l'objectif premier de l'enquête porte sur l'évaluation du coût de prestation d'un traitement pour les physiothérapeutes propriétaires. Tel qu'indiqué à la section portant sur la méthodologie, un questionnaire a été construit, approuvé et expédié à tous les propriétaires de cliniques (membres et non-membres de la FPPPQ). Une copie du questionnaire est jointe en annexe.

Un modèle économique a été élaboré afin d'établir la fonction de coûts². Ainsi, les résultats obtenus de l'enquête ont permis d'établir un coût moyen de prestation d'un traitement. Le modèle obtenu par les économistes de MARCON-DDM comprend la somme des dépenses totales, la valeur des immobilisations et le coût d'opportunité. Si les deux premières variables sont conformes à la notion comptable de l'évaluation des coûts, il peut sembler étrange d'intégrer le coût d'opportunité. Toutefois, ce dernier est reconnu et accepté tant par les professionnels de la comptabilité que par ceux de l'économie. Le concept prend en considération le nombre d'heures consacrées à la gestion et au développement de la clinique. Le taux horaire du physiothérapeute est alors appliqué à ce nombre d'heures pour une année.

Les données obtenues de l'enquête ainsi que leur analyse à l'aide du modèle économique indiquent que le coût de prestation d'un traitement s'élève à 40,19\$. Actuellement, selon les différentes clientèles, le tarif du traitement de suivi d'un patient se situe à l'intérieur de paramètres qui varient entre 32,00\$ (CSST), 31,40\$ (SAAQ/programme), 34,90\$ (SAAQ/hors programme) et finalement 43,10\$ (privée).

D'un point de vue strictement économique, les professionnels qui investissent dans un projet doivent prendre en considération un taux de rendement (un profit). Le profit doit être raisonnable. Il doit tenir compte de ce qui se passe dans le milieu, soit dans ce cas-ci le secteur de la santé. Les statistiques financières disponibles sur la rentabilité des entreprises dressent un profil de l'état de la situation pour l'ensemble des industries canadiennes. Le consultant retient un taux de profit de 10% incorporé au tarif pour la prestation d'un traitement. Le coût de prestation du traitement est de **44,20\$**.

² La méthode de calcul du coût de prestation d'un traitement est la suivante:

$$\text{CPT} = (\text{DT} + \text{VI} + \text{CO}) \div \text{NT}$$

CPT:	coût de prestation d'un traitement
DT:	dépenses totales (dépenses d'opérations aux états financiers)
VI:	valeur des immobilisations (investissements)
CO:	coût d'opportunité (valeur du travail du propriétaire consacré à des activités administratives)
NT:	nombre de traitements (une année)

Maintenant, mettons en perspective les honoraires perçus auprès des différentes clientèles versus le coût actuel de prestation d'un traitement. D'abord, établissons l'honoraire moyen selon les clientèles. Pour fins d'analyse, retenons l'honoraire de suivi.

TABLEAU 10: Honoraire moyen

Clientèles	Honoraire actuel (\$)	Poids de la clientèle (%)	Honoraire pondéré (\$)
CSST	32,00	39,8	12,73
SAAQ/programme	31,40	4,7	1,47
SAAQ/hors-programme	34,90	9,5	3,45
Privée	43,10	45,6	19,65
TOTAL	35,35\$	100,0	37,30\$

Source: FPPPQ, «Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec», MARCON-DDM, 2004.

La seconde colonne du tableau reprend l'honoraire payé actuellement par les clientèles. La troisième colonne retient le poids moyen des clientèles tel qu'obtenu par l'enquête économique. Compte tenu de ces informations, la quatrième colonne indique que la valeur de l'honoraire pondéré est de 37,30\$³. Nous devons y ajouter un taux le rendement fixé à 10%, ce qui est acceptable et même conservateur. Donc, l'honoraire devrait être à hauteur de 41,03\$.

Dans le cadre de la présente étude, que signifie l'impact de ce différentiel sur l'ensemble des clientèles? Cela signifie que la tarification actuelle ne traduit pas la réalité économique des physiothérapeutes en pratique privée.

Afin de mesurer cette réalité, les économistes de MARCON-DDM ont simulé l'impact des différents honoraires analysés. Ces derniers, appliqués au nombre de traitements moyens annuels pour les cliniques privées, donnent une indication de la hauteur des revenus issus du modèle.

³ L'honoraire pondéré établit l'apport de l'honoraire en regard du poids réel de chacune des clientèles.

La situation est décrite au tableau ci-dessous.

TABLEAU 1: Comparaison des valeurs d'honoraires obtenus

Variables	SCÉNARIOS		
	Honoraire actuel 31,16\$	Honoraire pondéré 41,03\$	Honoraire ré-ajusté 44,20\$
Nombre de traitements (année)	9 256	9 256	9 256
Revenu total moyen	288 500\$	379 773\$	409 115\$

Source: FPPPQ, «Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec», MARCON-DDM, 2004.

Le «Revenu total moyen» obtenu traduit la réalité pour les physiothérapeutes propriétaires. Le revenu moyen actuel de 288 500\$ indique qu'un transfert, voire une subvention, existe non seulement entre les clientèles mais également de la part des physiothérapeutes vers les clients.

Une façon de mesurer ce transfert est d'appliquer le revenu moyen actuel au revenu généré par les valeurs d'honoraires réajustés.

TABLEAU 2: Valeur monétaire du transfert

SCÉNARIO	Honoraire pondéré (41,03\$)	Honoraire ré-ajusté (44,20\$)
Revenu du scénario	379 773\$	409 115\$
Revenu moyen actuel	288 500\$	288 500\$
DIFFÉRENTIEL	91 273\$	120 615\$

Source: FPPPQ, «Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec», MARCON-DDM, 2004.

Ainsi, les physiothérapeutes propriétaires transfèrent entre 91 K\$ et 120 K\$ vers leurs patients. Vers quelles clientèles ce transfert s'opère-t-il?

La façon de déterminer comment se répartit le transfert est tout simplement d'imputer les valeurs aux poids des clientèles publiques et privée.

TABLEAU 3: Mesure de la valeur du transfert

SCÉNARIO	Honoraire pondéré (41,03\$)	Honoraire ré-ajusté (44,20\$)
Valeur du transfert	91 273\$	120 615\$
Transfert vers la clientèle publique (54,4%)	85 536\$	114 872\$
Transfert vers la clientèle privée (45,6%)	(8 737\$)	5 743\$

Source: FPPPQ, «Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec», MARCON-DDM, 2004.

Voyons maintenant les impacts de ce transfert sur lesdites clientèles.

Le transfert opéré existe tout simplement parce que les physiothérapeutes propriétaires utilisent une grille d'honoraires professionnels qui ne correspond pas à la réalité économique de leur industrie.

Soulignons que malgré le fait que les physiothérapeutes subventionnent directement leurs patients, les cliniques privées n'en sont pas moins opérationnelles et on pourrait même les qualifier de rentables. Mais cette rentabilité est pour ainsi dire «fictive». En effet, elle n'est possible que par la combinaison de deux phénomènes complémentaires. D'une part, le transfert des physiothérapeutes vers l'ensemble de la clientèle et, d'autre part, l'honoraire payé par la clientèle privée, et qui est de loin le plus élevé, expliquent pourquoi les physiothérapeutes peuvent opérer dans les conditions actuelles de marché. Ceci correspond à une situation totalement inéquitable pour la clientèle privée.

Les particuliers, assurés ou non, n'ont pas à payer un transfert vers les clients de la CSST et de la SAAQ. Le système fiscal québécois s'occupe des transferts entre groupes d'individus. Si la clientèle privée payait le même tarif que la clientèle publique, l'industrie de la physiothérapie au Québec ne serait plus opérationnelle. Elle devra tout simplement être reconfigurée selon de nouveaux paramètres.

La situation décrite ici correspond à ce que les économistes appellent un «effet externe», qui a pour impact de biaiser le fonctionnement du marché.

5.3 La prestation de traitements de physiothérapie par le réseau de la santé

La prestation de traitements de physiothérapie relève de nombreux établissements dans le réseau de la santé au Québec: les Centres hospitaliers (CH), les CLSC, les CHSLD, etc. Pour fins de comparaisons, le secteur des CH a été retenu.

Il a été possible d'obtenir des statistiques sur 114 centres hospitaliers au Québec. Le nombre d'emplois est mesuré en «équivalent temps complet» (ETC). Les données salariales portent sur la rémunération des physiothérapeutes salariés et des TRP (le niveau de salaire retenu a été ajusté en tenant compte des avantages reconnus par les différentes conventions collectives du secteur de la santé).

La superficie moyenne des cliniques ainsi que les dépenses d'opérations pour ces dernières dans les CH correspondent aux données de l'enquête économique. Pour le calcul du coût de prestation dans le secteur public, le consultant a adapté le modèle économique utilisé pour le privé⁴.

Pour un nombre de traitements à hauteur de 2,1 M dans une année, le coût moyen se situe à **47,04\$**. Notons de plus que le poids du nombre de traitements en hospitalisation et ambulatoires se situe à 47% pour le premier et à 53% pour le second. Il y a donc 1,12 M de traitements qui sont prodigués à une clientèle externe.

Le coût moyen et le nombre total de traitements «externes» constituent une information-clé dans la compréhension de l'industrie.

⁴ La méthode de calcul du coût de prestation d'un traitement est la suivante:

$$\text{CPT} = (\text{DT} + \text{VI}) \div \text{NT}$$

- CPT:** coût de prestation d'un traitement
DT: dépenses totales (dépenses d'opérations aux états financiers)
VI: valeur des immobilisations (investissements)
NT: nombre de traitements (une année)

6.0 LE SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE

6.1 L'approche économique au système de santé

Monsieur Claude Castonguay, ancien Ministre de la santé, est considéré comme le père de l'assurance maladie au Québec. Il avait déjà mis en garde le gouvernement Bourassa au début des années 1970 sur les risques évidents du vieillissement de la population et de ses impacts sur le régime de santé universel.

Depuis, différents rapports sur le système de santé et la prestation de soins font état des difficultés du modèle. Trois rapports dressent des bilans et proposent des solutions : la Commission Clair (Québec), la Commission Romanow (Ottawa) et le Rapport Kirby (Sénat canadien). L'objet du présent rapport n'est pas d'analyser les contenus et recommandations des experts. Toutefois, un constat s'impose : le vieillissement de la population requiert une nouvelle approche à la prestation de soins de santé.

D'une part, voyons le phénomène du vieillissement. Les baby-boomers vieillissants augmentent les coûts du système de santé de façon vertigineuse. Notons également que d'autres facteurs combinés au vieillissement exercent également une pression sur les coûts, soit notamment les technologies médicales, la pharmacothérapie et l'espérance de vie.

TABLEAU 14: Évolution des coûts de la santé au Canada

Année	Canada		Québec	
	G\$	%	G\$	%
1981	26 276,7		6 887,8	
1986	43 337,3	64,9	10 537,4	52,9
1991	66 289,1	52,9	15 634,6	48,3
1996	74 695,1	12,6	16 966,6	8,5
2001	105 430,6	41,1	23 016,5	35,6

Source : Institut canadien d'information sur la santé, « Tendances des dépenses nationales de santé : 1975-2003 » 2003.

Deux éléments sont à noter au tableau. D'une part, l'évolution des coûts indique une tendance similaire. D'autre part, il y a une baisse substantielle des dépenses en santé entre 1991 et 1996. Ceci s'explique par les politiques de lutte pour éliminer les déficits structurels mises sur pied par Ottawa et Québec. Toutefois, entre 1996 et 2001, l'effet haussier des dépenses reprend.

Tous les observateurs du milieu de la santé s'entendent sur le fait que les façons de faire doivent changer. Il y a une tendance lourde vers une restructuration du système, soit une réorganisation majeure des modes de prestation de soins. Pourtant, les façons de faire ne changent que très lentement. Il est même difficile de saisir où elles s'opèrent et comment.

Les équipes multidisciplinaires à mettre sur pied se font attendre. La hiérarchie dans la prestation de soins ne change pas. Les coûts per capita du système de santé au Canada et au Québec constituent un bon indicateur de la répartition des soins.

Le tableau suivant présente les dépenses dans la santé.

TABLEAU 15: Dépenses per capita dans la santé

Poste	Canada	Québec
Hôpitaux	1 150,57\$	1 206,39\$
Autres établissements	365,41\$	309,20\$
Médecins	494,48\$	394,17\$
Services dentaires	285,54\$	239,34\$
Soins de la vue	98,29\$	82,14\$
Autres professionnels	73,86\$	67,70\$
Médicaments	620,28\$	648,56\$
Immobilisations	177,89\$	132,82\$
Santé publique et administration	250,36\$	140,75\$
Autres	422,46\$	260,50\$

Source : Institut canadien d'information sur la santé, « Tendances des dépenses nationales de santé » 1975-2003 et 2003.

Le tableau présente les dépenses en santé selon le modèle actuel de prestation de soins. Une brève analyse sur l'évolution des dépenses per capita au Canada et au Québec entre 1981 et 2003 indique que les poids n'ont guère changé. Dans l'optique des besoins de renouveau dans la prestation de soins, le consultant a réorganisé les résultats qui sont présentés au tableau suivant.

TABLEAU 6: Dépenses per capita par groupe de services

Groupe de services de soins	Poids (%)	
	Canada	Québec
Hôpitaux, autres établissements de santé, immobilisations	44,8	47,4
Médecins, services dentaires, soins de la vue	22,2	20,5
Médicaments	15,7	18,6
Autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, chiropraticiens, acupuncteurs, etc.)	1,8%	1,9%
Autres groupes	15,5	11,6
TOTAL	100,0	100,0

Source : Compilation du consultant.

Le tableau indique que plus de 60% des dépenses per capita en santé au Canada et au Québec le sont dans les secteurs traditionnels, soit les institutions et les fournisseurs traditionnels de soins. Dans le contexte actuel, une réorganisation de la prestation des soins de santé dans l'esprit des rapports Clair, Romanov et Kirby requiert que les « autres professionnels » occupent une place beaucoup plus grande.

6.2 Définitions, approches et secteurs d'application

Les économistes laissent aux médecins et aux autres spécialistes de la santé le soin de déterminer quelles interventions sont prioritaires. Toutefois, les économistes sont bien formés pour évaluer si l'approche choisie est optimale.

Pour l'instant, au Québec, l'implication des économistes est minimale dans l'évaluation de la performance et dans les choix des différents acteurs de la santé. L'absence de réflexion et d'évaluation objective laisse le champ libre aux groupes de pressions qui représentent des intérêts particuliers tels les médecins, les hôpitaux, les syndicats et ainsi de suite.

De nouvelles réalités vont nécessairement provoquer des changements dans les façons de faire dans le réseau de la santé. La croissance phénoménale du nombre d'aînés au cours de la prochaine décennie aura deux conséquences: l'une sur la demande de soins et l'autre sur l'obligatoire maintien en santé de l'ensemble de la population active.

Le développement rapide d'équipes multidisciplinaires où chaque intervention est évaluée selon le rendement sera alors de mise. Le monopole des médecins sur ces équipes évoluera au rythme des avancées de la pharmacothérapie et de la reconnaissance des interventions de professionnels non-médecins.

6.3 Les forces et les faiblesses des approches

Il y a trois grandes catégories de coûts qui regroupent pour ainsi dire l'ensemble des coûts rattachés à une maladie.

- **Les coûts directs** : médicaux (soins, hospitalisation, médicaments...) et non médicaux (transport, hébergement famille, aide à la maison...).
- **Les coûts indirects tangibles** : absentéisme au travail ou perte de productivité (indemnités + coûts pour l'entreprise).
- **Les coûts indirects intangibles** : perte de la vie ou de la durée de vie, perte de la qualité de vie, souffrances morales.

Quant aux effets et bénéfices des différentes interventions dans le milieu de la santé, ces derniers peuvent être appréciés sous trois angles:

- **Les effets thérapeutiques** en termes médicaux, le nombre d'années de vie gagnées;
- **Les retombées économiques** directes (économies réalisées sur la consommation médicale) et indirectes (pertes de production minimisées);
- **Les répercussions sur le confort de vie** du malade (QOL, QALY).

Conséquemment, il existe principalement trois approches économiques qui sont utilisées dans le milieu de la santé pour mesurer l'efficacité d'une intervention médicale ou pour la comparer à d'autres interventions.

- **L'approche coût-utilité** : il s'agit du rapport entre le coût de l'intervention et l'amélioration de la qualité de vie du patient.
- **L'approche coût-efficacité** : c'est le rapport entre le coût de l'intervention et ses effets thérapeutiques bénéfiques.
- **L'approche coût-bénéfice** : compare le coût engendré par l'intervention aux coûts présumés évités.

L'approche coût-utilité est employée lorsque l'on considère uniquement les retombées directes sur la qualité de vie du patient. L'approche coût-efficacité est souvent requise pour comparer plusieurs interventions médicales afin de non seulement comparer leurs coûts, mais aussi et surtout les effets bénéfiques qu'elles engendrent (en termes médicaux). Finalement, l'approche coût-bénéfice permet de mesurer la pertinence d'une intervention en termes de valeur monétaire pour le patient, le tiers payeur ou la société, selon sous quel angle on regarde le problème.

L'évaluation économique est de plus en plus utilisée dans le domaine de la santé. Notons que deux secteurs ont déjà fait bien du chemin pour évaluer la pertinence d'une intervention au lieu d'une autre en termes de retombées (efficacité thérapeutique et retour sur investissement).

La pharmacéconomie est probablement la pionnière dans le domaine de la santé. Elle consiste à l'analyse des coûts de l'utilisation de médicaments dans le système de santé et dans la société dans son ensemble. Il s'agit d'identifier, de mesurer et de comparer les coûts et conséquences des produits et services pharmaceutiques par rapport aux bénéfices qui en découlent.

L'autre secteur médical dans lequel l'évaluation économique est fréquemment employée est celui de la technologie médicale, soit l'évaluation économique des équipements médicaux destinés aux cliniques et aux hôpitaux.

Le tableau qui suit résume l'essentiel des forces et des faiblesses des approches présentées.

TABLEAU 7: Comparaisons des approches d'analyse

Approches	Forces	Faiblesses
Coût-Bénéfice	<ul style="list-style-type: none"> Mesure les retombées en valeur monétaire 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats différents selon le point de vue Parfois difficile d'estimer en valeur monétaire certains bénéfices
Coût-efficacité	<ul style="list-style-type: none"> Prend en compte les retombées en termes d'amélioration sur le plan médical et d'années de vie gagnées 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats différents selon le point de vue Ne considère pas la valeur économique des retombées
Coût-Utilité	<ul style="list-style-type: none"> Met au premier plan l'amélioration de la condition du patient en termes de qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Ne considère pas la valeur économique des retombées Ne mesure pas l'efficacité vis-à-vis d'autres traitements

Source: Compilations du consultant.

7.0 L'ANALYSE COÛTS BÉNÉFICES DES TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE

7.1 L'approche retenue pour la présente analyse

Nous avons retenu l'approche coût-bénéfice pour cette étude. L'approche reflète mieux le retour sur investissement occasionné par les coûts des traitements de physiothérapie. L'analyse coût-bénéfice permet aussi de mesurer plus facilement les bénéfices pour la société, voire pour les organismes tiers payeurs.

Si l'on se place sous l'angle d'un tiers payeur, on doit se demander du point de vue économique si le remboursement des prestations de physiothérapie se justifie non seulement par une amélioration de la productivité du patient/travailleur mais aussi par une réduction d'autres frais plus coûteux, comme certains médicaments ou les frais d'hospitalisation.

L'analyse coût-bénéfice permet de prendre en compte les aspects économiques en jeu et attribue une valeur monétaire à chaque effet bénéfique découlant des traitements de physiothérapie pour une évaluation plus juste du retour sur chaque dollar investi. De nombreuses études ont été publiées à travers le monde sur le traitement des problèmes de dos, de cou et de douleurs chroniques du système musculosquelettique.

D'un point de vue plus général, des études ont été menées dans plusieurs pays (Canada, E.-U., Pays-Bas, Grande-Bretagne, France...) et démontrent les coûts exorbitants engendrés par les blessures au dos, au cou et à l'ensemble du système musculo squelettique (MS).

Une étude au Québec en 1997 révèle qu'un total de 43 500 lésions du système musculo squelettique ont occasionné une absence au travail. Le coût en indemnités de remplacement du revenu (IRR) était de 95,9M\$. Les lésions du système MS représentaient 37,2% du total des lésions indemnisées et comptaient pour 43,8% du total des débours en IRR. La durée moyenne d'indemnisation était de 44,9 jours (vs. 33,7 jrs pour autres lésions).

En 1998, les blessures au système MS représentaient près de 10% du poids économique total de toutes les maladies au Canada, soit près de 16,4 milliards sur 159,4 milliards de dollars. Le montant total se répartissant de la façon suivante : 83,9 milliards en coûts directs (prévention, traitement, réhabilitation) et 75,5 en coûts indirects (incapacité à court et à long terme et décès prématuré). Les blessures au système MS représentent la deuxième catégorie de maladie en termes d'importance des coûts, derrière les maladies cardiovasculaires.

La physiothérapie est souvent citée et prise en compte pour étudier et comparer les différents types de traitements applicables, et cela, avec des résultats majoritairement fort concluants. Que ce soit pour valider le coût-utilité ou le coût-efficacité, différentes études ont été réalisées pour démontrer la pertinence de la physiothérapie.

Cependant, il n'existe que peu d'études démontrant le coût-bénéfice de la physiothérapie. Quand c'est le cas, elle est souvent prise en compte au sein de traitements multidisciplinaires, de sorte que les conclusions touchent l'ensemble et non un traitement en particulier.

Parmi les résultats les plus pertinents, nous avons identifié les suivants :

- Une étude aux Pays-Bas rapporte que pour le traitement des douleurs au cou, la thérapie manuelle est supérieure à la physiothérapie, elle-même supérieure à la médecine générale, cela en termes d'absentéisme et de minimisation des coûts. En effet, la physiothérapie a permis de réduire à 7,5 jours le nombre de jours d'absence versus 10,4 pour une approche de médecine générale. En termes de coût, on a observé un montant total légèrement moins élevé au profit de la physiothérapie.
- Plusieurs études sur les problèmes du système MS font la preuve qu'une intervention directe du physiothérapeute par rapport à une autre recommandée par un médecin généraliste permet de diminuer le nombre total de traitements de l'ordre de 40% et de réduire les montants versés en indemnité, de l'ordre de 40% à 55%.
- La SAAQ a démontré, lors d'un projet pilote en 2001, que le cours délai entre l'accident et la première séance de physiothérapie engendre un retour nettement plus rapide de la personne accidentée à ses activités habituelles. Ce projet pilote axé principalement sur les traitements de physiothérapie pour les premières dix semaines et sur une approche multidisciplinaire par la suite a permis d'obtenir un taux de retour au travail beaucoup plus élevé (77% des cas) après 18 semaines d'incapacité alors que ce pourcentage oscillait autour de 48% pour le groupe témoin.

Bien que les douleurs du système MS représentent une majorité des cas traités par la physiothérapie, elle est aussi parfois employée auprès des patients ayant subi une attaque cardiaque. C'est dans ce contexte qu'une étude a été conduite en Australie pour révéler que les traitements de physiothérapie permettent de réduire la longueur du séjour en hôpital de 12,3 jours à 7,9 jours en moyenne. Cette autre étude a ainsi démontré que la physiothérapie permet de libérer des lits d'hôpitaux coûteux au système de la santé et indispensables aux traitement d'autres catégories de patients.

Plusieurs pays (États-Unis, Grande-Bretagne, Canada, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) ont établi au cours des 10 dernières années des guides de pratiques pour le traitement des lombalgies. Ces guides offrent des recommandations similaires. Une des études les plus approfondies et qui servira de référence à d'autres est l'étude menée par le CSAG (Clinical Standard Advisory Group) en 1994 pour le compte du ministère de la santé en Grande-Bretagne.

Les résultats de cette étude démontrent que l'utilisation de services de réhabilitation pour le traitement des douleurs au dos engendre les avantages suivants :

- Une amélioration des retombées cliniques de l'ordre de 30 à 50%;
- Une réduction de l'utilisation des services hospitaliers et des médicaments de l'ordre de 30%;
- Une diminution non négligeable des coûts socioéconomiques.

Les services de réadaptation suivent une approche multidisciplinaire comprenant la physiothérapie. Celle-ci est recommandée dans le but de contrôler la douleur, d'éduquer le patient sur la prévention et surtout de faciliter le retour rapide des fonctionnalités du patient, en prenant une approche active (exercice) plutôt que passive (massage, TENS, chaleur...).

On constate ainsi, à la lecture de ces études, que les coûts directs et indirects de la maladie (maux de dos, de cou...) étant très élevés, toute réduction sur l'intensité ou la durée d'incapacité permet de sauver des montants considérables au système de la santé. Ainsi de par l'efficacité thérapeutique et la modération des coûts de traitement, la physiothérapie s'avère offrir un très bon rendement sur l'investissement, à savoir un bon rapport coût-bénéfices.

Les coûts de traitements de physiothérapie sont bien moindres que les coûts d'hospitalisation, de médication et de manque de productivité au travail qui sont ainsi évités.

7.2 Les résultats de l'étude de Millard

L'Alberta Worker's Compensation Board (AWCB) a développé par le biais de *Millard Health* un plan de gestion des demandes d'indemnisations afin d'optimiser le retour au travail des accidentés. Le programme albertain faisait face à de multiples défis qui ne sont pas étrangers à la situation québécoise : une escalade des coûts, des frais de santé inconsistants, une diversité de politiques dans la prestation des services, une insatisfaction grandissante de la part des travailleurs, une approche conflictuelle entre travailleurs et administrateurs, etc.

Le développement du modèle albertain s’appuie sur l’expertise d’un groupe de travail composé d’experts du milieu médical traditionnel (généraliste, réadaptation, etc.) ainsi que d’autres spécialités de la santé (physiothérapie, psychologie, etc.). Outre les défis énoncés plus haut, les prémisses de départ du groupe de travail partent des faits suivants

- 50% des travailleurs souffrant de maux (lombaire, dorsal, cervical, périphérique) retournent au travail après une période de deux semaines;
- 80% d’entre eux après une période de six semaines;
- 5-10% des patients qui ne retournent pas au travail avant trois mois représentent 75-90% des coûts.

Le modèle de *Millard Health* possède des caractéristiques intéressantes. Le tableau suivant résume l’essentiel du continuum.

TABLEAU 18 Le Continuum de soins de *Millard Health*

Phase de soins	Durée (semaines)	Initiatives de traitement	Professionnels impliqués
Aigue	0-4	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Éducation • Thérapie manuelle • Retour au travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin • Physiothérapeute • Chiropraticien
Sub-aigue	4-10	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation • Conditionnement au travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeute • Chiropraticien • Thérapie occupationnelle
Chronique	10 +	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation • Réadaptation multidisciplinaire • Gestion de la douleur aigue 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Physiothérapeute • Chiropraticien • Spécialistes en réadaptation • Psychologue

Source Millard Health, “Millard Health Care Model”, Alberta Worker’s Compensation Board (AWCB), 2003.

Le modèle est évolutif et vise à revoir constamment les façons de faire afin de permettre aux travailleurs de réintégrer rapidement le marché du travail. Pour les fins du présent rapport, notons que les physiothérapeutes font partie de toutes les phases de traitement dans le modèle de *Millard Health*. L’expertise albertaine est reconnue internationalement.

Dans cette optique, le *Victorian WorkCover Authority* de Melbourne en Australie a confié à *Millard Health* en 2001, le mandat de procéder à une étude d'évaluation du programme en place, soit le *Work Cover*. Par la suite, *Millard Health* a simulé l'implantation du *Millard Soft Tissue Injury Continuum of Care Model* en regard des pratiques actuelles des autorités australiennes. Pour compléter la démarche, une étude des coûts et des bénéfices de l'implantation du modèle de Millard a été réalisée. Les coûts analysés comprennent l'indemnisation hebdomadaire du salaire et les principaux coûts de santé (physiothérapeute, médecin, chiropraticien, et cetera). Les bénéfices mesurés se traduisent par un retour au travail plus rapide de l'accidenté.

L'objet de la présente n'est pas de reprendre en détail la démarche d'analyse de *Millard Health*. Toutefois, il suffit de noter que les résultats indiquent la réalisation d'un gain net annuel à hauteur de 20,9 M\$ (5 282\$ par réclamation) lors de l'application du modèle. Cela correspond à une diminution de 37% des coûts totaux pour les cas d'indemnisations.

Pour mémoire, la CSST a ouvert 132 485 dossiers d'accidents de travail en 2002. Plus de la moitié des dossiers, soit 54,2%, relève du tronc (37,5%) et de la région lombaire (16,7%). Si on enlève les lésions aux yeux, c'est 127 007 dossiers d'accidentés du travail qui pourraient potentiellement constituer des cas devant recourir à un physiothérapeute. Toutefois, le consultant ne dispose pas de la banque de données qui lui permettrait de procéder à une analyse plus approfondie.

Selon *Millard Health*, 10% de ces travailleurs correspondent à 90% des coûts d'indemnisation et de soins de santé. L'application du résultat de l'analyse des coûts et des bénéfices de l'étude australienne à la situation québécoise permet de mesurer des bénéfices nets à hauteur de 67,0M\$. Nous reconnaissons que MARCON-DDM devrait procéder à une analyse beaucoup plus pointue (groupe témoin, cas traités, durée de l'indemnisation, taux de change Canada/Australie, etc.), mais nous maintenons que les résultats de *Millard Health* constituent un niveau minimum de gains. Une analyse des coûts et des bénéfices, selon le continuum de soins de Millard, fournirait un résultat très surprenant.

7.3 La notion de « coûts indirects » découlant des lésions professionnelles

En 2002, les dépenses totales de la CSST s'élevaient à 2,36 G\$. Le total comprend les dépenses allouées aux programmes de réparation. Les coûts totaux associés aux lésions professionnelles comprennent un volet direct (indemnités de remplacements du revenu, spécialistes de la santé, etc.) et un volet indirect (qualité de vie, incapacité, etc.).

Les coûts directs sont imputés à la CSST et/ou aux assureurs. Dans le cas de la CSST, la valeur des prestations versées pour lésions professionnelles, en 2002, est résumée au tableau suivant.

TABLEAU 9: Coûts de la CSST (programme de réparation)

Poste de coût	Valeur	
	M\$	Poids (%)
Incapacité permanente	105,9	7,4
Préjudice corporel	92,4	6,5
Réadaptation	50,8	3,5
Assistance médicale	26,1	18,4
Remplacement du revenu	863,0	60,5
Stabilisation économique et sociale	39,2	2,7
TOTAL	1 427,1	100,0

Source: CSST, rapport annuel 2002.

Le tableau indique que la facture totale est à hauteur de 1,427 G\$. Ce qui signifie que le programme de réparation correspond à plus de 60% du total des dépenses de la CSST.

Les résultats d'une étude démontrent que pour chaque dollar de coûts directs (CD) s'ajoute un montant de coûts indirects (CI). Les auteurs avancent le ratio de CI/CD à hauteur de 0,83/1,00. Ceci signifie que pour 1,00 \$ dépensé en coûts directs, 0,83 \$ est encouru en coûts indirects.

Ces résultats signifient que les dépenses totales (CD) de la CSST à hauteur de 1,427 G\$ impliquent des dépenses dans l'économie québécoise de l'ordre de 1,184 G\$ (CI). La facture totale pour la société est alors de 2,611 G\$, d'où l'importance de la prévention et de la réadaptation.

Rappelons que 60,5% des dépenses de la CSST en prestations versées correspondent aux indemnités de remplacement du revenu (IRR). Évidemment, les coûts énoncés ci-haut ne prennent pas en compte les dépenses des assureurs.

8.0 LES TENDANCES OBSERVÉES

Dans les pays de l'OCDE, les dépenses de la santé progressent à un rythme de près de 9% du PIB. D'ici 2050 au Canada, on observera un accroissement de plus de 5 points de pourcentage. Les principales causes de cette augmentation sont :

- Un accroissement des exigences des malades;
- Une propagation des technologies nouvelles (pharmacothérapie, technologies médicales);
- Un allongement de la durée de vie; et
- Un vieillissement prononcé de la population.

Au recensement de 2001, la population du Québec était de 7,4 millions d'habitants. Une faible croissance est prévue au cours des 15 prochaines années, soit de moins de 4 %. Cette situation est la même dans le reste du pays, la population est de plus en plus vieille. La tranche des personnes âgées de 65 ans et plus représentera 18% en 2016, et 29% en 2050. Cette proportion était de 13% en 2001.

Les Québécois âgés de plus de 65 ans représentent près de 50% des dépenses de la santé, ce qui constitue un coût supérieur de 5 fois comparativement aux individus de moins de 65 ans. Or, d'ici 2011, les baby-boomers commenceront à prendre leur retraite. Ceci aura un impact majeur sur ce nombre. À cela, vient s'ajouter une chute de la population active entraînant des contributions moindres.

Le budget de la santé constitue le poste budgétaire qui augmente le plus rapidement. Ainsi, au rythme où vont les choses, le budget de la santé va représenter 100% des dépenses de l'état dans 15 ans. C'est donc à dire que les nouvelles façons de faire sont urgentes.

9.0 LES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

Sur la toile de fond du gel des tarifs des traitements de physiothérapie à la CSST depuis dix ans, l'étude visait l'atteinte de deux objectifs stratégiques :

- D'une part, mesurer les coûts de prestation d'un traitement pour les physiothérapeutes du Québec; et
- D'autre part, cerner les grandes composantes des coûts et des bénéfices découlant des traitements de physiothérapie pour les travailleurs touchés par des accidents de travail en particulier et pour les usagers du système de santé en général.

Le consultant retient un certain nombre de conclusions en regard de l'étude sur les cliniques privées de physiothérapies. Ces grandes conclusions se résument comme suit:

- Les dépenses dans le secteur de la physiothérapie à hauteur de 450 M\$ correspondent à 1,7% des dépenses totales dans la santé au Québec qui sont elles de 24,4 G\$;
- Plus de 7 500 emplois directs et indirects sont reliés au secteur;
- Une majorité de cliniques est localisée dans des centres médicaux (40%) ou des centres commerciaux/édifices autonomes (21%);
- La superficie moyenne d'une clinique est de 1 826 pieds carrés et son chiffre d'affaires serait de 288 000\$. Elle emploie environ quatre personnes à temps plein et quatre personnes à temps partiel;
- Le salaire moyen du physiothérapeute se situe entre 35 K\$ et 55 K\$, alors que celui du TRP est de 28 K\$ à 36 K\$;
- Les traitements portent majoritairement sur la région du dos, soit la région lombaire (35,3%) et la région dorsale (9,3%). Les cliniques traitent 2 patients l'heure. La clientèle se répartit approximativement 45/65 entre le privé et le public. La CSST domine le secteur public (39,8%);
- La clientèle publique paie entre 34\$ et 38\$, alors que le privé paie environ 50\$ la visite;
- L'estimation du tarif à l'aide d'un modèle économique indique que celui-ci devrait se situer à hauteur de 44,20\$. Ceci implique donc qu'il y a un transfert monétaire de la clientèle privée vers la clientèle publique;
- L'estimation de la valeur du traitement dans le réseau hospitalier indique que le traitement moyen coûte 47,04\$.

Les grandes conclusions de l'étude en regard de l'analyse des coûts/bénéfices de la physiothérapie sont les suivantes :

- Bien que les nombreux rapports récents prônent l'approche multidisciplinaire à la prestation de soins en santé, les statistiques sur le secteur en 2003 démontrent que rien n'a changé. Au Québec, la catégorie «Autres professionnels», qui inclut les physiothérapeutes, correspond à 67,70\$ des dépenses par habitant sur un total de 3 476,57\$, soit à 1,9% des dépenses totales.
- Nonobstant ce qui précède, de plus en plus d'études démontrent indirectement que la physiothérapie permet d'atteindre des économies importantes en regard des coûts engendrés par les traitements.
- Le *Millard Health Care Model* est une initiative albertaine, dont les résultats démontrent sans équivoque que de nouvelles façons de faire permettent de réaliser des économies substantielles. Les résultats découlant de l'analyse des coûts et des bénéfices du modèle appliqués au Québec permettraient des gains de 67,0 M\$ dans les programmes de réparation pour les travailleurs accidentés.
- Il est également important de mettre en évidence les résultats d'une étude réalisée sur les coûts directs (CD) et les coûts indirects (CI) découlant des accidents de travail. Selon le ratio CI/CD de 0:83/1:00, les coûts totaux des accidents de travail au Québec en 2002 défrayés par la CSST sont de 1,427 G\$ et ceux défrayés par l'économie et la société québécoise, de 1,184 G\$. Le montant final est de 2,611 G\$.

Finalement, différentes sources crédibles indiquent que des tendances lourdes peuvent être rattachées à une société vieillissante. La main-d'œuvre se fera de plus en plus rare, il faudra minimiser les impacts négatifs des accidents de travail. La problématique de la santé deviendra rapidement un gouffre sans fonds, de nouvelles façons de faire seront obligatoirement de mise.

La physiothérapie n'occupe pas la place qui lui revient au niveau de l'approche curative. Les physiothérapeutes du Québec sont sous-payés dans le cadre financier actuel.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Australian Physiotherapy Association, *Physiotherapy Research Update*, 2002, *Physiotherapy Frees Up Hospital Beds*.
- 2 Brody, B., Létourneau, Y., Poirier, A., «Les coûts indirects des accidents de travail», Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSSTQ), 1990.
- 3 BMJ, “*Cost Effectiveness of Physiotherapy, Manual Therapy, and General Practitioner Care for Neck Pain: Economic Evaluation Alongside a Randomized Controlled Trial*”. Volume 326 26 April 2003.
- 4 Canadian Institute for Health information, “ *Health Care in Canada 2003 : The Health Care Dollar*”, 2003.
- 5 Centrale des professionnelles et professionnels de la santé. «Calculs des écarts salariaux», mai 2003.
- 6 CSAG (Clinical Standard Advisory Group) Report on Back Pain, HMSO, 1994.
- 7 CSST, *Statistiques sur les lésions en “ITE” du système musculosquelettique 1997 et Statistiques sur les affectations vertébrales 1994-1997*; direction de la statistique et de la gestion de l’information, 1998.
- 8 CSST, Rapport annuel 2002 (Données d’exploitation).
- 9 Francis & Associates, “ *Personnel Placement for Canadian Health Professionals Survey, 2000*”. Présenté dans *Physiotherapy in Manitoba*, Association canadienne de physiothérapie, division du Manitoba, 2001.
- 10 Koes, M., Tulder, M., “An Updated critical Literature Review on the Treatment of Chronic Low-Back pain”, Institute for Work and Health, 2002.
- 11 Mitchell, J., “*A comparison of Resource Use and Cost in Direct Access Versus Physician Referral Episodes of Physical Therapy*”, *PHYSICAL THERAPY*, Vol. 77, No. 1, Jan 1997.
- 12 Millard Centre, “Good Rehab is Working”, 2001.
- 13 Millard Health, “Millard Health Care Model”, Alberta Worker’s Compensation Board (AWCB), 2003.
- 14 Moseley, A., Herbert, R.D., Sherrington, C., maher, C., “Evidence for Physiotherapy Practice: A Survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDRo)”, Centre for Evidence Based Physiotherapy, 2000.

- 15 Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), «*Dépenses de santé, quel avenir?*». l'Observateur, 2001.
- 16 Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ), Projet Pilote, «*Les bons soins au bon moment?*», 2001.
- 17 Work Safe Victoria, «*Sprains and Strains Care Model Framework?*», WorkCover's Strategy 2000.
- 18 Zigenfus GC, Yin J, Giang GM, Fogarty WT, "Effectiveness of early physical therapy in the treatment of acute low back musculoskeletal disorders", J. Occup. Environ. Med. 2000;42:35-39. PT Magazine, "Business Insurance" profile of the PT direct referral program at Tex Tech clothing mfg in Maine.