

« Éviter qu'un Québec vieillissant devienne un Québec impotent »

Mémoire

présenté à la

Commission des affaires sociales

dans le cadre des
consultations générales et audiences publiques
relatives au document sur les services de santé :

«Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité».

par la

Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec



Le 24 mars 2006

Préambule

La Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec remercie les membres de la Commission des affaires sociales de lui permettre de déposer son mémoire sur le document de consultation « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité ».

Les réflexions ainsi que les propositions que nous présentons dans ce mémoire ciblent un élément manquant, mais pourtant crucial, du document de consultation sur les services de santé, c'est-à-dire la réadaptation en général, le parent pauvre de nos services de santé et de nos services sociaux, et les services de physiothérapie en particulier.

Pourtant, dans le contexte du vieillissement de la population évoqué largement dans le document de consultation, **la préservation de l'autonomie fonctionnelle des gens devrait être une priorité.**

Notre Fédération regroupe la majorité des cliniques privées de physiothérapie œuvrant en première ligne au Québec. Un peu plus de la moitié des patients que nous recevons proviennent des régimes d'indemnisation publics que sont la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST). Les constats que nous recueillons quotidiennement dans nos cliniques démontrent que les Québécois et les Québécoises ne sont guère en forme et que les problèmes de santé qui en découlent affectent nettement et rapidement leur autonomie fonctionnelle.

Malheureusement, on oublie trop fréquemment que le vieillissement de la population a aussi pour corollaire le vieillissement de la main-d'œuvre. Voilà pourquoi nous estimons qu'il faut débattre de cette question : **Comment éviter que le Québec vieillissant devienne un Québec impotent?** À cet effet, le document de consultation ne nous éclaire pas réellement.

Dans le cadre de ces audiences publiques, nous souhaitons attirer l'attention des parlementaires sur l'importance de ne pas limiter le débat aux seuls aspects médicaux. La consolidation du réseau des services de première ligne passe obligatoirement par l'utilisation optimale de toutes les pratiques professionnelles et de toutes les ressources disponibles.

PARTIE 1

LA PHYSIOTHÉRAPIE AU QUÉBEC

La physiothérapie est à la fois l'art et la science inhérents au mouvement et à la fonction des êtres humains. Les physiothérapeutes ont développé des connaissances cliniques spécialisées dans plusieurs domaines : maladie cardio-respiratoire, gérontologie, sciences neurologiques, orthopédie, rhumatologie, pédiatrie, physiothérapie sportive et rééducation uro-génitale. Nos soins touchent l'ensemble des systèmes musculo-squelettique, neurologique et cardiovasculaire et ont pour but de récupérer ou de maintenir les capacités fonctionnelles des patients à la suite d'une maladie, d'une blessure ou d'une chirurgie.

Les actes des physiothérapeutes permettent de récupérer les mouvements, de renforcer les membres, de contrôler la douleur, de maximiser les capacités d'adaptation et d'autonomie à la suite d'un traumatisme majeur, d'améliorer le contrôle neuromusculaire et d'augmenter les capacités physiques des patients. Les types de traitements les plus courants sont la thérapie manuelle, avec application de chaleur ou de froid, les exercices avec ou sans appareil, les ultrasons, l'électrothérapie, etc. Par leur formation et leur champ d'action professionnelle, les physiothérapeutes jouent un rôle essentiel en réadaptation physique.

Près de 60% du volume des services en physiothérapie au Québec sont donnés dans le secteur privé, où l'on trouve quelque 540 cliniques, situées en forte proportion dans des centres multi professionnels dispensant aussi des services médicaux. Nos cliniques emploient plus de 1 500 physiothérapeutes (formation universitaire de quatre ans), près de 1 000 thérapeutes en réadaptation physique (formation collégiale de trois ans), ainsi que bon nombre d'ergothérapeutes.

On peut sans nul doute affirmer que dans le domaine de la réadaptation, il existe une solide première ligne de services partout au Québec, principalement dans le secteur privé. D'ailleurs, le secteur privé de la physiothérapie s'est développé plus particulièrement au cours des vingt dernières années pour suppléer à l'absence de services publics dans ce domaine. Or, à l'heure actuelle, nous constatons que loin de diminuer, les besoins vont en augmentant, et ce, de façon quasi exponentielle.

DES GAINS NETS POUR LA PERSONNE ET LA COLLECTIVITÉ

Le principe de la réadaptation est reconnu depuis longtemps. Par exemple, il est démontré que les services de physiothérapie sont un élément clé du continuum de soins : ils contribuent à améliorer la condition physique et à préserver l'autonomie fonctionnelle de la personne traitée ; ils facilitent aussi la réinsertion de la personne dans ses activités habituelles, notamment son retour au travail. Par exemple, l'on sait qu'une personne bénéficiant de services de physiothérapie récupère beaucoup plus vite et beaucoup mieux à la suite d'une chirurgie importante ou à la suite d'un traumatisme physique.

Dans plusieurs domaines, particulièrement en santé et sécurité du travail, la physiothérapie joue aussi un rôle préventif et peut offrir des gains importants grâce à la préservation de l'autonomie fonctionnelle, à la diminution des conséquences de mouvements répétitifs ou à l'adoption de nouveaux comportements.

Sur le plan curatif, la physiothérapie démontre aussi clairement son utilité et sa pertinence, en particulier lorsqu'elle s'appuie sur l'interdisciplinarité. À titre d'exemple, actuellement, dans le cadre de son Programme des tissus mous (musculo-squelettique), la SAAQ observe une réduction de ses coûts d'indemnisation de neuf dollars par dollar investi en physiothérapie. Ceci est rendu possible grâce à la prise en charge rapide par le physiothérapeute de la personne victime d'un accident de la route, de même que par la collaboration, au moment opportun, d'autres professionnels de la santé, lorsque la personne présente un risque de chronicité. Cette approche s'inspire du programme Millard Health, développé en Alberta pour la santé et sécurité du travail – on le verra plus loin.

Pourtant, en dépit de nombreuses évidences, la réadaptation et la physiothérapie sont peu et mal utilisées.

L'ACCÈS DIFFICILE À LA PHYSIOTHÉRAPIE ET À LA RÉADAPTATION

Pour plusieurs personnes aux prises avec une perte d'autonomie, l'accès à la physiothérapie est très difficile, voire impossible. Ainsi, dans les CHSLD, faute de services en physiothérapie ou en maintien de l'activité physique, la condition physique des personnes âgées admises se détériore en quelques mois seulement après leur admission. Elles sont alors confinées à la chaise roulante ou au lit, devenant très rapidement impotente. La situation est aussi précaire dans les services à domicile où, en l'absence de services de physiothérapie ou d'aide à l'activité physique, bon nombre de personnes doivent être institutionnalisées, alors qu'elles auraient pu continuer d'être actives et plus autonomes.

Actuellement, la quasi-totalité des services publics de physiothérapie est dispensée dans les centres hospitaliers, les centres de réadaptation spécialisés ainsi que par le biais de la mission CLSC pour les soins à domicile. Leurs clientèles sont principalement les personnes hospitalisées à la suite d'un traumatisme physique ou les personnes ayant subi une intervention chirurgicale et ayant besoin de réadaptation physique pour recouvrer leur mobilité, de même que les employés de ces mêmes centres.

Dans le secteur des services privés, comme indiqué précédemment, notre clientèle provient de la CSST (40 %), de la SAAQ (15 %), ainsi que des programmes d'assurance privée ou de particuliers assumant eux-mêmes les coûts de leurs traitements. Par ailleurs, depuis quelques temps, on observe que de plus en plus de cliniques privées traitent des patients à domicile à la suite d'ententes de services avec certains CLSC ou CSSS. Mais cela demeure encore à la marge.

Dans le cadre des programmes publics d'indemnisation, nos patients sont référés obligatoirement par les médecins omnipraticiens ou spécialistes. Dans tous les autres cas, les patients ont un accès direct à nos services.

PARTIE 2

LES ENJEUX LIÉS AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Tous les analystes prévoient que le nombre de personnes âgées doublera au cours des 20 prochaines années au Québec. Cette proportion sera encore plus grande chez les personnes dites « très âgées ». Le document de consultation aborde cette question sous un angle seulement, soit celui de l'offre de services dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cela est nettement insuffisant. Par exemple, le secteur de la main-d'œuvre est ignoré, elle qui connaît aussi un vieillissement prononcé, dont nous ressentons déjà les effets. Même si cela n'est pas directement du ressort de la santé et des services sociaux, nous pensons que la réflexion actuelle doit être élargie et que toutes les missions sectorielles du gouvernement sont concernées.

Il ne suffira pas de cibler les services à domicile et la prévention des chutes à domicile, par exemple. Il faudra s'assurer également de garder notre main-d'œuvre en santé et active, le plus longtemps possible, elle qui assumera la plus grande part du fardeau du financement des services publics. Cela est loin d'être le cas présentement. La perte d'autonomie n'affecte pas que les personnes âgées de plus de 65 ans ou de plus de 75 ans. On constate des limitations fonctionnelles bien avant cela.

Par ailleurs, toutes les catégories d'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux seront progressivement en pénurie au cours des années à venir. Il y a là aussi matière à réflexion. Quelles seront les priorités de main-d'œuvre? Qui soignera les aînés?

Nos cliniques de physiothérapie sont au confluent de tous les régimes publics d'indemnisation et des programmes d'assurance, qu'ils soient privés ou publics (RAMQ). La pression sur l'offre de services augmente de manière continue. Ceci provoque deux effets :

- le transfert progressif de l'offre de services dans nos cliniques en fonction d'une rémunération plus intéressante dans le secteur privé ainsi que dans certaines ententes de services avec les établissements du réseau de la santé;
- l'éclosion de formes alternatives de thérapie, non reconnues et potentiellement dangereuses pour la population.

Ceci nous amène à convier la commission à réfléchir sur les inégalités entre les programmes et les services en réadaptation physique et en physiothérapie.

DES PROGRAMMES ET DES SERVICES PUBLICS DE PHYSIOTHÉRAPIE DISPARATES ET INÉQUITABLES

L'offre de services en physiothérapie et les délais d'attente varient considérablement selon le régime d'indemnisation et d'assurance. Comme on le sait, trois régimes publics couvrent les victimes de traumatismes subis au travail (CSST), sur la route (SAAQ) ou à la suite d'un crime (IVAC). Ils assurent les soins de physiothérapie et versent les indemnités de remplacement du revenu, lesquelles diffèrent selon le régime.

En dehors de ces trois secteurs, différents assureurs privés assurent une couverture de base des services de physiothérapie, parfois fort variable selon les polices en vigueur.

Quant aux personnes sans une assurance personnelle couvrant les soins de physiothérapie, elles doivent payer pour ces services ou tenter de les obtenir dans le réseau de la santé et des services sociaux en fonction de la disponibilité des ressources et de l'urgence requise. Malheureusement, en l'absence d'une assurance personnelle, ces personnes sont discriminées. Or, la réorganisation des soins et des services qui transforme actuellement le réseau de la santé et des services sociaux demeure relativement silencieuse sur le soutien en réadaptation, notamment en physiothérapie, apporté aux personnes qui sortent d'un établissement et retournent à domicile après une chirurgie ou des soins spécialisés, par exemple.

Les délais de prise en charge en clinique privée par un physiothérapeute varient selon le régime public, le minimum se situant à sept jours (SAAQ). Dans le réseau de la santé et des services sociaux (établissements), selon le degré d'urgence, l'attente peut aller jusqu'à plusieurs mois, ou alors le service n'existe pas. Pour la clientèle privée, l'accès est directement lié à la capacité de payer de la personne, qu'elle ait ou non une assurance personnelle.

Comme tout le monde le sait, il existe un *fast track* dans nos hôpitaux privilégiant certaines clientèles assurées, notamment celles de la SAAQ, et discriminant les autres personnes. D'ailleurs, entre tous les régimes, il vaut mieux subir une lombalgie lors d'un accident de la route qu'au travail ou, pire, à la maison. Au moins, on est assuré d'une prise en charge rapide avec un accès privilégié à l'hôpital dans le cadre des ententes entre la SAAQ et le réseau hospitalier.

Malgré qu'à terme, tout le monde finisse par se retrouver dans le système de santé et de services sociaux, chaque régime d'indemnisation fonctionne en vase clos, partageant difficilement les expériences, les modes de fonctionnement et les réussites, pas plus entre eux qu'avec la RAMQ ou le réseau de santé. Au surplus, à notre connaissance, il n'existe aucun mécanisme se penchant présentement sur l'harmonisation des services en physiothérapie entre les différents secteurs.

DES CONSÉQUENCES DES INÉGALITÉS ENTRE LES PROGRAMMES ET LES RÉGIMES COUVRANT LES SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPIE

Malheureusement, dans le cas de la réadaptation, le dicton populaire « mieux vaut être riche et en santé que pauvre et malade » ne s'applique que trop bien. Un sondage réalisé en 2003 dans le réseau des cliniques de la Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec démontrent que, devant la rémunération inadéquate versée pour les traitements de physiothérapie par la SAAQ et la CSST, dont les honoraires versés sont inchangés depuis 1994, les cliniques se tournent de plus en plus vers le secteur privé et réduisent leurs services aux clientèles du secteur public. On observe donc une diminution progressive, maintenant palpable, de l'offre de services pour ces patients, alors qu'il faudrait, au contraire, tout mettre en œuvre pour éviter qu'ils deviennent des cas chroniques. Soulignons que les honoraires payés par la CSST, la SAAQ et l'IVAC pour des services de physiothérapie sont maintenant inférieurs de 40 à 60 % à ceux versés par le secteur privé.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'absence ou l'insuffisance de services de physiothérapie et de soutien à l'activité physique en CHSLD et à domicile conduit directement à

l'impotence, au confinement de la personne âgée ou à son institutionnalisation. La détérioration de la condition physique entraîne des soins qui s'alourdissent, de plus en plus vite. D'ailleurs, nous sommes inquiets de la situation dans les résidences privées pour personnes autonomes et semi-autonomes. Nous suggérons que le ministère de la Santé et des Services sociaux procède rapidement à une analyse des besoins dans ces milieux.

Finalement, il importe de préciser que, dans le souci de tenter de réduire leurs coûts en indemnisation, les approches parfois contradictoires de prise en charge des patients en physiothérapie préconisées par les différents régimes d'indemnisation posent des difficultés pour les physiothérapeutes. Ainsi, dans le domaine des accidents de la route, il est démontré que la prise en charge rapide, une semaine après son accident, d'une personne nécessitant des services de physiothérapie – pour une lombalgie, par exemple – permet de dépister plus efficacement les cas plus sérieux, de les référer aux médecins spécialistes et d'amorcer sans plus de délai la thérapie. Plus tard, si requis, le recours à l'évaluation du patient par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé permettra, dans bien des cas, d'éviter que le patient développe une chronicité. Cela fonctionne très bien.

Pendant ce temps-là, à la CSST, le programme expérimental CLIP propose une approche totalement différente, davantage médicale et excluant la physiothérapie, suggérant une prise en charge des travailleurs victimes de lombalgie quatre semaines après leur accident seulement.

Par ailleurs, dans le cas de la CSST, de la SAAQ et de l'IVAC, la référence médicale vers le physiothérapeute est toujours obligatoire, ce qui n'est pas le cas dans le secteur privé, puisque le patient a un accès direct au physiothérapeute.

PARTIE 3

LES ENJEUX ÉCONOMIQUES

La croissance économique du Québec tel que mesuré par le PIB, repose sur deux facteurs : la croissance de la main-d'œuvre et les gains en productivité. Ainsi, la problématique d'une population active vieillissante fait actuellement l'objet de nombreuses évaluations.

La société québécoise est interpellée à deux niveaux. D'une part, il y a le volet du remplacement de la main-d'œuvre, c'est-à-dire le rapport de dépendance démographique (le ratio du nombre de travailleurs actifs par rapport aux retraités). D'autre part, et étant donné que ce ratio se détériorera très rapidement au cours des cinq prochaines années, survient alors la délicate question de l'ajustement à cette tendance lourde. Les propositions pour ces ajustements varient considérablement et vont principalement de l'immigration massive à une productivité accrue. Pour se concrétiser de façon harmonieuse, ces deux propositions requièrent un horizon temporel que nous n'avons pas.

Conséquemment, il importe de ramener rapidement les travailleurs accidentés (au travail ou de la route) dans leur situation d'emploi. Il faut de plus prévoir dès maintenant une main-d'œuvre relativement plus âgée comparativement aux normes actuelles. Ces deux constats interpellent directement les physiothérapeutes.

Une étude réalisée en 1990 par l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail (IRSST) sur les coûts indirects des accidents du travail indique que les budgets des programmes de réparation de la CSST ne constituent qu'une partie des coûts réels découlant des accidents du travail. En effet, pour chaque dollar dépensé pour indemniser les accidentés, la société québécoise doit assumer un coût additionnel de 0,83 \$. En appliquant cette conclusion de l'étude de l'IRSST (ratio coûts directs et indirects) et en tenant compte que, pour l'année 2002, les programmes de réparation de la CSST se sont chiffrés à un peu plus de 1,42 milliards \$, les coûts socio-économiques additionnels pour la collectivité québécoise dans le seul domaine du travail seraient donc de 1,18 milliards \$.

On pourra argumenter que ces données ne concernent que le secteur du travail et qu'elles ne devraient pas être prises en considération pour ce qui est de la santé et des services sociaux. Malheureusement, nous ne disposons que de peu de données sur les coûts et les impacts économiques touchant la réadaptation et les services de physiothérapie. Il aurait fallu procéder à de telles études dans le secteur de la santé et des services sociaux, notamment avant de procéder au virage ambulatoire.

En 2005, à la demande du Conseil du patronat du Québec, notre Fédération a commandé une étude sur les coûts d'évitement découlant des traitements de physiothérapie concernant les indemnités payées aux accidentés du travail et de la route. Il s'agit de la première étude du genre réalisée au Canada. Elle s'appuyait, notamment, sur les résultats obtenus par l'implantation de l'approche *Millard Health* (MH) en Alberta, un continuum de soins interdisciplinaires permettant de diminuer le nombre de traitements aux accidentés du travail et de les retourner à l'emploi plus rapidement. Sur la base de l'expérience albertaine, l'application de cette approche au Québec permettrait de réaliser un coût d'évitement de l'ordre de 123,63 M\$. La mise en place d'une approche plus systématique de physiothérapie préventive en milieu

de travail) pour les entreprises les plus à risque réduirait aussi de manière importante les coûts pour ces entreprises de même que les indemnités versées. Ces économies additionnelles pourraient se chiffrer à plusieurs dizaines de millions de dollars¹.

Comme mentionné dans la Partie 1 de notre document, l'application par la SAAQ à une clientèle ciblée d'accidentés de la route d'une approche s'inspirant de Millard Health pour les blessures aux tissus mous donne des résultats fort probants. Après 18 semaines d'incapacité, seulement 23% des accidentés étaient incapables de retourner au travail; avant l'implantation de cette nouvelle approche, ce pourcentage était de 51,8%.

Dans les faits, le continuum de soins requiert un investissement de l'ordre de 3,0 M\$ par année. Cette somme est considérée comme un coût marginal par la SAAQ. En effet, si l'on mettait fin au programme, il n'y aurait pas de coûts fixes à supporter. Les bénéficiaires quant à eux sont de **26,4 M\$**. Sur les 35 000 accidentés de la route en 2004, quelque 12 000 ont bénéficié du programme. Le bénéfice moyen se situe à 2 200\$ par accidenté, ce qui correspond aux résultats obtenus ailleurs.

UNE MAIN-D'ŒUVRE PLUS ÂGÉE

Les travailleurs québécois vont occuper un emploi plus longtemps. Les signes en provenance des décideurs économiques sont nombreux. Le président de la Caisse de dépôt et de placement du Québec (CDPQ) déclarait le 30 mars dernier à Toronto, que les fonds de pension canadiens devront faire face, à court terme, à des déficits majeurs. Ils ne pourront distribuer de rentes à des retraités qui recevront des prestations plus longtemps que le nombre d'années pour lesquelles ils auront contribué. Les régimes de prestation s'adapteront. Selon le président, il faudra renoncer aux bénéficiaires complets à compter de 65 ans. Sur la base de la situation actuelle, l'âge auquel les Québécois pourront recevoir une rente de la CDPQ sera de 72 ans en 2030. La vie de travail sera beaucoup plus longue.

Les gens âgés et sur le marché du travail requièrent des attentions particulières. La littérature scientifique disponible documente bien les besoins de traitement des gens âgés au niveau du maintien de la motricité. La prestation de traitements de physiothérapie constitue l'un des volets parmi les plus importants pour le quotidien de cette clientèle. Les interventions deviennent alors un pré requis pour bon nombre de ces travailleurs. Qu'il suffise de mentionner que les résultats d'une étude récente menée en Colombie-Britannique auprès de 1 075 citoyens de plus de 70 ans indiquent que les personnes du groupe test suivant quotidiennement un programme d'exercice élaboré par des physiothérapeutes sont de loin plus en forme et plus fonctionnel que ceux qui n'ont pas suivi le programme. Ces résultats rejoignent ceux de la physiothérapie préventive qui aide à prévenir les accidents de travail.

¹ Boucher, P, « Indemnités payées aux accidentés du travail et de la route : estimation des coûts d'évitement découlant des traitements de physiothérapie » Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec, avril 2005.

PARTIE 4

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS À L'ÉGARD DE CERTAINS ÉLÉMENTS DU DOCUMENT DE CONSULTATION

Dans cette partie de notre mémoire, nous vous livrons quelques commentaires sur des éléments du document de consultation touchant plus directement la réadaptation et les services de physiothérapie.

L'OUVERTURE VERS DES CLINIQUES MÉDICALES PRIVÉES DE CHIRURGIES DE LA HANCHE ET DU GENOU

Nous sommes favorables à l'idée d'ouvrir à des cliniques médicales privées affiliées, à des conditions précises, la pratique d'interventions chirurgicales de la hanche et du genou. Puisque les orientations proposées indiquent que ces cliniques affiliées devront offrir le continuum de soins, incluant la réadaptation et les soins à domicile, il serait souhaitable que le ministère de la Santé et des Services sociaux assument également les coûts des services privés de physiothérapie, en clinique ou à domicile.

Un patient opéré laissé à lui-même sans physiothérapie peut développer des complications ainsi que des limitations fonctionnelles inutiles. Bien souvent, la réussite de l'intervention chirurgicale va dépendre du suivi en physiothérapie consécutif à l'opération. Sans physiothérapie de réadaptation, les patients et patientes opérées pourraient développer des complications aussi importantes que celles précédant la chirurgie et parfois même davantage.

Par ailleurs, les cliniques médicales affiliées au réseau soulèvent des questions éthiques touchant la propriété des cliniques. Qui sera propriétaire de ces cliniques? Advenant, par exemple, que les traitements de physiothérapie soient offerts et donnés par ces cliniques, quel sera le degré d'indépendance des physiothérapeutes? Devront-ils être propriétaires de leur clinique de physiothérapie ou seront-ils uniquement des employés des chirurgiens? Un patient opéré dans une clinique affiliée pourra-t-il choisir la clinique de physiothérapie près de chez-lui et être remboursé par l'État pour son suivi clinique en physiothérapie? Il y a potentiellement un risque de conflit d'intérêt économique.

AUGMENTER LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES CHEZ LES JEUNES ET LEUR FAMILLE = UN PROFOND CHANGEMENT DE CULTURE À INSTAURER

Nous souscrivons entièrement à l'idée d'augmenter la pratique d'activités physiques chez les jeunes et leur famille. Mais ce que nous retrouvons dans le document de consultation est nettement insuffisant.

De plus en plus d'experts soulignent les dangers liés à l'obésité galopante chez les Québécois et les Québécoises. Sédentarité, manque d'activités physiques, mauvaise alimentation, voilà quelques-uns des facteurs qui contribuent à détériorer l'état de santé et à réduire l'autonomie. Par exemple, de plus en plus d'experts pensent que la génération qui suit les baby boomers sera moins en santé que leurs aînés.

Nous suggérons au ministre de la Santé et des Services sociaux d'œuvrer à la mise sur pied par le gouvernement du Québec d'une politique d'ensemble, intersectorielle, valorisant dans tous les milieux et à tous les niveaux la pratique d'activités physiques et de sports. Nous avons besoin de développer une culture de l'activité physique qui touche toutes les générations, pas seulement les jeunes, même s'ils sont des cibles prioritaires. Comment pouvons-nous accepter que, faute de soutien à l'activité physique, nos aînés pris en charge par le réseau de la santé et des services sociaux deviennent impotents en quelques mois, confinés à une chaise roulante, puis au lit?

L'adoption d'une telle politique est possible. Elle peut aussi réussir si on s'en donne la peine. Par exemple, depuis une quinzaine d'années, en réaction aux piètres résultats de nos jeunes dans les sports d'élite, le Québec a su créer un réel engouement pour le sport étude. La tendance a été renversée et nous sommes maintenant à l'avant-garde des provinces canadiennes dans ce domaine.

Nous pensons que la réalisation d'une politique encourageant la pratique d'activités physiques et sportives devrait appuyer la politique alimentaire présentée par le gouvernement du Québec, au cours des derniers jours. Dans ce domaine, le Québec a besoin d'un véritable changement de culture pour faire face aux défis qui s'annoncent. Il ne doit pas être que cosmétique; il doit être réel et soutenu avec persistance.

Nos membres sont prêts à mettre la main à la pâte pour appuyer une telle initiative.

LA CRÉATION D'UN RÉGIME D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE

Nous souscrivons au principe sous-jacent à la création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, mais avons plusieurs interrogations quant à son application. D'ailleurs, en 2004, nous avons proposé aux tiers payeurs que sont la SAAQ et la CSST, de même qu'à trois ministères, soit ceux de la Santé et des Services sociaux, des Transports et du Travail, la création d'un fonds global (ou assurance réadaptation), géré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, couvrant les services de physiothérapie pour l'ensemble de la population en offrant une base minimale de traitements. Chaque tiers payeur, y compris même les assureurs privés, rembourserait ce fonds pour les services rendus à leurs clients.

Le projet de régime d'assurance contre la perte d'autonomie présenté dans le document de consultation se rapproche de notre idée d'assurance réadaptation mais **augmente le nombre de tiers payeurs plutôt que de garantir un minimum de soins en physiothérapie, par exemple.**

Dans le cadre d'un tel régime, la délégation de sa gestion opérationnelle aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour l'accueil, l'évaluation des besoins des personnes, la coordination, le suivi et l'octroi des prestations aux assurés, présente quant à nous des difficultés et des dangers importants, notamment le développement d'une nouvelle bureaucratie administrative. De plus, connaissant la méfiance quasi dogmatique du secteur public à l'endroit du secteur privé, il semble raisonnable d'avoir un doute quant à l'utilisation des services des cliniques privées.

Nous pensons que la mission des CSSS est de veiller à ce que la population reçoive les soins et les services requis, non pas à devenir les gérants des opérations d'un régime d'assurance. L'État devrait plutôt s'inspirer du modèle de partenariat qu'est le régime d'assurance médicaments, en favorisant une harmonisation entre les régimes publics d'indemnisation et les programmes d'assurance privés dans le cadre d'une assurance globale contre la perte d'autonomie.

Quant à la capitalisation d'un tel régime, là encore, nous pensons qu'il vaudrait mieux analyser soigneusement ce qui se passe dans les autres régimes québécois d'indemnisation et tenter de trouver des voies qui s'harmonisent. La perte d'autonomie sera-t-elle traitée différemment selon qu'elle serait due à un accident de la route, à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, ou au vieillissement, en lui-même?

PARTIE 5

RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS

Au cours de l'été 2004, la Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec transmettait au ministre de la Santé et des Services sociaux, au ministre des Transports et au ministre du Travail, ainsi qu'aux dirigeants de la SAAQ et de la CSST, un cahier de propositions visant notamment l'harmonisation des programmes publics et des services de physiothérapie au Québec. Dans l'ensemble, ces propositions permettraient de réduire sensiblement les délais d'attente pour obtenir des services dans le secteur de la réadaptation et de la physiothérapie. Au sens plus large, elles pourraient s'appliquer en bonne partie à toute la réadaptation.

1. ASSURER LA PÉRENNITÉ DES SERVICES EN PHYSIOTHÉRAPIE EN HARMONISANT LES PROGRAMMES ET LES SERVICES PUBLICS DE PHYSIOTHÉRAPIE

Afin d'éviter l'accroissement des écarts entre les différents régimes d'indemnisation et d'assurance, qu'ils soient publics ou privés, nous proposons la création d'une table nationale sur l'harmonisation des programmes et des services publics en réadaptation et physiothérapie, formé de représentants des différents ministères concernés, des ordres professionnels et associations sectorielles et des associations d'établissements.

Nous souhaitons aussi la création d'un fonds global assurant un nombre minimal de traitements de physiothérapie (ou de réadaptation) à l'ensemble de la population, en jonction avec les régimes publics d'indemnisation (SAAQ, CSST, IVAC), les programmes privés d'assurance et la RAMQ. Advenant la mise sur pied d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, ce fonds devrait en faire partie, mais géré de manière distincte. Par contre, si ce régime n'est pas institué, le fonds en physiothérapie et réadaptation pourrait être géré et fonctionner sur le modèle de l'assurance médicament. Il pourrait même en devenir une division intégrante.

2. ÉLABORER DES ENTENTES CADRES SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LA RÉALISATION DES PROJETS CLINIQUES DANS LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Nos cliniques commencent à recevoir des invitations à participer à des rencontres de travail autour de la mise en place des futurs réseaux locaux de services à la population. Nous espérons que les cliniques privées de physiothérapie pourront établir des protocoles de services avec les CSSS et que les physiothérapeutes en pratique privée seront reconnus comme des partenaires de la première ligne de services. À cet égard, il deviendra important que les physiothérapeutes en pratique privée disposent des mêmes outils que leurs collègues du secteur public et aient accès au dossier patient électronique (DPÉ).

La Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec compte mettre en place au cours des 18 prochains mois un système d'accréditation pour les cliniques privées de physiothérapie de même que pour les physiothérapeutes en pratique privée. Cette accréditation permettra de garantir la qualité des services offerts, tout en assurant des standards de fonctionnement à travers tout le Québec, et ce, pour tous les régimes d'indemnisation et d'assurance. Nous souhaitons qu'à terme, cette accréditation soit reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

3. POURSUIVRE LA RÉVISION DE CERTAINS ACTES PROFESSIONNELS DE MANIÈRE À FAVORISER UNE MEILLEURE UTILISATION DES PHYSIOTHÉRAPEUTES ET À ACCROÎTRE LE POTENTIEL DE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Dans la foulée de l'application graduelle de la Loi 90, nous suggérons la création d'une table de concertation interdisciplinaire en réadaptation de manière à favoriser une meilleure harmonisation des approches et des pratiques professionnelles (physiothérapie, ergothérapie, kinésithérapie, etc.).

De plus, dans le cadre de l'harmonisation des services de physiothérapie, il pourrait être avantageux d'élargir à tous les régimes d'indemnisation, i.e. SAAQ, CSST et IVAC, l'accès direct du physiothérapeute à l'orthopédiste et au psychiatre lorsqu'il y a soupçon d'une condition pathologie grave ou d'un danger de chronicité du patient. Cela permettrait d'éviter des délais longs et inutiles découlant de la référence obligatoire vers le médecin omnipraticien.

En outre, les physiothérapeutes devraient obtenir éventuellement un droit limité de prescrire certains médicaments anti-inflammatoires et analgésiques, ainsi que certains examens de laboratoire. Là aussi, les délais pourraient être réduits.

4. RECONNAÎTRE LE RÔLE ET L'APPORT DU RÉSEAU DES CLINIQUES PRIVÉES DE PHYSIOTHÉRAPIE

Les quelque 550 cliniques privées de physiothérapie constituent déjà une première ligne de services, pour le moment limité principalement aux victimes d'accidents du travail et de la route ainsi qu'aux personnes détenant une assurance personnelle. Cela fait quand même beaucoup de monde.

Certaines informations nous laissent croire que le gouvernement s'apprête à réviser les grilles de rémunération de l'ensemble des professionnels de la santé donnant des services dans le cadre des différents programmes et régimes publics relevant de l'État. Nous espérons que cette révision se fera très rapidement et qu'elle comportera un mécanisme d'ajustement périodique car, comme nous l'avons souligné précédemment, les tarifs des physiothérapeutes (CSST, SAAQ, IVAC) sont gelés depuis 1994. Ce sont nos clients du secteur privé qui, indirectement, subventionnent notre clientèle publique. Cela ne saurait durer très longtemps encore.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population et de la main-d'œuvre au Québec est un phénomène de première importance. Il est certain que notre société ne parviendra à surmonter ce défi qu'en conjuguant les efforts de tous les acteurs, qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé.

Les propositions amenées par le gouvernement pour solutionner une partie des impacts suscités par le jugement de la Cour suprême, en juin 2005, quant à l'accès aux services de santé, amorcent un mouvement timide vers une contribution accrue du secteur privé dans la prestation de services de santé, notamment médicaux, jusque-là uniquement réservés au secteur public. Nous espérons que les audiences de cette commission parlementaire pourront dégager une nouvelle vision du partage des efforts au sein de la collectivité québécoise en vue d'offrir et de garantir à la population des services de santé de qualité.

Nous n'avons pas voulu argumenter les chiffres présentés dans le document d'orientation déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est clair, quant à nous, que le défi de l'autonomie de la personne est un enjeu prioritaire, dans tous les secteurs d'activités, autant publics que privés. Relever ce défi n'incombe pas qu'au seul secteur de la santé; il concerne toutes les missions de l'État. Nous croyons qu'il faut en débattre davantage.

Les physiothérapeutes membres de la Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec veulent jouer un rôle plus actif à titre de partenaires en première ligne du réseau de la santé et des services sociaux.

Montréal, le 24 mars 2006