

Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec

Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec

Observatoire des services professionnels

Décembre 2010

Rapport révisé en décembre 2012

Contenu du document

1	INTRODUCTION	3
1,1	Mise en situation	3
1,2	Objectifs de l'étude	4
1,3	La méthodologie	4
2	LA PHYSIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE PRIVÉE	6
2,1	Les caractéristiques des cliniques privées	6
2,2	Les ressources humaines et la nature des interventions	8
2,3	L'évolution de l'importance relative des clientèles	10
2,4	La tarification des services	11
2,5	Le tiers payeur CSST.....	13
3	UN INDICE DE PRIX POUR LA PHYSIOTHÉRAPIE	15
3,1	Les indices de prix.....	15
3,2	La construction de « l'Indice de prix de la physiothérapie » (IPP)	16
3,2,1	Pondération des dépenses	16
3,2,2	Regroupement des catégories de dépenses.....	16
3,2,3	Les salaires des professionnels.....	17
3,2,4	Évolution indiciaire des catégories de dépenses	18
3,2,5	Indice de prix de la physiothérapie (2007-2009).....	19
4	LES CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE ÉCONOMIQUE 2010	20
	ANNEXES	21
	Annexe 1 : Le coût de prestation d'un traitement (CPT) en 2010	22

1 INTRODUCTION

1,1 Mise en situation

La *Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec* (FPPPQ) regroupe les physiothérapeutes propriétaires de quelques 260 cliniques de physiothérapie au Québec. Lors de l'enquête de 2004, la FPPPQ comptait 240 membres. La représentativité de la FPPPQ est à hauteur de 45% de ce secteur de services en santé. La clientèle des physiothérapeutes en pratique privée se répartit entre les assurés des régimes publics (CSST et SAAQ) et privés (autres assureurs privés et individus).

En 2010, les tarifs octroyés aux physiothérapeutes par les tiers payeurs publics (CSST et SAAQ) comportent toujours un écart important par rapport aux tiers payeurs privés. En désaccord avec la CSST quant à une juste reconnaissance de la « valeur économique » des prestations de service, la FPPPQ a réalisé une première enquête économique en 2004 afin d'évaluer le *coût de prestation d'un traitement*¹. Pour mémoire, les tarifs avaient été fixés unilatéralement à 31\$ par la CSST en 1994. Les tarifs sont demeurés inchangés jusqu'en 2006, où ils sont passés à 34\$. En 2007, ils ont été réajustés à 36\$. Nonobstant ces augmentations, les tarifs actuels ne couvrent pas en 2010 le coût de prestation d'un traitement et, dans les faits, il existe un *inter financement* entre la clientèle publique vers la clientèle privée, cette dernière subventionnant la première.

Pour situer le cadre des relations avec la CSST, cette dernière a mis en doute la pertinence, voire la fiabilité des résultats de l'enquête de 2004. Avec l'aval de la FPPPQ, la CSST a mandaté des professeurs de « l'École nationale d'administration publique » (ÉNAP) en 2007 pour évaluer la méthodologie de l'enquête de 2004 ainsi que ses résultats. Hormis quelques commentaires de mise, l'analyse des économistes de l'ÉNAP a confirmé les conclusions de notre enquête de 2004.

Malheureusement, à tort, la CSST soutient toujours que les traitements de physiothérapie prodigués aux travailleurs accidentés du Québec s'avèrent plus dispendieux que la valeur totale de ces services pour trois provinces réunies soit notamment l'Ontario, l'Alberta et la Colombie Britannique. Nous reviendrons sur ce sujet plus loin dans le rapport.

¹ Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec, *Enquête économique auprès des propriétaires des cliniques privées du Québec*, MARCON-DDM, 2004.

1.2 Objectifs de l'étude

D'une part, la mise à jour de l'enquête économique auprès des physiothérapeutes propriétaires pourra servir comme une base de négociations avec l'ensemble des tiers payeurs publics et privés. D'autre part, l'actualisation de la valeur du tarif vise également un objectif « pédagogique », soit celui d'amener les propriétaires de clinique de physiothérapie à prodiguer des soins de santé à haute valeur ajoutée et d'être rémunérés en conséquence.

De façon spécifique, l'enquête économique auprès de physiothérapeutes vise les objectifs suivants:

- Obtenir des données actualisées sur les coûts de production d'un traitement;
- Élaborer le cadre d'un argumentaire économique à présenter aux tiers payeurs;
- À partir des coûts de production des cliniques, construire un « *Indice de prix de la physiothérapie* » (IPP), qui reflétera de façon plus réaliste l'évolution des prix dans l'industrie. Dans cette perspective, « l'Indice des prix à la consommation » (IPC), fréquemment utilisé, porte comme son nom l'indique, sur la consommation des ménages et par conséquent, n'a que peu d'utilité pour les cliniques privées en physiothérapie.

1.3 La méthodologie

L'enquête économique a permis la réalisation des actions 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, pré testé puis expédié par la poste aux propriétaires de cliniques. La confidentialité a été 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, 790 cliniques ont reçu le questionnaire d'enquête. De cet envoi, 108 questionnaires furent retournés au consultant. De ce nombre, 91 questionnaires complets ont été analysés. Le taux de réponse avoisine donc les 11,5%. Cependant, nous avons la certitude que ce sont uniquement les cliniques membres de FPPPQ qui ont répondu à l'enquête. Avec un total de 260 membres, le taux de réponse se situe alors à 35%. Sur le plan statistique, il s'agit alors d'une marge d'erreur corrigée² de $\pm 8,3 \%$, 19 fois sur 20.

Les résultats de l'enquête économique ont permis de situer les paramètres financiers et managériaux d'opération des physiothérapeutes propriétaires. En tenant compte des commentaires reçus en 2004, les méthodologies utilisées en 2004 et en 2010 ayant été harmonisées, il est alors possible de comparer les résultats entre les deux périodes.

Parallèlement à cette démarche, les difficultés relationnelles avec la CSST interpellent toujours les physiothérapeutes et la FPPPQ. Ainsi, une analyse économique comparative a permis de situer le cadre de la prestation des services de physiothérapie au Québec, en Ontario, en Alberta et en Colombie Britannique.

² En tenant compte d'un facteur de correction pour une population finie, de 260 *individus* dans ce cas-ci.

2 LA PHYSIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE PRIVÉE

2,1 Les caractéristiques des cliniques privées

La structure organisationnelle des cliniques est présentée au tableau ci-après.

Tableau 1 : Structure organisationnelle des cliniques

Forme juridique	2004 Poids (%)	2010 Poids (%)
Travailleurs autonomes	8,0	14,3
Société nominale	1,0	NA
Société enregistrée	14,0	13,2
Société incorporée	76,0	71,4
Autres	1	1,1
TOTAL	100,0	100,0

Sources : Enquêtes économiques 2004 (MARCON-DDM), 2010 (OBSERPRO).

Le tableau indique que la structure a peu changé au cours de la période de référence. Un point mérite une attention particulière soit notamment le fait que l'importance relative de travailleurs autonomes ait augmenté de façon significative de 6,3 points de pourcentage (14,3 % - 8,0 %) entre 2004 et 2010.

Observons maintenant la distribution des cliniques.

Tableau 2 : Distribution des cliniques

Localisation de la clinique	2004		2010	
	Poids des cliniques (%)	Superficie moyenne (en pieds carrés)*	Poids des cliniques (%)	Superficie moyenne (en pieds carrés) ¹
Centre médical avec médecin	40	1 760	33,3	2 900
Centre médical sans médecin	4	1 465	7,8	1 975
Centre commercial ou édifice à bureaux	22	2 200	23,3	2 500
Centre sportif	7	2 385	6,6	2 550
Édifice autonome	21	1 780	21,2	1 725
À leur domicile	6	750	7,8	325
TOTAL	100	NA	100,0	2 300

Sources : Enquêtes économiques 2004 (MARCON-DDM), 2010 (OBSERPRO).

¹ Données arrondies

Dans l'ensemble, la répartition des cliniques en fonction de leur localisation a peu changé, à une exception près. En effet, l'importance relative des cliniques dans un Centre médical avec médecin a diminué d'environ 7 points de pourcentage (40 % - 33,3 %) alors que les cliniques dans un centre médical sans médecin s'est accru de près de 4 points de pourcentage (7,8 % - 4 %).

Par ailleurs, par rapport à la superficie moyenne des cliniques, on constate que toutes celles situées soit dans un centre médical (avec ou sans médecin), celles dans un centre commercial et dans un centre sportif, ont toutes vues leurs superficies moyennes augmentées (respectivement de 65 %, 35 %, 14 % et 7 %). La superficie moyenne des cliniques dans un édifice autonome est demeurée quasi stable. Enfin, la superficie moyenne des cliniques à domicile a connu une baisse importante : de 750 à 325 pieds carrés, soit une baisse de près de 55 %. Cette situation peut s'expliquer par le fait que l'importance relative des travailleurs autonomes a augmenté et qu'on a assisté au cours des dernières années à l'arrivée d'un grand nombre de physiothérapeutes exerçant leur profession à domicile, et opérant au départ sur une superficie de petite dimension. Le tableau suivant présente l'évolution du revenu moyen des cliniques entre 2004 et 2010.

Tableau 3: Revenus des cliniques de physiothérapie

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

Sources : Enquêtes économiques 2004 (MARCON-DDM), 2010 (OBSERPRO).

1) Il s'agit d'une moyenne pondérée.

Il s'agit d'un accroissement substantiel de la moyenne provinciale qui passe de 288 389\$ à 417 626\$: soit une augmentation de 129 237\$ ou 44,8% sur la période. Sur une base annuelle, il s'agit d'un taux de croissance moyen de 6,36 %.

La croissance des revenus est généralisée sauf pour les cliniques à domicile. Le bond le plus important de 61,1% s'observe chez les cliniques localisées dans un Centre médical avec médecin. C'est également dans ce type de clinique où la superficie a le plus augmentée. Pour les cliniques à domicile, le revenu moyen chute de 56,9%. Ce qui s'explique par la venue d'un nombre important de

nouveaux professionnels ayant choisi de pratiquer dans leur résidence. Notons la plus faible des variations pour les cliniques localisées dans un édifice autonome, soit 17,7%.

2,2 Les ressources humaines et la nature des interventions

Cette section porte sur les ressources humaines des cliniques de physiothérapie.

Tableau 4: Rémunération des professionnels de la physiothérapie

Catégorie de travailleurs	Type de rémunération (\$)			
	À l'heure		À la visite	
	2004	2010	2004	2010
Physiothérapeute salarié	27,50	30,73	15,50	17,57
Physiothérapeute travailleur autonome	36,20	36,39	37,70	51,26
Autres professionnels salariés¹	24,60	23,10	26,20	40,20
TRP	18,00	20,36	10,40	11,98

Sources : Enquêtes économiques 2004 (MARCON-DDM), 2010 (OBSERPRO).

1 Le faible nombre de répondants dans cette catégorie de travailleurs nous invite à une grande prudence quant à la précision de ces données.

En excluant la catégorie «Autres professionnels salariés», on constate que les physiothérapeutes, salariées ou travailleurs autonomes, ainsi que les TRP, ont vu leurs revenus s'accroître durant la période, à l'exception des physiothérapeutes travailleurs autonomes rémunérés à l'heure. Pour ces derniers, la rémunération horaire est restée quasiment identique (36,39 \$ en 2010 versus 36,20 \$ en 2004), ce qui correspond à une baisse de rémunération si l'on tient compte de l'inflation.

Par ailleurs, le tableau fait état de résultats surprenants pour la catégorie «Autres professionnels salariés». En effet, la rémunération de ces derniers aurait diminuée de 1,50\$ sur une base horaire. Par contre, elle serait passée de 26,20\$ à 40,20\$ à la visite, ce qui correspond à une majoration de près de 55 % sur l'ensemble de la période. Le très faible nombre de répondants dans cette catégorie de professionnels nous amène à mettre de côté ces résultats et à les considérer comme non probants.

Le tableau suivant présente les variations en pourcentage de rémunérations des professionnels en physiothérapie entre 2004 et 2010.

Tableau 5: Variation de la rémunération des professionnels de la physiothérapie entre 2004 et 2010

Catégorie de travailleurs	Type de rémunération Variation en % entre 2004 et 2010	
	À l'heure	À la visite
Physiothérapeute salarié	12 %	20 %
Physiothérapeute travailleur autonome	0,5 %	36 %
Autres professionnels salariés	(6,6 %)	55 %
TRP	13 %	15 %

Sources : Enquêtes économiques 2004 (MARCON-DDM), 2010 (OBSERPRO).

Pour les physiothérapeutes salariés et les TRP, rémunérés à l'heure ou à la visite, et les physiothérapeutes travailleurs autonomes rémunérés à la visite, la hausse de rémunération varie entre 12 % et 36 %, tel qu'indiqué au tableau précédent.

Examinons maintenant l'évolution du type d'affections pour les traitements de physiothérapie est présentée au tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Évolution des types d'affections

Région de traitements	Poids (%)	
	2004	2010
Lombaire	35,3	28,9
Dorsale	9,3	12,6
Cervicale	18,7	18,5
Périphérique	33,7	32,7
Autres	3,0	7,4
TOTAL	100,0	100,0

Sources : Enquêtes économiques 2004 (MARCON-DDM), 2010 (OBSERPRO).

On observe une chute marquée de l'importante relative des affections lombaires, soit 6,4 points de pourcentage (35,3 % - 28,9 %). Par contre, la part relative de la région dorsale augmente de 3,3 points (12,6 % - 9,3 %).

2,3 L'évolution de l'importance relative des clientèles

Voyons maintenant, l'évolution des clientèles des cliniques de physiothérapie entre 2004 et 2010.

Tableau 7 : Évolution l'importance des clientèles entre 2004 et 2010

Tiers payeur	Poids de la clientèle (%)		Nombre moyen de patients à l'heure	
	2004	2010	2004	2010
CSST	39,8	37,3	2,1	2,6
SAAQ/Programme	4,7	8,8	1,7	1,8
SAAQ/Hors programme	9,9	NA	2,1	NA
Privé	45,6	53,9	1,9	2,1
TOTAL - MOYENNE	100,0	100,0	2,2	2,4

Sources : Enquêtes économiques 2004 (MARCON-DDM), 2010 (OBSERPRO).

L'importance relative des patients CSST est demeurée relativement stable, passant de 39,8% à 37,3%. Ce qui peut s'expliquer par le fait que le nombre de traitements payés aux cliniques de physiothérapie par la CSST est pour ainsi dire stable. Ce qui a changé par contre porte sur le nombre de patients traités à l'heure, passant de 2,1 à 2,6 patients.

Il n'est pas surprenant de constater que le poids du privé s'est accru de 8,3% en passant de 45,6% à 53,9%. En tenant compte de la relative stabilité de la part CSST, la baisse relative de la SAAQ, programme et hors programme, soit 14,6 % en 2004 (9,9 % + 4,7 %) à 8,8 % en 2010, a été compensée par une hausse équivalente dans le privé.

Finalement, soulignons que globalement, l'évolution du nombre moyen de traitements/heure doit être située dans le contexte de chacune des cliniques de physiothérapie et des conditions de prestations de services (fonction de production propre). Les traitements et leur nombre, peuvent en effet être assujettis à des spécificités qui ne peuvent être reportés de façon linéaire. Songeons entre autres ici à des traitements de groupe ou encore à des interventions multidisciplinaires qui justement nous amène au cas par cas tout en reflétant la réalité du 2,4 patient/heure.

2,4 La tarification des services

La section qui suit porte sur la rémunération des services de physiothérapie.

Tableau 8: Évolution de la valeur du tarif

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

Sources : Enquêtes économiques 2004 (MARCON-DDM), 2010 (OBSERPRO).

Dans le cas de SAAQ les politiques ont changé et il n'existe plus de clients dans la catégorie «SAAQ hors du programme». En ce qui a trait au tarif de Première visite, celui-ci a diminué de 2 \$ pour la clientèle SAAQ³ et a augmenté de 18,50 \$ dans le privé, soit une hausse de 36,4 %. Par rapport, au tarif Suivi du patient, la hausse pour les patients SAAQ est substantielle : près de 17 \$ ou encore environ 55 %. Pour la clientèle privée, le tarif Suivi du patient est aussi d'environ 17 \$, soit dans ce cas une hausse de près de 40 %.

Le tableau suivant présente la tarification horaire en 2010, pour les différentes catégories de professionnels et types de clientèles et ce, pour différentes régions du Québec.

³ En tenant compte à la fois de la contribution de la SAAQ et de celle du patient.

Tableau 9 : Tarification horaire selon différentes régions au Québec en 2010

Tiers payeurs	Ensemble du Québec	Montréal	Québec	Autres régions
Première visite / Physiothérapeutes et ergothérapeutes				
SAAQ	52,30 \$	50,80 \$	60,10 \$	49,80 \$
Clientèle privée	69,30 \$	72,30 \$	70,10 \$	64,80 \$
Première visite / TRP et autres professionnels				
SAAQ	50,70 \$	71,50 \$	43,20 \$	31,30 \$
Clientèle privée	84,30 \$	100,60 \$	61,70 \$	68,60 \$
Suivi / Physiothérapeutes et ergothérapeutes				
SAAQ	48,50 \$	54,30 \$	48,90 \$	40,50 \$
Clientèle privée	59,90 \$	65,20 \$	59,20 \$	52,90 \$
Suivi / TRP et autres professionnels				
SAAQ	54,00 \$	66,80 \$	69,20 \$	35,80 \$
Clientèle privée	72,30 \$	65,20 \$	59,20 \$	52,90 \$

Règle générale, sans surprise, les tarifs sont les plus élevés dans la région de Montréal, suivis par la grande région de la ville de Québec et enfin, au troisième rang, les autres régions du Québec.

Examinons maintenant l'évolution des tarifs en regard des coûts de production des cliniques tel que présenté au tableau suivant.

Tableau 10 : Évolution des écarts de tarifs

Année	1 Revenu total moyen	2 Nombre de traitements par année	3 Revenu total moyen par Traitement (1 ÷ 2)	4 Coût de prestation d'un Traitement ¹	Écart Revenu moins coût (\$)
2004	288 389\$	8 900	32,40 \$	44,20 \$	(11,80 \$)
2010	417 626\$	10 155	41,12\$	55,55 \$	(14,43 \$)
Variation en % entre 2004 et 2010					
Δ(%)	44,8	14,1	26,9	25,7	22,3

Source : Compilation et analyse de l'OBSERPRO.

¹ En 2004 les données proviennent de l'Enquête économique auprès des propriétaires des cliniques privées du Québec, MARCON-DDM, 2004, et pour celles de 2010 voir l'Annexe.

Le tableau indique que le nombre moyen de traitements a augmenté, ce qui, associé à une hausse de la tarification, se traduit par une hausse des revenus moyens de l'ordre de 44,8% sur la période. Sur une base purement économique,

l'écart entre les coûts de production et les revenus par traitement étaient de 11,80 \$ en 2004 et de 14,43 \$ en 2010.

Il n'est pas difficile d'expliquer ce transfert. Il réside dans le fait que les cliniques de physiothérapie ne reçoivent pas une juste rémunération de leurs clientèles publiques.

2,5 Le tiers payeur CSST

Dans le domaine du public, observons le cas de la CSST.

Tableau 11 : Ratio patients/heure requis pour rentabiliser les cliniques

Année	Nombre moyen de patients à l'heure	Coût réel par traitement	Revenu total horaire ⁴	Honoraire CSST	Nombre théorique de patients requis à l'heure
2004	2,2	44,20 \$	115,13 \$	31,00\$	3,7
2010	2,4	55,55 \$	173,94 \$	36,00\$	4,8
Variation en % entre 2004 et 2010					
Δ (%)	9,1	25,7	51,1	16,1	29,7

Source : Compilation et analyse de l'OBSERPRO.

Les physiothérapeutes du Québec continuent de prodiguer des soins de grande qualité. Le nombre moyen de patients traité dans une heure se situe largement en-dessous de la moyenne des provinces de l'Ontario (4), de l'Alberta (6) et de la Colombie Britannique (4). Au Québec, rappelons que ce ratio est passé de 2,2 en 2004 à 2,4 en 2010.

Malgré une hausse⁵ durant la période de 16,1 % des honoraires de la CSST, la situation a continué à se détériorer car le coût moyen par traitement s'est accru, lui, de 25,7 %. Le nombre théorique de patients requis à l'heure pour générer les revenus observés augmente de 3,7 à 4,8 patients à l'heure, soit une hausse de près de 30 %.

⁴ En 2010, les cliniques sont ouvertes en moyenne 48,8 heures par semaine et 49,2 semaines par année, soit 2 401 heures par année. En 2004, les données correspondantes sont 50 heures par semaine, 50 semaines par année, soit 2 505 heures par année. Le revenu total horaire en 2010 est donc égal à 417 626 \$ ÷ 2 401, soit 173,94 \$ et, en 2004, le calcul est 288 389 \$ ÷ 2 505 = 115,13 \$.

⁵ La hausse des revenus s'explique par une hausse de 14,1 % du nombre annuel de traitements et d'une hausse de 27 % de la tarification moyenne de l'ensemble de tous les patients.

De fait, nous avons en 2004 un écart absolu de 13,20 \$ entre l'honoraire CSST et le coût moyen (44,20 \$ - 31,00 \$), soit environ 30 % du coût de prestation par traitement. En 2010, l'écart est de 19,55 \$ (55,55 \$ - 36 \$), soit environ 35 % du coût moyen. Nous verrons dans la prochaine section comment les cliniques assurent leur rentabilité économique par un inter financement entre les patients du secteur privé et ceux du secteur public, le premier subventionnant le second.

Cette situation traduit un transfert net de la part des cliniques de physiothérapie vers la CSST. Le tableau suivant présente la situation.

Tableau 12 : Paiement de transfert des cliniques privées vers CSST

Année	Nombre de traitements moyens à la CSST	Tarif en vigueur	Revenu total du tiers payeur CSST	Coût total de production de la clinique	Montant du « paiement de transfert » de la clinique vers la CSST
2004	3 684	31\$	114 200\$	162 833 \$	48 633 \$
2010	3 792	36\$	136 512 \$	210 646 \$	74 133 \$
Δ (%)	2,9 %	16,1 %	19,5 %	29,4 %	52,4 %

Source : Compilation et analyse de l'OBSERPRO.

Dans les faits, bien que le tarif soit passé de 31\$ du traitement à 36\$ entre 2004 et 2010, un transfert est toujours en vigueur, voire s'est accentué. Ce dernier était en moyenne par clinique à hauteur d'environ 48 000\$ en 2004, est passé à 75 000 \$ en 2010, soit une hausse moyenne d'environ 27 000 \$, soit environ une hausse de 52 %. En 2010, le transfert est de 19,55\$ par traitement.

Si l'on tient compte de la clientèle SAAQ, soit 895 patients, on obtient un montant de transfert de 17 497 \$.

Autrement dit, le transfert total moyen par clinique vers le secteur public est égal à 74 133 \$ + 17 497 \$, soit 91 630 \$. Puisqu'il existe environ 790 cliniques de physiothérapie au Québec, le montant global du transfert est d'environ **72,4 millions de dollars**.

3 UN INDICE DE PRIX POUR LA PHYSIOTHÉRAPIE

3,1 Les indices de prix

Parmi les indicateurs économiques qui caractérisent les situations de l'économie canadienne et québécoise, l'inflation est certainement la plus citée. La hausse moyenne des prix a un impact majeur sur tous les secteurs de l'activité économique. L'inflation est le premier enseignement que l'on peut tirer des indicateurs économiques.

Comment mesurer l'inflation ? De façon générale, il est possible de mesurer le taux d'inflation par le calcul des indices des prix à la consommation (IPC) par catégorie socio professionnelle ou par des indices sectoriels, voire des indices relatifs.

L'inflation est en ce qui concerne ce rapport, « un indice sectoriel », soit l'augmentation générale des prix des biens/services dans l'industrie de la physiothérapie. Pour mesurer cet indice en tant que tel, on observera ainsi ce que l'on appelle un « panier » pondéré de biens/services, c'est-à-dire un panier de biens/services représentatif de l'ensemble des biens/services consommés pour pratiquer la physiothérapie en clinique privée. Ces biens et services seront répartis parmi les différents secteurs d'activité de l'économie. Les pondérations de ce panier de biens/services sont définies par la consommation des différents professionnels.

3,2 La construction de « l'Indice de prix de la physiothérapie » (IPP)

La démarche relative à la construction de l'IPP est présentée ci-après.

3,2,1 Pondération des dépenses

Selon les enquêtes de 2004 et de 2010, nous obtenons les pondérations suivantes des dépenses.

Tableau 13: Dépenses de fonctionnement

Catégorie de dépenses	Année			
	2004		2010	
	\$	Poids en %	\$	Poids en %
Loyer	26 826	10,2	32 813	9,0
Amortissement	10 741	NA	17 483	NA
Masse salariale	154 766	58,9	224 078	61,4
Honoraires professionnels	27 444	10,5	35 817	9,8
Bénéfices marginaux	12 054	4,6	9 906	2,7
Éclairage / chauffage	2 380	0,9	2 082	0,6
Entretien / réparations	4 557	1,7	5 769	1,6
Frais financiers	2 144	0,8	3 694	1,0
Services professionnels	2 629	1,0	7 722	2,1
Dépenses de publicité	5 027	1,9	8 450	2,3
Fourniture	8 350	3,2	10 100	2,8
Assurances responsabilité	1 862	0,7	2 048	0,6
Autres dépenses	14 540	5,5	22 217	6,1
Dépenses totales avec amortissement	273 320	NA	382 179	NA
Amortissement	10 741	NA	17 483	NA
Dépenses totales sans amortissement	262 579	100,0	364 696 ¹	100,0

Source : Compilation par les économistes de l'OBSERPRO des résultats des enquêtes économiques de 2004 et de 2010.

1) Moyenne pondérée

3, 2,2 Regroupement des catégories de dépenses

En excluant l'amortissement, nous pouvons regrouper les différentes catégories de la façon suivante, tout en faisant une moyenne des deux années d'observation.

Tableau 14 : Regroupement des dépenses pour l'IPP

Postes de dépenses	Année		Moyenne (%)
	2004	2010	
	Poids (%)	Poids (%)	
Loyer, éclairage, chauffage, entretien	12,8	11,2	12,0
Salaires, bénéfices marginaux	63,5	64,2	63,8
Honoraires professionnels ¹ , assurance responsabilité professionnelle	11,2	10,4	10,8
Fournitures	3,2	2,7	3,0
Autres dépenses de fonctionnement de la clinique	9,3	11,5	10,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : Compilations par les économistes de l'OBSERPRO.

1 Il s'agit ici des dépenses pour des services fournis par des professionnels hors de la clinique.

3,2,3 Les salaires des professionnels

Les salaires sont versés à la fois aux personnels de soutien et aux professionnels. En tenant compte des données de l'enquête de 2010 en ce qui concerne le personnel à temps complet et à temps partiel, des professionnels et du personnel de soutien, ainsi que de leurs taux horaires respectifs, nous avons pu établir que 87,5 % de la masse salariale versée aux professionnels travaillant dans les cliniques et 12,5 % au personnel de soutien. Nous pouvons donc établir les pondérations de dépenses suivantes tel que présenté au tableau.

Tableau 15 : Pondération des dépenses

Dépenses	Poids (%)
Loyer	9,6
Éclairage, chauffage, entretien	2,4
Salaires, bénéfices marginaux, soutien	8,0
Salaires professionnels, incluant les bénéfices et honoraires professionnels (versés hors clinique)	66,6
Fournitures	3,2
Autres dépenses de fonctionnement	10,2
TOTAL	100,0

Source : Statistique Canada, Institut de la statistique du Québec

Comme il fallait s'y attendre, la masse salariale représente toujours près de 70% des coûts totaux dans une entreprise de services professionnels. Pour les professionnels en cliniques de physiothérapie, le poids est de 66,6%.

3.2.4 Évolution indicielle des catégories de dépenses

Pour chacune des catégories de dépenses, nous avons identifié un indice de prix mesurant l'évolution des prix pour cette catégorie de dépense :

- **Loyer** : Indice des prix des loyers au Canada, Statistique Canada, Tableau 332-0001;
- **Éclairage, chauffage, entretien** : Indices des prix de vente de l'énergie électrique (non résidentiel), Québec, Statistique Canada, Tableau 329-0050;
- **Salaires personnel de soutien** : Personnel – soutien services de santé, Code CNP : 341, Résultats de l'Enquête sur la rémunération globale au Québec, Institut de la statistique du Québec;
- **Salaires professionnels et honoraires professionnels** : Professionnel – thérapie et évaluation, Code CNP : 314, Résultats de l'Enquête sur la rémunération globale au Québec, Institut de la statistique du Québec; (disponible depuis 2007 seulement)
- **Fourniture et autres dépenses** : Indice des prix des services du commerce de gros, selon le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN), Statistique Canada, Tableau 332-0002.

La qualité d'un indice de prix dépend entre autres de la qualité des sources utilisées pour construire ce dernier. Dans le cas de l'élaboration de l'IPP, la démarche retenue est celle que Statistique Canada utilise pour ses propres indices sectoriels. Les économistes de l'OBSERPRO se sont alors référés aux données de Statistique Canada et de l'Institut de la statistique du Québec.

Le tableau identifie spécifiquement chacune de ces sources. La méthodologie de l'IPP est conforme à ce qui se fait dans la profession.

3,2,5 Indice de prix de la physiothérapie (2007-2009)

Nous pouvons estimer l'évolution de l'indice des prix entre 2007 et 2009.

Tableau 16 : Indice des prix de la physiothérapie (IPP)

Postes de dépenses	Poids	2007	2008	Apport	2009	Apport
Loyer	9,6	100,0	100,9	9,7	103,1	9,9
Éclairage, chauffage, entretien	2,4	100,0	102,6	2,5	104,3	2,5
Salaires plus bénéfices marginaux et soutien	8,0	100,0	103,3	8,2	105,8	8,4
Salaires professionnels, incluant les bénéfices et honoraires professionnels	66,6	100,0	102,6	68,4	104,6	60,7
Fournitures	3,2	100,0	106,5	3,4	113,6	3,7
Autres dépenses de fonctionnement	10,2	100,0	106,5	10,9	113,6	11,6
IPP (2007=100)		100,0	NA	103,1	NA	105,8

Source : Compilation de l'OBSERPRO

Selon l'estimation présentée au tableau, l'IPP qui est de 100 en 2007, passe à 103,1 en 2008 et, enfin, à 105,8 en 2009. Ce qui revient à dire que les prix dans l'industrie de la physiothérapie ont augmenté de 5,8% depuis 2007. Pour la démarche annuelle d'évolution de la valeur du tarif, la FPPQ prend alors le tarif de 2010 (soit 2009) et applique l'IPP tel que présenté au tableau.

La valeur du tarif à 66,70\$ en 2009, traduit cette augmentation de coûts. Au début de 2011, la FPPQ pourra suivre l'évolution des composantes de coûts pour l'industrie de la physiothérapie et ainsi connaître le montant réel requis pour maintenir voire accroître la «rentabilité» des cliniques privées.

Il faut également souligner que l'IPP est supérieur à l'IPC pour la période entre 2007 et 2009. De fait l'IPC s'est accru de 2,6 % pour cette période contre 5,8% pour l'IPP. Par conséquent, le différentiel est de plus de 3 points de pourcentage, ce qui est non négligeable.

4 LES CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE ÉCONOMIQUE 2010

Les principales conclusions de l'étude sont les suivantes :

- L'importance relative des travailleurs autonomes dans la profession s'est accrue de 8,0 % à 14,3 % entre 2004 et 2010;
- La superficie moyenne des cliniques s'est accrue entre 2004 et 2010, à l'exception de celles situées dans un «Édifice autonome» (quasi stabilité) et de celles «à domicile» (baisse de 55 %);
- Entre 2004 et 2010, le revenu total moyen des cliniques a progressé à un rythme annuel de 6,4 %;
- Ce sont les cliniques dans un «centre médical avec médecin» qui ont connu la plus forte hausse de leurs revenus (+ 61,1 %);
- Pour les physiothérapeutes salariés et les TRP, rémunérés à l'heure ou à la visite, et les physiothérapeutes travailleurs autonomes rémunérés à la visite, la hausse de rémunération varie entre 12 % et 36 %;
- Par rapport aux types d'affections traitées, la part relative des affectations lombaires a chuté de 35,9 % à 28,9 % tandis que celles relatives à la région dorsale a augmenté de 9,3 % à 12,6 %;
- Entre 2004 et 2010, pour clientèle du secteur privé, le tarif moyen en suivi est passé de 43,10 \$ à 59,90 \$, soit une hausse de près de 40 %;
- Le montant du «paiement de transfert» de la clinique privée vers la CSST était d'environ 48 000 \$ en 2004 et d'environ 74 000 \$ en 2010;
- En 2010, si on tient compte de la clientèle SAAQ, le montant moyen de transfert est d'environ 91 000 \$;
- Pour l'ensemble des cliniques du Québec, le montant global du transfert est d'environ 90 millions de dollars;
- Entre 2007 et 2009, l'Indice des prix de la physiothérapie (IPP) s'est accru de 5,8 %, soit une hausse beaucoup plus forte que celle de l'Indice des prix à la consommation (2,6 % durant cette période).

ANNEXES

Annexe 1 : Le coût de prestation d'un traitement (CPT) en 2010

$$\text{CPT} = (\text{DT} + \text{IM} + \text{CO}) \div \text{T}$$

DT = dépenses totales

IM = amortissement

CO = coût d'opportunité

T = nombre de traitements

Les données pour les années 2004 et 2010 apparaissent au tableau suivant :

Le coût de prestation d'un traitement en 2010

Variables	2010
DT	364 696 \$
IM	158 050 \$
CO	51 284 \$
Sous-total	566 030\$
T	10 155
CPT	55,74 \$

Notons que le CPT a été ajusté, il est de 55,74\$ au lieu 55,55\$. Ajustement qui modifierait de façon marginale les résultats antérieurs.

En ce qui a trait à la mesure du coût d'opportunité, il est tout à fait avisé d'en mesurer la valeur. Si bon nombre de cliniques de physiothérapie fonctionnent sous le modèle de « société par actions », c'est uniquement dans une perspective financière. Les cliniques utilisent la fiscalité d'entreprise afin de percevoir des dividendes au lieu de salaires ou encore de profits.

Dans le contexte de la production de traitements, les physiothérapeutes cliniciens/propriétaires sont rémunérés au même salaire que les employés (pour la portion traitements). Cette façon de faire permet de calculer les ratios de coûts directs d'opérations (salaires requis pour dispenser les soins). La portion salaire pour l'administration est soit payée en « bonus salaire » ou en « dividendes ». Il y a alors effectivement un « coût d'opportunité », un choix au niveau des alternatives qui s'offrent.

Une étude réalisée par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal cerne clairement les balises de la mesure du coût d'opportunité⁶. Une définition précise ressort de l'analyse du GRIS. Selon les chercheurs, « *Le coût d'opportunité est le coût de renonciation de la deuxième meilleure alternative disponible. Il consiste à mesurer l'écart entre la valeur correspondant à la décision prise et la valeur de la deuxième meilleure alternative* »⁷. Ainsi, il s'agit de mesurer le coût de ce à quoi on renonce.

Les chercheurs ajoutent de plus que « *Dans le secteur de la santé, cela se manifeste par une disponibilité limitée des ressources institutionnelles capables de produire une somme donnée de services avec des ressources humaines en nombre limitée* »⁸. La mesure du coût d'opportunité permet d'optimiser l'usage des ressources.

Ainsi, le coût d'opportunité s'applique dans le secteur public de la santé, là où tous les intervenants sont, sans exception, rémunérés selon des grilles salariales très détaillées. C'est précisément le cas de la physiothérapie en pratique privée.

⁶ Rousseau, L., Contandriopoulos, P.A., Bélanger, J., « La mesure du coût d'opportunité des décisions publiques en santé : Étude faisabilité », Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS), 2003.

⁷ Ibid, page 8.

⁸ Ibid, page 8.