



fccq | Fédération des chambres
de commerce du Québec

Importance des prestataires privés de soins de santé

Portrait économique et contribution du
secteur privé en santé à l'économie
du Québec



Le 16 octobre 2018

Cette étude, commandée par la Fédération des chambres de commerce du Québec, a été réalisée en collaboration avec les organisations suivantes :





Yanick Labrie

Économiste et consultant en politiques publiques

Yanick Labrie est économiste et consultant en politiques publiques. Il est également chercheur associé au Canadian Health Policy Institute de Toronto et Senior fellow de l'Institut Fraser de Vancouver.

Spécialiste des questions de santé, il est fréquemment appelé à commenter l'actualité économique dans les médias à propos d'enjeux liés aux systèmes de soins et aux politiques pharmaceutiques. Il est l'auteur de nombreuses études portant sur les réformes en matière de santé rédigées pour le compte de divers centres de recherche.

Au cours de la dernière décennie, il a été invité en tant que conférencier dans plusieurs événements d'envergure dans les plus grandes villes au Canada. En 2014, il a pris la parole lors de la 20^e édition de la Conférence de Montréal, organisée par le Forum économique international des Amériques, au sujet des leçons à tirer des systèmes de santé européens.

Il a témoigné devant plusieurs commissions parlementaires et groupes de travail et a agi comme témoin expert dans le cadre d'un important procès devant la Cour suprême de Colombie-Britannique visant à réformer les lois de l'assurance santé au pays.

Yanick Labrie est titulaire d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal.



Pierre Emmanuel Paradis

Économiste et président

Titulaire d'une maîtrise en économie et d'un DESS en finance, M. Paradis compte plus de 25 ans d'expérience en économie appliquée et stratégie d'affaires. En 2012, il fonde AppEco (www.appeco.ca), une firme de consultation spécialisée en analyse économique, stratégie et communications.

M. Paradis réalise des mandats portant sur des enjeux d'actualité et où l'analyse économique apporte une valeur ajoutée déterminante à la prise de décision. Il privilégie une approche conseil intégrée : évaluation des besoins et élaboration de la stratégie analytique; collecte des informations et conduite des analyses; présentation des résultats et de leur impact sur les tribunes appropriées.

Il a développé des modèles quantitatifs complexes, mené plusieurs enquêtes et dirigé de nombreux mandats d'analyse économique dans des secteurs variés, dont la santé, le commerce de détail, le secteur manufacturier, le transport, la gestion gouvernementale, l'agroalimentaire, l'énergie, la culture, le tourisme, et le sport. Ces analyses ont été livrées à une clientèle diversifiée : associations, firmes d'ingénieurs, d'avocats et de relations publiques, gouvernements, grandes entreprises, etc.

M. Paradis a publié de nombreux articles et rapports et donne régulièrement des conférences. Il a témoigné à titre d'expert devant divers organismes publics, en commission parlementaire et dans les médias.

TABLE DES MATIÈRES

<i>LISTE DES FIGURES</i>	5
<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	7
Sommaire exécutif	8
1. Introduction	11
<i>Méthodologie</i>	12
<i>Portrait économique du secteur privé en santé</i>	12
<i>Revue de littérature</i>	13
<i>Enquête auprès des entreprises</i>	14
2. Résultats – Analyse des statistiques officielles	15
<i>Portrait général de la santé</i>	15
<i>Place du secteur privé en santé</i>	20
<i>Analyse des statistiques sectorielles</i>	33
<i>Cliniques de soins primaires</i>	33
<i>Centre médicaux spécialisés</i>	33
<i>Dentisterie</i>	33
<i>Hébergement et soins aux aînés</i>	34
<i>Optométrie</i>	34
<i>Pharmacie</i>	35
<i>Physiothérapie</i>	35
<i>Radiologie</i>	35
<i>Services d'ambulance</i>	36
3. Revue de littérature	37
<i>Contribution économique du secteur privé en santé</i>	38
<i>Analyse de la revue de littérature par sous-secteur de la santé</i>	38
<i>Cliniques de soins primaires</i>	39
<i>Cliniques de soins spécialisés</i>	39
<i>Dentisterie</i>	40
<i>Hébergement et soins aux aînés</i>	41
<i>Optométrie</i>	41
<i>Orthophonie et audiologie</i>	42
<i>Pharmacie</i>	42
<i>Physiothérapie</i>	43
<i>Radiologie</i>	43
<i>Services d'ambulance</i>	44
4. Résultats – Compte-rendu de l'enquête	45
5. Conclusion	46
<i>Annexe 1 – Synthèse des résultats de la revue de littérature</i>	47
<i>Annexe 2 – Enquête auprès des entreprises</i>	93
<i>Liste des associations participantes</i>	93
<i>Questionnaire d'enquête</i>	94
<i>Résultats complets de l'enquête</i>	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB au Québec et au Canada, 1975 à 2017.....	p. 16
Figure 2	Évolution de l'emploi dans le secteur de la santé en pourcentage de l'emploi total au Québec et au Canada, 2001 à 2017.....	p. 17
Figure 3	Évolution des rémunérations hebdomadaires moyennes dans quelques grands sous-secteurs du domaine de la santé, Québec, 2001 à 2017.....	p. 19
Figure 4	Croissance annuelle de la rémunération hebdomadaire moyenne dans le secteur de la santé, Québec, de 2001 à 2017.....	p. 20
Figure 5	Évolution de la part du secteur privé dans le financement des dépenses totales de santé au Québec et au Canada, 1975 à 2017.....	p. 21
Figure 6	Répartition (%) des dépenses totales de santé selon l'affectation de fonds et le secteur, Québec, 2017.....	p. 22
Figure 7	Évolution de la part du secteur privé dans le financement des hôpitaux et des autres établissements de soins de santé au Québec, 1975 à 2017.....	p. 23
Figure 8	Évolution de la part du secteur privé dans le financement des services prodigués par les médecins et les autres professionnels de santé au Québec, 1975 à 2017.....	p. 24
Figure 9	Évolution de la part du secteur privé dans le financement des médicaments au Québec, 1975 à 2017.....	p. 25
Figure 10	Évolution de la part du secteur privé dans le financement des immobilisations, de la santé publique, et de l'administration et autres, Québec, 1975 à 2017.....	p. 26
Figure 11	Évolution de la part des travailleurs du secteur privé en santé dans l'emploi total au Québec, 1987 à 2017.....	p. 27
Figure 12	Répartition des travailleurs dans le domaine de la santé et les autres industries au Québec selon le secteur d'emploi (public et privé), 2017.....	p. 28
Figure 13	Évolution de la part des travailleurs du secteur privé (employés et travailleurs autonomes) dans l'emploi total du domaine de la santé et du reste de l'économie, 1987 à 2017.....	p. 29
Figure 14	Évolution des dépenses de santé des ménages québécois en frais directs et en primes d'assurance privées, 2010 à 2016.....	p. 30

Figure 15 Répartition des dépenses privées des ménages québécois dans le domaine de la santé (en dollars), selon le type de produits et services, 2016..... p. 31

Figure 16 Dépenses privées des ménages québécois dans le domaine de la santé en pourcentage des dépenses des ménages canadiens, 2016..... p. 32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des emplois et des établissements selon divers sous-secteurs du domaine de la santé et des services sociaux (code SCIAN 62).....	p. 18
Tableau A1	Synthèse des résultats de 51 études sur l'apport du privé en santé	p. 47
Tableau A2	Enquête : Caractéristiques des répondants	p. 96
Tableau A3	Enquête : Emplois, établissements et patients	p. 97
Tableau A4	Enquête : Heures d'ouverture et outils technologiques	p. 98
Tableau A5	Enquête : Délai pour obtenir un rendez-vous	p. 99
Tableau A6	Enquête : Revenus liés à l'accueil et aux soins des patients	p. 100
Tableau A7	Enquête : Masse salariale des entreprises et salaire moyen	p. 101

Sommaire exécutif

L'objectif de ce rapport était de réaliser un portrait des caractéristiques et de la contribution économique des entreprises privées offrant des services en santé et en services sociaux au Québec. Pour ce faire, l'analyse a utilisé des publications et des données statistiques provenant d'organismes officiels, notamment l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, de la littérature économique pertinente et une enquête réalisée auprès d'entreprises privées prestataires de soins.

La présence du secteur privé s'accroît dans l'ensemble du secteur de la santé, mais de façon variée selon le sous-segment observé

Les données provenant d'organismes officiels ont permis de brosser un portrait d'ensemble assez complet, tant au chapitre du **financement** (les sommes dépensées par des individus ou entreprises privées) que de la **prestation des services** de santé (représentée par la proportion de travailleurs issus du secteur privé) au Québec et au Canada.

Depuis 1975, la part du secteur privé dans le financement de la santé a augmenté de façon notable, aussi bien au Canada (23,8 % à 30,2 %) qu'au Québec (21,2 % à 28,5 %). **En 2017, la participation du secteur privé dans le financement des services de santé au Québec représentait une somme de 15,4 milliards de dollars.**

On observe toutefois d'importantes variations intrasectorielles de ce financement privé. Dans les hôpitaux, les dépenses privées sont passées d'environ 6 % de l'ensemble du financement de la santé en 1975 à 4 % en 2017. Quant aux autres établissements de soins, la part du financement privé a augmenté de 50 % au cours de la période, grim pant de 21 % à 32 % en 2017. Bien qu'elles demeurent modestes, les dépenses privées pour les services des médecins ont augmenté sensiblement, soit de moins de 1 % à près de 3 % durant l'intervalle. Du côté des autres professionnels, la part du financement privé a augmenté graduellement, jusqu'à un sommet de plus de 90 % en 2015. Au chapitre des médicaments, la baisse du secteur privé dans le financement a été marquée (de 84 % en 1975 à 60 % en 2017), bien que cette dernière proportion se maintienne depuis le début des années 2000.

En ce qui concerne la part de l'emploi en santé occupée par les travailleurs du secteur privé, on observe une nette progression depuis trois décennies. En effet, cette part est passée de 40 % en 1987 à 51 % en 2017. **De nos jours, plus de 222 000 employés œuvrent au sein d'organisations privées en santé, soit près de 7 % de l'emploi total au Québec.** En comparaison, la part du secteur privé dans l'emploi total des autres secteurs de l'économie québécoise est restée la même au cours de cette période, soit 82 %.

La littérature regorge d'expériences fructueuses de collaboration et de partenariats avec le système public

La revue de littérature a permis de faire ressortir d'importants constats sur les gains d'efficience et les économies rendues possibles grâce à la participation du secteur privé en santé.

À l'échelle internationale, **on observe une tendance globale à la convergence des systèmes de santé vers un mode hybride, soit une mixité « public – privé »**. Dans l'ensemble des pays développés, les gouvernements tendent à être omniprésents en matière de réglementation, de supervision et de diffusion publique d'indicateurs de rendement. Toutefois, la fourniture de soins médicalement requis est réalisée par une diversité de prestataires, provenant tant de la sphère privée que de la sphère publique.

Une plus grande présence de fournisseurs privés dans les systèmes de santé permet de bonifier les ressources médicales et l'offre de services à la population. Par conséquent, cela entraîne un accès amélioré aux soins et une réduction des temps d'attente et de l'engorgement dans le secteur public.

Au Québec, on remarque que le secteur privé tient le rôle important au sein du système de santé, en complémentarité avec le réseau public de santé. **Des études ont confirmé que les groupes de médecine familiale (GMF) réduisent significativement l'utilisation et les coûts des services de santé des patients, tant en consultation externe qu'à l'urgence**, par rapport aux patients qui ne sont pas vus en GMF. Les partenariats entre des centres médicaux spécialisés (CMS) et des hôpitaux ont également permis d'améliorer l'accès aux soins et ce, à plus faible coût. Cependant, la présence du secteur privé dans le secteur hospitalier demeure marginale au Québec, en comparaison de la situation qui prévaut dans les pays d'Europe et en Australie.

Globalement, **l'attente pour les services de santé qui ne font pas partie des soins médicalement requis assurés par l'État au Québec (dentisterie, optométrie, physiothérapie, etc.) n'est pas un enjeu**, contrairement à d'autres services offerts dans le réseau public de santé. La majorité des patients parviendraient à obtenir leur rendez-vous à l'intérieur d'un délai d'une semaine.

Le Québec est la province canadienne qui compte le plus grand nombre de places de soins et d'hébergement privés pour les personnes âgées. **La qualité des soins serait significativement supérieure dans les résidences et les centres d'hébergement privés pour aînés par rapport aux CHSLD publics**, selon diverses études.

Les entreprises privées en santé au Québec : des rendez-vous rapides et l'utilisation accrue des outils technologiques

Une enquête auprès des regroupements d'entreprises a été menée en vue de réaliser un portrait des caractéristiques et de la contribution économique des entreprises privées offrant des services en santé et en services sociaux au Québec. Au total, les réponses de 143 pharmacies (comprenant un total de 4 000 emplois) et 51 entreprises regroupant différents types de prestataires de soins (1 100 emplois au total) ont été recueillies. Cette faible participation empêche toute extrapolation ou généralisation des résultats obtenus. Néanmoins, ce premier exercice présente certains résultats d'intérêt portant sur les outils technologiques, les délais d'obtention d'un rendez-vous, les sources de revenus et la répartition « préventif-curatif ».

Environ 3 prestataires de soins sur 10 proposent la prise de rendez-vous en ligne, tandis qu'environ 10 % d'entre eux suggèrent d'autres outils technologiques comme la consultation du dossier patient en ligne. Dans les pharmacies, ces outils sont plus fréquemment utilisés (80 % utilisent le dossier médical en ligne et 50 % utilisent la prise de rendez-vous en ligne).

Quelque 60 % des répondants prestataires de soins révèlent offrir un rendez-vous dans les cinq jours, dont 10 % le lendemain et 8 % le jour même. Pour les autres, environ le quart peut être rencontré dans un délai d'une à deux semaines. En moyenne, le délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous varie entre cinq et neuf jours et la médiane s'élève à trois jours et demi.

Deux propositions : améliorer l'accès aux données et apprendre des expériences positives de partenariats public-privé en santé

Enfin, un dernier constat se dégage de cette vaste analyse : l'accès aux données dans le secteur de la santé au Québec, tant au public qu'au privé, reste très difficile. Ainsi, les bases de données sur les résultats d'exploitation, l'emploi, l'investissement et les activités (patients traités, temps d'attente, coût par intervention, etc.) devraient être développées et bonifiées, aussi bien pour le secteur privé que pour le secteur public, de façon à permettre un meilleur suivi des activités et de leur rendement économique. Ensuite, il serait opportun d'examiner et d'approfondir les multiples partenariats public-privé existant déjà dans tous les sous-segments de la santé, de manière à optimiser la collaboration entre les deux secteurs et les avantages économiques qui en découlent. Naturellement, de meilleures données sur leurs activités et résultats contribueraient directement à faciliter des collaborations plus étroites entre les deux.

1. Introduction

Il existe une grande variété d'entreprises privées en santé, incluant des fournisseurs de services (cliniques médicales, cliniques dentaires, de physiothérapie, de nutrition, regroupement de résidences privées avec soins), des entreprises de soutien informatique ou technique (entreprises de télécommunications, de fournitures et d'équipement biomédicaux, etc.), des entreprises du domaine de l'assurance et des laboratoires de différentes spécialités. À ce jour, il n'existe pas de portrait complet de ces entreprises et de leur contribution à l'économie du Québec. Cela rend difficile tout exercice de représentation en leur nom, dans la mesure où leur nombre, leurs divers champs d'action, leur mode de fonctionnement en complémentarité avec le système public, les emplois générés et leurs nombreux enjeux sectoriels ne sont pas clairement établis.

Dans ce contexte, la FCCQ a mandaté les économistes Pierre-Emmanuel Paradis et Yanick Labrie pour réaliser un portrait des caractéristiques et de la contribution économique des entreprises privées offrant des services en santé et en services sociaux au Québec. Plus précisément, ce projet de recherche visait l'atteinte des objectifs suivants, dans la mesure du possible compte tenu des données disponibles :

- Évaluer le nombre d'entreprises de services sociaux et de santé privées au Québec;
- Évaluer le nombre total d'emplois générés par les entreprises de services sociaux et de santé privées au Québec;
- Recueillir des données estimant le nombre de patients suivis et traités par ces entreprises au Québec;
- Estimer l'ampleur de la contribution de ces entreprises privées à l'économie du Québec et à l'amélioration de l'efficacité du réseau public de santé;
- Estimer les gains rendus possibles grâce à la participation des entreprises privées à la prévention et au dépistage de troubles de santé;
- Présenter sommairement les défis qui se posent pour le réseau public de santé au Québec dans un contexte de changement démographique;
- Présenter l'argumentaire en faveur de la participation accrue de fournisseurs privés de services sociaux et de santé pour relever les défis auxquels notre réseau public de santé est confronté.

Méthodologie

Pour atteindre ces objectifs de recherche, nous avons extrait autant de données que possible de sources diverses et complémentaires. Ainsi, des données statistiques officielles, des résultats d'analyse et des résultats d'enquête ont été obtenus des sources suivantes : les organismes de statistiques officiels, soit principalement Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); la littérature économique pertinente, provenant aussi bien de publications scientifiques revues par des pairs que d'études sectorielles réalisées par les associations ou pour leur compte; l'enquête réalisée dans le cadre de ce mandat.

L'étude rassemble les principaux constats relevés en trois parties : le portrait économique du secteur privé en santé; la revue de littérature, qui présente le rôle et la contribution du privé dans l'ensemble et par catégorie de prestataire de soins; les résultats de l'enquête auprès des entreprises.

Portrait économique du secteur privé en santé

Les sources principales suivantes ont été consultées pour l'élaboration du portrait statistique du secteur privé en santé :

ICIS :

- Dépenses en santé, totales, par habitant, par affection et par source de financement
- Nombre de dispensateurs de soins de santé

Statistique Canada, Tableaux CANSIM :

- 107-0001, Établissements publics de soins infirmiers et pour bénéficiaires internes
- 107-0002, Établissements privés de soins infirmiers et pour bénéficiaires internes
- 203-0021, Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), dépenses des ménages
- 281-0024, Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail (EERH), emploi selon le type de salariés et le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN)
- 281-0027, EERH, rémunération hebdomadaire moyenne selon le type de salariés et le SCIAN
- 282-0012, Enquête sur la population active (EPA), estimations de l'emploi selon la catégorie de travailleur et le SCIAN
- 379-0028, Produit intérieur brut (PIB) aux prix de base selon le SCIAN
- 552-0007, Nombre d'entreprises et d'emplacements avec employés, selon les tranches d'effectif et le SCIAN

Dans chacun des cas, les indicateurs portent sur le Québec et comportent autant d'années que possible, de manière à permettre l'examen de leur évolution à travers les années. Lorsque pertinent, des indicateurs sommaires ou de répartition (ex. part [%] du total ou du PIB, taux de croissance, ratios, etc.) ont été calculés pour faciliter la présentation et l'analyse.

En ce qui concerne les industries considérées pour ce portrait statistique, nous avons mis l'accent sur le code SCIAN 62, qui comprend les industries désignées « Soins de santé et assistance sociale ». Bien entendu, d'autres industries périphériques œuvrant également en santé, par exemple l'assurance, la fabrication (médicaments, fournitures, équipements) et le

commerce de détail (pharmacies), sont aussi traitées dans ce rapport. Voici la liste des industries pour lesquelles des nombres d'emplois étaient disponibles pour le Québec, détaillée jusqu'aux codes SCIAN à quatre chiffres :

- 62 Soins de santé et assistance sociale
 - 621 Services de soins de santé ambulatoires
 - 6211 Cabinets de médecins
 - 6212 Cabinets de dentistes
 - 6213 Cabinets d'autres praticiens de la santé
 - 6214 Centres de soins ambulatoires
 - 6215 Laboratoires médicaux et d'analyses diagnostiques
 - 6216 Services de soins de santé à domicile
 - 6219 Autres services de soins de santé ambulatoires
 - 622 Hôpitaux
 - 6221 Hôpitaux généraux et hôpitaux de soins chirurgicaux
 - 6222 Hôpitaux psychiatriques et hôpitaux pour alcooliques et toxicomanes
 - 6223 Hôpitaux spécialisés (sauf psychiatriques et pour alcooliques et toxicomanes)
 - 623 Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes
 - 6231 Établissements de soins infirmiers
 - 6232 Établissements résidentiels pour handicaps liés au développement, troubles mentaux, alcoolisme et toxicomanie
 - 6233 Établissements communautaires de soins pour personnes âgées
 - 6239 Autres établissements de soins pour bénéficiaires internes
 - 624 Assistance sociale
 - 6241 Services individuels et familiaux
 - 6242 Services communautaires d'alimentation et d'hébergement, services d'urgence et autres secours
 - 6243 Services de réadaptation professionnelle
 - 6244 Services de garderie

Revue de littérature

La revue de littérature a examiné divers rapports et études, ce qui a permis de faire ressortir certains constats démontrés sur les gains d'efficacité et les économies publiques du secteur privé en santé, ainsi que d'identifier des pistes analytiques sur des sujets méritant un développement plus poussé.

Ainsi, les faits saillants économiques de diverses études portant sur la livraison privée des soins de santé sont résumés. D'abord, les principaux constats ressortant des documents consultés (dont les références sont indiquées entre crochets) sont relevés. Ensuite, un tableau-synthèse présentant une description sommaire des faits saillants de ces études a été élaboré, comprenant les éléments d'information suivants pour chaque étude : auteur, titre, autres informations de référence et résumé.

Les articles ont été recensés à partir des banques de données universitaires suivantes : Academic Search Complete, Cairn, Cochrane Database of Systematic Reviews, Econlit,

Emerald, Érudit, Eureka, JStor, Medline Complete, NBER working papers, Persée, Proquest, OECD iLibrary, Sage Journals Online, Taylor & Francis, Web of Science et Wiley Online Library. Seules les études publiées après 1995 ont été retenues aux fins de la présente recherche. Nous avons complété la sélection des articles à l'aide du moteur de recherche Google Scholar.

Enquête auprès des entreprises

L'enquête visait à collecter des renseignements auprès des regroupements en vue de réaliser un portrait des caractéristiques et de la contribution économique des entreprises privées offrant des services en santé et en services sociaux au Québec.

À cette fin, un premier contact téléphonique a été établi avec les regroupements pour cerner leurs caractéristiques de base, les activités de leurs membres, ainsi que pour comprendre leur financement et leurs opérations. Ensuite, les regroupements ayant accepté de participer à l'enquête ont reçu un lien vers un site Internet dédié afin de répondre aux questions. En termes de logistique, les questionnaires ont été préparés sur Survey Gizmo, de façon à valider les réponses reçues et faciliter la constitution de la base de données. La liste des regroupements contactés et participants est présentée en annexe, tout comme le questionnaire d'enquête.

À l'origine, l'enquête devait mettre l'accent sur les regroupements de prestataires de soins parmi les membres du Comité Santé de la FCCQ. Toutefois, la participation à cette enquête s'est avérée décevante : seulement 5 associations sur 21 y ont contribué. De plus, malgré plusieurs rappels et tentatives pour susciter la participation, seulement 195 répondants ont transmis des réponses complètes et validées à toutes les questions. Cette faible participation nous empêche d'extrapoler ou de généraliser les résultats obtenus, qui sont simplement présentés tels quels. Néanmoins, ce premier exercice montre certains résultats d'intérêt, en plus d'indiquer les difficultés possibles dans le contexte de tout examen subséquent.

Les indicateurs collectés par l'enquête ont été les suivants :

- Identification : nom, nombre d'établissements, région, nombre total d'employés;
- Activités : nature des activités (description), heures d'ouverture par année;
- Patients : nombre de patients traités par année; temps d'attente : moyenne et variabilité;
- Revenus de l'entreprise : total par année, ventilations selon la source (patient, assurance privée et publique) et l'activité (soins, prévention/dépistage et autres);
- Financement : description du ou des mécanismes de financement des membres;
- Indicateurs d'efficacité : activités de prévention et de dépistage de troubles de santé, durée de l'attente moyenne, minimale et maximale, adoption de technologies informatiques au bénéfice des patients (prise de rendez-vous en ligne, consultation du dossier-patient, suivi médical, etc.).

La validation des informations recueillies a été réalisée en deux temps. D'abord, le questionnaire était doté de certaines plages obligeant les répondants à s'en tenir à un certain intervalle de réponses (ex. montants en \$, somme des pourcentages = 100 %, etc.). Par la suite, à mesure que les réponses ont été reçues, d'autres tests de cohérence ont été effectués (ex. revenus par entreprise, ratio des revenus par emploi, etc.) pour s'assurer de la validité des informations reçues.

2. Résultats – Analyse des statistiques officielles

Faits saillants

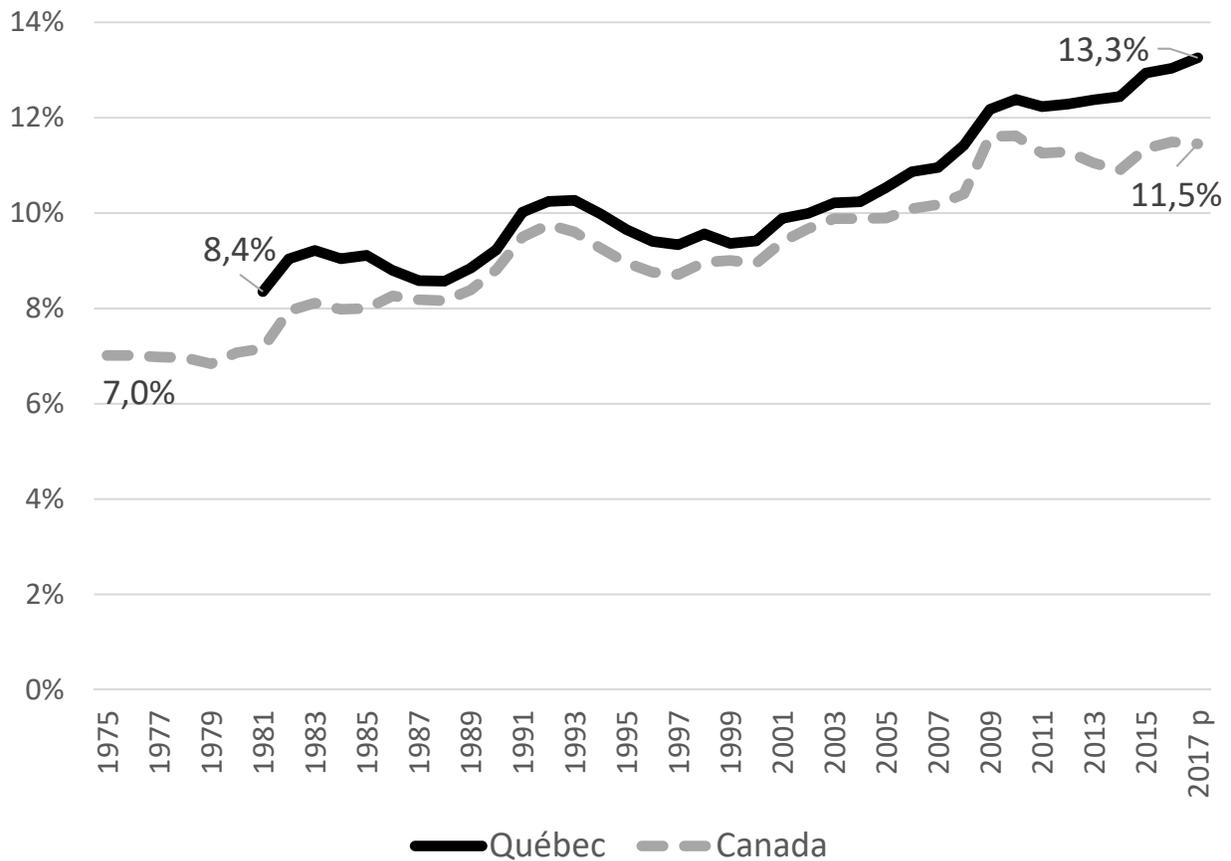
- Les industries de la santé occupent une place de plus en plus importante dans l'économie du Québec, leur part étant passée de 8,4 % en 1981 à 13,3 % du PIB en 2017.
- Le secteur privé joue un rôle accru dans l'offre de services de la santé au Québec : plus de 222 000 employés de l'industrie œuvrent au sein d'organisations privées.
- La part de l'emploi total du Québec occupée par les travailleurs du secteur privé en santé est passée de 4,0 % à 6,9 % au cours des 30 dernières années. Aujourd'hui, plus de la moitié (51 %) des travailleurs en santé œuvrent au sein d'un organisme privé, comparativement à 40 % en 1987.
- La part du secteur privé dans le financement de la santé au Québec s'est élevée à 15,4 milliards de dollars en 2017.
- La participation du secteur privé dans le financement des services de santé est plus forte en ce qui concerne les médicaments (60 %) et les professionnels autres que les médecins (78 %). En revanche, le financement privé est très faible en ce qui concerne les services offerts dans les hôpitaux (4 %) et les cabinets de médecins (3 %).
- Ensemble, les frais directs de soins de santé défrayés par le ménage et les primes pour les régimes privés d'assurance-maladie représentent désormais 5,4 % des dépenses totales de consommation courante, versus 4,9 % en 2010. Cela est plus élevé que dans l'ensemble du Canada, où ces mêmes proportions étaient de 3,8 % (2010) et 4,1 % (2016).

Portrait général de la santé

Ce n'est un secret pour personne : la santé est un secteur en forte croissance. La combinaison du vieillissement de la population et de l'intensification technologique à tous les niveaux des soins de santé a contribué à la forte croissance des dépenses de santé, tant au Québec qu'au Canada. Les paragraphes qui suivent présentent des statistiques sur l'évolution de la santé en proportion du PIB et de l'emploi, ainsi que certaines ventilations pertinentes à ce titre.

Comme le montre la Figure 1, de 1975 à 2017, la contribution des industries de la santé au PIB canadien est passée de 7,0 % à 11,5 %. Au Québec, pour un horizon plus court, de 1981 à 2017, cette part a augmenté de 8,4 % à 13,3 %.

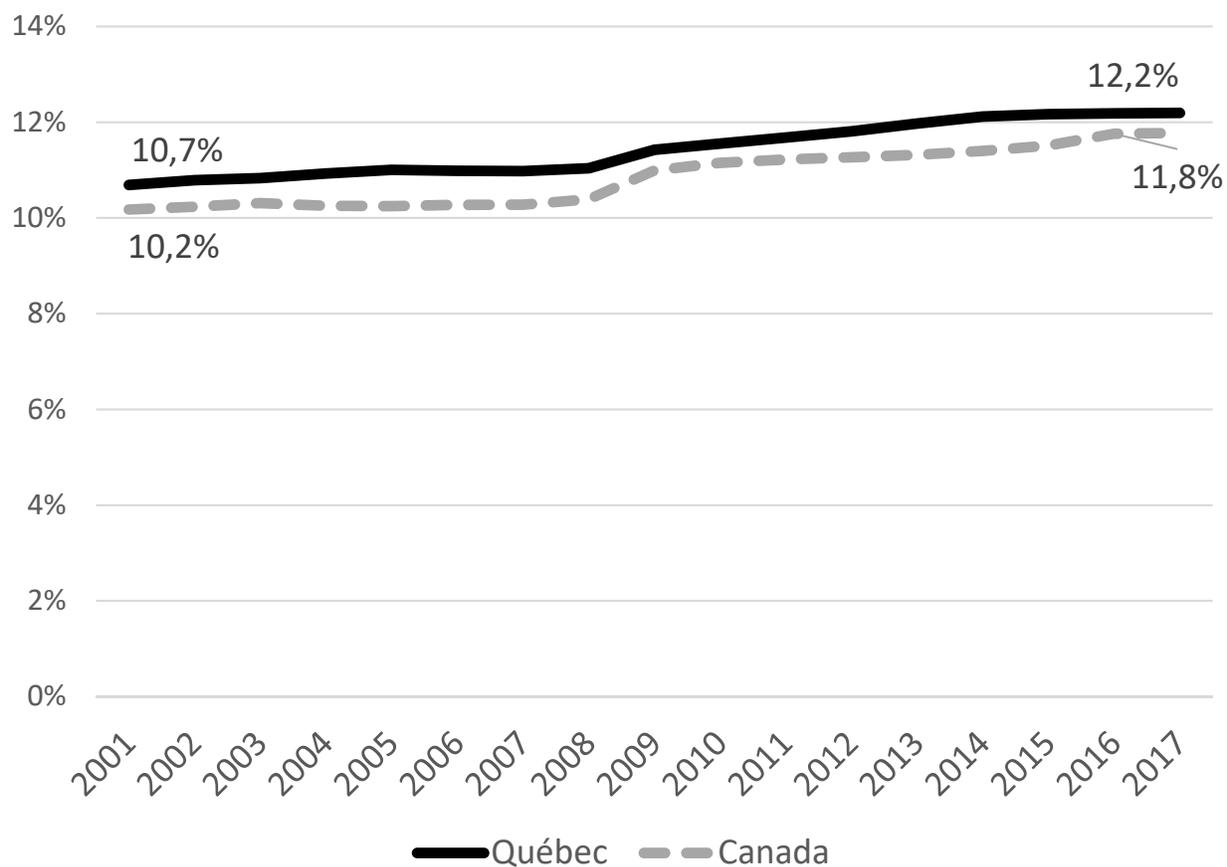
Figure 1. Évolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB au Québec et au Canada, 1975 à 2017_p



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017, tableaux de données*. Le « p » du titre signifie que les données des années 2016 et 2017 sont des projections.

Du côté de l'emploi au Québec, l'importance relative de la santé a crû de 10,7 % à 12,2 % entre 2001 et 2017 (Figure 2). Ces proportions sont légèrement plus élevées que celles qu'on observe dans l'ensemble du Canada.

Figure 2. Évolution de l'emploi dans le secteur de la santé en pourcentage de l'emploi total au Québec et au Canada, 2001 à 2017



Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 281-0024.

En moyenne, les quelque 440 000 travailleurs du domaine de la santé du Québec représentent un peu plus du quart (25,6 %) du total canadien. Ils sont répartis dans 22 000 établissements, pour une moyenne d'environ 20 travailleurs par établissement. Bien entendu, il existe de grandes variations entre les plus grands établissements (hôpitaux) et les plus petits (cabinets de professionnels), selon la nature des activités (voir Tableau 1).

Tableau 1. Répartition des emplois et des établissements selon divers sous-secteurs du domaine de la santé et des services sociaux (code SCIAN 62)

Industrie [code SCIAN]	Emplois	Établissements	Emplois / établissement
Cabinets de médecins [6211]	15 094	7 155	2,1
Cabinets de dentistes [6212]	17 394	2 585	6,7
Cabinets d'autres praticiens de la santé [6213]	13 099	2 543	5,2
Centres de soins ambulatoires [6214]	36 213	447	81,0
Laboratoires médicaux et d'analyses diagnostiques [6215]	2 413	208	11,6
Services de soins de santé à domicile [6216]	3 589	100	35,9
Autres services de soins de santé ambulatoires [6219]	7 291	162	45,0
Hôpitaux généraux et hôpitaux de soins chirurgicaux [6221]	138 841	133	1 043,9
Hôpitaux psychiatriques et hôpitaux pour alcooliques et toxicomanes [6222]	9 852	23	428,3
Hôpitaux spécialisés (sauf psychiatriques et pour alcooliques et toxicomanes) [6223]	14 486	48	301,8
Établissements de soins infirmiers [6231]	48 666	425	114,5
Établissements résidentiels pour handicaps [6232]	5 017	350	14,3
Établissements communautaires de soins pour personnes âgées [6233]	27 812	1 102	25,2
Autres établissements de soins pour bénéficiaires internes [6239]	7 731	422	18,3
Services individuels et familiaux [6241]	29 121	1 854	15,7
Services communautaires d'alimentation et d'hébergement, services d'urgence et autres secours [6242]	3 207	271	11,8
Services de réadaptation professionnelle [6243]	9 703	397	24,4
Services de garderie [6244]	49 356	3 894	12,7
Total	438 885	22 119	19,8

Sources : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 281-0024 (emploi) et 552-0007 (établissements).

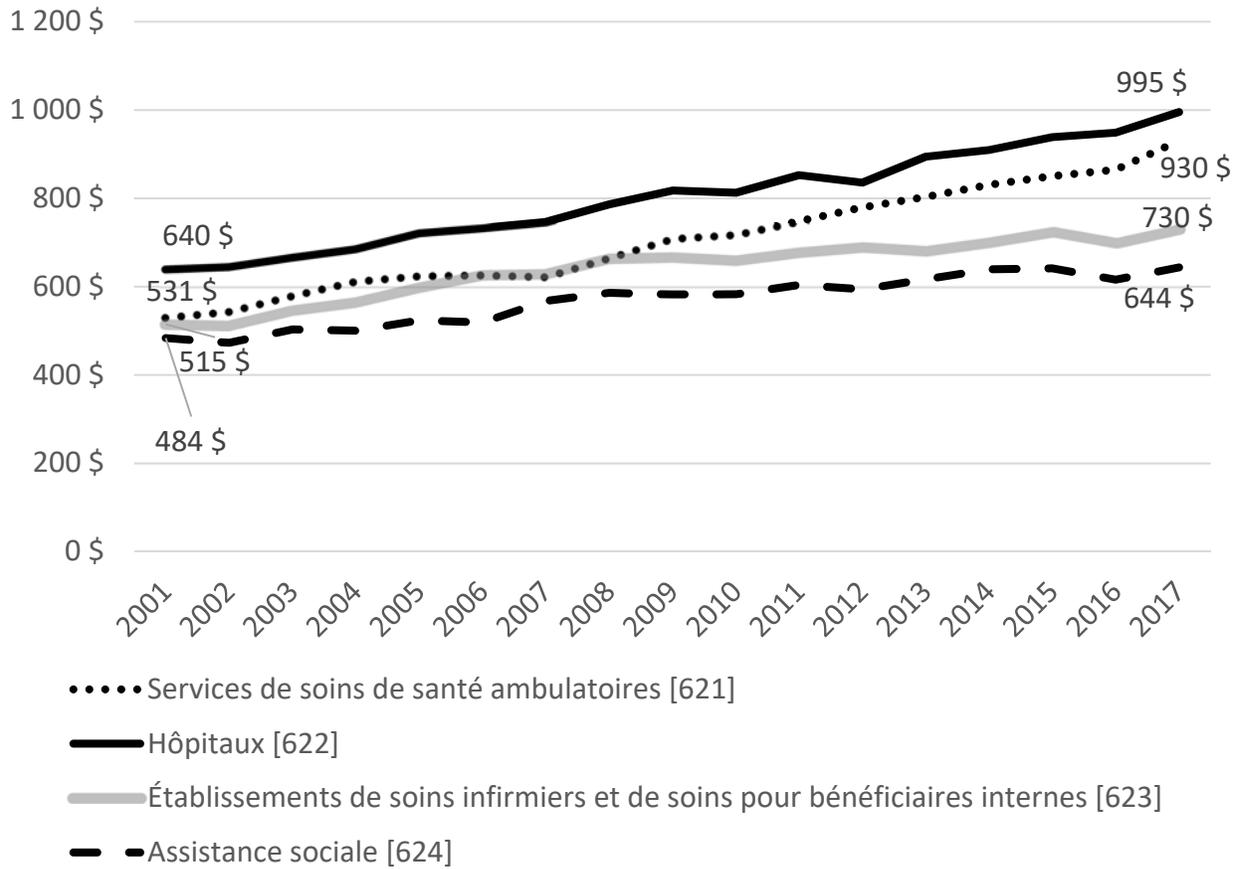
Il existe d'importantes variations dans la distribution de l'importance relative des travailleurs du domaine de la santé québécois. Ainsi, les principales catégories de travailleurs (infirmières, travailleurs sociaux, médecins et médecins spécialistes, pharmaciens) représentent chacune environ le quart du total canadien. Par la suite, la disparité augmente dans les catégories moins nombreuses, tant dans la sous-représentation (ambulanciers paramédicaux, chiropraticiens et professionnels de la gestion de l'information sur la santé : 11 % à 19 % du total) que dans la surreprésentation (psychologues, technologues en radiation médicale et ergothérapeutes : 29 % à 54 % du total).

En considérant les grandes catégories d'activités, les hôpitaux comptaient le plus d'employés en 2017 (163 200 travailleurs). Ils étaient suivis par trois catégories aux résultats très rapprochés : soins ambulatoires (95 300), assistance sociale (91 400) et établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes (89 200).

Comme le montre la Figure 3, la rémunération hebdomadaire moyenne la plus élevée se trouve dans les hôpitaux (995 \$). Suivent les soins ambulatoires (930 \$), les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes (730 \$) et l'assistance sociale (644 \$). On

observait le même ordre en 2001, mais les écarts relatifs entre les catégories ont augmenté depuis.

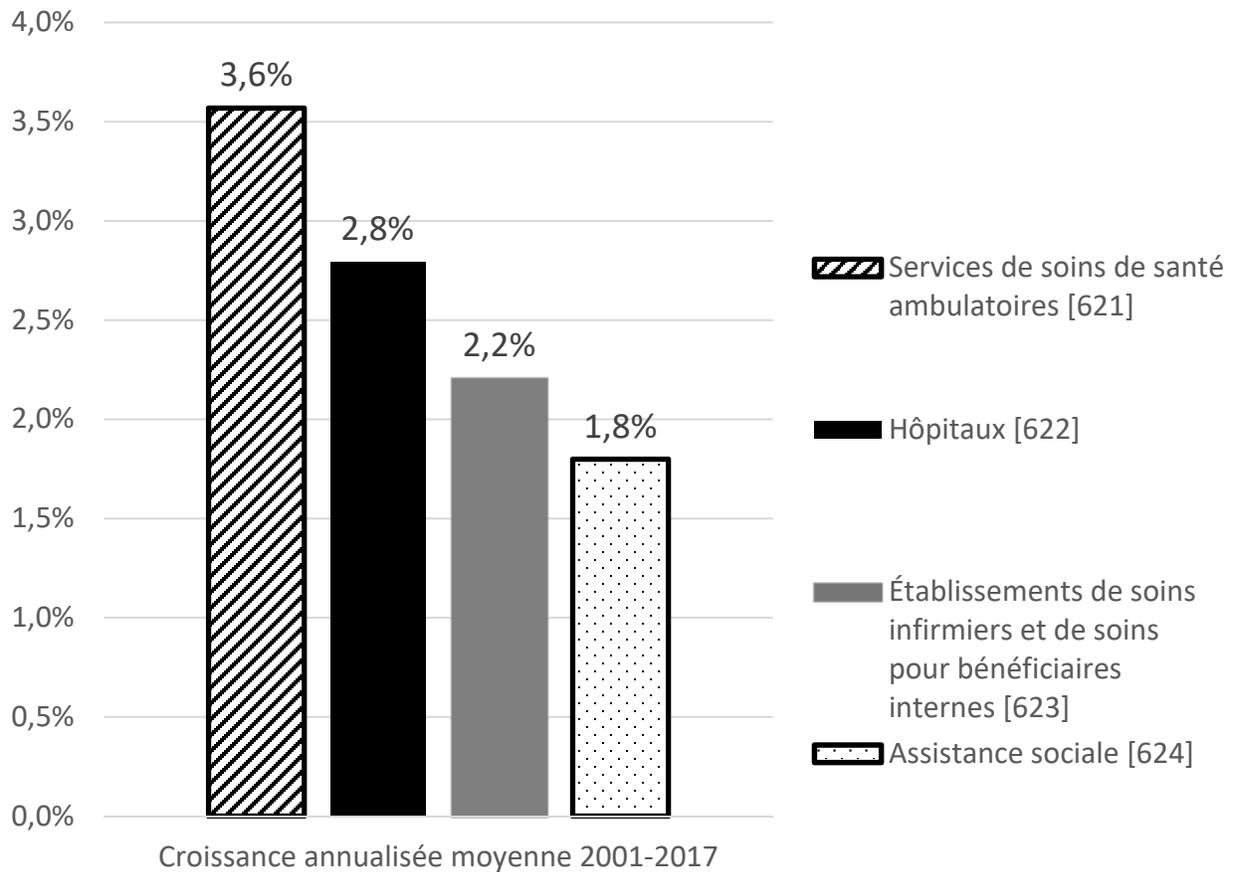
Figure 3. Évolution des rémunérations hebdomadaires moyennes dans quelques grands sous-secteurs du domaine de la santé, Québec, 2001 à 2017



Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 281-0027.

Comme on peut le constater en observant la Figure 4, c'est dans les soins ambulatoires que la croissance moyenne annualisée de cette rémunération a été la plus importante (+3,6 % entre 2001 et 2017), tandis qu'elle a été plus faible en assistance sociale (+1,8 %).

Figure 4. Croissance annuelle de la rémunération hebdomadaire moyenne dans le secteur de la santé, Québec, de 2001 à 2017



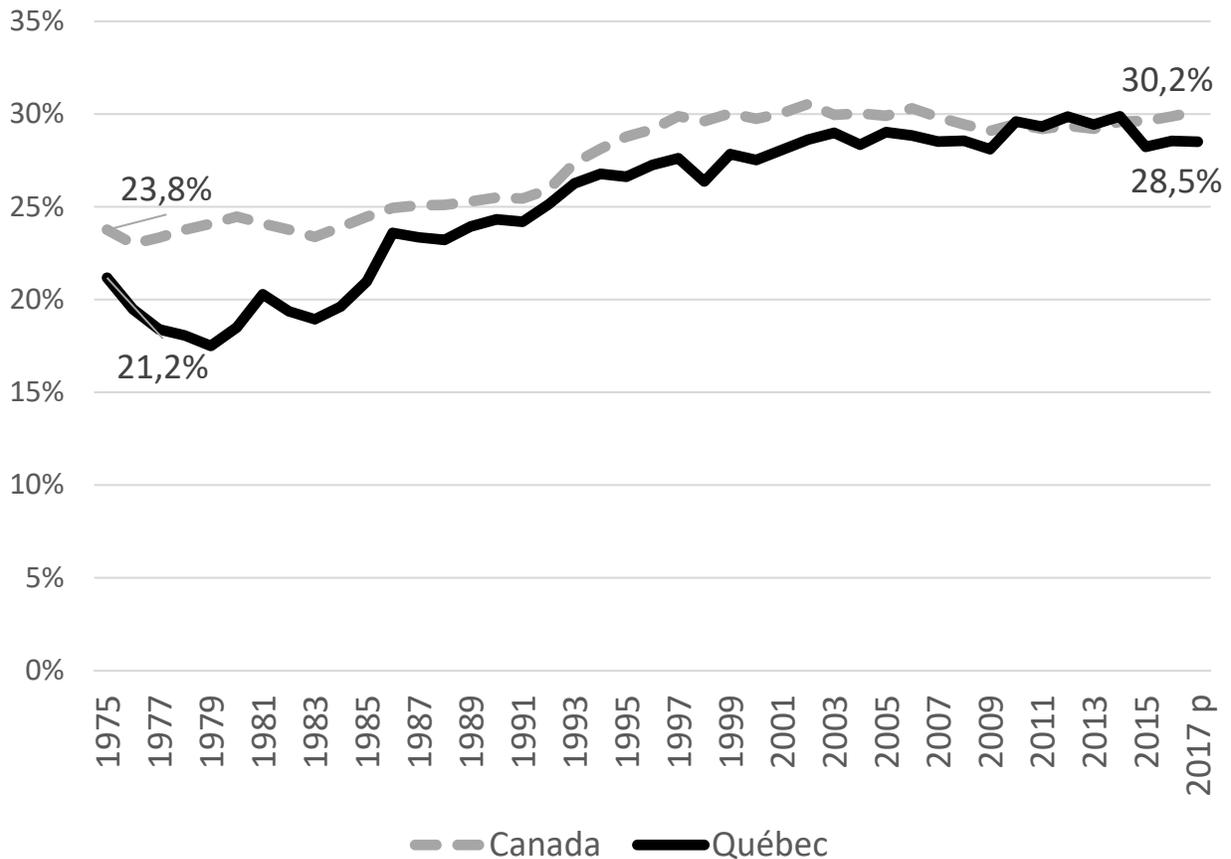
Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 281-0027.

Place du secteur privé en santé

Les résultats présentés dans les paragraphes suivants situent la place du secteur privé en santé au Québec et au Canada, quant au financement des dépenses, à l'emploi et aux dépenses des ménages pour les soins de santé.

Comme le montre la Figure 5, de 1975 à 2017, la part du secteur privé dans le financement de la santé a augmenté de façon notable, aussi bien au Canada (23,8 % à 30,2 %) qu'au Québec (21,2 % à 28,5 %). Cela étant dit, il est nécessaire de ventiler ce résultat davantage, car les dynamiques économiques sont très différentes d'un secteur d'activité à l'autre, aussi bien en ce qui a trait à l'importance du secteur privé en 2017 qu'à son évolution depuis les quatre dernières décennies.

Figure 5. Évolution de la part du secteur privé dans le financement des dépenses totales de santé au Québec et au Canada, 1975 à 2017

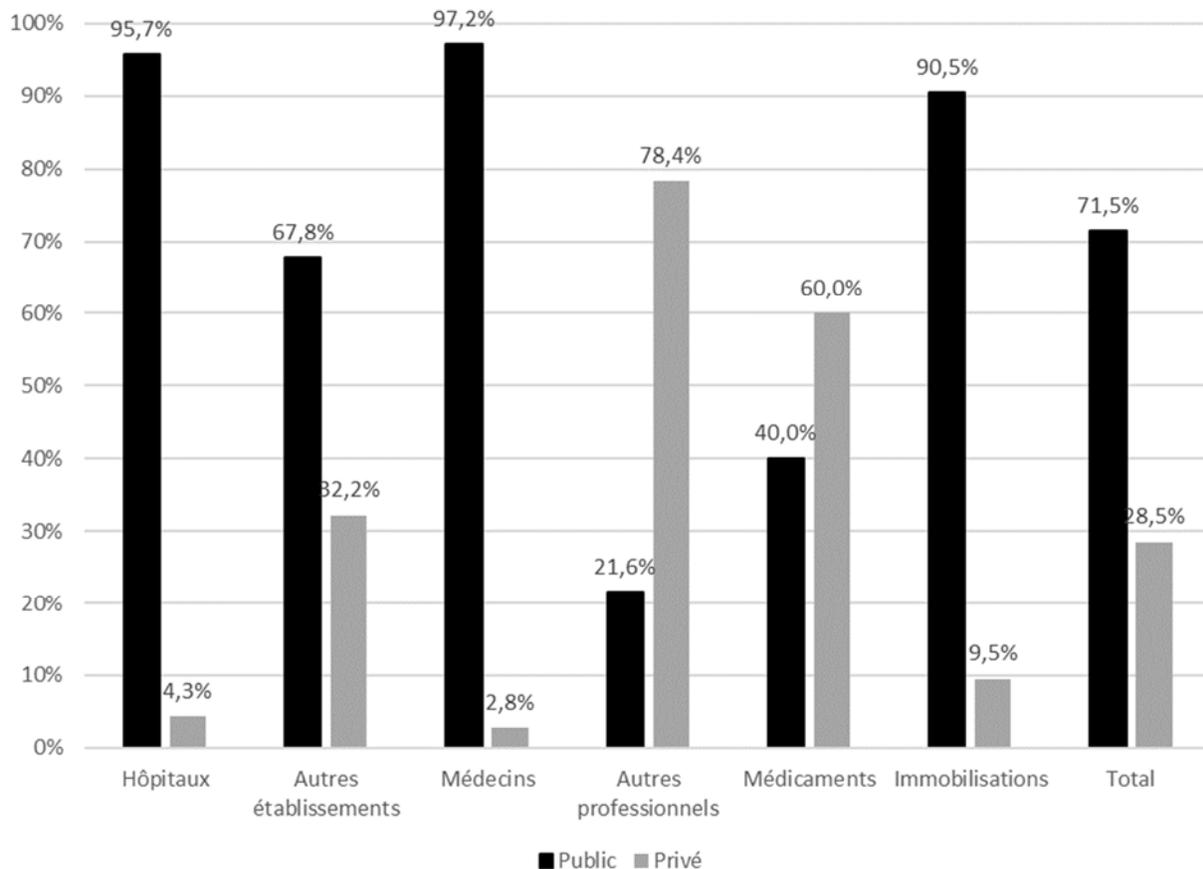


Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*. Calculs des auteurs.

La présence du secteur privé dans les dépenses en santé au Québec varie grandement d'un domaine à l'autre (voir Figure 6). Pour les établissements, environ 4 % des dépenses des hôpitaux sont considérées comme venant du secteur privé, comparativement à 32,2 % pour les autres établissements. Le même type de dichotomie est observé chez les professionnels : 3 % de la dépense pour des médecins provient du privé, versus 78 % pour les autres professionnels.

Au Québec, 60 % des dépenses en médicaments sont privées. Toutefois, cela masque la double réalité des médicaments sans ordonnance (100 % payés par le privé) versus les médicaments avec ordonnance (représentant entre 75 % et 80 % du total dépensé). Au Québec, les médicaments prescrits étaient financés à 55 % par le secteur privé, un pourcentage légèrement inférieur à celui du Canada (57 %). Pour les autres catégories, les immobilisations privées en santé représentent environ un dollar sur dix, les dépenses administratives et autres sont financées au quart par le secteur privé, et la santé publique est à 100 % assumée par des fonds gouvernementaux.

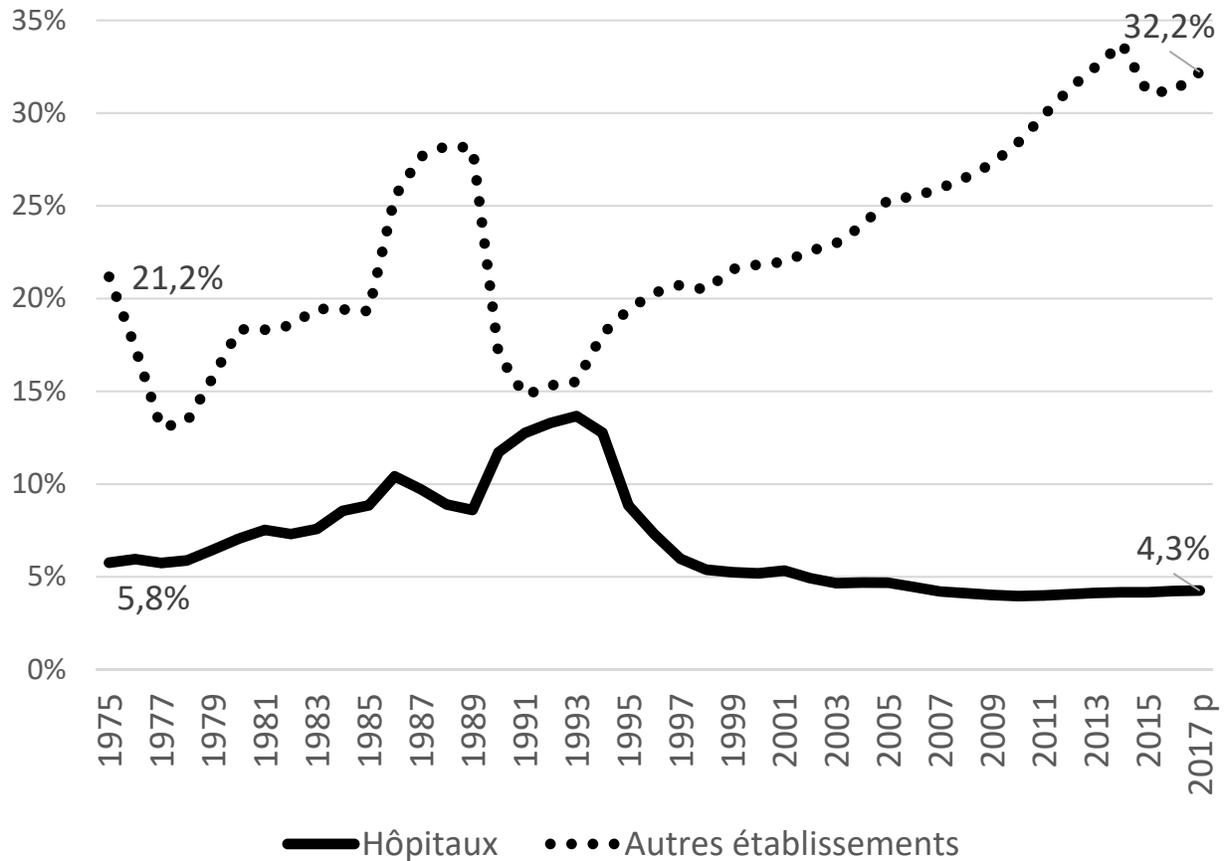
Figure 6. Répartition (%) des dépenses totales de santé selon l'affectation de fonds et le secteur, Québec, 2017



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*. Calculs des auteurs.

Au-delà des niveaux actuels de dépenses, l'évolution de ces proportions a connu des variations très différentes depuis 1975. Dans les hôpitaux, la dépense est passée d'environ 6 % à 4 % en 2017, avec une hausse marquée au début des années 1990. Quant aux autres établissements, leur part a augmenté de 50 % (de 21 % à 32 %) au cours de la période, incluant des hauts et des bas avant 1990 (voir Figure 7).

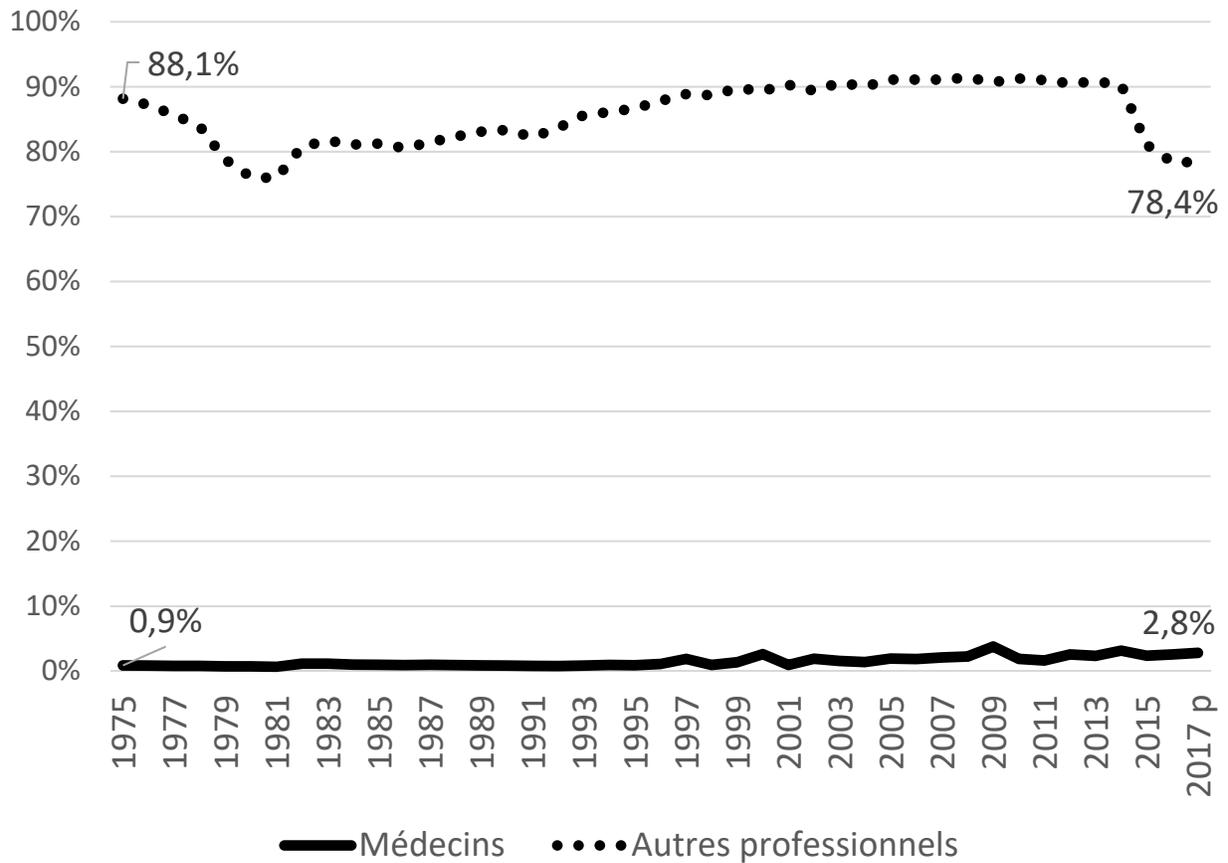
Figure 7. Évolution de la part du secteur privé dans le financement des hôpitaux et des autres établissements de soins de santé au Québec, 1975 à 2017



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*. Calculs des auteurs.

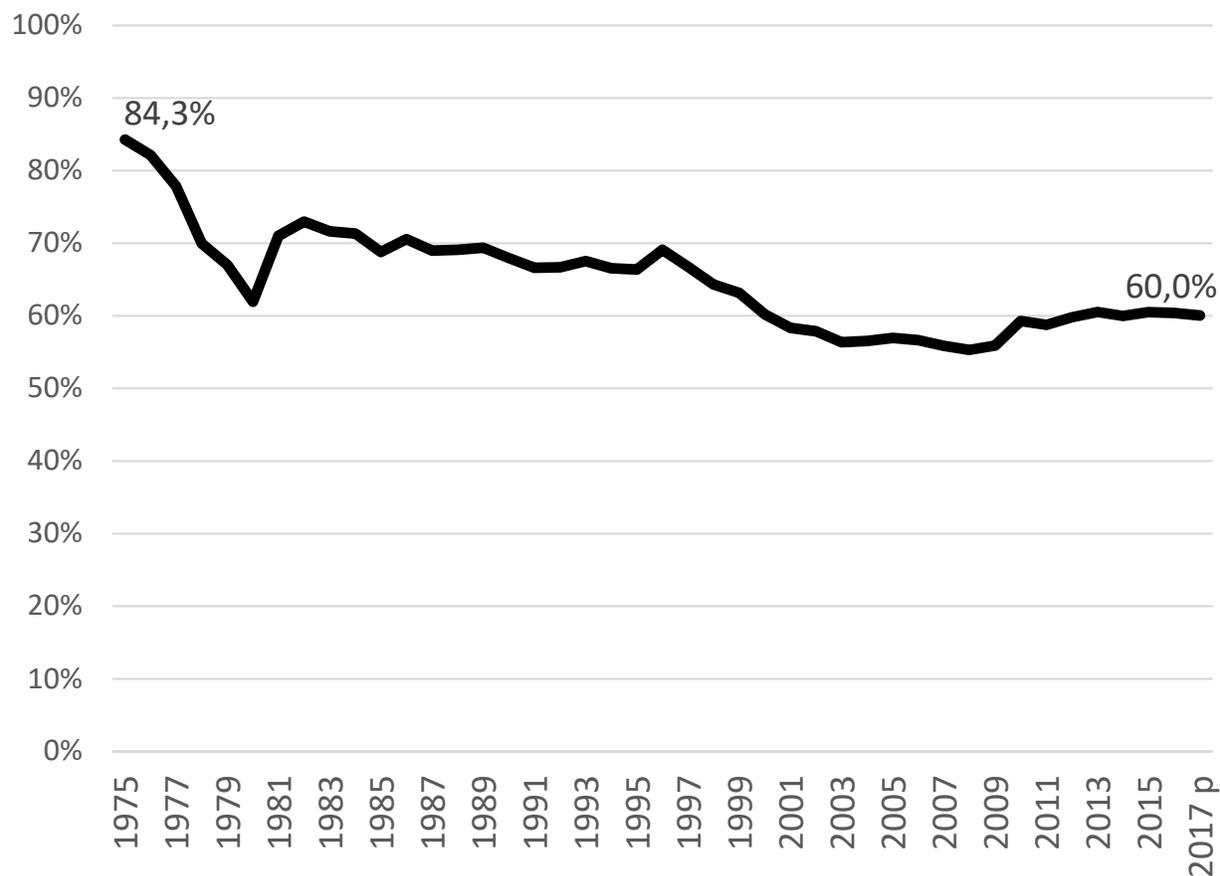
Dans le secteur privé, les médecins sont passés de moins de 1 % à près de 3 %, tandis que les autres professionnels sont demeurés plutôt stables autour de 90 % – les données 2016 et 2017 sont des prévisions restant à être confirmées (voir Figure 8). Du côté des médicaments, la baisse du privé a été forte (84 % à 60 %), résultat de la mise en place de l'assurance RAMQ pour les non-assurés (Figure 9). Les autres catégories (immobilisations, administration) ont évolué en dents de scie, mais semblent se stabiliser depuis quelques années (Figure 10).

Figure 8. Évolution de la part du secteur privé dans le financement des services prodigués par les médecins et les autres professionnels de santé au Québec, 1975 à 2017



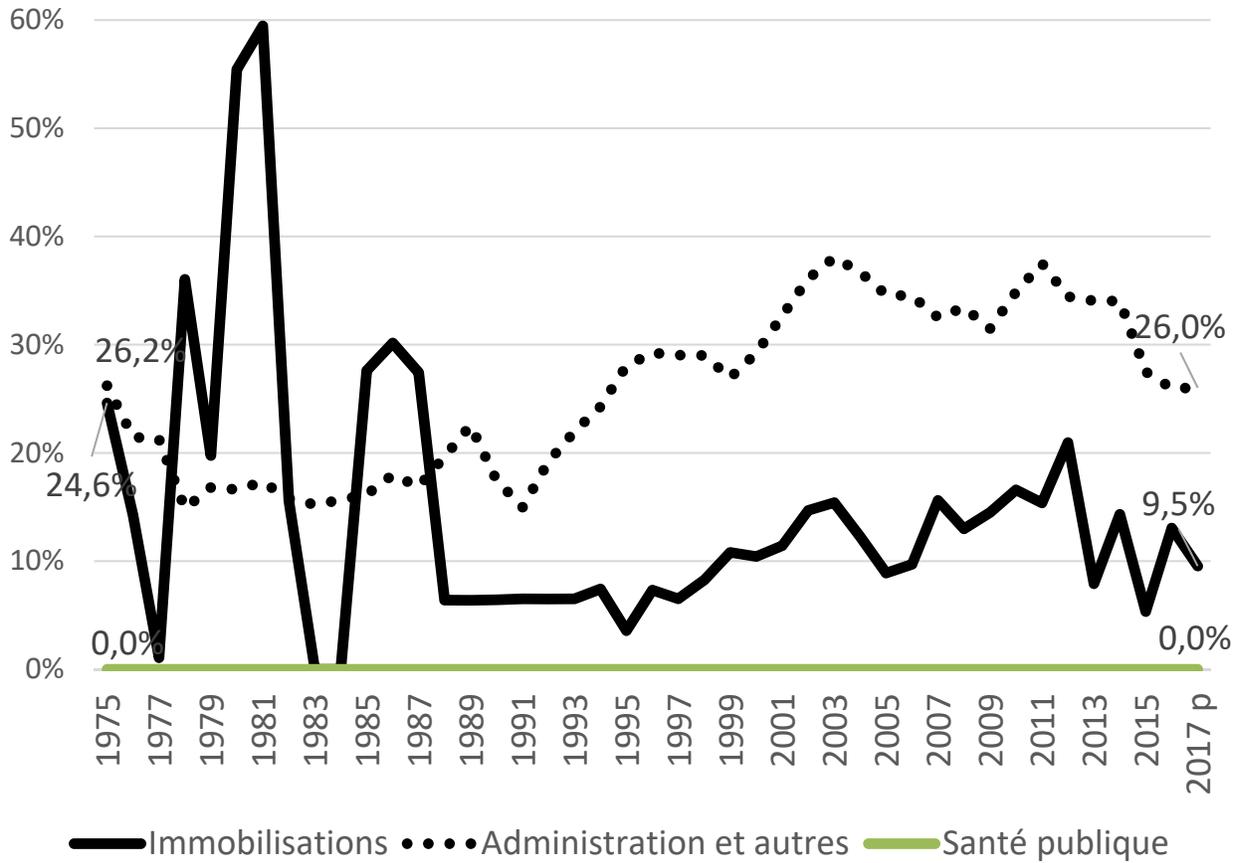
Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*. Calculs des auteurs.

Figure 9. Évolution de la part du secteur privé dans le financement des médicaments au Québec, 1975 à 2017



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017. Calculs des auteurs.

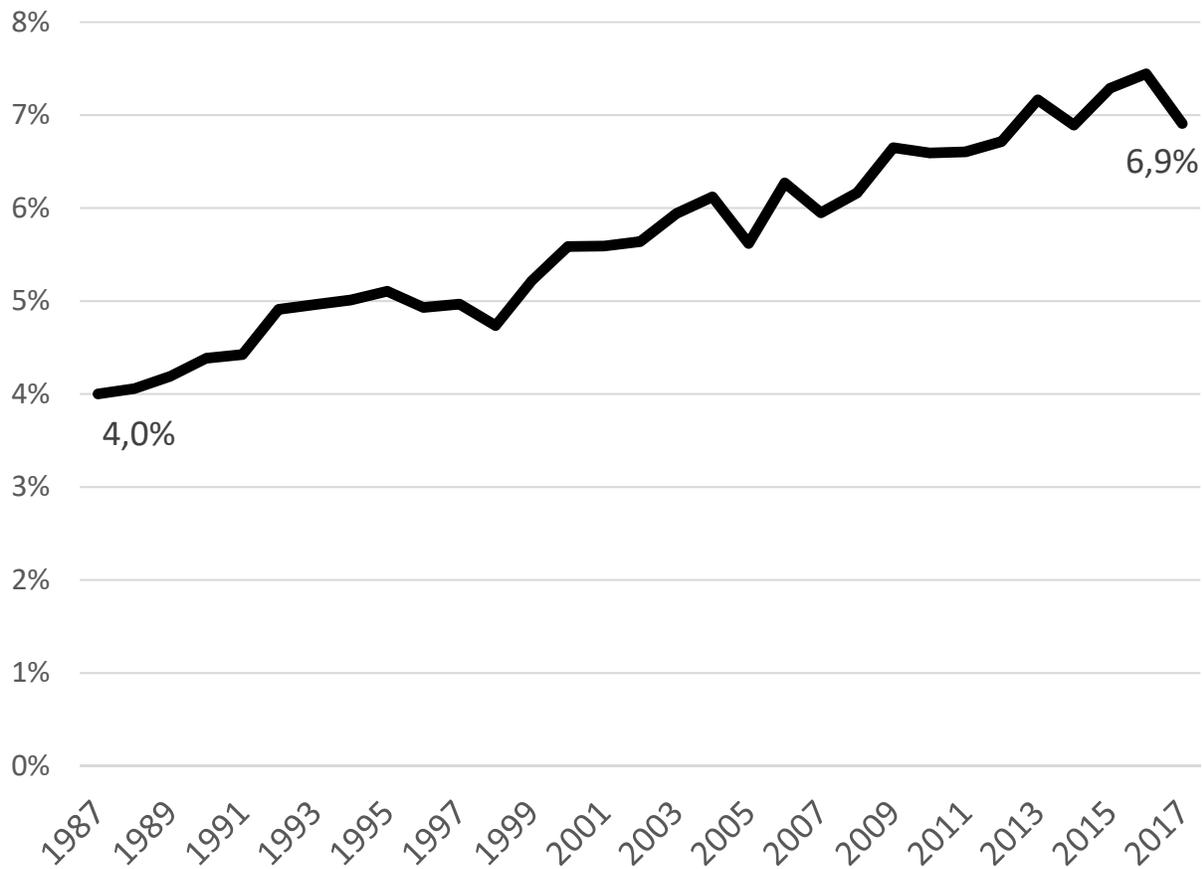
Figure 10. Évolution de la part du secteur privé dans le financement des immobilisations, de la santé publique, et de l'administration et autres, Québec, 1975 à 2017



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017. Calculs des auteurs.

La part de l'emploi total du Québec occupée par les travailleurs du secteur privé en santé est passée de 4,0 % à 6,9 % entre 1987 et 2017 (Figure 11).

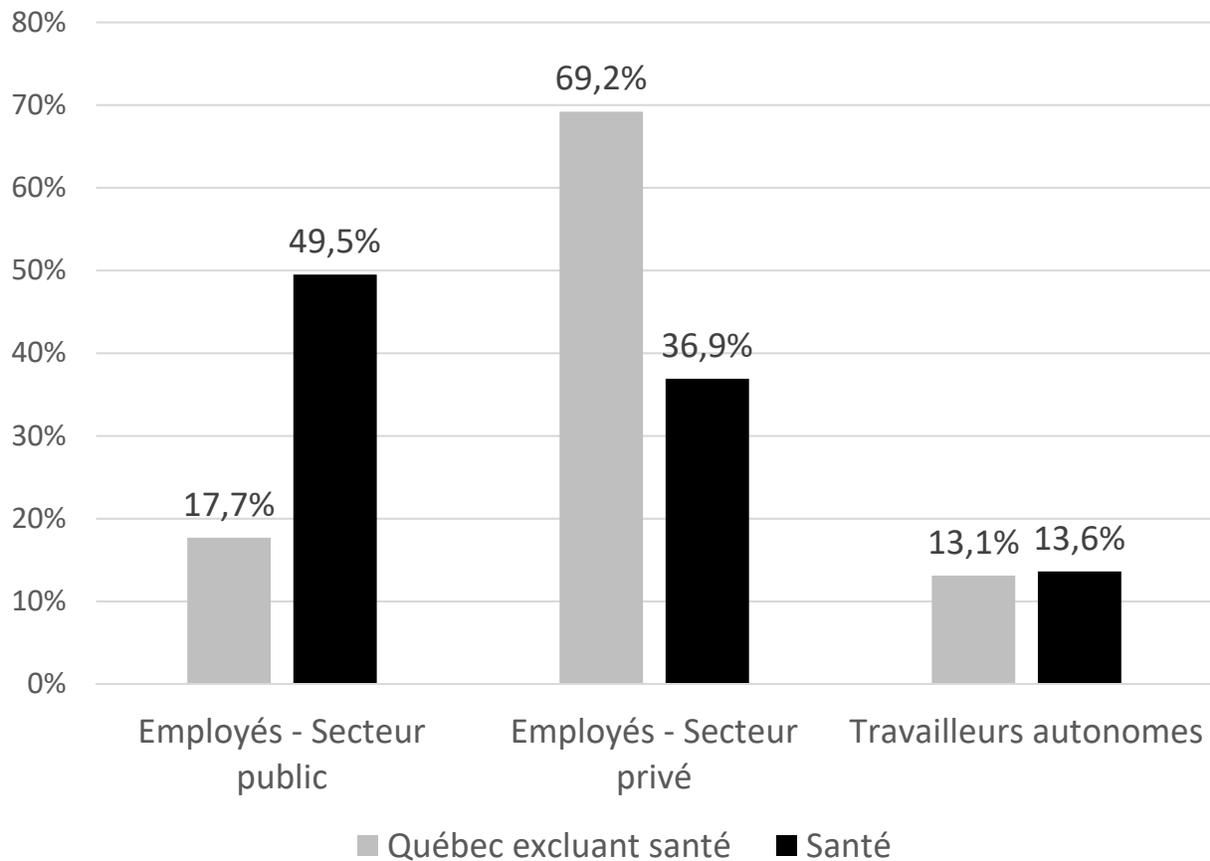
Figure 11. Évolution de la part des travailleurs du secteur privé en santé dans l'emploi total au Québec, 1987 à 2017



Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 282-0012.

Malgré cette progression marquée, la moitié des travailleurs en santé (employés du secteur privé et travailleurs autonomes) provient du secteur privé, comparativement à 82 % pour les travailleurs des autres secteurs de l'économie (Figure 12). Fait à noter, les proportions de travailleurs autonomes sont presque identiques en santé et dans les autres secteurs (13 % et 14 %).

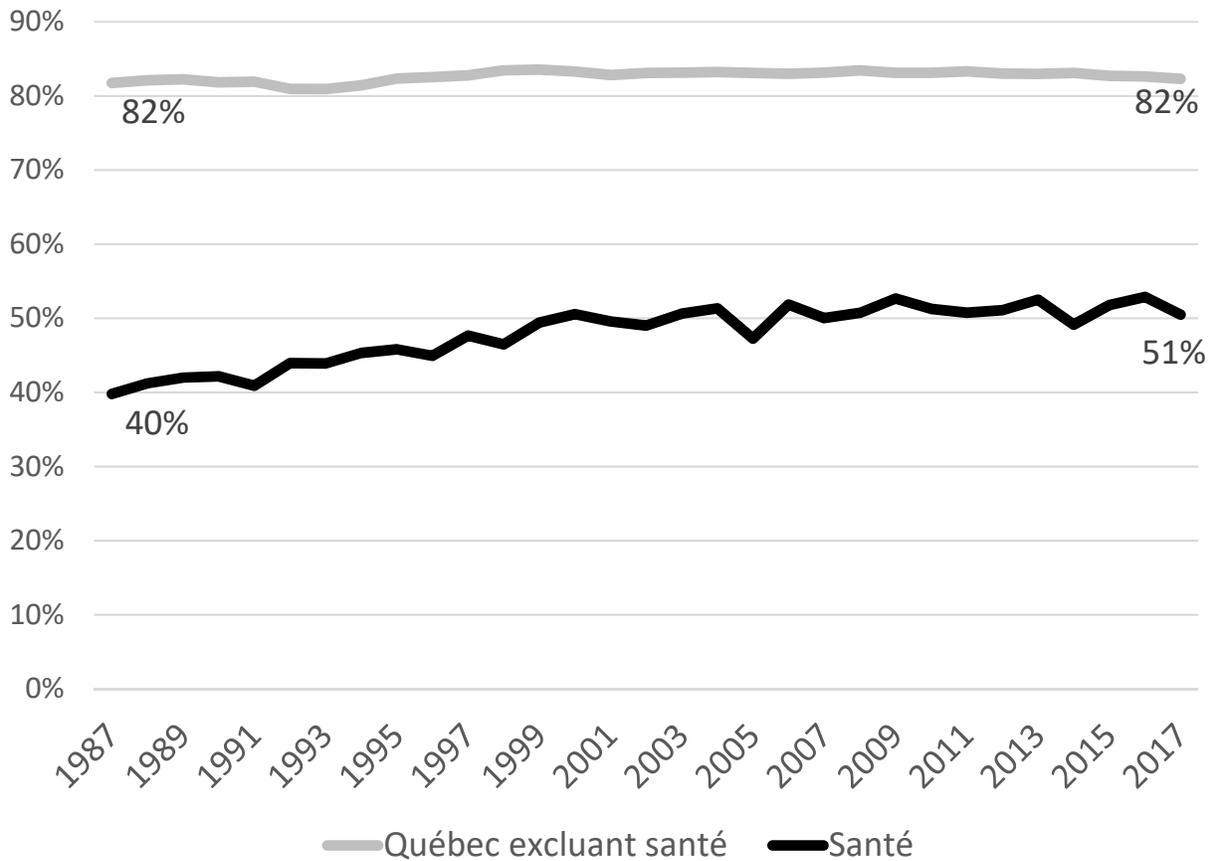
Figure 12. Répartition des travailleurs dans le domaine de la santé et les autres industries au Québec selon le secteur d'emploi (public et privé), 2017



Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 282-0012.

Lorsqu'on observe l'évolution de la part des travailleurs du secteur privé dans l'emploi total en santé au Québec, on s'aperçoit qu'elle est en progression depuis trois décennies. En effet, cette part est passée de 40 % en 1987 à 51 % en 2017, selon les données de Statistique Canada. En comparaison, la part du secteur privé dans l'emploi total des autres secteurs de l'économie québécoise est restée la même au cours de cette période (voir Figure 13).

Figure 13. Évolution de la part des travailleurs du secteur privé (employés et travailleurs autonomes) dans l'emploi total du domaine de la santé et du reste de l'économie, Québec, 1987 à 2017

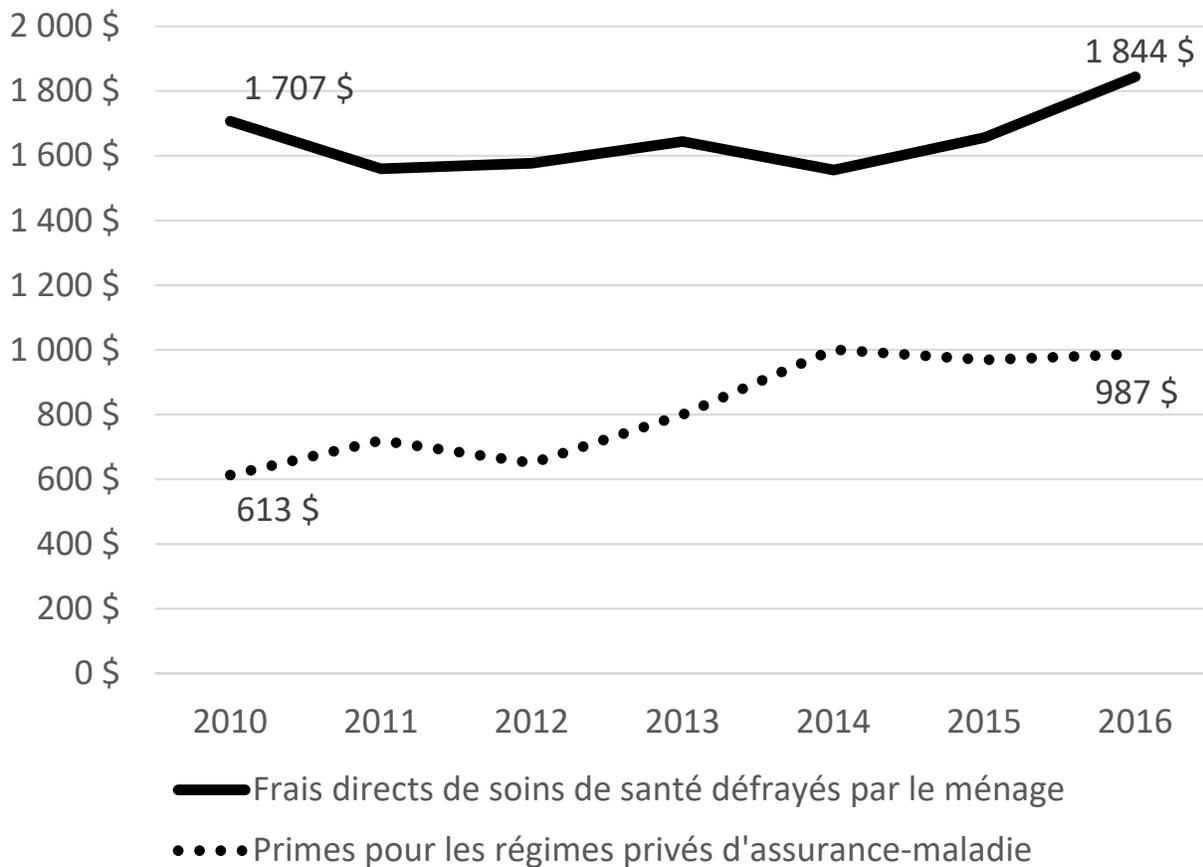


Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 282-0012. Calculs des auteurs.

Cette croissance du secteur privé en santé est aussi observable du côté des dépenses des ménages. Entre 2010 et 2016, les frais directs de soins de santé défrayés par un ménage sont passés de 1 707 \$ à 1 844 \$, tandis que les primes pour les régimes privés d'assurance-maladie sont passées de 613 \$ à 987 \$ (Figure 14). Au total, ces deux montants représentent désormais 5,4 % des dépenses totales de consommation courante, versus 4,9 % en 2010. Cela est plus élevé que dans l'ensemble du Canada, où ces proportions sont passées de 3,8 % à 4,1 % durant cette période.

La hausse des primes pour les assurances collectives privées peut s'expliquer, notamment, par les changements démographiques, l'évolution des thérapies et des médicaments ainsi que leur utilisation. De plus, soulignons que les régimes d'assurances offrent de nombreux services qui se sont élargis au cours des dernières années. En fait, en plus des médicaments sous ordonnance, ils comprennent généralement les soins de la vue, les soins dentaires, les ressources en santé mentale en plus de nombreux services tels que la physiothérapie, la chiropractie, la massothérapie, etc.

Figure 14. Évolution des dépenses de santé des ménages québécois en frais directs et en primes d'assurance privées, 2010 à 2016



Source : Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages, Tableau CANSIM 203-0021.

Les primes pour les régimes privés d'assurance-maladie figurent au sommet des dépenses privées reliées à la santé effectuées par les ménages québécois en 2016; elles sont suivies par les dépenses privées de médicaments d'ordonnance (Figure 15).

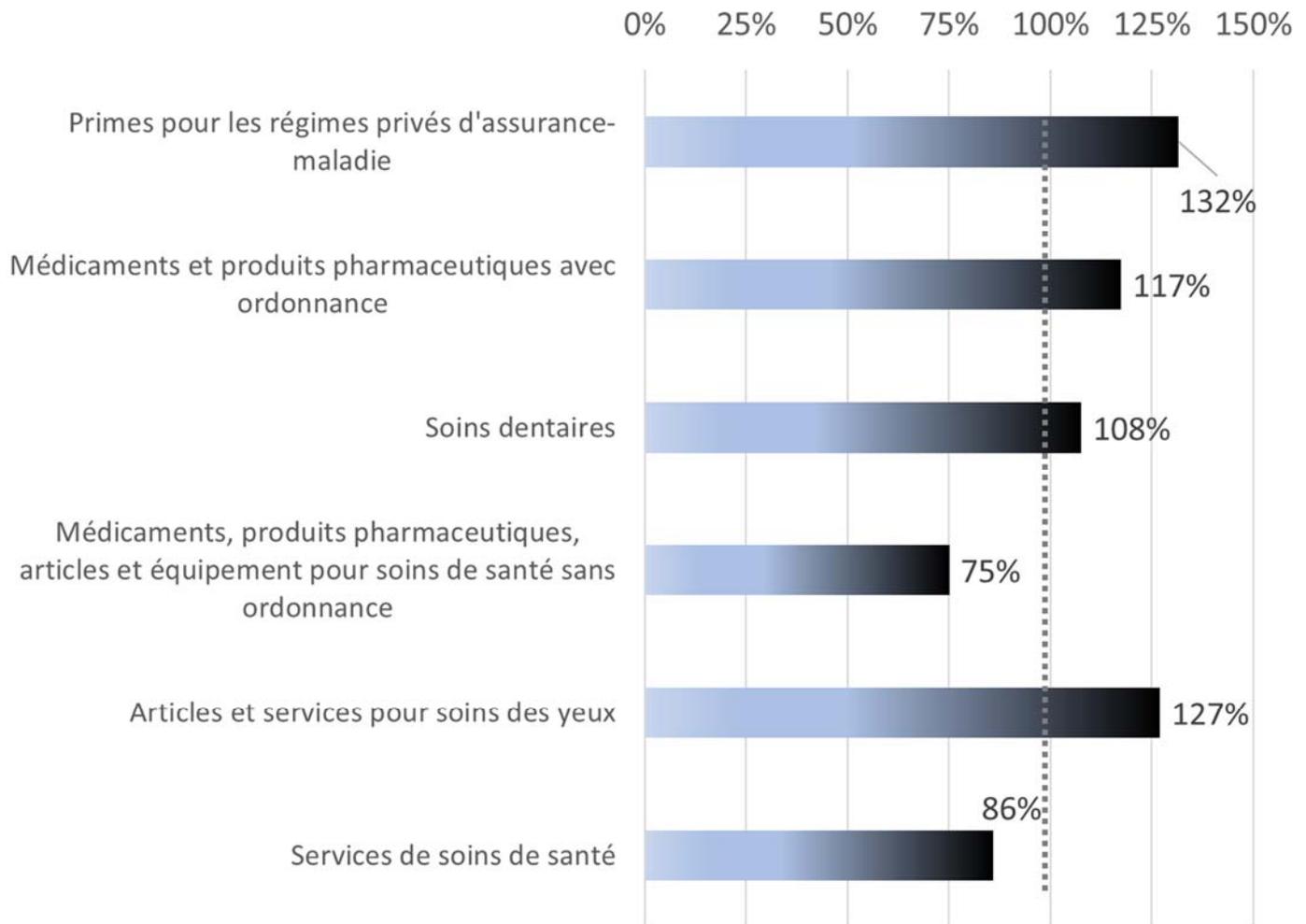
Figure 15. Répartition des dépenses privées des ménages québécois dans le domaine de la santé (en dollars), selon le type de produits et services, 2016



Source : Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages, Tableau CANSIM 203-0021. Calculs des auteurs.

Il est intéressant également de comparer les dépenses des ménages au Québec à celles des ménages au Canada. Outre les primes d'assurance, les postes pour lesquels les ménages québécois dépensent plus que la moyenne canadienne sont les médicaments avec ordonnance (+17 %), les soins dentaires (+8 %) et les articles et services pour soins des yeux (+27 %). À l'inverse, nos dépenses en médicaments sans ordonnance (-25 %) et en services de soins de santé (-14 %) sont moins élevées que la moyenne canadienne (Figure 16).

Figure 16. Dépenses privées des ménages québécois dans le domaine de la santé en pourcentage des dépenses des ménages canadiens, 2016



Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 203-0021.

Analyse des statistiques sectorielles

Une synthèse des données statistiques recueillies par secteur d'activités est présentée ci-après. Ces données sont présentées telles que recueillies, vu qu'elles ne sont pas centralisées ni uniformisées par un seul organisme officiel. Les faits saillants de ces données sectorielles sont accentués en **caractères gras**.

Cliniques de soins primaires

- En date de mars 2018, **on recensait 1 413 cliniques médicales privées au Québec, au sein desquelles œuvrent des médecins rémunérés publiquement par la RAMQ.**
- Les cabinets de médecins embauchaient 15 094 employés en 2016, selon les estimations de Statistique Canada.
- Parmi l'ensemble des cliniques médicales recensées, 708 (soit 50 %) opéraient en Groupes de médecine familiale (GMF).
- Le nombre de patients inscrits au sein de ces cliniques GMF s'élevait à 4 725 333 au 31 décembre 2017.
- Le coût total du Programme de subventions publiques visant les GMF a été de 151,2 millions de dollars en 2017-2018.
- Le nombre de super cliniques, au 31 mars 2018, s'élevait à 34.

Centre médicaux spécialisés

- En date de mai 2018, on dénombre 53 centres médicaux spécialisés (CMS) à l'échelle de la province.
- De ce nombre, 42 (79 %) sont composés exclusivement de médecins participants au régime public de santé et **11 (21 %) sont composés exclusivement de médecins non participants au régime public.**

Dentisterie

- On dénombrait 2585 cliniques de dentisterie au Québec en 2016, selon les données compilées par Statistique Canada.
- **Les cabinets privés de dentistes embauchaient 17 394 employés au Québec en 2016,** toujours selon les estimations de Statistique Canada.
- On estime que les dépenses totales au titre des soins dentaires se sont élevées à plus de 2,7 milliards de dollars en 2016.
- De ce montant, 93,4 % ont été de sources privées (déboursées directement par les patients ou par l'entremise de leur assurance privée).

Hébergement et soins aux aînés

- En mars 2016, **le nombre de lits en CHSLD privés s'élevait à 10 796** (soit 24,7 % du total des CHSLD publics et privés), dont 7392 (16,9 % du total) en CHSLD privés conventionnés et 3404 (7,8 % du total) en CHSLD privés non conventionnés.
- Le nombre d'employés en CHSLD privés conventionnés s'élevait à 9681 en mars 2017, une augmentation de 2,9 % par rapport à mars 2016.
- Le nombre de places en ressources intermédiaires (RI) en mars 2017 s'établissait à 14 294, selon les données fournies par l'ARIHQ.
- Le nombre de préposés aux bénéficiaires œuvrant au sein des RI s'élève à 7167 en équivalent temps plein (et à plus de 12 000 en incluant les employés à temps partiel).
- Les revenus globaux des RI sont estimés à 573,9 millions de dollars pour la dernière année fiscale, et la valeur du parc immobilier est évaluée à environ 1,1 milliard de dollars.
- Le nombre de places en ressources de type familial (RTF) en mars 2017 s'élevait à 18 655, selon les données du MSSS.
- Le nombre de résidences privées pour aînés (RPA) en mars 2018 s'élevait à 1818, offrant 125 673 places au total, selon les données du MSSS.
- Comparativement au secteur public, les établissements privés spécialisés en soins de longue durée tendent à dépenser relativement moins en salaires, aussi bien au Québec qu'au Canada. Les établissements privés sont en moyenne rentables dans les deux cas (Statistique Canada, Tableaux CANSIM 107-0001 et 107-0002).

Optométrie

- On dénombrait 1549 optométristes au Québec en 2016, dont la quasi-totalité exerçait sa profession en cliniques privées.
- Selon une enquête récente menée pour le compte de l'Association des optométristes du Québec, la majorité des optométristes exerceraient à titre de travailleurs autonomes (64,5 %), les autres étant soit propriétaires uniques (7,9 %) ou associés (25,8 %), ou encore salariés (1,9 %).
- **En moyenne, chaque clinique d'optométrie compte 11,8 employés** (incluant les optométristes, les ophtalmologistes, les opticiens, les comptables et administrateurs, de même que les assistants).
- Le nombre moyen de patients vus par année par optométriste s'élevait à 2096 en 2017, dont 1080 patients RAMQ et 1016 patients privés.

Pharmacie

- On compte 1897 pharmacies communautaires au Québec.
- On estime que **ces pharmacies embauchent 49 000 employés au total.**
- La masse salariale estimée de l'ensemble des pharmacies communautaires au Québec s'établit à 1,8 milliard de dollars annuellement.
- Le chiffre d'affaires annuel de l'ensemble des pharmacies communautaires s'élève 8 milliards de dollars, uniquement en ce qui concerne les médicaments prescrits.

Physiothérapie

- Dans l'ensemble du Québec, on dénombre 249 cliniques privées de physiothérapie; 12 % d'entre elles n'ont qu'un seul professionnel traitant, 50 % ont de deux à quatre professionnels traitants et 39 % ont quatre professionnels traitants ou plus (2017).
- Selon les données de l'ICIS, le Québec comptait sur un effectif de 4532 physiothérapeutes en 2015, dont **45,1 % œuvraient dans le secteur privé et communautaire.**
- Ce pourcentage est en baisse, puisque la proportion de physiothérapeutes exerçant dans le secteur privé et communautaire s'élevait à 53,7 % en 2007.

Radiologie

- On recense **102 laboratoires privés de radiologie diagnostique au Québec**, dont 42 dans la grande région montréalaise (en date de mars 2018).
- En date d'avril 2018, on dénombre 642 radiologistes en exercice dans la province.
- De ce nombre, 46 % œuvrent uniquement en milieu hospitalier, 13 % exercent leur profession uniquement en cliniques privées et 39 % ont une pratique mixte (2 % ont un milieu de pratique inconnu).
- Les laboratoires médicaux d'analyses diagnostiques embauchaient 2413 employés selon Statistique Canada.
- Pour l'année 2015-2016, la facturation globale dans les cliniques privées provenant de la RAMQ a été de 108,4 millions de dollars pour 2 491 637 examens radiologiques. De cette somme, entre 25 et 28 % sont des honoraires professionnels versés aux radiologistes.
- Les dépenses hors RAMQ ne sont pas connues.

Services d'ambulance

- On dénombre 55 entreprises de services ambulanciers au Québec : 45 sont des entreprises privées, huit sont des coopératives, une seule est une organisation à but non lucratif (OBNL) et une seule est une organisation publique (Urgences-Santé).
- Le nombre d'ambulanciers paramédicaux œuvrant au sein d'organisations privées s'élevait à 4865 en 2016-2017, soit **83,9 % de l'ensemble des effectifs de la province**.
- Les dépenses consacrées aux services ambulanciers dans la province en 2016-2017 se chiffrent à 690 millions de dollars.
- Dans l'ensemble, 96,5 % de ces dépenses ont été financés par des sources publiques, alors que les particuliers ont déboursé 3,5 % du financement global.
- Le nombre de transports effectués dans la province en 2016-2017 s'est établi à 713 884.
- De ce nombre, 487 985 ont été effectués par des ambulanciers œuvrant au sein d'organisations privées.

3. Revue de littérature

Faits saillants

- Les GMF réduisent significativement l'utilisation et les coûts des services de santé des patients en consultation externe par rapport aux patients qui ne sont pas vus en GMF. Les GMF ont aussi pour effet de réduire modestement le nombre de visites aux urgences.
- Les partenariats entre des centres médicaux spécialisés et des hôpitaux ont permis d'améliorer l'accès aux soins et ce, à plus faible coût. Cependant, la présence du secteur privé dans le secteur hospitalier demeure marginale au Québec, en comparaison de la situation qui prévaut dans les pays d'Europe et l'Australie.
- Globalement, l'attente pour les soins dentaires au Canada et au Québec ne serait pas un enjeu, contrairement à d'autres services offerts dans le réseau public de santé. La majorité des patients parviendraient à obtenir leur rendez-vous en six jours ou moins.
- Le Québec est la province canadienne qui compte le plus grand nombre de places de soins et d'hébergement privés pour les personnes âgées. La qualité des soins serait significativement supérieure dans les résidences et les centres d'hébergement privés pour aînés par rapport aux CHSLD publics, selon diverses études.
- Au Québec, des chercheurs ont montré que les services de conseils professionnels offerts par les pharmaciens constituent un excellent moyen d'améliorer la gestion de la prise de médicaments, la continuité des soins et vraisemblablement les résultats de santé des patients.
- Des économistes ont récemment montré que les gains économiques associés au travail des physiothérapeutes en cliniques privées au Québec oscilleraient entre 125,1 millions de dollars et 362,8 millions de dollars annuellement.

Cette revue de littérature résume les principaux constats d'une sélection d'études s'étant penchées sur l'apport du secteur privé dans l'offre de soins de santé. Au total, nous avons ciblé 51 études pertinentes publiées dans des journaux universitaires ou réalisées par des chercheurs universitaires à la demande de divers organismes. Les articles ont été recensés à partir de 18 banques de données universitaires¹. Seules les études publiées après 1995 ont été retenues aux fins de la présente recherche. Nous avons complété la sélection des articles à l'aide du moteur de recherche Google Scholar.

D'abord, les principaux constats ressortant des documents consultés (dont les références sont indiquées entre crochets) sont résumés ci-après. Ensuite, un tableau-synthèse présentant une description sommaire des faits saillants de ces études a été élaboré, comprenant les éléments d'information suivants pour chaque étude : auteur, titre, autres informations de référence et résumé.

¹ Les bases de données universitaires utilisées ont été les suivantes : Academic Search Complete, Cairn, Cochrane Database of Systematic Reviews, Econlit, Emerald, Érudit, Eureka, JStor, Medline Complete, NBER working papers, Persée, Proquest, OECD iLibrary, Sage Journals Online, Taylor & Francis, Web of Science et Wiley Online Library

Contribution économique du secteur privé en santé

La contribution économique du secteur privé en santé ne peut s'apprécier de façon réaliste que dans le contexte particulier d'un système de santé donné. En effet, la complexité des systèmes de santé, tant du point de vue de leur planification globale que celui de la prestation des soins à l'échelle locale, ainsi que la grande diversité des situations observées à travers le monde font en sorte qu'il n'existe pas d'organisation optimale universelle vers laquelle tous les systèmes de santé devraient tendre [Barros et Siciliani, 2012; Hsu, 2010].

Dans le domaine de la santé, les gouvernements tendent à être omniprésents en matière de réglementation, de mandats consentis aux divers acteurs du système et de fourniture d'informations; toutefois, la fourniture de soins comme tels n'a pas à être réalisée par des prestataires publics [Musgrove, 1996]. Quant au financement de la santé, les fonds publics devraient en principe financer les soins publics et semi-publics pour lesquels la demande privée est insuffisante (ex. soigner une maladie contagieuse); des interventions « coût-efficaces » qui profitent surtout aux pauvres (ex. maladies liées à la malnutrition); et des soins coûteux, voire potentiellement ruineux lorsque l'assurance privée ne fonctionne pas de façon optimale ou qu'il y a de bonnes raisons de financer par l'entremise de l'assurance publique [Musgrove, 1999].

Pour analyser le rendement économique du système de santé dans son ensemble, les trois grands axes à considérer sont l'accès universel des citoyens aux soins nécessaires (assuré pratiquement partout, sauf aux États-Unis), la qualité des soins fournis et le coût [Lameire, 1999]. De façon générale, la littérature scientifique ne permet pas de dégager un consensus clair sur la supériorité d'un type d'établissements de soins (publics ou privés) par rapport à un autre quant à la qualité des soins offerts aux patients ou le contrôle des coûts. Toutefois, les systèmes de santé ayant une plus grande présence de fournisseurs issus du secteur privé tendent à offrir une gamme élargie de soins dont les patients peuvent bénéficier plus rapidement [Lameire, 1999].

Dans ce contexte, l'intégration des fournisseurs privés en santé est une avenue privilégiée pour bonifier l'accès, la qualité et l'efficacité des soins de santé. Leur présence constitue en quelque sorte des partenariats public-privé intégrés, contribuant à bonifier à la fois les ressources médicales et l'offre de services à la population. De tels partenariats sont porteurs de bénéfices indéniables pour les systèmes de santé, d'où l'importance de les promouvoir, mais aussi de les évaluer attentivement pour s'assurer de leur efficacité [Sekhri, 2011].

Analyse de la revue de littérature par sous-secteur de la santé

Cela étant, la place du secteur privé en santé, au Québec comme ailleurs, est très variable selon les sous-segments de ce vaste secteur d'activité, aussi bien en intensité (donc, présence plus ou moins importante dans l'activité totale) que dans sa forme (financement, choix, prestation de soins, etc.). Les paragraphes suivants de cette revue de littérature décrivent plus précisément les dynamiques économiques qu'on observe dans chacun des cas ainsi que le rôle qu'y joue le secteur privé. Nous avons porté une attention particulière aux études québécoises et canadiennes, sans toutefois nous y limiter.

Cliniques de soins primaires

Le modèle des cliniques de soins primaires offerts dans les groupes de médecine familiale (GMF) s'est graduellement mis en place depuis un peu plus d'une décennie au Québec. Cette réforme a fait suite à des rapports de commissions de travail sur la santé ayant fait état de problèmes de coordination, de fragmentation des services et de difficultés d'accès aux soins au début des années 2000 (Rapport Clair, 2001).

Des chercheurs ont constaté que les GMF réduisent significativement l'utilisation et les coûts des services de santé des patients en consultation externe par rapport aux patients qui ne sont pas vus en GMF. Le nombre de visites de soins primaires a diminué de 11 % par patient et par an parmi les affiliés au GMF, tandis que les visites de spécialistes ont diminué de 6 %. Quant aux baisses de coûts, elles ont été d'ampleur à peu près égale [Strumpf et collab., 2017]. Un autre groupe de chercheurs a montré que les GMF pouvaient réduire le nombre de visites aux urgences (pour les patients diabétiques), bien que l'effet observé soit modeste [Carter et collab., 2017].

Dans d'autres pays, notamment en Suède, des réformes récentes ont permis à la population d'exercer son libre choix de recourir aux prestataires privés dans le domaine des soins primaires. Les résultats d'une étude suédoise montrent que la satisfaction globale des patients envers les cabinets privés est plus grande depuis la mise en œuvre de la réforme. Ces cabinets, qui forment environ la moitié de l'offre, seraient plus performants sur le plan de la continuité des soins et le suivi des malades chroniques [Glenngård, 2013]. Les éléments clés assurant la réussite de la réforme sont les suivants : des indicateurs de performance rendus disponibles au public et permettant d'éclairer leur choix de prestataires; le financement des prestataires réalisé par capitation (c.-à-d. somme forfaitaire par patient inscrit) et ajusté pour tenir compte d'indicateurs de performance et de la prise en charge de cas complexes [Anell, 2011].

Cliniques de soins spécialisés

À ce jour, très peu de chercheurs se sont penchés sur l'impact des cliniques de soins spécialisés et chirurgicaux au Québec. La raison tient sans doute au fait qu'il existe relativement peu de centres privés de ce genre dans la province. L'émergence de nouvelles initiatives entrepreneuriales dans ce secteur serait entravée par plusieurs obstacles réglementaires et contraintes administratives [Charles et Guérard, 2009; Labrie, 2015c]. Trois ententes de partenariats entre des centres médicaux spécialisés (CMS) et des centres hospitaliers ont été conclues ces dernières années et ont favorisé une amélioration significative de l'accès dans les hôpitaux publics concernés [Labrie, 2015c].

Des économistes ont récemment examiné les résultats d'un partenariat entre un CMS et un hôpital montréalais. Dans le cadre de leur étude, ils ont estimé ainsi les pertes évitées par l'entente entre l'hôpital du Sacré-Cœur et la Clinique chirurgicale RocklandMD pour l'année 2010-2011 : 1,3 million de dollars en diminution de revenus pour les patients; 68 032 \$ en diminution de revenus et en dépenses diverses pour les aidants naturels; 18 297 \$ en dépenses de santé du gouvernement provincial; 287 891 \$ et 179 932 \$ en pertes fiscales pour les gouvernements provincial et fédéral respectivement [Boulenger et Castonguay, 2014].

La situation québécoise (et canadienne) fait également contraste avec celle en vigueur dans plusieurs pays de l'OCDE, où la participation d'hôpitaux et de centres spécialisés privés dans les systèmes de santé est significative. En effet, plusieurs études montrent l'importance de la contribution avantageuse d'établissements privés à la qualité et à l'efficacité des services de

santé dans maints pays aux systèmes de santé universels, notamment en Angleterre, en Allemagne, au Danemark et en France [Augurzky et collab., 2015; Milcent, 2005; Siciliani et collab., 2013; Tiemann et Schreyögg, 2012; Weeks et collab., 2015].

Par exemple, au Danemark, le système de santé offre aux patients la liberté de choisir leur établissement de soins de santé, qu'ils soient publics ou privés (lorsque le délai d'attente excède 30 jours). Des chercheurs ont constaté qu'il existe bel et bien un contexte de concurrence en ce qui a trait aux chirurgies élektives, dont celles de la hanche. Le secteur privé se démarque sur le plan de la rapidité d'accès, le moins grand nombre de complications et la satisfaction de la clientèle [Andersen et Jakobsen, 2011].

Le système de santé britannique en est un autre qui a été réformé depuis le début des années 2000 afin de faire place à une mixité d'offres de services hospitaliers. Des analyses indépendantes, dont celle menée par le Collège royal des chirurgiens de l'Angleterre, ont montré qu'il y a peu de différences sur le plan des résultats cliniques entre les différents fournisseurs. Les centres privés, bien qu'opérant des patients aux situations un peu moins complexes (conformément à leur mandat) contribueraient à améliorer l'accès et l'efficacité du réseau de la santé [Chard et collab., 2011].

En Norvège, le gouvernement recourt à des appels d'offres pour le transfert d'un certain volume de chirurgies du secteur public au secteur privé. Des chercheurs ont récemment examiné les effets de cette réforme, en vigueur depuis l'an 2000. La concurrence qui s'est opérée dans le cadre des appels d'offres a été un important facteur de la réduction des dépenses gouvernementales liées à l'impartition de chirurgies au privé. À la fin de la période analysée (2011), les chercheurs ont mesuré que les coûts des interventions réalisées dans le secteur privé étaient en moyenne inférieurs de 26 % à ceux en vigueur au sein des hôpitaux publics [Hagen et collab., 2018].

Dentisterie

Globalement, la population aurait une perception positive des services rendus dans les cabinets privés de dentistes au Québec [Labrie, 2015b; MacDonald et collab., 2015]. L'attente pour les soins dentaires au Canada et au Québec ne serait pas un enjeu, contrairement à d'autres services offerts dans le réseau public de santé. Selon les données d'un sondage mené par l'Ordre des dentistes du Québec il y a une dizaine d'années, la majorité des patients parviendraient à obtenir leur rendez-vous à l'intérieur d'un délai de six jours ou moins [Lussier et Benigeri, 2007].

En revanche, des études montrent qu'il existe d'importants problèmes d'accès dans plusieurs pays où, pourtant, l'offre et le financement publics occupent une plus grande place qu'au Canada [Labrie, 2015b]. C'est notamment le cas de l'Australie, de la Finlande et du Japon, des pays parfois élevés au rang de modèles par certains analystes canadiens.

En Australie, l'accès inadéquat aux soins dentaires dans le réseau public a donné lieu à de longues listes d'attente, a reçu beaucoup de couverture médiatique et a fait l'objet d'une nouvelle initiative lancée par le gouvernement fédéral. Près de 400 000 personnes à l'échelle du pays seraient sur une liste d'attente dans le réseau public, dont plusieurs depuis plusieurs mois, voire quelques années. La hausse importante du financement gouvernemental n'aurait pas permis de résorber les problèmes d'accès dans les centres publics [Labrie, 2015b], tant et si bien que des chercheurs australiens proposent de recourir au réseau de cabinets privés, déjà bien implanté [Dudko et collab., 2017].

Même dans le cadre d'un système comme celui du Japon, où le financement public compte pour plus de 70 % des dépenses de soins dentaires, l'accès aux services d'un dentiste reste très inégal à la défaveur des plus démunis [Murakami et Hashimoto, 2016]. Moins de la moitié des Japonais visitent un dentiste annuellement, soit une proportion nettement moindre que celle observée au Canada [Labrie, 2015b].

Hébergement et soins aux aînés

Le Québec est la province canadienne qui compte le plus grand nombre de places de soins et d'hébergement privés pour les personnes âgées. Les soins de longue durée sont fournis par deux types d'établissements : les établissements agréés (publics et privés) financés par l'État et les établissements privés dans lesquels les soins sont financés et fournis par le secteur privé [Labrie, 2015].

Selon une vaste étude menée par des chercheurs québécois, la qualité des soins s'est avérée significativement supérieure dans les résidences privées pour aînés par rapport aux CHSLD publics pour chacune des six dimensions analysées (54 indicateurs de performance) [Bravo et collab., 2014]. La qualité des soins offerts dans les établissements publics a fléchi significativement au cours des années, malgré la hausse du financement gouvernemental.

L'expérience québécoise nous montre également que des établissements privés sont en mesure d'offrir des soins de qualité aux personnes âgées en lourde perte d'autonomie. Une étude récente a permis de constater que les services offerts dans le cadre d'ententes avec les établissements privés étaient globalement de meilleure qualité et mieux à même de répondre adéquatement aux besoins variés des résidents que ceux fournis par les CHSLD publics. Les chercheurs ont pu observer que les établissements privés offraient plus de confort et d'intimité (chambres plus grandes, salles de bain privées, meubles personnels, espaces de rangement individuels, etc.), de même qu'un environnement moins restrictif (possibilité de demeurer plus près de la communauté/famille et en cohabitation, horaires et choix plus variés pour les activités et les repas, etc.) que les CHSLD publics. L'évaluation sur place a aussi montré que tous les besoins étaient satisfaits dans une proportion de 93 % avec ces projets novateurs impliquant le secteur privé, contre 86 % dans les CHSLD publics [Dubuc et collab., 2014].

Par ailleurs, dans d'autres pays, notamment en Suède, on observe que le recours accru à l'expertise du secteur privé dans la gestion des établissements de soins pour aînés a mené à des gains significatifs sur le plan de la qualité des services [Bergman et collab., 2016]. Les résultats d'études montrent que les établissements privés tirent leur épingle du jeu dans ce système où tous les types de prestataires se font concurrence, et la qualité des services se compare avantageusement à celle offerte dans les établissements publics à bien des égards, en dépit d'un ratio préposés-bénéficiaires plus faible [Stolt et collab., 2011; Winblad et collab., 2017].

Optométrie

Les délais d'attente pour l'obtention de rendez-vous chez l'optométriste en cabinet privé seraient relativement courts au Québec, selon de récentes données d'enquête. Le nombre moyen de jours d'attente avant qu'un patient obtienne un rendez-vous pour une consultation s'élèverait à 8 jours (le jour), 14,9 jours (le soir) et 0,8 jour pour une urgence oculaire [Zins Beauchesne, 2017].

Le Québec se situe tout juste en deçà de la moyenne canadienne (57 %) avec un taux de consultation annuelle de professionnels de la vue (optométristes et ophtalmologistes) s'élevant à 54 %. C'est pourtant au Québec que le nombre d'optométristes en pourcentage de la population est le plus élevé au Canada [Aljied et collab., à paraître].

Malgré l'aide gouvernementale ciblée sur les personnes plus vulnérables, les données d'enquête montrent que les gens à faible revenu au Canada utilisent les services de soins visuels moins souvent que les personnes plus riches [Hong et collab., 2014].

En Écosse, le gouvernement a introduit il y a plus d'une décennie une réforme permettant à tous les citoyens d'obtenir un examen annuel complet de la vue dans une clinique privée d'optométrie, et ce, aux frais de l'État. Des auteurs ont constaté, contrairement aux appréhensions initiales, qu'une proportion beaucoup plus grande de cliniques privées se trouvait dans les zones de milieux défavorisés que l'inverse. La politique atteindrait donc sa cible en matière d'équité de l'offre de services, selon les auteurs [Legge et collab., 2017]. Ils en attribuent la cause à l'honoraire plus élevé, en lien avec les conditions de marché, que le gouvernement verse aux optométristes qui effectuent ces examens en clinique.

Orthophonie et audiologie

Le Québec est la seule province canadienne où les orthophonistes et les audiologistes ne sont pas autorisés à vendre des prothèses auditives.

Selon Fournier (2017), cette particularité québécoise a nui à l'essor de la profession dans cette province, par comparaison à la situation ontarienne. En effet, il note que les audiologistes ontariens sont plus nombreux à démarrer des cliniques privées (ou à y œuvrer) et gagnent globalement mieux leur vie, comme en témoignent les écarts sur le plan de la rémunération avec les orthophonistes et audiologistes québécois. Ces derniers dépendent beaucoup plus du gouvernement comme source de rémunération, alors qu'environ 60 % travaillent dans des établissements publics et 15 % ont une pratique mixte. On observe le portrait inverse en Ontario, où 70 % des audiologistes travaillent principalement dans le secteur privé.

Pharmacie

Les pharmacies jouent un rôle important dans la prestation de services de santé au Québec (et ailleurs au Canada) et cela passe souvent inaperçu. Les pharmacies communautaires sont des organisations privées qui œuvrent dans un contexte de concurrence. Elles sont très accessibles et répondent efficacement et promptement aux besoins de la population [Labrie, 2015a].

Une vaste recherche sur le fonctionnement et les enjeux de la pharmacie communautaire a permis de jeter un éclairage sur le rôle important mais sous-utilisé du pharmacien au Québec par comparaison aux autres provinces canadiennes. Dans le cadre de cette recherche, les auteurs ont rencontré plus de 60 intervenants et experts du milieu de la santé et du domaine pharmaceutique, et la majorité d'entre eux ont déploré le fait qu'on n'utilisait pas davantage le pharmacien. En conformité avec la littérature scientifique, ils ont fait valoir que l'élargissement du rôle du pharmacien offrait le potentiel d'améliorer l'accès et de dégager des économies pour le réseau public de santé de la province [Labrie et Frappier, 2016].

Au Québec, on s'aperçoit que les services de conseils professionnels offerts aux patients constituent un excellent moyen d'améliorer la gestion de la médication, la continuité des soins et vraisemblablement les résultats de santé des patients, comme l'ont montré différents chercheurs

[Winslade et Tamblyn, 2016]. Des recherches ont également montré que la continuité des services offerts par les pharmaciens aide à la persistance et à l'adhésion à la médication lorsque la relation entre le professionnel et le patient se prolonge au sein de la même pharmacie, du moins en ce qui concerne les antipsychotiques au Québec [Zongo et collab., 2018].

En revanche, plusieurs pays d'Europe imposent aux pharmacies une réglementation excessive qui décourage l'émergence de nouveaux services et pénalise grandement les consommateurs. Entre autres, l'expérience d'un monopole public dans le secteur de la pharmacie pendant près de quatre décennies en Suède s'est avéré un échec retentissant [Labrie, 2015a].

Physiothérapie

Il existe d'importants problèmes d'attente en physiothérapie dans les établissements publics de santé au Québec. Les résultats d'une étude récente montrent que 18 245 personnes étaient en attente de services de physiothérapie dans le secteur public au Québec au moment de l'enquête. La moitié des établissements avaient un temps d'attente maximal de 15,6 mois ou plus [Deslauriers et collab., 2017].

Au Québec, un peu moins de la moitié des physiothérapeutes exerceraient leur profession dans le secteur privé [ICIS, 2017]. La quasi-totalité des organisations privées seraient à but lucratif (93,2 %), situées dans les zones urbaines (91,5 %) et dans des bâtiments contenant plusieurs entreprises ou organisations (76,7 %). La majorité comprendrait diverses professions, principalement des aides-physiothérapeutes (68,7 %), des massothérapeutes (67,3 %) et des ostéopathes (50,2 %) [Perreault et collab., 2014].

L'attente pour obtenir un rendez-vous serait nettement moins longue dans le secteur privé que dans le secteur public, tant au Canada qu'au Québec [Orozco et collab., 2017]. À l'échelle du pays, des données d'enquête récente montrent que 92 % des patients peuvent obtenir un rendez-vous dans une clinique privée de physiothérapie dans un délai de moins de deux semaines, alors que seulement 25 % des patients peuvent obtenir un rendez-vous dans le réseau public dans un délai aussi court. L'attente serait cependant un peu plus longue globalement au Québec que dans le reste du Canada [Orozco et collab., 2017].

Des économistes ont récemment tenté de déterminer la valeur économique de la physiothérapie pour le réseau de la santé du Québec à l'aide d'un modèle statistique. L'hypothèse sous-jacente à leur analyse était qu'une utilisation accrue ou améliorée des physiothérapeutes en pratique privée permettrait de réduire les risques de complications liées à des conditions de santé mal traitées et diminuer du même coup le recours au système public de santé. Les auteurs ont montré qu'il existait des gains économiques significatifs associés au travail des physiothérapeutes en cliniques privées. Pour les cinq problématiques analysées par les auteurs, les bénéfices économiques de l'évitement de cas et/ou de l'utilisation accrue ou optimale des physiothérapeutes oscillaient entre 125,1 millions à 362,8 millions de dollars annuellement [Boucher et Langlois, 2014].

Radiologie

Les temps d'attente pour les services publics d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont très élevés au Canada, ce qui aurait encouragé l'ouverture de centres d'IRM privés. Selon une étude menée il y a une dizaine d'années, les temps d'attente étaient plus longs dans les centres publics par rapport aux centres privés (13,6 semaines en moyenne, comparativement à 0,5 semaine chez les centres privés). Les résultats montraient également qu'une partie de la

capacité n'était pas utilisée dans les centres privés, et qu'ils procédaient à une gamme plus restreinte d'examens. Aucune étude récente ne permet d'établir si la situation de l'attente s'est améliorée ou détériorée depuis.

Dans d'autres pays, dont la Suède, des hôpitaux publics impartissent les examens radiologiques et leur interprétation à des entreprises privées dans le but d'accélérer l'accès pour les patients en attente. C'est le cas du plus important hôpital universitaire de Stockholm, le Karolinska Institute, où travaillent des chercheurs qui ont mené une étude sur le sujet. Les auteurs ont examiné les résultats de ces décisions d'impartition de l'hôpital des examens d'IRM sous trois angles : la rapidité d'accès, la qualité des examens/interprétation, ainsi que le rapport qualité-prix (coût). Les résultats de leur étude ont montré que l'accès est plus rapide pour les patients vus dans des établissements privés (en sous-traitance) lorsqu'il n'y avait pas d'échéancier fixé par le médecin : un peu plus de 50 % plus rapide qu'à l'hôpital. Les auteurs ont également noté que les coûts associés à l'impartition au secteur privé étaient 17 % moins élevés que lorsque les examens étaient réalisés au sein du département de radiologie de l'hôpital public [Tavakol et collab., 2011].

Dans un contexte de système de santé mixte comme celui de l'Allemagne, où se concurrencent des hôpitaux publics et privés pour attirer des patients et augmenter leurs revenus, des chercheurs ont montré que les incitations en place favorisaient la recherche d'innovation pour réduire les délais pour les patients en attente d'examens en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. C'est de cette façon que l'hôpital universitaire de Giessen et Marbourg (privé) est parvenu à hausser ses revenus en s'assurant que plus de 90 % de ses patients (internes et externes) obtiennent leur examen d'IRM dans un délai de 24 heures [Zhang et collab., 2011].

Services d'ambulance

Il y a peu d'études sur les effets des services médicaux d'urgence (SMU) au Québec comme ailleurs.

On dénombre 26 départements d'urgence desservant la population québécoise habitant en milieux ruraux. Ces centres hospitaliers traitent en moyenne 19 000 patients en urgence chaque année et sont situés à 300 km en moyenne des centres de traumatologie (niveaux 1 et 2). Ces distances signifient que les services ambulanciers jouent un rôle considérable dans l'offre de soins à ces populations éloignées. Les services ambulanciers au Québec (à l'exception de l'île de Montréal) sont des services locaux fournis par des entreprises privées. Que le milieu rural québécois soit entièrement desservi par 51 entreprises ambulancières de propriété privée est unique au Canada, observent les auteurs d'une récente étude [Bourdon et collab., 2016].

4. Résultats – Compte-rendu de l'enquête²

Au total, 143 pharmacies et 51 entreprises regroupant différents types de prestataires de soins (soit 26 entreprises regroupant surtout des podiatres, 6 des kinésiothérapeutes, 4 des ergothérapeutes et 15 des radiologistes) ont fourni des réponses complètes au questionnaire. Au total, les pharmacies répondantes comptaient près de 4000 employés, versus plus de 1100 employés dans les entreprises des prestataires de soins. Les résultats de ces deux groupes de répondants sont présentés en parallèle, sans toutefois les comparer, vu les différences importantes dans la nature de leurs interactions avec les patients. À l'intérieur de cet ensemble, leurs réponses individuelles ont été validées pour la très grande majorité des questions.

Le compte-rendu suivant fait ressortir les constats nous apparaissant plus pertinents et non déjà traités ailleurs dans ce rapport. Plus spécifiquement, les données d'enquête sur l'emploi, les revenus et les salaires versés sont moins utiles que les mêmes indicateurs déjà relevés par les organismes officiels de statistiques. Cependant, les résultats portant sur les heures d'ouverture, les outils technologiques, les délais d'obtention d'un rendez-vous, les sources de revenus et la répartition « préventif-curatif » apportent du nouveau aux autres sections du présent rapport :

- En moyenne, les pharmacies sont ouvertes entre 55 et 59 heures en semaine et entre 15 et 18 heures en fin de semaine. En comparaison, les heures d'ouverture des autres prestataires de soins varient entre 36 et 45 heures la semaine et entre 3 et 8 heures les samedis et dimanches;
- Environ 3 prestataires de soins sur 10 proposent la prise de rendez-vous en ligne, tandis qu'environ 10 % offrent d'autres outils technologiques comme la consultation du dossier en ligne. Dans les pharmacies, ces outils sont plus fréquemment utilisés (80 % utilisent le dossier médical en ligne, et 50 % utilisent la prise de rendez-vous en ligne);
- Quelque 60 % des répondants prestataires de soins se disent en mesure d'offrir un rendez-vous dans les cinq jours, dont 10 % le lendemain et 8 % le jour même. Pour les autres, environ le quart est disponible dans un délai d'une à deux semaines. En moyenne, le délai varie entre cinq et neuf jours et la médiane est de trois jours et demi. En ce qui concerne les pharmacies, 97 % des répondants ont affirmé pouvoir offrir un rendez-vous en consultation le jour même;
- Chez les pharmaciens (52 %) comme chez les prestataires de soins (56 %) sondés, le financement provient principalement de l'assurance publique, donc la RAMQ.
- Quant aux patients, ils versent 9 % des revenus de l'officine et 25 % de ceux des cabinets de professionnels. Rappelons que l'échantillon des prestataires de soins compte une cinquantaine d'entreprises, ce qui implique une certaine marge de variabilité autour de ces estimations;
- Chez les prestataires de soins, la proportion des activités consacrées à la prévention et au dépistage est de 53 %, versus 42 % pour les soins et 5 % pour d'autres activités. En pharmacie, l'aspect curatif prédomine (71 %), alors que la prévention représente 15 % et les autres activités, 14 %.

² Les résultats complets de l'enquête sont présentés en annexe à ce rapport.

5. Conclusion

Le secteur privé occupe une place grandissante en santé. Cependant, au-delà de ce constat général, il existe autant de configurations de financement, de répartition des emplois et de dynamiques économiques qu'il y a de sous-segments dans ce vaste domaine. Sans être une panacée, le secteur privé tend à permettre une diversification de l'offre, un accès accru aux soins et une réduction des temps d'attente menant à une diminution de l'engorgement dans le secteur public. Au Québec, le secteur privé joue le rôle de partenaire intégré du système de santé, contribuant aussi bien à la prestation efficace de soins de qualité qu'à son développement économique.

Dans ce contexte, nous proposons deux avenues de développement interreliées. D'abord, les bases de données sur les résultats d'exploitation, l'emploi, l'investissement et les activités (patients traités, temps d'attente, coût par intervention, etc.) devraient être développées et bonifiées, aussi bien pour le secteur privé que le secteur public, de façon à permettre un meilleur suivi des activités et de leur rendement économique. Ensuite, il serait opportun d'examiner et d'approfondir les multiples partenariats public-privé existant déjà dans tous les sous-segments de la santé, de manière à optimiser la collaboration et le dégagement d'avantages économiques issus des forces respectives des secteurs public et privé. Naturellement, de meilleures données sur leurs activités et leurs résultats contribueraient directement à faciliter des collaborations plus étroites entre les deux.

Annexe 1 – Synthèse des résultats de la revue de littérature

Tableau A1. Synthèse des résultats de 51 études sur l'apport du privé en santé

N°	Auteur (année)	Référence complète	Résumé (texte intégral tel que publié)	Faits saillants de l'étude
1	Aljied et collab. (à paraître)	Rumaisa Aljied <i>et collab.</i> , « Eye care utilization and its determinants in Canada », <i>Canadian Journal of Ophthalmology</i> , à paraître 2018.	<p>Objet Mesurer la fréquence et les déterminants potentiels d'utilisation des soins oculaires au cours des 12 derniers mois chez les Canadiens âgés de 45 à 85 ans.</p> <p>Méthodes Cette analyse découle des données issues des 30 097 participants de la cohorte globale de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV). Il s'agissait d'adultes âgés de 45 à 85 ans vivant dans la collectivité et dont le domicile se situait dans un rayon de 25 à 50 km de l'un des 11 centres de cueillette de données situés dans sept provinces canadiennes. La consultation d'un professionnel de la vue se définissait comme une déclaration de visite à un optométriste ou à un ophtalmologiste au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Résultats 57 % des 28 728 adultes ont consulté un professionnel de la vue au cours de la dernière année, bien que l'on constate des résultats hétérogènes d'une province à l'autre. Le taux de consultation le plus élevé a été enregistré en Ontario (62 %) et le plus faible, dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador (50 %). Fait inquiétant, 25,3 % des sujets diabétiques de plus de 60 ans n'ont pas consulté de professionnel de la vue au cours de la dernière année. Nous avons eu la surprise de découvrir que les fumeurs actuels étaient moins susceptibles de consulter que les personnes qui n'ont jamais fumé (rapport de cotes [RC] : 0,76; IC à 95 % : 0,67-0,87). Les hommes comparativement aux femmes (RC : 0,67; IC à 95 % : 0,62-0,71), les personnes n'ayant pas fait d'études universitaires comparativement à celles qui ont un baccalauréat</p>	<p>Le pourcentage de personnes de 45 à 85 ans qui consultent un professionnel de la vue (optométriste ou ophtalmologiste) chaque année varie d'une province à l'autre au Canada, allant de 50 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 62 % en Ontario.</p> <p>Le Québec se situe tout juste en deçà de la moyenne canadienne (57 %) avec un taux de consultation annuelle de 54 %.</p> <p>Il existe une relation positive quasi linéaire entre le nombre d'optométristes par tranche de 100 000 habitants et le taux de consultation des professionnels de la vue au sein des provinces canadiennes. La seule exception à la règle est le Québec, où le nombre d'optométristes en pourcentage de la population est le plus élevé au Canada.</p>

N°	Auteur (année)	Référence complète	Résumé (texte intégral tel que publié)	Faits saillants de l'étude
			<p>ou plus (RC : 0,87; IC à 95 % : 0,79-0,95) et les personnes à faible revenu (tendance linéaire; $p < 0,05$) étaient moins susceptibles de consulter un professionnel de la vue, ce qui vient confirmer les résultats d'études antérieures.</p> <p>Interprétation Il existe des disparités en matière de recours aux services d'un professionnel de la vue au Canada. Il est important de faire les efforts nécessaires pour réduire ces disparités et ainsi diminuer le risque évitable de perte de vision.</p>	
2	Andersen et Jakobsen (2011)	Lotte Bøgh Andersen et Mads Jakobsen, « Does ownership matter for the provision of professionalized services? Hip operations at publicly and privately-owned clinics in Denmark », <i>Public Administration</i> , vol. 89, n° 3, 2011, p. 956-974.	<p>In terms of clinical procedures (to take the example used in this article, hip operations), both public and private organizations provide highly professionalized services. For this service type, our knowledge about ownership differences is sparse. To begin to fill this gap, we investigate how the ownership of hip clinics affects professional behaviour, treatment quality and patient satisfaction. The comparison of private and public hip clinics is based on data from the Danish Hip Arthroplasty Register and the Danish Central Patient Register combined with 20 semi-structured interviews. We find that private clinics employ stronger individual financial incentives and try harder to increase the income/costs ratio than do public clinics. Private clinics optimize non-clinical factors such as waiting time much more than public clinics and have fewer complication-prone patients than public clinics. However, the clinical procedures are very similar in the two types of clinics. Private clinics do not achieve better clinical results, but patient satisfaction is nevertheless higher with private clinics. The implication is that ownership matters for highly professionalized services, but professionalism neutralizes some – but not all – ownership differences.</p>	<p>Le Danemark dispose d'un système de santé universel mixte, où le secteur privé est appelé à jouer un rôle de plus en plus grand dans l'offre de soins. En vertu d'une politique de garantie d'accès instaurée en 2007, le système de santé danois offre aux patients la liberté de choisir leurs fournisseurs de soins de santé, qu'ils soient publics ou privés (lorsque le délai d'attente excède 30 jours).</p> <p>Cette étude s'est penchée sur les différences de qualité et de prise en charge des patients observées dans les cliniques privées et publiques du système de santé danois.</p> <p>Les chercheurs ont constaté qu'il existe bel et bien un contexte de concurrence en ce qui a trait aux chirurgies électives, dont celles de la hanche. Le secteur privé se démarque sur le plan de la rapidité d'accès, le moins grand nombre de complications et la satisfaction de la clientèle. En effet, les données provenant des registres publics montrent que 2,83 % des patients opérés dans le secteur public et 0,54 % des patients opérés dans le secteur privé connaissent des complications après opérations.</p> <p>Les auteurs concluent que les écarts entre les deux types de fournisseurs sont minces sur le plan des résultats cliniques, mais que la satisfaction de la clientèle opérée dans le secteur privé est plus grande. En effet, 9 % des patients opérés au public, contre seulement 3 % des patients opérés au privé, se disent insatisfaits du traitement reçu. Cela confirme l'hypothèse de départ des chercheurs, selon qui l'autonomie décisionnelle des gestionnaires de cliniques privées leur conférerait un avantage compétitif</p>

N°	Auteur (année)	Référence complète	Résumé (texte intégral tel que publié)	Faits saillants de l'étude
				<p>par rapport aux établissements publics. Le contexte de transparence, favorisé par la création de rapports publics de performance, a pour effet d'encourager les organisations à se démarquer pour attirer les patients.</p> <p>Enfin, en prélevant des données qualitatives, ils ont noté qu'il n'y a pas vraiment plus d'incitations à rejeter les cas lourds dans le secteur privé, et ce, pour diverses raisons. D'abord, les normes professionnelles sont les mêmes dans les deux secteurs (privé et public) et la plupart des chirurgiens ont une pratique mixte. Ensuite, d'autres mécanismes tempèrent les inclinaisons potentielles à tricher : 1) les risques sur le plan de la réputation d'une clinique qui négligerait ou rejetterait un patient; 2) l'obligation de traiter tous les cas provenant de la garantie d'accès (payés par l'État à forfait – 40 % des cas); et 3) la possibilité de moduler les tarifs en fonction de la lourdeur des cas pour les opérations financées par les assurances privées (30 % des cas) ou payées de la poche des patients (30 % des cas).</p>
3	Anell (2011)	Anders Anell, « Choice and privatisation in Swedish primary care », <i>Health Economics, Policy and Law</i> , vol. 6, n° 4, septembre 2011, p. 549-569.	<p>In 2007, a new wave of local reforms involving choice for the population and privatisation of providers was initiated in Swedish primary care. Important objectives behind reforms were to strengthen the role of primary care and to improve performance in terms of access and responsiveness. The purpose of this article was to compare the characteristics of the new models and to discuss changes in financial incentives for providers and challenges regarding governance from the part of county councils. A majority of the models being introduced across the 21 county councils can best be described as innovative combinations between a comprehensive responsibility for providers and significant degrees of freedom regarding choice for the population. Key financial characteristics of fixed payment and comprehensive financial responsibility for providers may create financial incentives to underprovide care. Informed choices by the population, in combination with reasonably low barriers for providers to enter the primary care market, should theoretically counterbalance such incentives. To</p>	<p>En 2007, une nouvelle vague de réformes faisant place au libre choix de la population et au recours aux prestataires privés a été initiée dans les soins primaires suédois. Les principaux objectifs des réformes étaient de renforcer le rôle des soins primaires et d'améliorer les performances sur le plan de l'accès et de la réactivité.</p> <p>Le but de cet article était de comparer les caractéristiques des types de pratiques, d'aborder les changements opérés dans les incitations financières pour les prestataires, de même que les défis en matière de gouvernance.</p> <p>Cette étude fait ressortir les éléments clés pour assurer la réussite d'une telle réforme, en insistant sur l'importance de mesurer la performance et rendre disponibles au public des indicateurs permettant d'éclairer son choix de prestataires. Il importe également, selon l'auteur, de favoriser la concurrence par l'entremise de dispositions légales qui incitent de nouveaux prestataires à s'établir sur le marché.</p> <p>Le financement des prestataires par capitation, ajusté pour tenir compte d'indicateurs de performance et de la prise en</p>

N°	Auteur (année)	Référence complète	Résumé (texte intégral tel que publié)	Faits saillants de l'étude
			<p>facilitate such competition is indeed a challenge, not only because of difficulties in implementing informed choices but also because the new models favour large and/or horizontally integrated providers. To prevent monopolistic behaviour, county councils may have to accept more competition as well as more governance over clinical practice than initially intended.</p>	<p>charge de cas complexes, demeure crucial selon l'auteur pour éviter les comportements opportunistes de la part des prestataires.</p>
4	Aukurzky et collab. (2015)	Boris Augurzky, Adam Pilny et Ansgar Wübker, <i>Privately owned hospitals – 2015</i> , RWI Materialien, vol. 98, 2015, 90 p.	<p>The privatisation of hospitals, i.e. a change in their type of ownership from the municipal and private non-profit type to the private profit-oriented type, has been the subject of heated debate ever since this development began back in the early 1990s. The aim was to provide a sound and reasoned assessment of hospital privatisation in Germany by presenting and evaluating relevant key ratios relating to the hospital market, differentiated by type of ownership. A further aim is to address current debates relating to emergency care and the use of nurses in hospitals. Lastly, the authors wish in particular to shed light on the hospital reforms slated for 2015, including both the problem of sustainable investment financing for hospitals and the subject of quality in the hospital. In that regard, different issues from the current debate on hospital reform will be looked at. It will first of all be examined to what extent private hospitals are involved in emergency care. Secondly, key figures on nursing in private hospitals are to be analysed to determine whether cost-cutting in private hospitals comes at the expense of "bedside nursing". Thirdly, key figures on investment financing are to be examined and interpreted. Lastly, the authors in particular elucidate the subject of quality in hospitals and analyse it on an ownership-specific basis. Private hospitals stand out as being more efficient and more productive, after adjustment for case-mix. They take charge of proportionally more complicated cases and devote more resources to emergency care, compared to non-profit and municipal hospitals. The private hospitals perform also better in one important quality measure,</p>	<p>Dans le système de santé universel de l'Allemagne, il existe trois types de propriété d'établissements hospitaliers, soit public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif. Les hôpitaux sont répartis de façon quasi égale parmi ces trois types (33 % du marché chacun). Bien qu'on ait assisté à une vague massive de privatisation d'hôpitaux en Allemagne ces deux dernières décennies, l'auteur souligne qu'il s'agit d'un enjeu épineux hautement débattu dans la sphère publique.</p> <p>Cette étude exhaustive s'est penchée sur différents indicateurs de performance des hôpitaux allemands pour éclairer ce débat, et met à jour des données recueillies dans le cadre d'études identiques menées antérieurement (2009 et 2012). Il ressort de la présente analyse que les hôpitaux privés se démarquent à plus d'un titre, notamment sur le plan de l'efficacité et de la productivité (après prise en compte des caractéristiques des patients et de la complexité des cas). Sur le plan des indicateurs de qualité mesurés, l'écart est mince entre les trois types d'hôpitaux. Les hôpitaux privés à but lucratif montrent toutefois des taux d'infection après opération plus faibles que les autres types d'hôpitaux.</p> <p>Fait à noter, les hôpitaux privés prennent en charge proportionnellement plus de cas lourds et consacrent plus de ressources à traiter les cas d'urgence que les hôpitaux municipaux (publics) et ceux à but non lucratif.</p>

N°	Auteur (année)	Référence complète	Résumé (texte intégral tel que publié)	Faits saillants de l'étude
			namely the risk-adjusted rate of post-operative wound infections. Average patient satisfaction is about the same for all types of hospital ownership.	
5	Barros et Siciliani (2012)	Pedro Pita Barros et Luigi Siciliani, « Public and private sector interface », <i>Handbook of Health Economics</i> , vol. 2, chap. 15, 2012, p. 927-1001.	A major feature of the health sector is the existence of health insurance, either public or private. Often both coexist in the same country. Public health insurance is often accompanied by public provision of health care. We consider two main areas of public-private interface: in funding of health care expenditures and in provision of health care. Within each area, both positive and normative views are explored. On funding issues, the role of three main sources of funds — public health insurance, private health insurance, and out-of-pocket payments—and their interactions are addressed. Topics covered in provision of health care include interaction of public and private providers, dual practice, and public-private partnerships. Empirical evidence is also reviewed.	<p>Les auteurs mentionnent qu'il existe plusieurs modèles où la participation du secteur privé (tant dans le financement que dans la livraison des services de santé) varie passablement.</p> <p>Après avoir fait une revue de littérature exhaustive sur la question, ils observent que la majorité des études se sont penchées sur les différences de performance entre les types d'établissements (publics et privés) au chapitre de la qualité des services et de l'efficacité. Les auteurs insistent sur le fait que les résultats obtenus de ces études ne permettent pas de dégager un consensus sur la supériorité d'un mode de livraison ou de l'autre. Les raisons qui expliquent ces différences seraient aussi nombreuses que le nombre d'études réalisées. Tout dépendrait donc du contexte.</p> <p>Enfin, ils soulignent l'émergence croissante de nouveaux partenariats public-privé dans la livraison des services dans l'ensemble des pays développés.</p>
6	Bercovici et Bell (2008)	Eduardo Bercovici et Chaim M. Bell, « How busy are private MRI centres in Canada », <i>Healthcare Policy</i> , vol. 4, n° 2, 2008, p. 49-68.	<p>Background: Long waits for publicly funded magnetic resonance imaging (MRI) services have spurred the opening of private MRI centres in Canada. Little is known about the number and utilization of these facilities.</p> <p>Methods: The authors surveyed all 17 private and 69 of 73 public English-speaking MRI centres in Canada in 2006, using hours of operation and waits for an elective MRI as surrogate measures of procedure volume and facility capacity.</p> <p>Results: Public MRIs had more hours of operation on weekdays (14.7 vs. 9.7, p<0.001) and weekends (11.8 vs. 8.2, p<0.001). Waits were longer in public versus private MRI centres (13.6 vs. 0.5 weeks, p<0.001).</p> <p>Conclusions:</p>	<p>Les temps d'attente pour les services publics d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont stimulé l'ouverture de centres d'IRM privés au Canada. Il existe toutefois peu d'information sur le nombre de centres privés ou leur taux d'utilisation.</p> <p>En 2006, les auteurs ont effectué un sondage auprès des 17 centres privés et auprès de 69 des 73 centres d'IRM publics anglophones au Canada. Ils ont utilisé les heures d'activité et les temps d'attente pour les examens d'IRM non urgents comme mesures pour estimer le volume d'activité et la capacité des installations.</p> <p>Les auteurs ont observé davantage d'heures d'activité dans les centres d'IRM publics pendant les jours de semaine (14,7 par rapport à 9,7 heures dans les centres privés) et les fins de semaine (11,8 heures, comparativement à 8,2 dans le secteur privé). Les temps d'attente étaient plus longs dans les centres publics par rapport aux centres privés (13,6 semaines,</p>

N°	Auteur (année)	Référence complète	Résumé (texte intégral tel que publié)	Faits saillants de l'étude
			<p>Private MRIs provided fewer hours of operation but shorter wait times compared to public centres. This finding suggests that private centres have unused capacity and relatively small procedure volumes, and provide a minority of studies.</p>	<p>comparativement à 0,5 semaine pour les centres privés).</p> <p>Comparés aux centres d'IRM publics, les centres d'IRM privés affichent moins d'heures d'activité, mais des temps d'attente plus courts. Ces résultats portent à croire qu'une partie de la capacité n'est pas employée dans les centres privés, et qu'ils procèdent à une gamme plus restreinte d'exams.</p>
7	Bergman et collab. (2016)	<p>Mats A. Bergman, Per Johansson, Sofia Lundberg et Giancarlo Spagnolo, « Privatization and quality: evidence from elderly care in Sweden », <i>Journal of Health Economics</i>, vol. 49, 2016, p. 109-119.</p>	<p>Non-contractible quality dimensions are at risk of degradation when the provision of public services is privatized. However, privatization may increase quality by fostering performance-improving innovation, particularly if combined with increased competition. We assemble a large data set on elderly care services in Sweden between 1990 and 2009 and estimate how opening to private provision affected mortality rates – an important and not easily contractible quality dimension – using a difference-in-difference-in-difference approach. The results indicate that privatization and the associated increase in competition significantly improved non-contractible quality as measured by mortality rates.</p>	<p>Les auteurs soulignent que les indicateurs de qualité difficiles à intégrer dans des contrats pourraient se dégrader suivant la privatisation de la fourniture de services publics. En revanche, ils sont d'avis que la privatisation peut améliorer la qualité en favorisant des innovations qui augmentent la performance, en particulier si les entreprises œuvrent dans un contexte de concurrence accrue.</p> <p>Pour voir quel effet l'emporte, les auteurs ont assemblé une grande base de données sur les services de soins aux personnes âgées en Suède entre 1990 et 2009 et ont estimé comment l'accroissement de la fourniture privée des services a affecté les taux de mortalité – une dimension de qualité importante, mais difficilement intégrable dans les contrats – à l'aide de modèles économétriques. Les résultats indiquent que la privatisation et l'augmentation concomitante de la concurrence ont considérablement amélioré la qualité des soins, mesurée par les taux de mortalité.</p> <p>Les données montrent que la mortalité chute (de 1,6 %) pour les groupes d'âge affectés par l'introduction de la fourniture de soins privés. Ces résultats correspondent concrètement à un allongement de quatre mois de vie chez les adultes hébergés en centres sous gestion privée. La privatisation est également associée à une réduction de 1,7 % du coût d'hébergement par résident. Cependant, le coût total n'a pas diminué, vraisemblablement en raison du fait que la diminution du coût par résident s'est accompagnée d'une hausse des places disponibles en résidences de soins privées.</p>

8	Boucher et Langlois (2014)	Pierre Boucher et Pierre-Éric Langlois, <i>Les marchés émergents pour les cliniques privées de physiothérapie</i> , Observatoire des services professionnels, avril 2014, 45 p.	<p>Les objectifs de l'étude portent sur les composantes décrites ci-après:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situer la physiothérapie au sein du secteur de la santé; • Caractériser les besoins de santé des Québécois ; • Identifier les tendances lourdes ; • Mesurer la valeur économique de la physiothérapie pour cinq (5) types d'intervention en physiothérapie au sein de ces marchés émergents ; • Qualifier les environnements des cliniques privées ; • Établir les bases d'une réflexion prospective pour le positionnement des cliniques privées de physiothérapie. 	<p>L'analyse économique a porté sur la mesure de la performance de l'utilisation des services des physiothérapeutes. L'objectif était de fournir un ordre de grandeur des bénéfices potentiels découlant de l'intervention des physiothérapeutes. L'analyse a visé à quantifier deux séries de bénéfices économiques potentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la valeur des actes de physiothérapie dans cinq grands secteurs : les chutes, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies pulmonaires chroniques, l'arthroplastie des articulations et la réadaptation cardiovasculaire; • les bénéfices probables associés à la diminution de problèmes de santé à la suite de l'utilisation de la physiothérapie dans ces domaines. <p>Pour déterminer la valeur économique de la physiothérapie, le modèle élaboré a chiffré la valeur, pour le système de santé, d'une plus grande dotation en actes de physiothérapie. La prémisse du modèle était qu'une plus grande utilisation ou une meilleure utilisation des physiothérapeutes permettrait de diminuer certaines complications associées à des conditions de santé. Ainsi, dans ce modèle, le nombre d'interventions en physiothérapie irait en augmentant.</p> <p>Les auteurs ont estimé que la valeur économique du travail direct des physiothérapeutes est importante. Pour les cinq problématiques analysées par les auteurs, les bénéfices économiques de l'évitement de cas et/ou de l'utilisation accrue ou optimale des physiothérapeutes en cliniques privées se situeraient dans une fourchette variant entre 125,1 millions de dollars à 362,8 millions annuellement.</p>
9	Boulenger et Castonguay (2014)	Stéphanie Boulenger et Joanne Castonguay, <i>L'entente de services entre RocklandMD et l'hôpital Sacré-Coeur de Montréal: un portrait complet des coûts</i> , Rapport de projet, CIRANO, septembre 2014, 33 p.	<p>Cette étude s'est penchée sur les impacts économiques de l'entente liant l'hôpital Sacré-Cœur et la Clinique de chirurgie RocklandMD. Elle débute avec une mise en contexte pour cerner les enjeux de l'entente. Sont présentées des données comparatives sur le nombre de chirurgies, les délais d'attente et autres mesures de productivité. Vient ensuite une analyse comparative des coûts des chirurgies effectuées dans les deux types d'établissements. La dernière partie incorpore des estimations sur les coûts de l'attente d'un point de</p>	<p>Les auteures estiment pour l'année 2010-2011 que les pertes évitées par l'entente entre l'hôpital du Sacré-Cœur et la Clinique chirurgicale RocklandMD se sont élevées à 1,3 million de dollars en diminution de revenu pour les patients, à 68 032 \$ en diminution de revenus et de dépenses diverses pour les aidants naturels, à 18 297 \$ en dépenses de santé du gouvernement provincial et à 287 891 \$ et 179 932 \$ en pertes fiscales pour les gouvernements provincial et fédéral respectivement.</p> <p>Les auteures concluent que de « ne pas tenir compte des</p>

			<p>vue plus global sur l'ensemble des principaux acteurs concernés (patients, aidants naturels, gouvernements).</p>	<p>coûts de l'impact des décisions sur les délais d'attente pour des chirurgies, c'est négliger l'importance de répondre aux besoins de la population ».</p> <p>Selon elles, le débat sur le choix d'impartir ou non un volume de chirurgies au secteur privé est teinté d'idéologie. Elles soutiennent que « la question devrait porter plutôt sur l'option pour effectuer des chirurgies qui offrent le plus de valeur pour les patients sans considération pour la constitution publique ou privée de cette dernière ».</p> <p>Pour les auteures, il n'est pas souhaitable d'effectuer des chirurgies d'un jour dans un environnement complexe d'un bloc tel que celui de l'hôpital Sacré-Cœur. Impartir l'exploitation des salles de chirurgie à une organisation spécialisée dans les chirurgies moins complexes constituerait un excellent moyen d'obtenir plus de valeur pour les patients.</p>
10	Bourdon et collab. (2016)	Emmanuelle Bourdon et collab., « A portrait of rural pre-hospital services in the province of Quebec », <i>Canadian Journal of Emergency Medicine</i> , vol. 18, n° S1, mai 2016, p. S70.	<p>Introduction: Rural emergency departments (EDs) are important safety nets for 20% of Canadian citizens. In Quebec, the province's 26 rural EDs treat an average of 19,000 patients/year and are on average 300 km from levels 1 and 2 trauma centers. These distances signify that Emergency Medical Services (EMS) play a considerable role in the care of rural patients. EMS in Quebec province are private local services. There are no published reports on EMS in rural Quebec. As part of a larger study on rural emergency care, this descriptive study aimed at offering a comprehensive portrait of EMS. Methods: We conducted semi-structured interviews with managers of all paramedic services in rural Quebec. Interview questions focused on number of transports, training, availability of telemetry, GPS technologies, and work schedules. Results: Fifty managers of the 51 private companies serving the 26 rural EDs in Quebec were interviewed (response rate 98%). All were primary care paramedics (PCP). In 2010, EMS transported 40,671 patients, with 10,228 emergency transports to the rural EDs. A total of 7956 inter-facility transfers were conducted, 1499 of them emergency. Each ED</p>	<p>Au Québec, on dénombre 26 départements d'urgence desservant la population des milieux ruraux. Ces centres hospitaliers d'urgence traitent en moyenne 19 000 patients par année et sont situés à 300 km en moyenne des centres de traumatologie (niveaux 1 et 2). Ces distances signifient que les Services médicaux d'urgence (SMU) jouent un rôle considérable dans l'offre de soins de ces populations éloignées. Les SMU au Québec (à l'exception de l'île de Montréal) sont des services locaux fournis par des entreprises privées.</p> <p>Cette étude est la seule du genre à s'être penchée sur le portrait d'ensemble des SMU. À partir d'entrevues semi-directives réalisées auprès des administrateurs de 98 % des 51 entreprises ambulancières desservant les régions rurales du Québec, les auteures ont pu compiler des données sur le nombre de transports, la formation, la disponibilité de la télémétrie et de technologies GPS, et les horaires de travail.</p> <p>En 2010, ces entreprises ont effectué 40 671 transports ambulanciers de patients (incluant 10 228 en direction de centres hospitaliers de milieux ruraux). Un total de 7956 transferts entre établissements a été effectué, dont 1499 d'urgence. Chaque centre hospitalier desservi a dû rediriger entre 88 et 700 transferts vers un autre hôpital.</p>

			<p>required between 88 and 700 inter-facility transfers. A total of 60% (n=31/51) had GPS technology, only 25% (n=13/51) had telemetry features. Work schedules varied with 13% (n=7/51) of companies offering shifts of less than 12 hours, 28% (n=14/51) 24/7 weekly shifts, and 56% (n=29/51) a combination. Conclusion: This is the first study to describe rural EMS in Quebec. The finding that Quebec's rural EDs are served by 51 privately-owned companies is unique in Canada. The considerable number of EMS transports, including inter-facility transfers, may reflect lack of local resources in rural EDs, the vulnerable population served, or the increased trauma risk in rural areas. Future studies should examine inter-facility transport reasons, costs, times and adequate training/scope of EMS practice.</p>	<p>Dans l'ensemble, 60 % des entreprises étaient munies de technologies GPS et 25 %, d'appareils de télémétrie. De plus, les chercheurs ont relevé que 87 % des entreprises offraient des quarts de travail de plus de 12 heures, 28 % répartissaient les quarts de travail sur un horaire hebdomadaire 24 h/24, 7 j/7 et 56 %, une combinaison des deux.</p> <p>Que le milieu rural québécois soit entièrement desservi par 51 entreprises ambulancières de propriété privée est unique au Canada, selon les auteurs.</p>
11	Bravo et collab. (2014)	<p>Gina Bravo <i>et collab.</i>, « Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada », <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, vol. 26, n° 3, 2014, p. 330-336.</p>	<p>OBJECTIVE: In the province of Quebec, Canada, long-term residential care is provided by two types of facilities: publicly funded accredited facilities and privately-owned facilities in which care is privately financed and delivered. Following evidence that private facilities were delivering inadequate care, the provincial government decided to regulate this industry. We assessed the impact of regulation on care quality by comparing quality assessments made before and after regulation. In both periods, public facilities served as a comparison group.</p> <p>DESIGN: A cross-sectional study conducted in 2010-2012 that incorporates data collected in 1995-2000.</p> <p>SETTINGS: Random samples of private and public facilities from two regions of Quebec.</p> <p>PARTICIPANTS: Random samples of disabled residents aged 65 years and over. In total, 451 residents from 145 care settings assessed in 1995-2000 were compared with 329 residents from 102 care settings assessed in 2010-2012.</p> <p>INTERVENTION: Regulation introduced by the province in 2005,</p>	<p>Au Québec, les soins résidentiels de longue durée sont fournis par deux types d'établissements : les établissements agréés financés par l'État et les établissements privés dans lesquels les soins sont financés et fournis par le secteur privé. À la suite de cas problématiques dans les établissements privés révélés au grand jour, le gouvernement provincial a décidé de réglementer cette industrie.</p> <p>Cette recherche a voulu évaluer l'impact de la réglementation sur la qualité des soins en comparant les évaluations de la qualité réalisées avant et après l'adoption de la réforme réglementaire. Dans les deux périodes, les installations publiques ont servi de groupe de comparaison.</p> <p>L'étude utilise des données transversales recueillies en 2010-2012 ainsi qu'en 1995-2000 auprès d'établissements échantillons privés et publics sélectionnés aléatoirement dans deux régions du Québec. Au total, 451 résidents âgés de 65 ans et plus de 145 milieux de soins évalués en 1995-2000 ont été comparés à 329 résidents de 102 milieux de soins évalués en 2010-2012.</p> <p>L'intervention est la réglementation introduite par la province en 2005, en vigueur à compter de février 2007.</p>

			<p>effective February 2007.</p> <p>MAIN OUTCOME MEASURE: Quality of care measured with the QUALCARE Scale.</p> <p>RESULTS: After regulation, fewer small-size facilities were in operation in the private market. Between the two study periods, the proportion of residents with severe disabilities decreased in private facilities whereas it remained >80% in their public counterparts. Meanwhile, quality of care improved significantly in private facilities, while worsening in their public counterparts, even after controlling for confounding.</p> <p>CONCLUSIONS: The private industry now provides better care to its residents. Improvement in care quality likely results in part from the closure of small homes and change in resident case-mix.</p>	<p>Les chercheurs, affiliés à l'Université de Sherbrooke et à l'ÉNAP, ont examiné la qualité des soins et des services dans les résidences privées et les CHSLD publics en mesurant 54 indicateurs répartis dans six domaines clés : environnement résidentiel, condition physique, gestion médicale, adaptation psychosociale, fardeau financier et droits de la personne. Les résultats de leur recherche ont montré que la qualité des soins s'est considérablement améliorée dans les établissements privés, tandis qu'elle s'est détériorée chez leurs homologues publics, même après avoir tenu compte de l'influence de variables de contrôle.</p> <p>En fait, la qualité des soins s'est avérée significativement supérieure dans les résidences privées pour chacune des six dimensions à l'étude. Ainsi, en 2010-2012, le pourcentage de personnes âgées recevant des soins jugés inadéquats s'élevait à seulement 7,9 % au sein des résidences privées, comparativement à 33,2 % dans les centres d'hébergement publics. En outre, 92 % des gestionnaires de résidences privées ont révélé avoir le sentiment d'offrir les meilleurs soins possibles à leur clientèle, soit une hausse de 8,9 points de pourcentage par rapport aux données de 1995-2000. Pour ce qui est du secteur public, ce taux a stagné à environ 64 % durant la même période.</p> <p>Les auteurs soulèvent l'hypothèse que l'amélioration de la qualité des soins résulte probablement en partie de la fermeture de petites maisons de soins et du changement dans la répartition des cas des résidents. Les établissements privés prennent soin des adultes ayant des handicaps moins sévères, laissant au public l'obligation de prendre soin de ceux qui ont des besoins plus exigeants. Il n'en demeure pas moins que la qualité des soins offerts dans les établissements publics a fléchi significativement au cours des années, malgré la hausse du financement.</p>
12	Carter et collab. (2017)	Renee Carter <i>et collab.</i> , « Measuring the effect of Family Medicine Group enrolment on avoidable visits to emergency departments by patients with diabetes in Quebec,	The Family Medicine Group (FMG) model of primary care in Quebec, Canada, was driven by the voluntary implementation of family physicians. Our main objective was to measure the effect of FMG enrolment on avoidable use of the emergency department (ED) by diabetic patients. We also sought to determine if effects differed	<p>Le modèle de soins primaires offerts dans les groupes de médecine familiale (GMF) au Québec, au Canada, s'est graduellement mis en place par la participation volontaire des médecins de famille.</p> <p>L'objectif principal de cette étude était de mesurer l'effet de l'inscription au GMF sur l'utilisation évitable du service des</p>

		Canada », <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i> , vol. 23, n° 2, 2017, p. 369-376.	<p>according to whether patients were infrequent or frequent users of the ED and according to high – versus low – regional levels of enrolment. We used data from provincial health administrative databases to identify the diabetic patient population over the age of 20 years for each fiscal year between 2003-2004 and 2011-2012. We used fixed effects and marginal structural models to estimate the effect of enrolment in FMGs on avoidable use of the ED. Our results indicated that for every 10 percentage point increase in the population enrolled with an FMG in the year prior to an event, there was a 3% reduction in avoidable visits to the ED made by an individual (RR = 0.97; 95% CI = 0.95, 0.99). We found a significant reduction among diabetic patients who had at most one visit to the ED per year (RR = 0.97; 95% CI = 0.95, 0.99) and nonsignificant effects among more frequent users. Within low-enrolment regions, a 10 percentage point increase in enrolment in FMG practices at t – 1 led to an 18% decrease in the number of avoidable ED visits (RR = 0.82; 95% CI = 0.78, 0.87). The effect disappeared when the analyses were restricted to the high-enrolment regions (RR = 1.00; 95% CI = 0.92, 1.09). The design and implementation of the incentive to promote team-based practice may not have borne much influence on early adopters who may have been overrepresented by physicians from high-performing practices before the introduction of the reform.</p>	<p>urgences par les patients diabétiques. Les auteurs ont également cherché à déterminer si les effets différaient selon que les patients étaient des utilisateurs occasionnels ou fréquents des services d'urgence et selon des niveaux d'inscription élevés ou faibles par région. Ils ont utilisé les données des bases administratives provinciales sur la santé pour identifier la population de patients diabétiques âgés de plus de 20 ans pour chaque année fiscale entre 2003-2004 et 2011-2012.</p> <p>Les résultats indiquent que pour chaque augmentation de 10 points de pourcentage de la population inscrite à un GMF au cours d'une année donnée, une réduction de 3 % des visites évitables à l'urgence par un individu a été observée. Ils ont en outre constaté une baisse significative chez les patients diabétiques qui avaient au moins une visite à l'urgence par année et des effets non significatifs chez les utilisateurs plus fréquents. Dans les régions à faible taux d'inscription, une augmentation de 10 % des inscriptions aux pratiques de GMF a entraîné une diminution de 18 % du nombre de visites évitables à l'urgence. L'effet a toutefois disparu lorsque les analyses ont été limitées aux régions à haut taux d'inscription.</p>
13	Chard et collab. (2011)	Jiri Chard <i>et collab.</i> , « Outcomes of elective surgery undertaken in independent sector treatment centres and NHS providers in England: audit of patient outcomes in surgery », <i>BMJ</i> , vol. 343, 2011, d6404.	<p>Objective To compare characteristics of patients and outcomes after elective surgery in independent sector treatment centres (ISTCs) and NHS providers. Design Follow-up study with outcomes reported by patients three to six months after surgery. Setting 25 ISTCs and 72 NHS providers in England. Population Consecutive patients undergoing hip or knee replacement (5671 in ISTCs and 14,292 in NHS), inguinal hernia repair (640 and 2,023, respectively), or surgery for varicose veins (248 and 1,336, respectively).</p>	<p>Le système de santé britannique est universel et mixte. Depuis le début des années 2000, il a été réformé en profondeur et les gouvernements successifs ont misé sur l'apport d'une variété de fournisseurs de soins. Le but avoué des réformes favorisant la liberté de choix des patients était d'améliorer l'accès aux soins de santé, à commencer par les moins bien nantis.</p> <p>Ainsi, à partir de 2002, le gouvernement anglais a mis en place un réseau de centres de traitements privés spécialisés dans les chirurgies électives (independent sector treatment centres) qui est venu bonifier la gamme de choix offerts aux patients. Le nombre de ces centres</p>

			<p>Main outcomes Symptoms and disability reported by patients (Oxford hip and knee scores on a 48-point scale; Aberdeen varicose vein questionnaire) and quality of life (EuroQol EQ-5D score). Results Patients in ISTCs were healthier than those in NHS providers, had less severe preoperative symptoms, and were more affluent, though the differences were small. With adjustment, patients undergoing joint replacements in NHS providers had poorer outcomes: difference of -1.7 (95% confidence interval -2.5 to -0.9) on the Oxford hip score and -0.9 (-1.6 to -0.2) on the Oxford knee score. They more often reported complications: odds ratio 1.3 (95% confidence interval 1.1 to 1.5) for hip and 1.4 (1.2 to 1.6) for knee. There were no significant differences in outcomes after surgery for hernia or varicose veins, except that NHS patients more often reported poor results after hernia repair (1.4, 1.0 to 1.9) and additional surgery after varicose vein surgery (2.8, 1.2 to 6.8).</p> <p>Conclusion Patients undergoing surgery in ISTCs were slightly healthier and had less severe conditions than those undergoing surgery in NHS providers. Some outcomes were better in ISTCs, but differences were small compared with the impact ISTCs could have on the provision of elective services.</p>	<p>privés a connu une croissance exponentielle suivant la réforme, passant de 10 en 2006 à 161 en 2011.</p> <p>La présente analyse, menée par le Collège royal des chirurgiens de l'Angleterre, montre qu'il y a peu de différences sur le plan des résultats cliniques entre les différents fournisseurs. Ces centres, bien qu'opérant des patients aux situations un peu moins complexes (en lien avec leur mandat) contribueraient à améliorer l'accès et l'efficacité du réseau.</p>
14	Charles et Guérard (2009)	Aline Charles et François Guérard, « L'État et l'hôpital à but lucratif au Québec, 1961-1975: une expérience décevante de partenariat », <i>Bulletin canadien d'histoire de la médecine</i> , vol. 26, n° 2, 2009, p. 499-526.	<p>Une nouvelle forme de partenariat public/privé apparaît au Québec en 1961 avec le financement, en vertu de la loi de l'assurance hospitalisation, de soins donnés dans les hôpitaux à but lucratif. Quels rapports s'établissent entre l'État et les entreprises privées? Pourquoi, après une période d'expérimentation, le premier ferme-t-il la porte au développement de l'hôpital à but lucratif? Dans l'ensemble, l'expérience s'avère chaotique, inefficace, pénible. Dans les années 1970, le gouvernement semble conclure que le partenariat ne vaut pas les efforts investis. Il s'agit là d'un épisode de l'histoire hospitalière aujourd'hui largement oublié, alors même que des enjeux similaires resurgissent.</p>	<p>Dans les années 1960, le gouvernement du Québec, en accord avec la législation fédérale d'assurance hospitalisation, a signé des contrats avec la plupart des hôpitaux privés à but lucratif dans la province (on en dénombrait plus d'une centaine, incluant les établissements de soins de longue durée). L'assurance publique finançait alors ces établissements pour une partie de leur clientèle, sous la forme d'allocation quotidienne par patient. De tels taux étaient fixés en fonction de ce que coûtaient des services comparables dans les hôpitaux publics. En contrepartie, les établissements privés devaient respecter des normes relatives à la qualité des soins et à la sécurité de leurs patients.</p> <p>La mise en place au Québec de tels partenariats n'aura</p>

				<p>toutefois pas été sans heurts, selon les auteurs. Avant les années 1960, on opposait rarement hôpitaux à but lucratif et hôpitaux à but non lucratif puisque tous les patients – sauf les indigents – payaient leurs soins où qu'ils aillent, y compris dans les établissements dits publics. L'assurance hospitalisation, entrée en vigueur en 1961, allait cependant changer la donne.</p> <p>Le discours public, alimenté par la mouvance syndicale qui prend son envol à l'époque, allait porter atteinte à la réputation des établissements de santé à but lucratif et nuire considérablement à leur essor. L'Association des hôpitaux privés du Québec a tenté tant bien que mal de rétablir les faits entourant les pratiques de ses membres, sans succès. Pour eux, « caractériser leurs membres par la recherche d'un profit plutôt que par le service qu'ils offrent aux malades » leur semble parfaitement inacceptable, d'autant qu'ils jugent l'expression « à but lucratif » aussi absurde que « vicieuse, à caractère [...] péjoratif et polémique » et « d'un archaïsme outrancier ». Présenter leurs établissements comme des antithèses de l'hôpital public leur paraît tout aussi abusif, puisqu'ils disent détenir « eux aussi » un permis, respecter des normes « équivalentes » et appliquer des tarifs « approuvés par l'État ».</p> <p>Les auteurs de l'étude montrent que la Commission Nepveu-Castonguay, créée en 1966 pour enquêter sur le système de santé et de services sociaux de la province et concevoir des réformes, a contribué à la disparition des hôpitaux privés à but lucratif. En effet, le rapport qui est paru en 1970 se voulait particulièrement défavorable au maintien des hôpitaux à but lucratif. Les responsables du rapport proposent « un système de santé et de services sociaux reposant sur une étroite planification de la part de l'État, planification que complique considérablement le besoin de tenir compte des décisions et des intérêts d'acteurs privés. » En fait, la Commission recommandait, appuyée par la profession médicale et le milieu syndical, « que prenne fin, dans les meilleurs délais, le régime des subventions directes ou indirectes de l'État aux établissements hospitaliers et aux établissements de bien-être à but lucratif ».</p>
--	--	--	--	--

15	Charles et Guérard (2015)	Aline Charles et François Guérard, « Portrait d'une institution oubliée : l'hôpital privé à but lucratif, 1900-1960 », <i>Bulletin canadien d'histoire de la médecine</i> , vol. 32, n° 1, 2015, p. 101-122.	Résumé. Apparue durant le XIX ^e siècle au Canada, l'hôpital à but lucratif se développe jusqu'à la décennie 1970. Son histoire méconnue importe particulièrement aujourd'hui puisqu'après une éclipse d'une quarantaine d'années, il a ressurgi. Cet article retrace les phases de son implantation au Québec en faisant ressortir une remarquable diversité de créneaux et de clientèles, comme de propriétaires ou de gestionnaires. Multiforme, agissant en concurrence ou en complémentarité avec les établissements sans but lucratif, prompt à exploiter des marchés négligés par ces derniers et cherchant à s'en démarquer, terrain d'élection d'entrepreneuses féminines, l'hôpital à but lucratif livre une histoire qui surprend.	<p>Les auteurs soulignent d'entrée de jeu que le Québec et le Canada se distinguent à l'échelle internationale en accordant très peu de place à l'hôpital privé à but lucratif, mais que cela n'a pas toujours été le cas.</p> <p>Les données publiées en 1961 par le gouvernement fédéral ont recensé 135 établissements privés, dont 41 hôpitaux généraux, 26 maternités et 67 établissements pour patients chroniques et convalescents. En retranchant les établissements se limitant essentiellement aux soins de garde, les auteurs estiment qu'il y avait 105 hôpitaux à but lucratif au Québec au début des années 1960. Ils auraient graduellement disparus du paysage hospitalier québécois entre 1960 et 1975, alors que les gouvernements de l'époque décidèrent de ne pas les intégrer au réseau public de santé.</p> <p>Les auteurs montrent en outre comment les hôpitaux privés au Québec parvenaient à combler des besoins négligés de la population en occupant des créneaux laissés vacants par les établissements publics, notamment les soins aux personnes âgées (à partir des années 1940).</p> <p>Les auteurs soulignent qu'une vive concurrence s'opérait entre hôpitaux à but lucratif et hôpitaux à but non lucratif, alors que les deux types d'établissements veillaient aux soins à la fois des plus fortunés et des moins nantis. Contrairement à la croyance actuellement répandue, « les hôpitaux à vocation commerciale ne vis[aient] en effet pas qu'une clientèle aisée ». « La perspective de leur implantation exerçait d'ailleurs une pression sur les hôpitaux sans but lucratif, les incitant parfois à mieux répondre aux demandes de la population ou des médecins. »</p> <p>Selon les auteurs, les hôpitaux privés parvenaient à attirer une clientèle payante et à se démarquer des établissements sans but lucratif « en offrant, à des tarifs comparables, des attraits distinctifs : atmosphère familiale, discrétion assurée, environnement moral moins répressif. »</p> <p>Les auteurs concluent que la « présence ainsi que les autres caractéristiques inattendues des hôpitaux à but lucratif incitent à explorer plus avant ces derniers. Ne serait-ce que parce que les sortir de l'oubli permet de</p>
----	---------------------------	--	---	---

				restaurer un monde hospitalier bigarré et mouvant, très éloigné de l'image uniforme et statique souvent véhiculée au Québec ».
16	Cheng et collab. (2012)	Gordon Cheng <i>et collab.</i> , « Public or private magnetic resonance imaging: what do patients think? », <i>Canadian Association of Radiologists Journal</i> , vol. 63, 2012, p. 12-17.	<p>Purpose: We described the demographic, clinical, and attitudinal profiles of patients awaiting magnetic resonance imaging (MRI) at a private and at a hospital-based facility, and hypothesized that they would not differ significantly.</p> <p>Methods A survey of patients attending a hospital facility and a privately-owned venue in an Ontario city. Descriptive, bivariate, and logistic regression analyses were performed.</p> <p>Results A total of 314 patients provided data, with a higher response rate at the private clinic than at the hospital-based clinic (97% vs. 60%). For the majority of patients (58%), the MRI was scheduled to follow up known disease; 55.8% waited more than 4 weeks; 6.4% waited more than 6 months. One-third of patients expressed a willingness to travel to the United States and pay for the MRI, 41% expressed a willingness to pay within Ontario, and 66% were willing to travel elsewhere in Ontario. They were more likely to be at the hospital-based MRI if they were being followed up for known disease and had a diagnosis of cancer, whereas those patients at the private MRI facility reported significantly more pain; 59% of the hospital-based sample and 72% of the private clinic sample reported significantly reduced quality of life because of their health problem.</p> <p>Discussion These data provide interesting insights into the characteristics of patients awaiting an MRI and the attitudes of patients towards public and private MRI clinics. There were significant attitudinal differences between those patients attending the 2 facilities. Pain, coupled with a long wait, may create an incentive for patients to conclude that private clinics should be permitted if the hospital environment is unable to improve access times.</p>	<p>Dans la présente étude, les auteurs ont décrit les profils démographique, clinique et comportemental des patients en attente d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans deux milieux, en clinique privée et en milieu hospitalier. Ils sont partis de l'hypothèse voulant qu'il n'y ait pas de différence significative entre les patients des deux établissements.</p> <p>L'enquête a été réalisée auprès de patients fréquentant un établissement hospitalier public ou un établissement privé situés dans une ville ontarienne.</p> <p>Au total, 314 patients ont fourni des données. Le taux de réponse était plus élevé à la clinique privée qu'en milieu hospitalier (97 % versus 60 %). Pour la majorité des patients (58 %), l'IRM était prévue dans le cadre du suivi d'une maladie connue; 55,8 % ont attendu plus de quatre semaines; 6,4 % ont attendu plus de six mois. Le tiers des patients ont affirmé être prêts à se rendre aux États-Unis pour subir l'examen et à en déboursier eux-mêmes les frais, 41 % ont affirmé être prêts à payer l'IRM qu'ils subiraient en Ontario et 66 % ont indiqué être prêts à se rendre ailleurs dans la province pour subir l'examen.</p> <p>Les patients faisant l'objet d'un suivi pour une maladie connue et ayant reçu un diagnostic de cancer étaient plus susceptibles de fréquenter la clinique d'IRM en milieu hospitalier. Le degré de douleur signalé par les patients fréquentant la clinique privée était significativement plus élevé; 59 % des patients en milieu hospitalier et 72 % des patients de la clinique privée ont indiqué que leur problème de santé avait entraîné une diminution significative de leur qualité de vie.</p> <p>Ces données offrent une perspective intéressante des caractéristiques des patients en attente d'un examen d'IRM et des attitudes des patients envers les cliniques d'IRM privées et les établissements publics. Des différences significatives dans les attitudes des patients ont été observées entre les patients des deux milieux. Conjuguée à une longue période d'attente, la douleur peut pousser les</p>

				patients à conclure que les cliniques privées devraient être autorisées si le milieu hospitalier est incapable d'améliorer l'accès aux services.
17	Deslauriers et collab. (2017)	Simon Deslauriers <i>et collab.</i> , « Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies », <i>Disability and Rehabilitation</i> , vol. 39, n° 26, 2017, p. 2648-2656.	<p>Purpose: Problems with access to outpatient physiotherapy services have been reported in publicly funded healthcare systems worldwide. A few studies have reported management strategies aimed at reducing extensive waiting lists, but their association with waiting times is not fully understood. The purpose of this study was to document access to public outpatient physiotherapy services for persons with musculoskeletal disorders in hospitals and explore organizational factors associated with waiting time.</p> <p>Methods: We surveyed outpatient physiotherapy services in publicly funded hospitals in the province of Quebec (Canada).</p> <p>Results: A total of 97 sites responded (99%) to the survey. The median waiting time was more than six months for 41% of outpatient physiotherapy services. The waiting time management strategies most frequently used were attendance and cancelation policies (99%) and referral prioritization (95.9%). Based on multivariate analyses, the use of a prioritization process with an initial evaluation and intervention was associated with shorter waiting times ($p = 0.008$).</p> <p>Conclusions: Our findings provide evidence that a large number of persons wait a long time for publicly funded physiotherapy services in Quebec. Based on our results, implementation of a prioritization process with an initial evaluation and intervention could help improve timely access to outpatient physiotherapy services.</p>	<p>Les auteurs soulignent d'entrée de jeu que des problèmes d'accès aux services de physiothérapie ambulatoires ont été répertoriés dans des systèmes publics de santé partout dans le monde. Quelques études ont rapporté des stratégies visant à réduire les longues listes d'attente, bien que la preuve de l'efficacité de ces stratégies demeure à faire.</p> <p>Le but de cette étude était de documenter l'accès aux services publics de physiothérapie ambulatoire pour les personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques dans les hôpitaux publics du Québec et d'explorer les facteurs organisationnels associés au temps d'attente.</p> <p>Un total de 97 sites a répondu (99 %) à l'enquête. Les résultats de l'étude montrent que 18 245 personnes étaient en attente de services de physiothérapie dans le secteur public au Québec au moment de l'enquête. La moitié des établissements avaient un temps d'attente maximal de 15,6 mois ou plus. Le temps d'attente maximal s'élevait à 155,6 mois dans l'établissement le moins accessible. Il existe donc d'importants problèmes d'attente en physiothérapie dans les établissements de santé publics au Québec.</p> <p>Les stratégies de gestion des temps d'attente les plus fréquemment utilisées concernaient les mesures pour combler les cases horaires liées aux annulations (99 %) et la priorisation des rendez-vous selon l'urgence de la condition de santé (95,9 %). Les auteurs ont noté que l'utilisation d'un processus de hiérarchisation en fonction d'une évaluation préalable était associée à des temps d'attente plus courts.</p>
18	Dubuc et collab. (2014)	Nicole Dubuc <i>et collab.</i> , « Alternate Housing Models for Older People with Disabilities: Their Clientele, Structures and Resources in Relation to the Quality of and	This paper reports on the study of a subsidy programme that was established in Quebec for alternate housing models (AHMs), which allows private and community organisations to offer housing services within the framework of a partnership with public health-care services. The research objectives were: (a) to compare how	Cette étude évalue le programme des « projets novateurs » mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ce programme consistait à confier à des organismes privés, avec ou sans but lucratif, la responsabilité de prendre en charge des personnes âgées en lourde perte d'autonomie qui auraient été traditionnellement placées dans des CHSLD publics. On

		<p>Satisfaction with Care Delivery », <i>Ageing & Society</i>, vol. 34, n° 9, 2014.</p>	<p>facility characteristics and services provided by AHMs and nursing homes (NHs) differ; (b) to examine the personal characteristics of residents living in AHMs; and (c) to compare residents with similar characteristics within AHMs and NHs in terms of unmet needs, quality of care, satisfaction with care and services, and psycho-social adaptation to the residence. A cross-sectional study was undertaken with individually matched groups to assess whether AHMs meet the needs of elders in a way similar to NHs. Overall, residents in both groups had moderate to severe levels of disability and about □□ per cent had mild to severe cognitive problems. While their general features were heterogeneous, the AHMs were more comfortable and homelike than the NHs. The quality of and satisfaction with care was appropriate in both settings, although AHMs performed better. Only one-quarter of residents in both settings, however, evidenced a good level of psycho-social adaptation to their residence. This partnership approach is a good strategy to provide a useful range of housing types in communities that can respond to the needs of elders with moderate to severe disabilities.</p>	<p>souhaitait ainsi permettre à des personnes âgées de bénéficier de la même étendue de services qu'en CHSLD, mais dans un environnement plus familial, correspondant davantage à leurs préférences.</p> <p>Cette étude a permis de constater que les services offerts dans le cadre de ces ententes avec les établissements privés étaient globalement de meilleure qualité et mieux à même de répondre adéquatement aux besoins variés des résidents que ceux fournis par les CHSLD. Les chercheurs ont pu observer que les établissements privés offraient plus de confort et d'intimité (chambres plus grandes, salles de bain privées, meubles personnels et espaces de rangement individuels, etc.), de même qu'un environnement moins restrictif (possibilité de demeurer plus près de la communauté/famille et en cohabitation, horaires et choix plus variés pour les activités et les repas, etc.) que les CHSLD publics. L'évaluation sur place a aussi montré que tous les besoins étaient satisfaits dans une proportion de 93 % avec ces projets novateurs impliquant le secteur privé, contre 86 % dans les CHSLD publics.</p>
19	Dudko et collab. (2017)	<p>Y. Dudko, E. Kruger et M. Tennant, « A national analysis of dental waiting lists and point-in-time geographic access to subsidised dental care: can geographic access be improved by offering public dental care through private dental clinics », <i>Rural and Remote Health</i>, vol. 17, n° 1, 2017.</p>	<p>Introduction: Australia is one of the least densely populated countries in the world, with a population concentrated on or around coastal areas. Up to 33% of the Australian population are likely to have untreated dental decay, while people with inadequate dentition (fewer than 21 teeth) account for up to 34% of Australian adults. Historically, inadequate access to public dental care has resulted in long waiting lists, received much media coverage and been the subject of a new federal and state initiative. The objective of this research was to gauge the potential for reducing the national dental waiting list through geographical advantage, which could arise from subcontracting the delivery of subsidised dental care to the existing network of private dental clinics across Australia.</p> <p>Methods: Eligible population data were collected from the Australian Bureau of Statistics website.</p>	<p>L'Australie est l'un des pays où l'offre de services dentaires est répartie entre des établissements publics (15 %) et des cabinets privés (85 %). L'État subventionne (dans des proportions allant de 25 % à 100 %) les soins dentaires pour les personnes âgées et les personnes démunies (4,75 millions de personnes admissibles).</p> <p>L'accès inadéquat aux soins dentaires publics a donné lieu à de longues listes d'attente, a reçu beaucoup de couverture médiatique et a fait l'objet d'une nouvelle initiative fédérale et étatique. On recensait au moment de l'étude une liste d'attente de 373 259 personnes à l'échelle du pays. Une proportion importante serait en attente d'une consultation depuis plusieurs mois, voire quelques années.</p> <p>L'objectif de cette recherche était d'évaluer le potentiel de réduction de la liste d'attente nationale pour les soins dentaires grâce à l'apport des cliniques privées déjà mieux réparties géographiquement que les centres dentaires</p>

			<p>Waiting list data from across Australia were collected from publicly available sources and confirmed through direct communication with each individual state or territory dental health body. Quantum geographic information system software was used to map distribution of the eligible population across Australia by statistical area, and to plot locations of government and private dental clinics. Catchment areas of 5 km for metropolitan clinics and 5 km and 50 km for rural clinics were defined. The number of people on the waiting list and those eligible for subsidised dental care covered by each of the catchment areas was calculated. Percentage of the eligible population and those on the waiting list that could benefit from the potential improvement in geographic access was ascertained for metropolitan and rural residents.</p> <p>Results: Fifty three percent of people on the waiting list resided within metropolitan areas. Rural and remote residents made up 47% of the population waiting to receive care. The utilisation of both government and private dental clinics for the delivery of subsidised dental care to the eligible population has the potential to improve geographic access for up to 25% of those residing within metropolitan areas and up to 59% for eligible country residents.</p> <p>Conclusions: This research finds that utilisation of the existing network of private dental practices across Australia for delivery of subsidised dental care could dramatically increase geographic reach, reduce waiting lists, and possibly make good oral health a more realistic goal to achieve for the economically disadvantaged members of the community. In addition, this approach has the potential to improve service availability in rural and remote areas for entire communities where existing socioeconomic dynamics do not foster new practice start-up.</p>	<p>publics. Selon les auteurs, ces cliniques devraient être soutenues financièrement par l'État pour servir les patients moins nantis ou plus âgés.</p> <p>Le pourcentage de la population admissible et de ceux sur la liste d'attente qui pourraient bénéficier de l'amélioration potentielle de l'accès géographique a été déterminé pour les résidents des régions métropolitaines et rurales. Les résultats de l'étude montrent que 53 % des personnes sur la liste d'attente résidaient dans des régions métropolitaines. Les résidents ruraux et éloignés représentaient 47 % de la population en attente de soins. L'utilisation des cliniques dentaires privées pour la prestation de soins dentaires subventionnés à la population admissible pourrait améliorer l'accès géographique pour jusqu'à 25 % des résidents des régions métropolitaines et jusqu'à 59 % pour les résidents admissibles, selon les calculs des auteurs.</p> <p>Cette recherche conclut que l'utilisation du réseau existant de cabinets dentaires privés en Australie pour la prestation de soins dentaires subventionnés pourrait augmenter considérablement la portée géographique, réduire les listes d'attente et faire de la santé bucco-dentaire un objectif plus réaliste pour les membres économiquement défavorisés de la communauté australienne. De plus, cette approche pourrait améliorer la disponibilité des services dans les régions rurales et éloignées pour des collectivités entières où les dynamiques socio-économiques existantes ne favorisent pas le démarrage de nouvelles pratiques.</p>
20	Fournier (2017)	Philippe Fournier, « What If Audiologists Didn't Dispense Hearing Aids? A Comparison Between	In the last few years, the landscape of audiology has gone through tremendous changes in Canada and the United States. Most notably, the marketing and dispensing of hearing aids has	Au cours des dernières années, le paysage de l'audiologie a connu d'énormes changements au Canada et aux États-Unis. Plus particulièrement, la commercialisation et la distribution d'appareils auditifs ont fait l'objet de débats

		<p>Québec and Ontario », <i>Hearing Review</i>, juin 2017.</p>	<p>been the subject of ferocious debate. This has led to debate over the question of bundling versus unbundling the cost of clinician services with the selling price of the hearing aid.</p> <p>An intriguing question has emerged from these discussions: What would audiology be like if audiologists had never been granted the right to sell hearing aids?</p> <p>Although it's impossible to go back in time, this question can still be partly answered by what might be viewed as a case-control study. This article compares the profile of audiologists from Québec to audiologists from the neighboring province, Ontario. These two provinces are similar in size, similar populations (13 million versus 8 million for Ontario and Québec, respectively), and both offer free universal healthcare programs, as elsewhere in the country. However, there exists one important difference: Québec is the only Canadian province where audiologists are not allowed to sell hearing aids.</p>	<p>féroces. Cela a conduit à un débat sur la question de permettre ou non aux cliniciens de rentabiliser leur pratique en vendant des prothèses auditives.</p> <p>Selon l'auteur, une question intrigante a émergé de ces débats : à quoi ressemblerait l'audiologie si les audiologistes n'avaient jamais obtenu le droit de vendre des prothèses auditives?</p> <p>Il souligne que, même s'il est impossible de remonter le temps, cette question peut encore être résolue, du moins en partie, par ce qui pourrait être considéré comme une expérience naturelle. Cet article compare le profil des audiologistes du Québec aux audiologistes de la province voisine de l'Ontario. Ces deux provinces sont de taille similaire, avec des populations similaires (13 millions pour l'Ontario versus 8 millions pour le Québec), et toutes deux offrent des programmes de santé universels gratuits, comme partout ailleurs au pays. Cependant, il existe une différence importante : le Québec est la seule province canadienne où les audiologistes ne sont pas autorisés à vendre des prothèses auditives.</p> <p>Selon l'auteur, cette particularité québécoise a nui à l'essor de la profession dans cette province, par comparaison à la situation ontarienne. En effet, il note que les audiologistes ontariens sont plus nombreux à démarrer des cliniques privées (ou à y œuvrer) et gagnent globalement mieux leur vie, comme en témoignent les écarts sur le plan de la rémunération avec les audiologistes québécois. Ces derniers dépendent beaucoup plus du gouvernement comme source de rémunération, alors qu'environ 60 % travaillent dans des établissements publics et 15 % ont une pratique mixte. On observe le portrait inverse en Ontario, où 70 % des audiologistes travaillent principalement dans le secteur privé.</p>
21	Glenngård (2013)	<p>Anna H. Glenngård, « Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the</p>	<p>In parallel to market-like reforms in Swedish primary care, the gathering and compilation of comparative information about providers, for example through survey tools, has been improved. Such information is increasingly being used to guide individuals' choice of provider and payers' assessments of provider performance, often without critically reflecting about underlying factors</p>	<p>Traditionnellement, les soins primaires suédois étaient offerts dans des établissements publics regroupant entre quatre et huit médecins de famille. Il y avait peu ou pas de cabinets privés de médecins.</p> <p>Depuis 2010, en vertu d'une politique de libre choix, les patients peuvent s'inscrire auprès de n'importe quel cabinet médical accrédité, qu'il soit public ou privé, et non plus</p>

		<p>national patient survey in Sweden », <i>Health Economics, Policy and Law</i>, vol. 8, 2013, p. 317-333.</p>	<p>affecting the results. The purpose of this study was to analyze variation in patient satisfaction, with respect to organizational and structural factors, including the mix of registered individuals, among primary care providers, based on information from a national patient survey in primary care and register data in three Swedish county councils. Systematic variation in patient satisfaction was found with respect to both organizational and structural factors, including characteristics of registered individuals. Smaller practices and practices where a high proportion of all visits were with a doctor were associated with higher patient satisfaction. Also practices where registered individuals had a low level of social deprivation and a high overall illness on average were associated with higher patient satisfaction. Factors that are of relevance for how well providers perform according to patient surveys are more or less possible to control for providers. This adds to the complexity for the use of such information by individuals and payers to assess provider performance.</p>	<p>celui antérieurement attiré sur une base géographique. La réforme s'est graduellement mise en place au sein des 21 comtés, qui sont responsables de l'organisation et de la livraison des services de santé auprès de leur population. Il y a donc une mixité d'offres de soins primaires en Suède, bien que le financement demeure en majeure partie public. Les cabinets médicaux publics comptent pour 57 % de l'ensemble, versus 43 % qui sont de propriété privée.</p> <p>En parallèle, le gouvernement suédois a mis en place un registre national de qualité destiné à l'ensemble des cabinets de médecine de première ligne. C'est cette base de données d'enquête prélevées par sondage (54 questions) auprès des patients qui a permis à la chercheuse de comparer le niveau de satisfaction des usagers à l'égard des services reçus en cabinets publics et privés.</p> <p>Selon l'auteur, les conditions présentes en Suède favorisent la mise en concurrence des cabinets (libre choix, financement par capitation, incitatifs financiers à la prise en charge de cas lourds dans certains comtés, rapports publics de qualité, etc.).</p> <p>Les résultats de l'étude montrent que la satisfaction globale des patients est plus grande en ce qui concerne les cabinets privés. Ceux-ci seraient notamment plus performants sur le plan de la continuité des soins et le suivi des malades chroniques.</p>
22	Hagen et collab. (2018)	<p>Terje Hagen, Geir Hiller Holom et Kebebew N. Amayu, « Outsourcing day surgery to private for-profit hospitals: the effects of competitive tendering », <i>Health Economics, Policy and Law</i>, vol. 13, n° 1, 2018, p. 50-67.</p>	<p>Setting prices for elective patient treatments in private for-profit (PFP) hospitals in traditional tax-funded health systems is challenging since both the organisation of these hospitals and the tasks they perform differ considerably from what we find in public hospitals. From the year 2000, Norway became one of a few countries to gradually implement a procurement system based on competitive tendering when outsourcing elective surgery. In this study we analyse the effect of introducing competitive tendering on the prices paid to PFP hospitals. Pricing data were collected from the formal contracts awarded to PFP hospitals and defined in terms of both absolute and relative prices. We found that PFP hospitals</p>	<p>Le système de santé norvégien est universel et le secteur public prédomine, tant dans le financement que dans la livraison des services. Quoi qu'il en soit, le recours à l'expertise d'offres de soins privés, dont des hôpitaux à but lucratif, a progressé à la faveur de réformes faisant place au financement à l'activité (1997) et au libre choix des patients (2001, 2004).</p> <p>Les auteurs de la présente étude examinent les effets de l'impartition de chirurgies au secteur privé en vigueur depuis l'année 2000 en Norvège. Selon eux, la Norvège ainsi que le Danemark font partie des quelques pays qui recourent à des appels d'offres pour le transfert d'un certain volume de chirurgies du secteur public au secteur privé.</p>

			<p>performed day surgeries at markedly lower prices than public hospitals and that competitive tendering triggered the price reduction. We speculate that the PFP hospitals' lack of acute services, less severe patient population, reduced teaching responsibilities and ability to streamline production, as well as other factors, explain the lower prices at PFP hospitals.</p>	<p>Les chercheurs ont observé des baisses de prix moyennes de 33 % entre 2002 et 2010 pour les chirurgies offertes dans les hôpitaux privés norvégiens. La concurrence qui s'est exercée dans le cadre des appels d'offres a été un important facteur de la réduction des dépenses gouvernementales reliées à l'impartition de chirurgies au privé. À la fin de la période analysée (2011), les chercheurs ont mesuré que les coûts des interventions réalisées dans le secteur privé étaient en moyenne 26 % inférieurs à ceux en vigueur au sein des hôpitaux publics.</p> <p>Une autre conclusion des auteurs concerne le fait que l'impartition de chirurgies est un sujet délicat et que des considérations politiques peuvent expliquer le recours plus ou moins important à l'expertise du secteur privé pour diminuer les temps d'attente dans le domaine hospitalier. Les partis de gauche y seraient moins favorables.</p>
23	Hong et collab. (2014)	<p>Chris J. Hong <i>et collab.</i>, « Does government assistance improve utilization of eye care services by low-income individuals? », <i>Canadian Journal of Ophthalmology</i>, vol. 49, n° 4, 2014, p. 320-325.</p>	<p>Objective To examine whether government-funded, low-income vision care programs improve use of eye care services by low-income individuals in Canada.</p> <p>Design Cross-sectional survey.</p> <p>Participants 27,375 white respondents to the Canadian Community Health Survey (CCHS) Healthy Aging 2008/2009.</p> <p>Methods Government-funded, low-income vision care programs were reviewed. The amount of assistance provided was compared with professional fee schedules for general/routine eye examinations and market prices for eyeglasses. The utilization of eye care providers was derived from the CCHS.</p> <p>Results To receive low-income vision care assistance, individuals must be in receipt of social assistance. Criteria for receiving social assistance are stringent. The Canadian Financial Capability Survey revealed that 7.9% of Canadians aged 45 to 64 years and 5.5% aged ≥65 years received</p>	<p>Cette étude avait pour but d'examiner si les programmes de soins visuels aux personnes à faibles revenus, financés par les gouvernements, améliorent les services de soins oculaires à ces personnes au Canada. Elle puise ses données de l'<i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes</i> (ESCC) menée par Statistique Canada en 2008/2009, à laquelle 27 375 répondants de type caucasien ont participé.</p> <p>Le montant d'aide fournie a été comparé selon les barèmes de frais professionnels pour les examens oculaires généraux ou de routine et les prix courants des lunettes. L'utilisation des fournisseurs de soins oculaires a été tirée de l'ESCC. Pour recevoir l'aide des soins oculaires aux personnes à faible revenu, celles-ci doivent recevoir l'aide sociale.</p> <p>Dans cinq provinces, dont le Québec, les gouvernements couvrent les frais d'un examen général et de routine pour les prestataires de l'aide sociale, une fois par année. L'aide pour les lunettes est toutefois limitée dans ces cinq provinces, qui exigent une participation directe des bénéficiaires aux coûts.</p> <p>Parmi les répondants de race blanche et d'âge moyen, qui avaient dit ne pas avoir de problèmes de glaucome, de</p>

			<p>social assistance in 2009. The CCHS found in 2008/2009 that 12.5% of citizens aged 45 to 64 years and 13.2% of those aged ≥ 65 years had difficulty paying for basic expenses such as food. In five provinces, low-income vision care assistance fully covers a general/routine eye examination. In the remainder, the assistance provided is insufficient for a general/routine eye examination. The assistance for eyeglasses is inadequate in five provinces, requiring out-of-pocket copayments. Among middle-aged whites who self-reported not having glaucoma, cataracts, diabetes, or vision problems not corrected by lenses, utilization of eye care providers was 28.1% among those with financial difficulty versus 41.9% among those without ($p < 0.05$), giving a prevalence ratio 0.68 (95% CI 0.57–0.80) adjusted for age, sex and education.</p> <p>Conclusions Despite government assistance, low-income individuals use vision care services less often than wealthy individuals.</p>	<p>cataracte, de diabète ou de problèmes visuels non corrigés par des lunettes, le recours à des fournisseurs de soins oculaires était de 28,1 % chez ceux qui avaient des difficultés financières versus 41,9 % chez ceux qui n'en avaient pas. Ainsi, malgré l'aide gouvernementale, les personnes à faible revenu utilisent les services de soins visuels moins souvent que les personnes plus riches.</p>
24	Hsu (2010)	<p>Justine Hsu, <i>The relative efficiency of public and private service delivery</i>, World Health Report Background Paper, 39, 2010.</p>	<p>The literature on relative efficiency levels between private and public delivery of healthcare shows inconclusive evidence. This underscores that one cannot generalise which ownership model is best across countries or even within countries over time. Countries can, however, move towards its best practice by reducing waste and producing cost-effective interventions. The evidence-base needs to be expanded with routine measurement of inputs and outputs of systems to identify and quantify inefficiency, key causes and constraints, and possible interventions or structural changes to improve performance.</p> <p>The debate of private versus public seems anachronistic. Today the role of the private sector in the delivery of health services is undeniable and in Africa accounts for approximately 50% of healthcare provision. It is no longer a question of private versus public but rather, "what is the best and most efficient mix for the local context?"</p>	<p>Vu le peu de preuves concluantes sur les niveaux d'efficacité relatifs entre la prestation privée et publique des soins de santé, on ne peut affirmer qu'il existe un mode optimal d'organisation des systèmes de santé. Les pays peuvent toutefois évoluer vers de meilleures pratiques en améliorant leur efficacité de façon continue, notamment via une base d'informations élargie et des analyses appropriées.</p> <p>Le débat entre privé et public semble anachronique. Aujourd'hui, le rôle du secteur privé dans la prestation des services de santé est indéniable : il ne s'agit plus d'une question privée ou publique, mais plutôt de la meilleure combinaison dans le contexte local. L'analyse empirique, ainsi que les valeurs sociales et une gouvernance de qualité éclaireront les voies à suivre pour atteindre cet équilibre.</p>

			Empirics but also social values will inform the balance. Ultimately, reaching this balance in the health sector requires strong government stewardship to maximise the systems contribution to population health.	
25	Labrie (2015a)	Yanick Labrie, <i>L'autre système de santé: Quatre domaines où le secteur privé répond aux besoins des patients</i> , IEDM, Chapitre 2 du rapport de recherche, mars 2015, p. 19-26.	<p>Les pharmacies jouent un rôle important dans la prestation de services de santé au Canada qui passe souvent inaperçu.</p> <p>Bien qu'il opère dans un contexte caractérisé par un haut degré d'intervention gouvernementale, le secteur de la pharmacie s'appuie en grande partie sur des mécanismes de marché qui ont fait leur preuve : l'entrepreneuriat, la concurrence et la liberté de choix des consommateurs.</p> <p>Les pharmacies au Canada sont toutes des entreprises à but lucratif et à peu près personne ne s'en plaint. La raison en est fort simple : les pharmacies répondent efficacement et promptement aux besoins de la population. Cela n'est cependant pas le cas dans tous les pays. En effet, plusieurs pays d'Europe imposent aux pharmacies une réglementation excessive qui décourage la concurrence et pénalise grandement les consommateurs.</p> <p>Comme le montre ce chapitre, il y a des leçons particulièrement importantes à tirer de la Suède, où l'expérience d'un monopole public dans le secteur de la pharmacie pendant près de quatre décennies s'est avérée un échec retentissant.</p>	<p>L'auteur montre les effets de la libéralisation du secteur de la pharmacie en Suède, après des décennies de contrôle étatique.</p> <p>En effet, de 1971 à 2009, tout le secteur de la vente et de la distribution de médicaments en Suède a été maintenu sous l'emprise hermétique d'un monopole d'État. Ainsi, durant presque quatre décennies, la Suède a figuré parmi les pays où le nombre de pharmacies en proportion de la population était le plus faible au monde. Avant la libéralisation, on comptait à peine une succursale par 10 000 habitants, soit environ trois fois moins que dans la plupart des provinces canadiennes. Qui plus est, les succursales du monopole d'État affichaient des heures d'ouverture très restreintes pour les clients : de 10 h à 18 h du lundi au vendredi et de 10 h à 14 h le samedi. Aucune pharmacie n'était ouverte le dimanche et plusieurs fermaient même complètement durant l'été.</p> <p>Depuis la libéralisation du secteur, le nombre de pharmacies a grimpé en flèche, augmentant de 46 % de 2009 à 2013. En l'espace de seulement quatre ans, la croissance du nombre de pharmacies a été supérieure à celle observée au cours des trente années précédentes. En plus des centaines qui ont été privatisées, 374 nouvelles pharmacies privées ont fait leur entrée sur le marché. Quant à l'étendue des heures d'ouverture, on a constaté une hausse globale de celles-ci de 76 % après l'ouverture du secteur à la concurrence.</p> <p>Selon des chercheurs suédois, la libéralisation du secteur de la pharmacie aurait contribué à faire chuter le prix de vente de médicaments au détail de 19 % (par dose dispensée quotidiennement).</p>
26	Labrie (2015b)	Yanick Labrie, <i>L'autre système de santé: Quatre domaines où le secteur privé répond aux</i>	Au Canada, les soins dentaires relèvent essentiellement du secteur privé. Contrairement au système public de santé, les cliniques dentaires sont grandement accessibles et les	Le rapport montre que dans les pays où l'État finance une plus grande proportion des soins dentaires qu'au Canada, l'inégalité d'accès aux soins ne disparaît pas et plusieurs personnes admettent devoir reporter les visites chez le

		<p><i>besoins des patients</i>, IEDM, Chapitre 3 du rapport de recherche, mars 2015, p. 27-34.</p>	<p>temps d'attente pour consulter un dentiste sont minimales, voire inexistantes.</p> <p>Chaque année, trois Canadiens sur quatre visitent une clinique dentaire, l'un des plus forts taux des pays de l'OCDE. La vaste majorité des patients, soit 85 % de la population, affirment être satisfaits des services reçus. Les données les plus récentes indiquent en outre que la santé dentaire des Canadiens s'est grandement améliorée ces dernières décennies et qu'elle se compare avantageusement à celle d'autres populations de pays développés.</p> <p>Malgré ces réussites, les appels à une plus grande implication de l'État dans ce secteur d'activité se multiplient depuis quelques années. Déplorant les inégalités d'accès, plusieurs critiques laissent entendre que la situation s'améliorerait à ce chapitre si le Canada suivait l'exemple de pays qui accordent un rôle accru au secteur public dans le financement et la fourniture des soins dentaires.</p> <p>Or, si cette solution peut sembler attrayante à première vue, ce chapitre montre que des pays qui ont suivi cette voie sont aux prises avec des délais d'attente préoccupants, sans pour autant être parvenus à éliminer ni même à réduire significativement les inégalités d'accès aux services.</p>	<p>dentiste pour des raisons financières. C'est le cas du Royaume-Uni, où environ 20 % de la population vivrait une pareille situation selon des données d'enquête. Même si les services sont offerts gratuitement dans le système public, un tiers des Britanniques admettent opter pour une clinique privée en raison de l'incapacité d'avoir accès à un dentiste dans le réseau public.</p> <p>En outre, l'auteur souligne que la vaste majorité de ces pays connaissent des difficultés d'accès importantes, et cite les expériences de la Finlande et de l'Australie, deux pays fréquemment élevés au rang de modèles au Canada.</p> <p>En Finlande, malgré l'injection massive de fonds, le réseau public continue en effet d'être aux prises avec des ratés importants. Les temps d'attente pour obtenir des rendez-vous dans les cliniques publiques sont extrêmement longs. Selon une étude récente, à peine 25 % des Finlandais considèrent que les centres dentaires publics offrent un bon niveau de disponibilité dans la municipalité où ils habitent, contre 71 % dans les cliniques privées. Entre 2006 et 2012, plus de 13 000 personnes figuraient sur une liste d'attente depuis plus de six mois en vue d'obtenir des soins dentaires dans le réseau public.</p> <p>En Australie, les services dentaires y sont offerts à la fois dans des cliniques privées et dans des établissements publics. Environ cinq millions d'adultes sont admissibles à recevoir leurs soins dentaires dans le réseau public. À peine un peu plus de la moitié d'entre eux consultent chaque année un dentiste et dans la grande majorité des cas (74 %), ils optent pour une clinique privée en raison des politiques de rationnement du gouvernement. Malgré l'injection importante de fonds publics, les ressources consacrées au secteur semblent toujours insuffisantes pour résorber de façon significative le problème des longs délais d'attente dans le réseau public. Les visites annuelles chez le dentiste seraient 30 % moins élevées en Australie qu'au Canada.</p>
27	Labrie (2015c)	Yanick Labrie, <i>Le monopole public de la santé au banc des accusés: Les contestations judiciaires</i>	Le présent Cahier de recherche se penche sur les contestations judiciaires visant à changer les politiques en matière de soins de santé au Canada. Le premier chapitre fait un survol de l'historique entourant le jugement Chaoulli rendu il	Les changements législatifs ayant fait suite à l'arrêt Chaoulli autorisaient en principe les Québécois à souscrire une assurance privée duplicative pour un nombre limité de traitements médicaux et chirurgicaux, tels le remplacement de la hanche ou du genou, et l'extraction de la cataracte.

		<p><i>visant à changer les politiques de santé au Canada</i>, IEDM, chapitre 2 du rapport de recherche, novembre 2015, p. 15-23.</p>	<p>y a dix ans et des autres contestations du monopole public en santé. Le chapitre suivant dresse le bilan de la situation de l'accès aux soins au Québec depuis les réformes entreprises dans la foulée de l'arrêt Chaoulli. Enfin, le Cahier conclut en mettant quatre idées généralement entendues dans le débat sur la participation du secteur privé en santé à l'épreuve des faits.</p>	<p>En pratique cependant, aucun véritable marché pour ce type d'assurance ne s'est développé, le nombre de chirurgies admissibles demeurant trop peu élevé pour que de nouveaux produits d'assurance intéressants pour des individus et des employeurs apparaissent. Le maintien de l'interdiction de la pratique médicale mixte a également nui à l'émergence d'un tel marché d'assurance.</p> <p>La nouvelle loi autorisait aussi les hôpitaux publics à conclure des ententes de partenariat avec des cliniques de chirurgie privées pour le transfert d'un certain volume de chirurgies et de traitements. Trois ententes de ce type conclues au cours des dernières années ont permis d'améliorer significativement l'accès dans les hôpitaux publics concernés.</p> <p>Le nombre de centres médicaux spécialisés (CMS) demeure relativement faible dans le paysage hospitalier québécois. En mars 2015, on recensait 44 CMS au Québec, dont la plupart se spécialisent dans les chirurgies plastiques et esthétiques. Il s'agit d'une baisse importante par rapport à mars 2012, quand on en dénombrait 61.</p>
28	Labrie et Frappier (2016)	<p>Yanick Labrie et Julie Frappier, <i>L'industrie de la pharmacie communautaire au Québec : un modèle à renouveler – Enjeux, visions des acteurs et pistes de solutions</i>, Livre blanc soumis à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, septembre 2016, 100 p.</p>	<p>Ces dernières années, plusieurs décisions politiques, motivées principalement par une volonté de réduire les dépenses publiques, ont bouleversé l'industrie de la pharmacie au Québec. À cela, il faut ajouter la complexité du modèle de l'industrie, les nombreuses parties prenantes et leurs positions souvent divergentes. C'est dans ce contexte que l'AQPP s'est demandé si le modèle de la pharmacie communautaire devait être revu pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs du système de santé et des patients québécois.</p> <p>Notre mandat a consisté à décrire et à expliquer l'industrie de la pharmacie communautaire au Québec sous la forme d'un livre blanc. Plus spécifiquement, nous avons visé trois objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dresser le portrait de l'industrie de la pharmacie communautaire au Québec en consultant ses principaux acteurs, afin de mieux comprendre leurs rôles, leurs objectifs et leurs réalités; 	<p>L'importance du rôle du pharmacien dans notre système de santé est grandement reconnue par les participants que nous avons rencontrés, et plusieurs ont déploré le fait qu'on ne les utilise pas davantage. Même en tenant compte de la récente réforme autorisant les pharmaciens à offrir de nouveaux services professionnels, le Québec est en retard par rapport aux autres États. La littérature scientifique montre pourtant que l'élargissement du rôle des pharmaciens a le potentiel de procurer d'importants avantages, tant sur le plan de l'accès et de la qualité des soins aux patients qu'au chapitre des économies générées.</p> <p>Les auteurs ont pu constater lors de leur recherche que les dépenses en médicaments et en services pharmaceutiques ne sont pas en explosion au Québec, contrairement aux informations souvent véhiculées à cet égard. Les dépenses publiques de médicaments ont augmenté à un rythme annuel de 2,8 % ces dix dernières années, soit à un taux inférieur à la croissance économique et à pratiquement toutes les grandes catégories de dépenses de santé (médecins, hôpitaux et totales). En comparaison, les dépenses liées à la rémunération des médecins ont connu</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une description détaillée des principaux enjeux et défis que les acteurs de cette industrie doivent affronter, en saisir les implications et identifier des pistes de solutions appropriées; • Analyser sous l'angle économique les principaux enjeux soulevés, en s'appuyant sur une revue exhaustive de la littérature scientifique et les données empiriques les plus récentes, et partager nos constats. <p>Le livre blanc est séparé en deux grandes parties : les enjeux et solutions, d'une part, et le portrait des joueurs, d'autre part.</p> <p>Nous avons mené des entrevues semi-dirigées avec les principaux acteurs de l'industrie, provenant de différentes sphères d'activité (économique, opérationnelle, professionnelle et gouvernementale). Quatre-vingt-six (86) personnes ont été sollicitées pour participer à l'étude. De ce nombre, 60 ont accepté de nous rencontrer, pour un taux de réponse favorable de 70 %. Au total, 34 entrevues d'une durée approximative d'une heure se sont déroulées entre le 9 février et le 11 avril 2016. Une vingtaine de questions ont été posées aux participants ; elles étaient divisées en quatre blocs. Les propos des acteurs ont été enregistrés lorsque nous avons obtenu un consentement préalable (30 sur 34). Ils ont ensuite été retranscrits en verbatim pour l'analyse.</p> <p>Une fois les principaux enjeux identifiés, nous avons voulu connaître l'état de la situation au Québec, ailleurs au Canada et dans les autres pays développés de l'OCDE. Une revue de la documentation scientifique a ainsi été menée pour valider l'information recueillie lors des entrevues et y jeter un regard critique.</p>	<p>une croissance près de trois fois supérieure durant cette même période. L'augmentation des dépenses de médicaments et de services pharmaceutiques tient davantage au volume qu'au coût. En fait, le coût total par ordonnance a diminué de plus de 20 % depuis 2002 en termes réels, alors que le nombre d'ordonnances par assuré a plus que triplé durant cet intervalle. Les honoraires professionnels versés par le gouvernement aux pharmaciens pour les assurés de la RAMQ n'ont pas suivi l'évolution du secteur de la pharmacie et la transformation de la profession qui s'est complexifiée au fil du temps. L'analyse économique et les expériences récentes, ici comme ailleurs, nous amènent à exprimer de sérieux doutes quant à la capacité des gouvernements de dégager de réelles économies à partir de mesures de compression d'honoraires et de réglementation de prix. Les études qui se sont penchées sur l'évaluation de telles mesures montrent que ces doutes sont justifiés. Dans l'ensemble, les économies obtenues grâce à ces mesures sont au mieux modestes, et la plupart du temps obtenues au prix d'effets pervers importants. Les coûts sont généralement transférés à d'autres payeurs, notamment les patients, avec les conséquences néfastes sur l'équité et l'accès aux médicaments. Les décideurs, qui font les arbitrages au nom des assurés, doivent être conscients que des baisses artificielles de prix ou d'honoraires, qui ne s'obtiennent pas par des gains d'efficacité, se répercutent négativement sur l'accessibilité et la qualité des services rendus.</p>
--	--	---	---

29	Legge et collab. (2017)	Robin Legge, Niall C. Strang et Gunter Loffler, « Distribution of optometric practices relative to deprivation index in Scotland », <i>Journal of Public Health</i> , juillet 2017.	<p>Background The UK National Health Service aims to provide universal availability of healthcare, and eye-care availability was a primary driver in the development of the Scottish General Ophthalmic Services (GOS) model. Accordingly, a relatively equal distribution of optometry practices across socio-economic areas is required. We examined practice distribution relative to deprivation.</p> <p>Methods Six hundred seventy two practices were sampled from nine Health Boards within Scotland. Practices were assigned a deprivation ranking by referencing their postcode with the Scottish Index of Multiple Deprivation (SIMD) tool (Scottish Executive National Statistics: General Report. 2016).</p> <p>Results Averaged across Health Boards, the share of practices for the five deprivation quintiles was 25, 33, 18, 14 and 11% from most to least deprived area, respectively. Although there was some variation of relative practice distribution in individual Health Boards, 17 of the 45 regions (nine Health Boards, five quintiles) had a close balance between population and share of practices. There was no clear pattern of practice distribution as a function of deprivation rank. Analysis revealed good correlation between practice and population share for each Health Board, and for the combined data ($R^2 = 0.898$, $P < 0.01$).</p> <p>Conclusion Distribution of optometry practices is relatively balanced across socio-economic areas, suggesting that differences in eye-examination uptake across social strata are unrelated to service availability.</p>	<p>En 2006, le gouvernement écossais a introduit une réforme permettant à tous les citoyens d'obtenir un examen annuel complet de la vue dans une clinique privée d'optométrie, et ce, aux frais de l'État.</p> <p>Cette étude récente s'est penchée sur la répartition de l'offre de services optométriques en cliniques privées en Écosse, selon un indice de défavorisation par district.</p> <p>Les auteurs ont constaté, contrairement aux appréhensions initiales, qu'une proportion beaucoup plus grande de cliniques privées se trouvait dans les zones de milieux défavorisés que l'inverse. La politique atteindrait donc sa cible en matière d'équité de l'offre de services, selon les auteurs. Ils en attribuent la cause aux honoraires plus élevés, reliés aux conditions de marché, que le gouvernement verse aux optométristes qui effectuent ces examens en clinique.</p>
30	Lameire et collab. (1999)	Lameire N et collab. Healthcare systems — an international review: an overview. <i>Nephrol Dial Transplant</i> (1999) 14 [Suppl 6]: 3-9.	Based on the source of their funding, three main models of healthcare can be distinguished. The first is the Beveridge model, which is based on taxation and has many public providers. The second is the Bismarck 'mixed' model, funded by a premium-financed social insurance system and	Les trois principaux modes d'organisation des systèmes de santé sont (a) le modèle Beveridge, basé sur la fiscalité et qui compte de nombreux fournisseurs publics; (b) le modèle mixte de Bismarck, financé par un système d'assurance sociale payé par les primes et par un mélange de prestataires publics et privés; (c) le modèle américain

			<p>with a mixture of public and private providers. Finally, the 'Private Insurance model' is only in existence in the US. The present report explores the impact of these healthcare models on the access to, quality and cost of healthcare in selected European countries. Access is nearly 100% in countries with a public provider system, while in most of the 'mixed' countries, the difference from 100% is made up by supplementary private insurance. No differences are seen between public and mixed provider systems in terms of quality of care, despite the fact that the countries with the former model spend, in general, less of their Gross National Product on healthcare. The Private Insurance/private provider model of the US produces the highest costs, but is lowest in access and is close to lowest ranking in quality parameters.</p>	<p>d'assurance privée. L'accès est de près de 100 % dans les pays dotés d'un système pleinement public, tout comme dans la plupart des pays « mixtes », où la différence par rapport à 100 % est compensée par l'assurance privée complémentaire. Aucune différence n'est constatée entre les systèmes publics et mixtes quant à la qualité des soins, malgré le fait que les pays avec l'ancien modèle dépensent, en général, moins de leur produit national brut en soins de santé. Le modèle américain est le pire : le plus coûteux, celui ayant le plus faible accès et à peu de choses près les pires résultats.</p>
31	Lussier et Benigeri (2007)	J.P. Lussier et M. Benigeri, « L'organisation de la pratique dentaire au Québec: Résultats du sondage de l'ODQ de 2006 – première partie », <i>Journal de l'Ordre des dentistes du Québec</i> , vol. 44, septembre 2007, p. 385-388.	<p>L'objectif de ce sondage était de mesurer l'évolution de la pratique dentaire. Plusieurs domaines ont été couverts tels que l'organisation des cabinets, les traitements, l'accès aux services buccodentaires, les patients, etc.</p> <p>Comme en 2001, l'ensemble des membres inscrits au tableau de l'ODQ a reçu par la poste un exemplaire du questionnaire. Des 4200 exemplaires postés, 1257 ont été retournés, ce qui correspond à un taux de participation de 30 %. Sur les 1257 répondants, 1115 (90 %) avaient comme principale activité les services à la clientèle. Les analyses qui sont présentées dans le rapport et dans la revue ont été réalisées à partir de leurs réponses. La méthodologie complète de l'étude est disponible dans le rapport sur le sondage.</p>	<p>L'enquête a révélé que les temps d'attente pour les consultations chez les dentistes au Québec sont relativement courts pour les patients. Ainsi, pour un rendez-vous chez le dentiste, la majorité des patients (soit 63 %) affirmant attendre six jours ou moins au moment de l'enquête (2007).</p> <p>L'enquête a également mis en lumière une amélioration continue des instruments et équipements dans les cabinets de dentistes, tant en ce qui concerne les appareils de radiographie numérique que des équipements informatiques. En effet, le sondage a montré que les outils informatiques sont présents dans presque tous les cabinets avec un taux de pénétration de près de 90 % (2007).</p>
32	MacDonald et collab. (2015)	Mary Ellen MacDonald, Anne Beaudin et Carolina Pineda, « What Do Patients Think about Dental Services in Quebec? Analysis of a	<p>Background: Disparity exists between the public view of the "ideal" dentist and patient experiences of dental practice: dentists are expected to be altruistic and patient-centred, yet patient surveys suggest that the profession is overly motivated by profit.</p>	<p>Contexte : Il existe une disparité entre l'idée que le public se fait du dentiste « idéal » et les expériences vécues par les patients en cabinet dentaire : alors que les patients s'attendent à ce que les dentistes soient altruistes et axés sur les patients, des sondages réalisés auprès des patients laissent entendre que la profession serait trop motivée par</p>

		<p>Dentist Rating Website », <i>Journal of the Canadian Dental Association</i>, vol. 81, mars 2015.</p>	<p>Objective: To determine how the public views dental care in Quebec.</p> <p>Methods: A random sample of comments about Quebec dentists made in 2011 was extracted from the public website RateMDs.com. Dentist characteristics and patient comments were analyzed using descriptive statistics and qualitative deductive and inductive thematic analysis.</p> <p>Results: Eighty-six entries from a random sample of 47 of a possible 750 dentists were extracted and analyzed. Most dentists were men (66%) and worked in Montreal (51%). Patient comments were mainly positive (83%). Themes included overall impressions, communication and care, clinical competence, professionalism and office environment. Positive comments focused on patient-centred communication, in which the patient felt respected and involved in treatment planning; competence, seen as comprehensive, efficient and long-lasting treatment; and professionalism, which included ethical behaviour such as knowing professional limits. Negative comments focused on reticent communication styles that did not encourage patient input; incompetence, which included poor pain management and unnecessary treatment; and unprofessional conduct, such as lack of transparency in pricing.</p> <p>Conclusion: In contrast with the negative image of dentists reported from patient surveys, comments on one public website were primarily positive. Our findings reinforce the importance of patient-centred education and communication training for students and continuing education.</p>	<p>le profit.</p> <p>Objectif : Déterminer comment le public perçoit les soins dentaires au Québec.</p> <p>Méthodologie : Un échantillon aléatoire de commentaires formulés en 2011 au sujet des dentistes du Québec a été extrait du site Web public RateMDs.com. Les caractéristiques des dentistes et les commentaires des patients ont été analysés au moyen de statistiques descriptives et d'analyses thématiques qualitatives, deductives et inductives.</p> <p>Résultats : Quatre-vingt-six entrées provenant d'un échantillon aléatoire de 47 dentistes sur un nombre possible de 750 ont été extraites et analysées. La plupart des dentistes étaient des hommes (66 %) et travaillaient à Montréal (51 %). Les commentaires des patients ont été dans l'ensemble positifs (83 %). Parmi les thèmes abordés, mentionnons les impressions globales, la communication, les soins dispensés, les compétences cliniques, le professionnalisme et l'environnement de travail. Les commentaires positifs ont porté essentiellement sur les communications axées sur le patient, c'est-à-dire les communications où le patient se sent respecté et encouragé à participer à la planification du traitement. Ils ont aussi porté sur les compétences, évaluées par la prestation de traitements globaux, efficaces et durables, et sur le professionnalisme, incluant les comportements éthiques tels qu'admettre ses limites professionnelles. Les commentaires négatifs concernaient principalement les styles de communication qui n'encourageaient pas la participation des patients, l'incompétence liée à une mauvaise prise en charge de la douleur et à la prestation de traitements inutiles, ainsi que les conduites non professionnelles telles que l'absence de transparence dans l'établissement des honoraires.</p> <p>Conclusion : Contrairement à l'image négative des dentistes qui ressort des sondages auprès des patients, les commentaires formulés sur le site Web public examiné ont été essentiellement positifs. Nos observations viennent réitérer l'importance d'insister sur la communication axée sur les patients durant les programmes d'études et de formation continue en médecine dentaire.</p>
33	Milcent (2005)	Carine Milcent, « Hospital ownership, reimbursement systems	This paper analyses the effect of ownership and system of reimbursement on mortality rates. From the statistical results we could conclude that the	Le système de santé français offre une couverture universelle à ses citoyens ainsi que la liberté de choix parmi une diversité d'établissements de santé, qu'ils soient

		and mortality rates », <i>Health Economics</i> , vol. 14, 2005, p.1151-1168.	<p>incentive created by fee-for-service reimbursement yields a four-point reduction in the mortality rate. However, this ranking of hospital quality is completely dependent on the characteristics and illness severity of patients. To take this difficulty into account, we use an innovative duration model applied to panel data: a duration model with both patient and hospital unobserved heterogeneity. No distributional assumptions are made regarding the latter. By this way, we control the fact that patients admitted to the private sector can be different in terms of disease severity from patients admitted to the public sector.</p> <p>The capacity to perform innovative procedures has more effect on the mortality than the system of reimbursement and/or ownership. As such, private sector hospitals that perform more innovative procedures provide a better quality of care, measured by the probability of dying. Nevertheless, heterogeneity within hospitals is greater in for-profit hospitals than in other types of hospital. This suggests that, by choosing a for-profit hospital, patients have on average a lower instantaneous probability of dying but are less sure about the quality of the hospital.</p>	<p>publics ou privés, à but lucratif ou non. Le secteur privé est pleinement intégré au réseau public et s'est graduellement spécialisé dans le secteur de la chirurgie (55 % de l'ensemble des chirurgies, 70 % des chirurgies en ambulatoire).</p> <p>L'auteure compare la performance des hôpitaux en France et s'interroge à savoir si le type de propriété (public ou privé) et le type de financement des hôpitaux (par épisode de soins ou par budget global) ont un effet sur les risques de mortalité des patients opérés (une mesure de qualité de soins).</p> <p>L'analyse des données montre que le risque de décès des patients est significativement moindre au sein des cliniques privées qu'au sein des deux autres types d'établissements avec capacité d'hospitalisation (public et privé sans but lucratif). Le type de financement – selon l'épisode de soins – aurait un impact déterminant dans cet état de fait.</p>
34	Murakami et Hashimoto (2016)	Keiko Murakami et Hideki Hashimoto, « Wealth-related versus income-related inequalities in dental care use under universal public coverage: a panel data analysis of the Japanese Study of Aging and Retirement », <i>BMC Public Health</i> , vol. 16, n° 24, 2016.	<p>Background There is a substantial body of evidence of income-related inequalities in dental care use, attributed to the fact that dental care is often not covered by public health insurance. Wealth-related inequalities have also been shown to be greater than income-related inequalities. Japan is one of the exceptions, as the universal public health insurance system has covered dental care. The aim of this study was therefore to compare wealth and income-related inequalities in dental care use among middle-aged and older adults in Japan to infer the mechanisms of wealth-related inequalities in dental care use.</p> <p>Methods Data were derived from the Japanese Study of Aging and Retirement, a survey of community-dwelling middle-aged and older adults living in five</p>	<p>Les services de soins dentaires font partie de la couverture d'assurance universelle dans le système de santé japonais depuis 1961. Il existe un ticket modérateur à la charge du patient, représentant 30 % des coûts (depuis 2010) pour les patients de moins de 70 ans et 10 % pour ceux qui excèdent cet âge.</p> <p>Selon les données compilées par les auteurs, 47,9 % des Japonais avaient consulté un dentiste au cours de l'année d'enquête.</p> <p>Les auteurs ont constaté que les personnes plus riches (sur le plan du patrimoine) ont une probabilité plus grande de recourir à des services dentaires que les personnes moins bien nanties, et ce, même dans le cadre d'une couverture universelle. En revanche, ils n'ont pas vu d'inégalité d'accès basées sur les écarts de revenus entre groupes de citoyens. Selon les auteurs, il faudrait identifier</p>

			<p>municipalities in eastern Japan. Of the participants in the second wave conducted in 2009, we analyzed 2,581 residents. Dental care use was measured according to whether the participant had been seen by a dentist or a dental hygienist in the past year. The main explanatory variables were income and wealth (financial assets, real assets and total wealth). The need for dental care was measured using age, the use of dentures and chewing ability. The concentration indices for the distribution of actual and need-standardized dental care use were calculated.</p> <p>Results Among the respondents, 47.9 % had received dental care in the past year. The concentration index of actual dental care use (CI) showed a pro-rich inequality for both income and wealth. The CIs for all three wealth measures were larger than that for income. A broadly comparable pattern was seen after need-standardization (income: 0.020, financial assets: 0.035, real assets: 0.047, total wealth: 0.050).</p> <p>Conclusions The results showed that wealth-related inequalities in dental care use were greater than income-related inequalities in Japan, where most dental care is covered by the public health insurance system. This suggests that wealth-related inequalities in dental care use cannot be explained by economic budget constraints alone. Further studies should investigate the mechanisms of wealth-related inequalities in dental care use.</p>	<p>des facteurs autres que les contraintes budgétaires pour expliquer les écarts au chapitre de l'utilisation des services de dentisterie dans le secteur privé.</p>
35	Musgrove (1996)	Philip Musgrove. <i>Public and Private Roles in Health Theory and Financing Patterns</i> . HNP Discussion Paper, World Bank, 1996.	<p>The appropriate role of the state in health is complex both in economic theory and in practice. Theory identifies three reasons for state action: public goods or services with large externalities (involving efficiency); poverty (involving equity); and failings peculiar to insurance markets for health care (where both inefficiency and inequity arise). The insurance domain presents the most costly and difficult problems, and explains why — in contrast to other sectors — governments tend to finance an increasing share of health care as</p>	<p>Un des motifs fondamentaux d'action gouvernementale est la gestion des défaillances des marchés de l'assurance pour les soins de santé (où tant l'inefficacité que l'injustice apparaissent). Contrairement à d'autres secteurs, les gouvernements ont tendance à financer une part croissante des soins de santé à mesure que les revenus augmentent. La réglementation, les mandats et la fourniture d'informations relatifs à la santé sont également des instruments publics cruciaux; toutefois, la fourniture publique de soins est moins importante. À mesure que les revenus augmentent, les gouvernements financent une</p>

			<p>incomes rise. Regulation, mandates and provision of information are also crucial public instruments; public provision of care is less important. As income rises, governments finance an increasing share of health care, displacing out-of-pocket expenditure by either tax-financed care or social security contributions. Private voluntary insurance is rare in most countries.</p>	<p>part croissante des soins de santé, déplaçant ainsi les dépenses directes par des soins financés par l'impôt ou par des cotisations de sécurité sociale.</p>
36	Musgrove (1999)	<p>Philip Musgrove, « Public spending on health care: how are different criteria related? » Health Policy 47 (1999) 207–223.</p>	<p>At least nine different criteria are relevant for decisions about public spending for health care. These include economic efficiency criteria (public goods, externalities, catastrophic cost, and cost-effectiveness), ethical reasons (poverty, horizontal and vertical equity, and the rule of rescue), and political considerations (especially demands by the populace). Sometimes one criterion should be examined before another one is considered; that is, they are hierarchically related. Sometimes two criteria will not be compatible but will conflict, forcing difficult choices — particularly between efficiency and equity. Properly thought-out choices of which health care interventions to finance with public funds therefore depend not only on looking at all these criteria, but also on treating them in the appropriate sequence and taking account of their possible inconsistencies. Public funds should finance public and semi-public goods that are cost-effective and for which demand is inadequate; cost-effective interventions that preferentially benefit the poor; and catastrophically costly care, when contributory insurance will not work or there are good reasons to finance insurance publicly.</p>	<p>L'auteur identifie neuf critères pertinents pour les décisions concernant les dépenses publiques pour les soins de santé. Ceux-ci incluent les critères d'efficacité économique (biens publics, externalités, coût catastrophique et coût-efficacité), éthiques (pauvreté, équité horizontale et verticale et règle de sauvetage), et les considérations politiques (en particulier les demandes de la population). Parfois, un critère doit être examiné avant un autre – ils ont alors un lien hiérarchique. Parfois, deux critères ne seront pas compatibles, forçant à des choix difficiles, en particulier entre efficacité et équité. Les choix judicieux des interventions de santé à financer avec des fonds publics dépendent donc non seulement de l'examen de tous ces critères, mais aussi de leur traitement dans l'ordre approprié tout en tenant compte de leurs éventuelles incohérences. Les fonds publics doivent financer les biens publics et semi-publics qui sont rentables et pour lesquels la demande est insuffisante; des interventions rentables qui profitent préférentiellement aux pauvres; et des soins coûteux et catastrophiques, lorsque l'assurance contributive ne fonctionne pas ou qu'il y a de bonnes raisons de financer l'assurance publiquement.</p>
37	Orozco (2017)	<p>Tatiana Orozco <i>et collab.</i>, « Low back pain: current patterns of Canadian physiotherapy service delivery », <i>Physiotherapy Canada</i>, vol. 69, n° 1, 2017, p. 49-56.</p>	<p>Objectif : décrire les modèles actuels de prestation de services en physiothérapie en consultation externe au Canada auprès de patients adultes ayant des problèmes musculo-squelettiques. Méthodes : un total de 846 professionnels de la physiothérapie canadiens travaillant en consultation externe auprès de patients adultes ayant des problèmes musculo-squelettiques ont répondu à un sondage en ligne à propos de leur manière de traiter un patient souffrant de douleur</p>	<p>Cette étude récente s'est penchée sur les modèles de prestation de services de physiothérapie pour les patients souffrant de douleurs lombaires au Canada.</p> <p>Les résultats de l'étude montrent que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous semble nettement plus court dans le secteur privé que dans le secteur public au Canada et au Québec. À l'échelle du pays, des données d'enquête récente montrent que 92 % des patients peuvent obtenir un rendez-vous dans une clinique privée de physiothérapie</p>

			<p>lominaire. Après avoir lu une vignette clinique en ligne au sujet d'un patient fictif au régime d'assurance variable, les participants ont répondu à des questions sur la manière dont ils traiteraient le patient (ex. : temps d'attente, fréquence et durée des traitements, temps alloué à l'évaluation initiale et au traitement) ainsi que sur leur pratique actuelle (ex. : nombre de patients vus par jour) et sur leur cadre de travail. Résultats : les patients souffrant de douleur lominaire présentés dans la vignette clinique seraient normalement vus en deux semaines, particulièrement en pratique privée, et la plupart recevraient des soins de deux à trois fois par semaine pendant un à trois mois. Les évaluations initiales et les traitements subséquents dureraient entre 31 et 60 minutes. Les deux tiers des participants ont répondu qu'ils traitent entre 6 et 15 patients par jour dans leur cadre de travail actuel. Des différences sont notables entre les provinces et les territoires (le Québec a les temps d'attente les plus longs), les cadres de pratique (le temps d'attente est plus long dans le secteur public) et les régimes d'assurance (les patients couverts par une indemnisation des accidents du travail sont vus plus souvent). Conclusion : cette étude approfondit nos connaissances sur l'accessibilité des services externes de physiothérapie musculo-squelettique pour des patients souffrant de douleur lominaire au Canada et révèle des domaines d'amélioration potentiels.</p>	<p>dans un délai de moins de deux semaines; 25 % des patients peuvent obtenir un rendez-vous dans le réseau public dans un délai aussi court.</p> <p>L'attente serait cependant plus longue globalement (dans les secteurs public et privé confondus) au Québec que dans le reste du Canada.</p>
38	Parry (2005)	<p>Ian W. H. Parry, « Comparing the welfare effects of public and private health care subsidies in the United Kingdom », <i>Journal of Health Economics</i>, vol. 24, 2005, p. 1191-1209.</p>	<p>We use a calibrated analytical model to compare the welfare costs (gross of externalities) of increasing subsidies for public and private health care in the UK. The model incorporates wait costs for rationed public care, burdens that subsidies impose on the tax system, and distributional weights for different households. Welfare costs are significantly higher for expanding public health care over a range of parameter scenarios. Both policies reduce average wait times, but for public health care this is offset by new waiting costs incurred on extra treatments. And the burden on the tax system is much larger for expanding public</p>	<p>Cette étude, réalisée dans le contexte des problèmes d'attente du début des années 2000 en Grande-Bretagne, compare les effets de deux mesures hypothétiques de bonification des ressources en santé : un accroissement des dépenses publiques ou des subventions au secteur privé.</p> <p>Les divers scénarios envisagés montrent que les deux mesures sont susceptibles de réduire les délais d'attente moyens. Cependant, le chercheur montre que les subventions au secteur privé s'avèrent moins coûteuses pour un même résultat au chapitre du bien-être.</p>

			health care.	
39	Perreault et collab. (2014)	Kadija Perreault et collab., « Physiotherapy practice in the private sector: organizational characteristics and model », <i>BMC Health Services Research</i> , vol. 14, n° 362, 2014.	<p>Background Even if a large proportion of physiotherapists work in the private sector worldwide, very little is known of the organizations within which they practice. Such knowledge is important to help understand contexts of practice and how they influence the quality of services and patient outcomes. The purpose of this study was to: 1) describe characteristics of organizations where physiotherapists practice in the private sector, and 2) explore the existence of a taxonomy of organizational models.</p> <p>Methods This was a cross-sectional quantitative survey of 236 randomly-selected physiotherapists. Participants completed a purpose-designed questionnaire online or by telephone, covering organizational vision, resources, structures and practices. Organizational characteristics were analyzed descriptively, while organizational models were identified by multiple correspondence analyses.</p> <p>Results Most organizations were for-profit (93.2%), located in urban areas (91.5%), and within buildings containing multiple businesses/organizations (76.7%). The majority included multiple providers (89.8%) from diverse professions, mainly physiotherapy assistants (68.7%), massage therapists (67.3%) and osteopaths (50.2%). Four organizational models were identified: 1) solo practice, 2) middle-scale multiprovider, 3) large-scale multiprovider and 4) mixed.</p> <p>Conclusions The results of this study provide a detailed description of the organizations where physiotherapists practice, and highlight the importance of human resources in differentiating organizational models. Further research examining the influences of these organizational characteristics and models on outcomes such as physiotherapists' professional practices and patient outcomes are needed.</p>	<p>Même si une grande partie des physiothérapeutes travaillent dans le secteur privé dans le monde entier, on en sait très peu sur les organisations au sein desquelles ils exercent. Une telle connaissance est importante pour aider à comprendre les contextes de pratique et leur impact sur la qualité des services et sur l'état de santé des patients.</p> <p>Le but premier de cette étude était de décrire les caractéristiques des organisations où les physiothérapeutes exercent dans le secteur privé au Québec.</p> <p>L'enquête a été menée auprès de 236 physiothérapeutes québécois choisis aléatoirement. Les participants ont rempli, en ligne ou par téléphone, un questionnaire spécialement développé couvrant la vision organisationnelle, les ressources, les structures et les pratiques. Les caractéristiques organisationnelles ont été analysées de façon descriptive, tandis que les modèles organisationnels ont été identifiés par de multiples analyses de correspondance.</p> <p>La quasi-totalité des organisations étaient à but lucratif (93,2 %), situées dans les zones urbaines (91,5 %) et dans des bâtiments contenant plusieurs entreprises et organisations (76,7 %). La majorité comprenait plusieurs fournisseurs (89,8 %) de diverses professions, principalement des aides-physiothérapeutes (68,7 %), des massothérapeutes (67,3 %) et des ostéopathes (50,2 %).</p> <p>Quatre modèles organisationnels ont été identifiés : 1) pratique solo, 2) pratique multidisciplinaire de taille moyenne, 3) pratique multidisciplinaire à grande échelle et 4) pratique mixte (où le physiothérapeute œuvre au sein de plus d'une pratique).</p> <p>Les résultats de cette étude fournissent une description détaillée des organisations où les physiothérapeutes exercent dans le secteur privé au Québec et soulignent l'importance des ressources humaines dans la différenciation des modèles organisationnels.</p>

40	Propper (2018)	Carol Propper, « Competition in health care: lessons from the English experience », <i>Health Economics, Policy and Law</i> , à paraître 2018.	<p>The use of competition and the associated increase in choice in health care is a popular reform model, adopted by many governments across the world.</p> <p>Yet it is also a hotly contested model, with opponents seeing it, at best, as a diversion of energy or a luxury and, at worst, as leading to health care inequality and waste. This paper subjects the use of competition in health care to scrutiny. It begins by examining the theoretical case and then argues that only by looking at evidence can we understand what works and when. The body of the paper examines the evidence for England. For 25 years the United Kingdom has been subject to a series of policy changes which exogenously introduced and then downplayed the use of competition in health care. This makes England a very useful test bed. The paper presents the UK reforms and then discusses the evidence of their impact, examining changes in outcomes, including quality, productivity and the effect on the distribution of health care resources across socio-economic groups. The final section reflects on what can be learnt from these findings.</p>	<p>L'utilisation de la concurrence et l'augmentation qui y est associée quant aux choix dans les soins de santé sont un modèle de réforme populaire, adopté par de nombreux gouvernements à travers le monde. Pourtant, il s'agit également d'un modèle très contesté, les opposants le considérant, au mieux, comme un détournement d'énergie ou un luxe et, au pire, comme une source d'inégalité et de gaspillage en matière de santé.</p> <p>Cet article examine les preuves accumulées dans le cas de l'Angleterre disant que le choix et la concurrence apportent des avantages dans le domaine de la santé. Ces dernières décennies, plusieurs réformes ont été mises en œuvre et ont complètement transformé le système de santé de ce pays.</p> <p>Suivant une réforme du financement des hôpitaux (payment by results), une politique de libre choix a été instaurée dans le cadre de laquelle les patients disposaient de cinq choix d'hôpitaux, dont obligatoirement un du secteur privé (2004, 2008). En parallèle, des indicateurs de qualité ont été colligés et mis à la disposition du public pour faciliter leur choix et encourager la concurrence entre établissements de soins.</p> <p>En se basant sur plusieurs études, l'auteur montre que les récentes réformes ont atteint leurs objectifs d'améliorer l'accès aux soins, de même que l'efficacité et la qualité des services aux patients anglais. La littérature scientifique présente peu de preuves que les réformes ont nui à l'égalité d'accès aux soins, au contraire.</p>
41	Schmid et collab. (2010)	Achim Schmid <i>et collab.</i> , « Explaining health care system change: problem pressure and the emergence of "hybrid" health care systems », <i>Journal of Health Politics, Policy and Law</i> , vol. 35, n° 4, 2010, p. 455-486.	<p>In this article, we will further the explanation of the state's changing role in health care systems belonging to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). We build on our analysis of twenty-three OECD countries, which reveals broad trends regarding governments' role in financing, service provision, and regulation. In particular, we identified increasing similarities between the three system types we delineate as National Health Service (NHS), social health insurance, and private health insurance systems. We argue that the specific health care system type is an essential contributor</p>	<p>L'objectif de cette étude était d'expliquer les déterminants des changements qui s'opèrent dans les systèmes de santé des pays développés. Un groupe de 23 pays de l'OCDE a été analysé aux fins de cette étude.</p> <p>Il en ressort que, malgré les différences organisationnelles des différents pays, il semble se dessiner une tendance à la convergence en matière de réformes. Les auteurs soulignent que les pays ont emprunté chacun beaucoup des idées des autres, tant et si bien que leurs systèmes de santé peuvent désormais à peu près tous être qualifiés d'« hybrides » (soit une mixité public-privé).</p>

			<p>to these changes. We highlight that health care systems tend to feature specific, type-related deficiencies, which cannot be solved by routine mechanisms. As a consequence, non-system-specific elements and innovative policies are implemented, which leads to the emergence of “hybrid” systems and indicates a trend toward convergence, or increasing similarities. We elaborate this hypothesis in two steps. First, we describe system-specific deficits of each health care system type and provide an overview of major adaptive responses to these deficits. The adaptive responses can be considered as non-system-specific interventions that broaden the portfolio of regulatory policies. Second, we examine diagnosis-related groups (DRGs) as a common approach for financing hospitals efficiently, which are nevertheless shaped by type-specific deficiencies and reform requirements. In the United States’ private insurance system, DRGs are mainly used as a means of hierarchical cost control, while their implementation in the English NHS system is to increase productivity of hospital services. In the German social health insurance system, DRGs support competition as a means to control self-regulated providers. Thus, DRGs contribute to the hybridization of health care systems because they tend to strengthen coordination mechanisms that were less developed in the existing health care systems.</p>	<p>En prenant l'exemple du financement des établissements par activités (DRG, ou groupes homogènes de diagnostics), les auteurs notent que la quasi-majorité des pays ont adopté cette innovation, tout en l'adaptant au contexte de leur propre système de santé.</p>
42	Sekhri et collab. (2011)	Neelam Sekhri, Richard Feachem et Anglea Ni, « Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency », <i>Health Affairs</i> , vol. 30, n° 8, 2011, p. 1498-1507.	<p>Around the world, publicly owned and run health services face challenges. In poor countries in particular, health services are characterized by such problems as inadequate infrastructure and equipment, frequent shortages of medicines and supplies, and low quality of care. Increasingly, both developed and developing country governments are embracing public-private partnerships to harness private financing and expertise to achieve public policy goals. An innovative form of these partnerships is the public-private integrated partnership, which goes a step further than more common hospital building and maintenance arrangements, by combining</p>	<p>Cet article montre qu'il se crée de nos jours de plus en plus de partenariats dits « intégrés » entre des gouvernements et des organisations du secteur privé. Il ne s'agit plus uniquement de construire des établissements hospitaliers en partenariat public-privé, mais bien de gestion déléguée qui concerne en plus les services cliniques offerts à la population.</p> <p>Le partenaire privé est rémunéré selon les résultats atteints et doit rendre des comptes à l'égard d'une série d'indicateurs de performance déterminés dans le contrat avec le partenaire public. Le gouvernement transfère pour sa part le risque au groupe privé en ce qui concerne les retards de construction, les dépassements de coûts, la</p>

			<p>infrastructure renewal with delivery of clinical services. We describe the benefits and risks inherent in such integrated partnerships and present three case studies that demonstrate innovative design. We conclude that these partnerships have the potential to improve access, quality, and efficiency in health care. More such partnerships should be launched and rigorously evaluated, and their lessons should be widely shared to guide policy makers in the effective use of this model.</p>	<p>formation inadéquate du personnel, de même que pour la qualité des services qui ne correspondent pas aux normes établies dans l'entente liant les deux parties.</p> <p>Les auteurs présentent une série d'exemples de partenariats intégrés qui ont été couronnés de succès. L'un de ces cas porte sur l'expérience de Valence en Espagne. En 1997, le district d'Alzira a lancé le premier partenariat d'intégré, impliquant le gouvernement et un consortium privé, UTE-Ribera, responsable de l'offre de services de santé à l'ensemble de la population de la région (250 000 personnes). Le contrat, d'une durée initiale de 15 ans, comportait la gestion d'un hôpital universitaire (330 lits), un réseau régional de 46 cliniques médicales de première ligne et 4 centres hospitaliers.</p> <p>Les résultats du partenariat « intégré » ont été au rendez-vous. Le groupe est parvenu à éviter les files d'attente dans ses établissements, malgré un financement public inférieur de 25 % à celui des autres hôpitaux publics comparables des districts avoisinants. Le temps d'attente pour les rendez-vous en cliniques et chirurgies électives s'est avéré aussi plus court que dans les hôpitaux publics de la région. Ce genre d'entente impliquait que le groupe privé soit responsable du financement des services de toute la population du territoire desservi et tenu d'assumer 100 % des coûts des services reçus par les patients en dehors du district. Il s'agissait, selon les auteurs, d'un incitatif puissant à améliorer l'accès et la qualité des soins par le partenaire privé.</p>
43	Siciliani et collab. (2013)	Luigi Siciliani, Peter Sivey et Andrew Street, « Differences in length of stay for hip replacement between public hospitals, specialized treatment centres and private providers: selection or efficiency? », <i>Health Economics</i> , vol. 22, n° 2, 2013, p. 234-242.	We investigate differences in patients' length of stay between National Health Service (NHS) public hospitals, specialised public treatment centres and private treatment centres that provide elective (non-emergency) hip replacement to publicly funded patients. We find that the specialised public treatment centres and private treatment centres have, on average, respectively 18% and 40% shorter length of stay compared with NHS public hospitals, even after controlling for differences in age, gender, number and type of diagnoses, deprivation and regional variation. Therefore, we interpret such differences as because of efficiency as opposed to selection of	<p>Depuis le milieu des années 2000, le gouvernement anglais a encouragé la création de centres de traitements privés spécialisés dans les chirurgies électives. Le but premier de l'initiative était d'améliorer l'accès, bien que le gouvernement souhaitât par la même occasion améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources en santé.</p> <p>On présumait que des gains d'efficacité allaient découler de la mise en place de la réforme, par l'entremise de la spécialisation des centres de traitements privés et les économies d'échelle. De plus, ces centres privés, contrairement aux hôpitaux publics de grande taille, ne sont pas aux prises avec des impondérables qui les obligent souvent à reporter des chirurgies. Les risques de</p>

			<p>less complex patients. Quantile regression suggests that the proportional differences between different provider types are larger at the higher conditional quantiles of length of stay.</p>	<p>propagation de maladies infectieuses seraient également réduits dans ces centres privés.</p> <p>La présente étude a évalué les différences au chapitre de l'efficience entre les établissements publics (hôpitaux) et privés (centres de traitements privés) en Angleterre, mesurée par la durée de séjour.</p> <p>Après la prise en compte des caractéristiques de patients, les résultats de l'analyse ont montré que la durée de séjour dans les centres de traitements privés était 40 % inférieure, ce qui témoigne de la supériorité de ces centres sur le plan de l'efficience, selon les auteurs. Les écarts à l'avantage du secteur privé ne seraient pas dus à la sélection des cas moins complexes, contrairement à une idée souvent véhiculée.</p>
44	Strumpf et collab. (2017)	<p>Erin Strumpf <i>et collab.</i>, « The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups », <i>Journal of Health Economics</i>, vol. 55, 2017, p. 76-94.</p>	<p>We investigate the effects on health care costs and utilization of team-based primary care delivery: Quebec's Family Medicine Groups (FMGs). FMGs include extended hours, patient enrolment and multidisciplinary teams, but they maintain the same remuneration scheme (fee-for-service) as outside FMGs. In contrast to previous studies, we examine the impacts of organizational changes in primary care settings in the absence of changes to provider payment and outside integrated care systems. We built a panel of administrative data of the population of elderly and chronically ill patients, characterizing all individuals as FMG enrollees or not. Participation in FMGs is voluntary and we address potential selection bias by matching on GP propensity scores, using inverse probability of treatment weights at the patient level, and then estimating difference-in-differences models. We also use appropriate modelling strategies to account for the distributions of health care cost and utilization data. We find that FMGs significantly decrease patients' health care services utilization and costs in outpatient settings relative to patients not in FMGs. The number of primary care visits decreased by 11% per patient per year among FMG enrollees and specialist visits declined by 6%. The declines in costs were of roughly equal</p>	<p>Cette étude s'est penchée sur l'impact des groupes de médecine familiale (GMF) sur l'utilisation et les coûts des soins de première ligne au Québec. Les patients inscrits dans les GMF bénéficient d'heures de visites prolongées et peuvent miser sur l'expertise de professionnels multidisciplinaires. La rémunération des cliniciens se fait sur la même base (à l'acte) qu'en dehors des GMF, bien qu'une prime soit ajoutée pour la prise en charge de personnes âgées souffrant ou non de maladies chroniques.</p> <p>Les auteurs ont constaté que les GMF réduisent significativement l'utilisation et les coûts des services de santé des patients en consultation externe par rapport aux patients qui ne sont pas en GMF. Le nombre de visites de soins primaires a diminué de 11 % par patient et par an parmi les affiliés au GMF et les visites de spécialistes ont diminué de 6 %. Les baisses de coûts ont été d'ampleur à peu près égale.</p> <p>Les chercheurs n'ont cependant trouvé aucune preuve d'un effet sur les hospitalisations, leurs coûts associés ou les coûts des visites à l'urgence. Ces résultats appuient l'idée que les réformes organisationnelles des soins primaires peuvent avoir des répercussions sur le système de santé en l'absence de changements dans les mécanismes de paiement des médecins. La mesure dans laquelle la baisse des visites chez le médecin généraliste représente une substitution avec d'autres fournisseurs de soins primaires</p>

			<p>magnitude. We found no evidence of an effect on hospitalizations, their associated costs, or the costs of ED visits. These results provide support for the idea that primary care organizational reforms can have impacts on the health care system in the absence of changes to physician payment mechanisms. The extent to which the decline in GP visits represents substitution with other primary care providers warrants further investigation.</p>	<p>justifie, selon les auteurs, une enquête plus approfondie.</p>
45	Tavakol et collab. (2011)	<p>Parvin Tavakol <i>et collab.</i>, « Effects of outsourcing magnetic resonance examinations from a public university hospital to a private agent », <i>Acta Radiologica</i>, vol. 52, 2011, p. 81-85.</p>	<p>Background Sometimes the measures taken to make a radiology department more effective, such as prioritizing the workload and keeping equipment running for as many hours as staffing permits, are not enough. In such cases, outsourcing radiological examinations is a potential solution for reducing waiting times.</p> <p>Purpose To investigate differences in waiting time, quality and costs between magnetic resonance (MR) examinations performed in a university hospital and examinations outsourced to private service.</p> <p>Material and Methods We retrospectively selected a group of consecutive, outsourced MR examinations (n = 97) and a control group of in-house MR examinations, matched for type of examination. In each group there were referrals that had a specified preferred timeframe for completion. We measured the percentage of cases in which this timeframe was met and if it was not met, how many days exceeded the preferred time. In referrals without a specified preferred timeframe, we also calculated the waiting time. Quality standards were measured by the percentage of examinations that had to be re-done and re-assessed. Finally, we calculated the cumulative costs, taking into account the costs for re-doing and re-assessing examinations.</p> <p>Results There was no statistically significant difference between the groups, in either the number of examinations that were not performed within the</p>	<p>En Suède, des hôpitaux publics impartissent les examens radiologiques et leur interprétation à des entreprises privées dans le but d'accélérer l'accès pour les patients en attente. C'est notamment le cas du plus important hôpital universitaire de Stockholm, le Karolina Institute, où travaillent les chercheurs qui ont mené la présente étude.</p> <p>Les auteurs ont examiné les résultats de ces décisions d'impartition de l'hôpital des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sous trois angles : la rapidité d'accès, la qualité des examens et leur interprétation, ainsi que le rapport qualité-prix (coût).</p> <p>Les résultats de leur étude montrent que l'accès est plus rapide pour les patients vus dans des établissements privés (en sous-traitance) lorsqu'il n'y avait pas d'échéancier fixé par le médecin : un peu plus de 50 % plus rapide qu'à l'hôpital.</p> <p>Les auteurs ont également noté que les coûts associés à l'impartition au secteur privé (510,80 euros en moyenne) étaient 17 % moins élevés que lorsque les examens étaient réalisés au sein du département de radiologie de l'hôpital public (616,80 euros en moyenne).</p> <p>Ces écarts de coûts tiennent compte de la possibilité que les résultats des examens réalisés doivent être réévalués par un radiologiste de l'hôpital.</p> <p>Les auteurs concluent que le rapport qualité-prix pourrait être encore davantage amélioré en confiant un volume d'examens radiologiques à des firmes privées spécialisées, par le biais d'appels d'offres.</p>

			<p>preferred time or the number of days that exceeded the preferred timeframe. For referrals without a preferred timeframe, the waiting time was shorter for outsourced examinations than those not outsourced. There were no differences in the number of examinations that had to be re-done, but more examinations needed to be re-assessed in the outsourced group than in the in-house group. The calculated costs for outsourced examinations were lower than the costs for internally performed examinations.</p> <p>Conclusion Outsourcing magnetic resonance examinations may be an effective way of reducing a radiology department's workload. Ways in which to reduce the additional costs incurred for re-assessment of outsourced examinations must be investigated further.</p>	
46	Tiemann et Schreyögg (2012)	Oliver Tiemann et Jonas Schreyögg, « Changes in Hospital Efficiency after Privatization », <i>Health Care Management Science</i> , vol. 15, n° 4, 2012, p. 310-326.	<p>We investigated the effects of privatization on hospital efficiency in Germany. To do so, we obtained bootstrapped data envelopment analysis (DEA) efficiency scores in the first stage of our analysis and subsequently employed a difference-in-difference matching approach within a panel regression framework. Our findings show that conversions from public to private for-profit status were associated with an increase in efficiency of between 2.9 and 4.9%. We defined four alternative post-privatization periods and found that the increase in efficiency after a conversion to private for-profit status appeared to be permanent. We also observed an increase in efficiency for the first three years after hospitals were converted to private non-profit status, but our estimations suggest that this effect was rather transitory. Our findings also show that the efficiency gains after a conversion to private for-profit status were achieved through substantial decreases in staffing ratios in all analyzed staff categories with the exception of physicians and administrative staff. It was also striking that the efficiency gains of hospitals converted to for-profit status were significantly lower in the diagnosis-related groups (DRG) era than in the pre-DRG era. Altogether,</p>	<p>Depuis le début des années 1990, plusieurs hôpitaux publics allemands, en difficulté financière, ont été privatisés. Ainsi, le nombre d'hôpitaux privés à but lucratif a augmenté de 164 (44 %) entre 1995 et 2008.</p> <p>L'idée qui sous-tend le mouvement de privatisation est que la gestion privée serait plus efficace que la gestion publique, qui ne ferait pas face aux mêmes contraintes de rentabilité. Les auteurs ont voulu tester l'hypothèse que la privatisation des hôpitaux allemands avait mené à des gains d'efficience.</p> <p>Les résultats de l'étude montrent que les coûts ont diminué de 3 à 5 % pour un même niveau de service, après la privatisation des hôpitaux publics. Selon les données compilées par les chercheurs, la principale source de gains d'efficience provient de la diminution du recours à du personnel non clinicien au sein des établissements privés (un écart de 36 % par rapport aux hôpitaux publics de comparaison).</p>

			our results suggest that converting hospitals to private for-profit status may be an effective way to ensure the scarce resources in the hospital sector are used more efficiently.	
47	Weekes et collab. (2015)	William B. Weeks, Marie Jardin et Alain Paraponaris, « Characteristics and patterns of elective admission to for-profit and not-for-profit hospitals in France in 2009-2010 », <i>Social Science & Medicine</i> , vol. 133, 2015, p. 53-58.	In the mid 2000s, in an effort to increase competition among hospitals in France – and thereby reduce hospital care costs – policymakers implemented a prospective payment system and created incentives to promote use of for-profit hospitals. But such policies might incentivize "upcoding" to higher-reimbursed procedures or overuse of preference-sensitive elective procedures, either of which would offset anticipated cost savings. To explore either possibility, we examined the relative use and costs of admissions for ten common preference-sensitive elective surgical procedures to French not-for profit and for-profit sector hospitals in 2009 and 2010. For each admission type, we compared sector-specific hospitalization characteristics and mean per-admission reimbursement and sector-specific relative rates of lower – and higher – reimbursed procedures. We found that, despite having substantially fewer beds, for-profit hospitals captured a large portion of market for these procedures; further, for-profit admissions were shorter and less expensive, even after adjustment for patient demographics, hospital characteristics, and patterns of admission to different reimbursement categories. While French for-profit hospitals appear to provide more efficient care, we found coding inconsistencies across for-profit and not-for-profit hospitals that may suggest supplier-induced demand and upcoding in for-profit hospitals. Future work should examine sector-specific changes in relative use and billing practices of for elective surgeries, the degree to which these elective surgeries are justified in either sector, and whether outcomes differ according to sector used.	<p>La France dispose d'un système de santé universel dans le cadre duquel la livraison des soins médicaux et hospitaliers est mixte, publique et privée. Les citoyens français peuvent choisir l'établissement qu'ils préfèrent, publics ou privés, et les services sont couverts par l'assureur public.</p> <p>Les auteurs de la présente étude ont examiné les écarts au chapitre des coûts entre les établissements, selon le type de propriété.</p> <p>Les résultats montrent que les taux de remboursement pour les admissions dans les cliniques privées à but lucratif étaient significativement inférieurs pour l'ensemble des procédures électives examinées. En moyenne, les taux moyens de remboursement étaient de 13 % à 35 % inférieurs dans les établissements privés, comparativement aux taux observés dans les établissements publics et à but non lucratif, même après rajustements pour tenir compte des différences en ce qui concerne les caractéristiques des patients, et la complexité et lourdeur des cas.</p> <p>Les auteurs notent toutefois que le nombre de diagnostics était plus élevé, et la durée de séjour moyenne moins longue, au sein des établissements privés. Ils soulèvent l'hypothèse que ces entreprises aient pu ajouter des diagnostics pour compenser leurs plus faibles taux de remboursement versés par l'assureur public.</p>

48	Winblad et collab. (2017)	<p>Ulrika Winblad, Paula Blomqvist et Andreas Karlsson, « Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden », <i>BMC Health Services Research</i>, vol. 17, 2017.</p>	<p>Background: Swedish nursing home care has undergone a transformation, where the previous virtual public monopoly on providing such services has been replaced by a system of mixed provision. This has led to a rapidly growing share of private actors, the majority of which are large, for-profit firms. In the wake of this development, concerns have been voiced regarding the implications for care quality. In this article, we investigate the relationship between ownership and care quality in nursing homes for the elderly by comparing quality levels between public, for-profit, and non-profit nursing home care providers. We also look at a special category of for-profit providers; private equity companies.</p> <p>Methods: The source of data is a national survey conducted by the Swedish National Board of Health and Welfare in 2011 at 2710 nursing homes. Data from 14 quality indicators are analyzed, including structure and process measures such as staff levels, staff competence, resident participation, and screening for pressure ulcers, nutrition status, and risk of falling. The main statistical method employed is multiple OLS regression analysis. We differentiate in the analysis between structural and processual quality measures.</p> <p>Results: The results indicate that public nursing homes have higher quality than privately operated homes with regard to two structural quality measures: staffing levels and individual accommodation. Privately operated nursing homes, on the other hand, tend to score higher on process-based quality indicators such as medication review and screening for falls and malnutrition. No significant differences were found between different ownership categories of privately operated nursing homes.</p> <p>Conclusions: Ownership does appear to be related to quality outcomes in Swedish nursing home care, but the results are mixed and inconclusive. That staffing levels, which has been regarded as a key quality indicator in previous research, are higher in publicly operated homes than private is consistent with earlier findings. The</p>	<p>Les soins pour personnes âgées en établissements ont subi une transformation en Suède, où le précédent monopole public sur la fourniture de tels services a été remplacé par un système de prestation mixte. Cela a conduit à une augmentation rapide des acteurs privés, dont la plupart sont de grandes entreprises à but lucratif. À la suite de cette évolution, des préoccupations ont été exprimées concernant les implications pour la qualité des soins.</p> <p>Dans cet article, les auteurs examinent la relation entre la propriété et la qualité des soins dans les établissements de soins pour aînés en comparant les niveaux de qualité entre les fournisseurs publics et privés, avec et sans but lucratif.</p> <p>Les données de 14 indicateurs de qualité, portant sur 2710 établissements ont été analysées, y compris les mesures de structure et de processus telles que les effectifs, les compétences du personnel, la participation des résidents et le dépistage des problèmes de santé, l'état nutritionnel et le risque de chute.</p> <p>Les résultats ont indiqué que les maisons de retraite publiques sont de meilleure qualité que les maisons privées en ce qui concerne deux mesures de qualité structurelle : les niveaux de dotation en personnel et l'hébergement individuel. D'autre part, les maisons de retraite privées ont tendance à obtenir de meilleurs résultats sur la base d'indicateurs de qualité fondés sur les processus, tels que l'examen des médicaments et le dépistage des chutes et de la malnutrition. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les différentes catégories de propriété des maisons de retraite privées, avec ou sans but lucratif.</p> <p>Les niveaux de dotation en personnel sont plus élevés dans les foyers publics que dans les établissements privés, ce qui est conforme aux conclusions antérieures. Le fait que les maisons privées, y compris celles exploitées par des entreprises à but lucratif, aient une meilleure qualité processuelle est plus inattendu, compte tenu des recherches antérieures. Enfin, aucune différence de qualité significative n'a été constatée entre les entreprises privées, à but lucratif et non lucratif, ce qui indique que les motivations de rentabilité sont moins importantes pour</p>
----	---------------------------	--	--	--

			fact that privately operated homes, including those operated by for-profit companies, had higher processual quality is more unexpected, given previous research. Finally, no significant quality differences were found between private ownership types, i.e. for-profit, non-profit, and private equity companies, which indicates that profit motives are less important for determining quality in Swedish nursing home care than in other countries where similar studies have been carried out.	déterminer la qualité des soins en Suède que dans d'autres pays où des études similaires ont été réalisées.
49	Winslade et Tamblin (2017)	Nancy Winslade et Robyn Tamblin, « Determinants of community pharmacists' quality of care: a population-based cohort study using pharmacy administrative claims data », <i>BMJ Open</i> , vol. 7, n° 9, 2017.	Objective To determine if a prototype pharmacists' services evaluation programme that uses linked community pharmacy claims and health administrative data to measure pharmacists' performance can be used to identify characteristics of pharmacies providing higher quality of care. Design Population-based cohort study using community pharmacy claims from 1 November 2009 to 30 June 2010. Setting All community pharmacies in Quebec, Canada. Participants 1742 pharmacies dispensing 8,655,348 antihypertensive prescriptions to 760 700 patients. Primary outcome measure Patient adherence to antihypertensive medications. Predictors Pharmacy level: dispensing workload, volume of pharmacist-provided professional services (e.g., refusals to dispense, pharmacotherapy recommendations), pharmacy location, banner/chain, pharmacist overlap and within-pharmacy continuity of care. Patient level: sex, age, income, patient prescription cost, new/chronic therapy, single/multiple antihypertensive medications, single/multiple prescribers and single/multiple dispensing pharmacies. Dispensing level: prescription duration, time of day dispensed and antihypertensive class. Multivariate alternating logistic regression estimated predictors of the primary outcome, accounting for patient and pharmacy clustering. Results 9.2% of dispensings of antihypertensive medications were provided to non-adherent patients. Male sex, decreasing age,	Cette étude portant sur 1872 pharmacies québécoises (99 %) est la première à se pencher sur le lien entre les services professionnels offerts par les pharmaciens et l'adhésion des patients à leur thérapie médicamenteuse. Les données utilisées sont celles compilées par la RAMQ sur les réclamations pour la prise de médicaments antihypertenseurs par les assurés du régime public (de novembre 2009 à juillet 2010). Les résultats de l'étude ont montré que chaque hausse d'un service professionnel dispensé par un pharmacien en officine par tranche de 100 prescriptions a pour effet de réduire de 40 % les probabilités qu'un patient ne suive pas sa médication. Les services de conseils professionnels offerts aux patients constituent un excellent moyen d'améliorer la gestion de la médication, la continuité des soins et vraisemblablement les résultats de santé des patients. L'étude a également mis en lumière l'existence de différences notables entre les chaînes et bannières en ce qui a trait aux effets des services professionnels sur l'acceptation de la médication, sans que les auteurs puissent en préciser les causes.

			<p>new treatment, multiple prescribers and multiple dispensing pharmacies were risk factors for increased non-adherence. Pharmacies that provided more professional services were less likely to dispense to non-adherent hypertensive patients (OR: 0.60; 95% CI: 0.57_{SEP} to 0.62) as were those with better scores on the Within-Pharmacy Continuity of Care Index. Neither increased pharmacists' services for improving antihypertensive adherence per se nor increased pharmacist overlap impacted the odds of non-adherence. However, pharmacist overlap was strongly correlated with dispensing workload. There was significant unexplained variability among pharmacies belonging to different banners and chains. conclusions Pharmacy administrative claims data can be used to calculate pharmacy-level characteristics associated with improved quality of care. This study supports the importance of pharmacist's professional services and continuity of pharmacist's care.</p>	
50	Zhang et collab. (2011)	<p>Li Zhang <i>et collab.</i>, « Enhancing same-day access to magnetic resonance imaging », <i>Journal of the American College of Radiology</i>, vol. 8, 2011, p. 649-656.</p>	<p>Purpose The aim of this study was to provide better patient access to MRI within 24 hours through process improvement.</p> <p>Methods The MRI process in an academic radiology department was examined. Customer value was determined using a Kano questionnaire. Current state process and performance data were measured. Process time and process value mapping were conducted. Underlying root causes that hampered MRI process flow were identified and prioritized using a fishbone diagram and failure mode and effect analysis. Statistical analysis, queuing theory, and statistical process control were used to describe and understand process behaviors, to test hypotheses, to validate solutions, and to monitor results.</p> <p>Results Timely access to MRI examinations within 24 hours was identified as a key customer value. A total of 33 failure modes leading to process wastes, together with 113 potential failure causes,</p>	<p>L'Allemagne dispose d'un système de santé universel dans lequel œuvre une mixité d'établissements de soins hospitaliers, privés et publics.</p> <p>Les auteurs de la présente étude soulignent d'entrée de jeu que d'importants délais dans l'obtention d'examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) existent dans plusieurs pays (dont le Canada), sans qu'on en comprenne véritablement les causes. Selon eux, de nombreuses organisations ne mesurent pas les paramètres clés pour favoriser la prestation d'examens dans des délais opportuns pour les patients : la demande, la productivité des équipes de travail, l'efficacité des processus dans l'utilisation des ressources disponibles, etc. Il en résulte une sous-utilisation d'équipements très onéreux et de longs délais d'attente pour les patients.</p> <p>Les auteurs se sont intéressés à ces variables et aux moyens d'améliorer la rapidité d'accès des patients allemands en attente d'examens d'IRM à l'hôpital universitaire privé à but lucratif de Giessen et Marbourg en Allemagne, dont l'un des pavillons compte environ 1200 lits. Ils ont d'abord prélevé ces données pour</p>

			<p>were worked out, of which 14 failure modes were prioritized and dealt with. Having improved the process, patient access within 24 hours increased from 53% to >90%. The mean cycle time was reduced from 52 to 39 minutes. The monthly throughput increased by 38%. Scanner productivity was increased by 32%. Revenue and savings are estimated to be about €247,000 in the first year, after subtracting all costs.</p> <p>Conclusions Patient access to MRI within 24 hours has been granted for >90% of requests. Improved productivity and cost saving are achieved simultaneously.</p>	<p>s'apercevoir qu'il y avait matière à amélioration : alors que les appareils d'imagerie fonctionnaient 19 heures par jour du lundi au jeudi et 12 heures le vendredi, la proportion de patients (consistant à 45 % de patients hospitalisés et à 55 % de patients vus en ambulatoire) recevant leur examen d'IRM dans un délai de 24 heures s'élevait à seulement 53 %.</p> <p>À l'aide d'une stratégie inspirée de la méthode LEAN, ils ont reconfiguré les processus et permis d'optimiser l'utilisation des appareils et l'efficacité des équipes de travail. Les résultats de cette transformation ont été spectaculaires : le pourcentage de patients recevant un examen par IRM dans un délai de moins de 24 heures est passé à plus de 90 %. Il en a découlé d'importantes économies pour l'hôpital, par le biais de la réduction des durées de séjours des patients hospitalisés qui étaient en attente d'IRM.</p> <p>Les mécanismes en place en Allemagne fournissent des incitations aux hôpitaux pour réduire les temps d'attente. Ces incitations sont alignées avec les besoins et les préférences des patients : autant les hôpitaux que les patients en tirent des bénéfices.</p>
51	Zongo et collab. (2018)	Frank E. Zongo <i>et collab.</i> , « Association between community pharmacy loyalty and persistence and implementation of antipsychotic treatment among individuals with schizophrenia », <i>Research in Social and Administrative Pharmacy</i> , vol. 14, 2018, p. 53-61.	<p>Background Non-adherence is a major obstacle to optimal treatment of schizophrenia. Community pharmacists are in a key position to detect non-adherence and put in place interventions. Their role is likely to be more efficient when individuals are loyal to a single pharmacy.</p> <p>Objective To assess the association between the level of community pharmacy loyalty and persistence with and implementation of antipsychotic drug treatment among individuals with schizophrenia.</p> <p>Methods A cohort study using databases from the Quebec health insurance board (Canada) was conducted among new antipsychotic users insured by Quebec's public drug plan. Level of community pharmacy loyalty was assessed as the number of pharmacies visited in the year after antipsychotics initiation. Persistence was defined as having an</p>	<p>La non-observance est un obstacle majeur au traitement optimal de la schizophrénie. Les pharmaciens communautaires sont dans une position clé pour détecter la non-observance et mettre en place des interventions. Leur rôle est susceptible d'être plus efficace lorsque les individus sont fidèles à une seule pharmacie.</p> <p>L'objectif de cette étude était d'évaluer l'association entre le niveau de fidélité à la pharmacie communautaire et la persistance et la mise en œuvre d'un traitement antipsychotique chez les personnes atteintes de schizophrénie. L'étude a été réalisée à partir des bases de données sur les nouveaux utilisateurs d'antipsychotiques assurés par le régime public d'assurance-médicaments du Québec. Le niveau de fidélité des pharmacies communautaires a été évalué en fonction du nombre de pharmacies visitées dans l'année suivant l'adoption d'une thérapie aux antipsychotiques.</p> <p>Au total, 6251 personnes ont été incluses dans la cohorte à</p>

			<p>antipsychotic supply in the user's possession on the 730th day after its initiation and implementation as having antipsychotics in the user's possession for $\geq 80\%$ of the days in the second year after antipsychotics initiation (among persistent only). Generalized linear models were used to estimate adjusted prevalence ratios (aPR) and 95% confidence intervals (95%CI).</p> <p>Results Six thousand two hundred fifty-one individuals were included in the cohort and 54.1% had their drug prescriptions filled in >1 pharmacy. When compared to those who had their prescriptions filled in a single pharmacy, those who had their prescriptions filled in ≥ 4 different pharmacies were 22% more likely to be non-persistent (aPR = 1.22; 95%CI = 1.10–1.37) and 49% more likely to have an antipsychotic for <80% of the days (aPR = 1.49; 95%IC = 1.28–1.74).</p> <p>Conclusion This first exploration of community pharmacy loyalty in the context of severe mental illness indicates that this healthcare organisation factor might be associated with antipsychotics persistence and implementation. Identification of individuals with low community pharmacy loyalty and initiatives to optimize community pharmacy loyalty could contribute to enhanced persistence and implementation.</p>	<p>l'étude et les résultats ont montré que 54,1 % ont fait remplir leurs ordonnances de médicaments dans plus d'une pharmacie. Comparativement à celles dont les ordonnances ont été remplies dans une seule pharmacie, les personnes dont les ordonnances ont été remplies dans quatre pharmacies différentes étaient 22 % plus susceptibles d'être non persistantes dans la prise de médication.</p> <p>Cette première exploration de la fidélité aux pharmacies communautaires dans le contexte d'une maladie mentale grave indique que ce facteur d'organisation des soins de santé pourrait favoriser la persévérance dans un plan de traitement avec antipsychotiques. L'identification des personnes ayant une faible fidélité dans les pharmacies communautaires et des initiatives visant à optimiser cette fidélité pourraient contribuer à améliorer la persévérance dans les traitements et l'acceptation des thérapies médicamenteuses.</p>
--	--	--	---	--

Annexe 2 – Enquête auprès des entreprises

Liste des associations participantes

Organisation	Participant
Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP)	
Association des acupuncteurs du Québec (AAQ)	
Association des chiropraticiens du Québec (ACQ)	
Association des chirurgiens-dentistes du Québec (ACDQ)	
Association des podiatres du Québec (APQ)	√
Association des établissements privés conventionnés (AEPC)	
Association des cliniques médicales du Québec (ACMQ) (Plakett)	
Association des optométristes du Québec (AOQ)	
Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)	
Association des radiologistes du Québec (ARQ)	√
Association québécoise des orthophonistes et des audiologistes (AQOA)	
Association québécoise des pharmaciens-propriétaires (AQPP)	√
Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée (AQEPP)	√
Centres médicaux spécialisés (CMS)	
Corporation des services d'ambulance du Québec (CSAQ)	
Fédération des cliniques privées de physiothérapie (FCPP)	
Fédération des kinésiologues du Québec (FKQ)	
Ordre des psychologues du Québec (OPQ)	√
Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ)	
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)	
Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)	

Questionnaire d'enquête

À répondre via le lien Internet fourni par votre association

1) Quelle est votre sphère d'activité ? *

- Acupuncture
- Ambulance
- Audiologie-Orthophonie
- Chiropratique
- Dentisterie
- Ergothérapie
- Inhalothérapie
- Kinésiologie
- Médecine générale
- Médecine spécialisée (Précisez en commentaire)
- Nutrition
- Optométrie
- Pharmacie
- Podiatrie
- Psychologie
- Radiologie
- Autre (Précisez en commentaire) : _____

2) Quelle forme prend votre entreprise? *

- Professionnel seul
- Regroupement de professionnels de la même discipline
- Regroupement de professionnels multidisciplinaires
- Autre (Spécifiez en commentaire) : _____

3) Dans quelle région l'entreprise est-elle située? *

- Île de Montréal
- Rive-Nord ou Rive-Sud de Montréal
- Autre région métropolitaine
- Autre région du Québec

4) Combien d'employés (équivalent temps plein) votre entreprise compte-t-elle? *

[Nombre > 0] _____

5) Combien d'établissements votre entreprise compte-t-elle? *

[Nombre > 0] _____

6) Combien de patients ont recouru à vos services dans les 12 derniers mois? *

[Nombre > 0] _____ Pour votre sphère d'activité

[Nombre > 0] _____ Pour les autres services

7) En moyenne, un patient peut obtenir un rendez-vous... *

- Le jour même
- Le lendemain
- En 2 à 5 jours
- En 6 à 7 jours
- En 8 à 14 jours

- () En 15 à 30 jours
- () Après plus d'un mois

8) En moyenne, combien d'heures votre entreprise est-elle ouverte pour les patients? *

[Nombre > 0] _____ La semaine (lundi au vendredi)

[Nombre > 0] _____ La fin de semaine (samedi et dimanche)

9) Offrez-vous les outils technologiques suivants à vos patients? *

[] Consultation de leur dossier médical en ligne

[] Prise de rendez-vous en ligne

[] Autre (Veuillez préciser) : _____ *

[] Aucun de ces outils n'est offert

10) Pour la dernière année fiscale, quels ont été les revenus de votre entreprise liés à l'accueil et aux soins des patients?

0 _____ [réponse, aux 100 000 \$ près] _____

20 000 000 \$

11) Quelle est la répartition de vos revenus annuels en fonction des sources suivantes?

[%] _____ Directement des patients (dépenses personnelles)

[%] _____ Assurance privée des patients

[%] _____ Assurance publique (RAMQ)

[%] _____ Autre(s) source(s)

12) Quelle est la répartition de vos revenus annuels en fonction des activités suivantes?

[%] _____ Prévention et dépistage

[%] _____ Soins curatifs et de réhabilitation

[%] _____ Autre(s) activité(s)

13) Pour la dernière année fiscale, quelle a été la masse salariale totale de votre entreprise, tous types d'employés confondus?

0 _____ [réponse, aux 100 000 \$ près] _____

15 000 000 \$

Merci!

Merci d'avoir répondu à cette enquête. Votre collaboration nous est précieuse.

Résultats complets de l'enquête

Tableau A2.
Caractéristiques des répondants

	N	%
Nombre complétés	194	100%
Activité*		
Pharmacie	143	74%
Podiatrie	26	13%
Kinésiologie	6	3%
Ergothérapie	4	2%
Radiologie	15	8%
Forme d'entreprise		
Professionnel seul	54	28%
Regroupement de professionnels de la même discipline	112	58%
Regroupement de professionnels multidisciplinaires	20	10%
Autre forme d'entreprise	8	4%
Région		
Île de Montréal	37	19%
Rive-nord ou rive-sud de Montréal	60	31%
Autre région métropolitaine	19	10%
Autre région du Québec	78	40%

Note * : Les catégories sous Pharmacies sont regroupées ci-après en « Autres prestataires de soins ».

Tableau A3.
Emplois, établissements et patients

	Pharmacies	Autres prestataires de soins
Emplois ÉTP par entreprise, n		
Total	3 964	1 138
Moyenne	27,7	22,3
Médiane	20,0	4,0
N	143	51
IC bas, 95 %	21,4	8,9
IC haut, 95 %	34,0	35,7
Établissements, n		
Total	193	115
Moyenne	1,3	2,3
Médiane	1,0	1,0
N	143	51
IC bas, 95 %	1,1	1,3
IC haut, 95 %	1,6	3,2
Patients / établissement		
Moyenne	20 520	10 328
Médiane	5 200	3 000
N	143	50
IC bas, 95 %	13 579	5 782
IC haut, 95 %	27 461	14 873
Patients / employé-établissement		
Moyenne	1 039	1 065
Médiane	303	598
N	142	50
IC bas, 95 %	720	557
IC haut, 95 %	1 358	1 574

Note : IC = intervalle de confiance à 95 % autour de la moyenne.

Tableau A4.
Heures d'ouverture et outils technologiques

	Pharmacies	Autres prestataires de soins
Heures d'ouverture sur semaine		
Moyenne	57,2	40,5
Médiane	60,0	40,0
N	143	51
IC bas, 95 %	55,1	36,1
IC haut, 95 %	59,2	45,0
Heures d'ouverture en fin de semaine		
Moyenne	16,2	5,4
Médiane	16,0	0,0
N	135	42
IC bas, 95 %	14,7	2,9
IC haut, 95 %	17,7	7,8
Outils technologiques		
Consultation du dossier médical en ligne	80%	2%
Prise de rendez-vous en ligne	50%	31%
Autres outils technologiques	26%	10%
Aucun outil	15%	63%

Tableau A5.
Délai pour obtenir un rendez-vous

	Pharmacies	Autres prestataires de soins
Délai pour obtenir un rendez-vous		
Le jour même	96,5%	7,8%
Le lendemain	1,4%	9,8%
En 2 à 5 jours	2,1%	43,1%
En 6 à 7 jours	0,0%	13,7%
En 8 à 14 jours	0,0%	13,7%
En 15 à 30 jours	0,0%	9,8%
Après plus d'un mois	0,0%	2,0%
Délai moyen, jours*		
Moyenne	0,6	7,0
Médiane	0,5	3,5
N	143	51
IC bas, 95 %	0,5	4,9
IC haut, 95 %	0,6	9,2

Note * : Le jour même = 1/2 jour. Plus d'un mois = 40 jours.

Tableau A6.
Revenus liés à l'accueil et aux soins des patients

	Pharmacies	Autres prestataires de soins
Revenus - Accueil et soins des patients		
Moyenne	5 632 374 \$	3 550 667 \$
Médiane	4 200 000 \$	1 500 000 \$
N	139	45
IC bas, 95 %	4 463 939 \$	1 417 857 \$
IC haut, 95 %	6 800 809 \$	5 683 476 \$
Revenus / établissement - Accueil et soins des patients		
Moyenne	4 302 339 \$	1 457 143 \$
Médiane	3 550 000 \$	900 000 \$
N	138	45
IC bas, 95 %	3 766 269 \$	982 910 \$
IC haut, 95 %	4 838 409 \$	1 931 376 \$
Sources de revenus - Accueil et soins des patients		
Dépense directe des patients	9,2%	25,2%
Assurance privée des patients	25,8%	13,6%
Assurance publique (RAMQ)	52,0%	56,3%
Autre(s) source(s)	11,6%	4,8%
Proportions préventif-curatif*		
Prévention et dépistage	15,2%	52,8%
Soins curatifs et de réhabilitation	70,9%	41,7%
Autre(s) activité(s)	13,9%	5,4%

Note * : Résultat pondéré par les revenus.

Tableau A7.
Masse salariale des entreprises et salaire moyen

	Pharmacies	Autres prestataires de soins
Masse salariale		
Moyenne	1 463 070 \$	1 385 000 \$
Médiane	1 000 000 \$	300 000 \$
N	128	44
IC bas, 95 %	1 156 162 \$	499 188 \$
IC haut, 95 %	1 769 979 \$	2 270 812 \$
Salaire moyen par employé		
Moyenne	65 006 \$	84 095 \$
Médiane	46 667 \$	50 000 \$
N	127	44
IC bas, 95 %	53 565 \$	58 156 \$
IC haut, 95 %	76 446 \$	110 034 \$

