



ÉLARGISSEMENT DU PANIER DE SERVICES EN SANTÉ : POUR LA SANTÉ ET POUR LE PORTE-FEUILLE DES QUÉBÉCOIS



Rédigé dans le cadre de la Journée d'Action politique 2020
Fédération médicale étudiante du Québec

*Mémoire rédigé dans le cadre de la Journée d'action politique 2020 de la Fédération médicale étudiante
du Québec*

Publié le 23 février 2020
Fédération médicale étudiante du Québec
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510
Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : politique@fmeq.ca

Sous la direction de

Camille Lebel, secrétaire générale, Fédération médicale étudiante du Québec

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Rédigé par

Vanessa Bisson-Gervais, étudiante en médecine, Université McGill

Janick Caron-L'Ecuyer, responsable aux affaires externes, Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal – campus Trois-Rivières

Anne-Élisabeth Chartier, responsable des communications, Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal

Samuel Dufort, responsable aux affaires externes, Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal

Élise Girouard-Chantal, responsable du GAAC, McGill Medical Students' Society

Sarah Khalil, étudiante en médecine, Université McGill

Julien Lépine, étudiant en médecine, Université de Montréal – campus Trois-Rivières

Hanene Mankour, déléguée aux affaires externes, Fédération médicale étudiante du Québec

Émilie Parent, déléguée aux affaires internes, Fédération médicale étudiante du Québec

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Hind Sadiqi, étudiante en médecine, Université Laval

Jean-François Tourigny, étudiant en médecine, Université de Montréal

Révision et mise en page

Francine Auger, adjointe à l'exécutif, Fédération médicale étudiante du Québec

Jimmy Chau, délégué aux communications, Fédération médicale étudiante du Québec

Camille Lebel, secrétaire générale, Fédération médicale étudiante du Québec

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Remerciements

Dr Denis Roy, vice-président, Science et gouvernance clinique, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
ASSURANCE-MÉDICAMENTS UNIVERSELLE.....	8
L'assurance-médicaments au Québec	8
Avantages économiques	9
Avantages sociaux	10
Accès aux soins et services pharmaceutiques	10
La solution : une assurance-médicaments publique universelle.....	11
PSYCHOTHÉRAPIE	12
Définition et législation	12
Portrait de la santé mentale des Québécois.....	12
Impact des troubles de santé mentale.....	12
Bénéfices de la psychothérapie et état de la couverture actuelle.....	13
SOINS BUCCODENTAIRES	15
État actuel de la couverture publique et privée	15
Impacts d'une mauvaise santé buccodentaire.....	17
Avantages sur la santé d'une couverture des soins dentaires	19
Coûts et bénéfices d'une telle couverture.....	20
SOINS OCULAIRES	21
État actuel de la couverture publique et privée	21
Impacts d'un trouble de vision.....	22
Avantages d'une couverture des soins oculaires.....	23
Coûts et bénéfices d'une telle couverture.....	24
RÉADAPTATION (PHYSIOTHÉRAPIE ET ERGOTHÉRAPIE)	26
État actuel de la couverture publique et privée	26
Impacts de la perte d'autonomie.....	29
Avantages d'une couverture des soins en ergothérapie et physiothérapie	29
Coûts et bénéfices d'une telle couverture.....	30
NUTRITION.....	31
État actuel de la couverture publique et privée	31
Impacts des troubles nutritionnels	32
Avantages d'une couverture des services de nutrition	33
Coûts et bénéfices d'une telle couverture.....	33
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE	37

PRÉSENTATION DE LA FMEQ ET D'IFMSA-QUÉBEC

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et six campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académiques, sociaux, politiques et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la valorisation de la médecine familiale, la santé environnementale, la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, le don d'organe et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les six campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

INTRODUCTION

Depuis la création d'une couverture publique d'assurance-hospitalisation en 1960, l'État québécois a augmenté progressivement sa couverture des soins de santé. L'instauration de l'assurance-maladie en 1970, couvrant une grande partie des soins médicaux nécessaires, a été un grand pas vers un objectif d'équité en matière de soins de santé. En 1997, la création de l'assurance-médicaments permettait aux gens n'ayant pas d'assurance privée de voir une certaine partie de leurs coûts en médicaments remboursée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Suivant ce dernier jalon, peu de services ont été ajoutés à la couverture de santé offerte par le gouvernement. L'assurance-médicaments offerte par la RAMQ est loin d'être parfaite et n'est pas universelle. Des services publics ont été ajoutés en psychothérapie, mais dans un contexte bien précis avec de nombreuses contraintes qui rendent son accès difficile. Les soins dentaires et visuels sont remboursés dans quelques circonstances, laissant parfois de nombreux citoyens négliger ces aspects de leur santé par incapacité de payer les services requis. Les services d'ergothérapie, de physiothérapie et de nutrition sont accessibles pour les patients hospitalisés, mais il est extrêmement difficile d'avoir accès aux mêmes services pour les patients à domicile.

Le manque de ressources publiques dans ces nombreux services a de nombreux impacts sur la santé globale de la population québécoise. Le développement de nos tout-petits s'en retrouve parfois compromis, de même que l'autonomie de nos aînés qui ne souhaitent que demeurer à domicile le plus longtemps possible. Des troubles de vision ou de mobilité ont des impacts économiques significatifs en réduisant la productivité de la main-d'œuvre. Des problèmes dentaires ou nutritionnels peuvent conduire à des impacts importants sur la santé globale des patients qui coûtent ensuite cher au système de santé, sans compter les impacts significatifs qu'ils ont sur la vie des personnes atteintes.

C'est dans ce contexte que la FMEQ souhaite analyser les bénéfices à instaurer ou à améliorer pour la couverture gouvernementale dans ces domaines paramédicaux. Nous avons également tenté de chiffrer le coût de ces mesures et de les comparer aux nombreux bénéfices économiques et sociaux escomptés, considérant les dépenses évitées en mettant de l'avant la prévention des maladies.

Les médecins ont certes une part importante à jouer pour soigner la population québécoise, mais ces soins pourraient être bonifiés encore davantage en maximisant le travail d'équipe avec nos collègues des autres professions de la santé. Il n'en tient qu'au gouvernement à nous aider en améliorant l'accès public à l'ensemble de ces professionnels dédiés à améliorer la santé de notre population.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS UNIVERSELLE

En février 2018, la FMEQ se positionnait en faveur d'un régime public et universel d'assurance-médicaments. Elle recommandait alors au gouvernement du Québec la mise en place d'un tel régime, ainsi que l'abolition des règlements obligeant à souscrire à une assurance-médicaments privée lorsque celle-ci est offerte par un employeur ou un syndicat. Depuis, de nombreux acteurs se sont positionnés en faveur d'une assurance-médicaments publique et universelle, ajoutant leurs voix à celles de plusieurs associations et organismes communautaires en ayant déjà fait la demande par le passé. Parallèlement, le gouvernement fédéral a continué de manifester son intention d'offrir une assurance-médicaments à l'ensemble de la population canadienne. Les coûts d'un tel programme ont été évalués par le directeur parlementaire du budget, qui publiait un rapport à ce sujet en 2017. En juin dernier, le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments publiait son rapport final, dans lequel il recommande la mise en place d'un régime pancanadien universel à payeur unique, semblable au régime d'assurance-maladie (Hoskins, 2019). À la lumière de ces nouveaux développements, une mise à jour des positions de la FMEQ quant à l'assurance-médicaments a été effectuée.

L'assurance-médicaments au Québec

Le modèle d'assurance-médicaments actuellement en place au Québec est un modèle mixte, à la fois public et privé. Il est issu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A-29.01) adoptée en 1997. Celle-ci oblige d'une part les employeurs offrant des régimes d'assurance collective à y inclure une assurance-médicaments à laquelle les travailleurs sont obligés de souscrire, le cas échéant. Ces régimes privés couvrent généralement tous les membres d'une même famille et ils doivent atteindre ou dépasser la couverture offerte par le régime public. Les résidents n'ayant pas accès à une telle assurance sont obligés de souscrire au régime public. Celui-ci est administré par la RAMQ et il couvre notamment les personnes âgées de 65 ans et plus, les prestataires de l'aide sociale et les travailleurs autonomes. Peu importe le régime auquel ils souscrivent, les participants doivent généralement payer une prime annuelle, une franchise (annuelle ou mensuelle) et une coassurance. La plupart des régimes prévoient une contribution maximale annuelle, à partir de laquelle les coûts excédentaires en médicaments deviennent entièrement à la charge de l'assureur. Pour le régime public seulement, chacun de ces montants est modulé en fonction du revenu.

Québec est la seule province canadienne dotée d'une assurance médicaments universelle. Si la loi assure un accès à l'assurance-médicaments pour tous les Québécois, le problème d'accès aux médicaments, lui, persiste : en effet, un ménage québécois sur cinq ne prendrait pas ses médicaments prescrits correctement en raison du coût associé (Angus Reid Institute 2015). Le modèle hybride actuel n'offre donc pas de garantie d'accès à la pharmacothérapie. De plus, avec la mosaïque de régimes d'assurance-médicaments actuellement offerts, il existe une grande variabilité dans le coût que doivent assumer les contribuables en primes d'assurances et en honoraires professionnels. Cela pose un problème d'équité, d'autant plus que les Québécois sont contraints de souscrire au régime d'assurance privé proposé, ce dernier n'étant pas nécessairement le plus avantageux pour eux.

Avantages économiques

Selon les projections du directeur parlementaire du budget, l'instauration d'un régime public d'assurance-médicaments par le gouvernement fédéral permettrait de générer des économies importantes, notamment en augmentant le pouvoir de négociation de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP). Pour le Québec seulement, on estime qu'une assurance publique universelle permettrait des économies annuelles qui se situent entre 811 millions (Directeur parlementaire du budget, 2017) et 3,8 milliards de dollars (Gagnon et al., 2017).

Les patients qui ne prennent pas les médicaments prescrits en raison d'obstacles liés à leur coût risquent davantage de présenter des complications associées à leurs problèmes de santé, dont les coûts seront assumés par l'État lors de visites à l'urgence et d'hospitalisation. En diminuant les barrières financières à l'obtention des médicaments prescrits, une assurance-médicaments publique et universelle favoriserait l'observance à la thérapie médicamenteuse et réduirait le fardeau financier associé à la maladie.

Parmi les autres économies pouvant découler d'une assurance-médicaments entièrement publique, on note des coûts globaux d'administration plus faibles (1,7 % des dépenses au public contre 5,7 % au privé) ainsi que des économies associées à une plus grande utilisation des médicaments inscrits à la liste provinciale des médicaments, ce qui limiterait les dépenses pour des médicaments dont le rapport coût-efficacité est défavorable. Les évaluations pharmaco-économiques réalisées par l'INESSS pourraient ainsi bénéficier à l'ensemble de la population, ce qui optimiserait globalement les investissements effectués en santé et diminuerait l'ingérence des compagnies d'assurance privée dans les choix thérapeutiques offerts aux patients.

En levant certaines barrières financières à l'accès aux médicaments, une assurance-médicaments entièrement publique entraînerait vraisemblablement une hausse de la consommation de médicaments d'ordonnance, et par le fait même, une hausse des coûts. Toutefois, on estime que cette augmentation des coûts serait inférieure aux économies qui seraient générées par les mécanismes mentionnés précédemment. Ainsi, comme le suggère l'analyse publiée par le directeur parlementaire du budget en 2017, l'idée selon laquelle l'implantation d'une assurance-médicaments publique universelle n'est pas viable économiquement semble erronée.

Dans un rapport publié par le Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, on suggère qu'un régime d'assurance-médicaments entièrement public et qu'une diminution du prix des médicaments via un système d'achats centralisés feraient fuir les entreprises pharmaceutiques établies au Québec, ce qui résulterait en pertes d'emplois et de revenus (Montmarquette, 2014). Or, les mesures visant à supporter l'industrie pharmaceutique mises en place par Québec au cours des dernières années sont loin d'avoir eu l'impact économique espéré. Malgré la règle des 15 ans (qui permettait de rembourser les médicaments de marque à plein prix après l'échéance des brevets) et des subventions multiples, près de la moitié des emplois du secteur biopharmaceutique au Québec ont été supprimés entre 2003 et 2012. Les dépenses gouvernementales visant à attirer les investissements pharmaceutiques en 2010 ont aussi largement dépassé les montants que ces dernières ont investis en recherche et en développement au Québec. Enfin, le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés du Canada (CEPMB) soutient qu'un système où les médicaments sont acquis à prix élevés n'a pas d'impact pour attirer l'investissement

pharmaceutique (Gagnon et al., 2017). En fin de compte, puisque les ventes canadiennes ne représentent que 2 % des profits de l'industrie pharmaceutique au niveau international, on peut penser que l'impact économique d'une assurance publique au Québec ou au Canada serait probablement minime pour ces entreprises (Schweitzer, 2017).

Avantages sociaux

La couverture médicale en vigueur au Québec s'appuie sur les principes d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité évoqués dans la *Loi canadienne sur la santé*, en vertu de laquelle les services médicalement nécessaires sont gratuits. Au cours des dernières décennies, l'évolution des connaissances médicales et la mise en marché de nouvelles molécules ont fait en sorte que le médicament constitue souvent le traitement médical de première intention, et il devient de plus en plus difficile de défendre une position selon laquelle les médicaments d'ordonnance ne font pas partie des soins de santé essentiels. Si les coûts directs que doivent assumer les patients pour leur pharmacothérapie ébranlent le concept de soins de santé prétendument universels, l'introduction d'une couverture entièrement publique pour les médicaments d'ordonnance permettrait d'être plus cohérente en regard de la *Loi canadienne sur la santé*.

Une assurance-médicaments entièrement publique permettrait de réduire, voire d'éliminer les inégalités qui découlent des modèles de tarification des assurances privées. En effet, les primes fixées par les régimes privés varient selon un bon nombre de facteurs, mais celles-ci ne tiennent pas compte du revenu de la personne assurée. Celles et ceux qui souscrivent obligatoirement à une même police doivent déboursier le même montant en primes annuelles et sont ainsi appelés à défrayer des coûts qui peuvent varier considérablement en proportion de leur revenu, notamment s'ils occupent un emploi à temps partiel. Les coûts en primes ont également le potentiel d'être plus élevés pour certains groupes moins bien nantis ou en moins bonne santé. Enfin, puisque chaque groupe d'assurés négocie son régime d'assurance-médicaments individuellement auprès des assureurs privés, les bénéfices associés à la mutualisation des risques sont réduits d'autant plus que le groupe à assurer comprend un nombre restreint de participants.

Si la RAMQ est financée entre autres via les cotisations et les paiements effectués par les assurés du régime public, il demeure qu'une partie importante de ses dépenses est financée directement via les coffres de l'État (Montmarquette, 2014). Ainsi, les assurés des régimes privés paient non seulement plus cher pour leur propre couverture, mais ceux-ci contribuent aussi indirectement, via les taxes et impôts qu'ils paient, à une assurance-médicaments à laquelle ils ne peuvent souscrire et pour laquelle ils ne tirent aucun bénéfice ou avantage. Afin de tendre dès maintenant vers la nationalisation de l'assurance-médicaments et dans le but de réduire certaines des injustices qui découlent du système hybride actuel, nous pourrions enlever l'obligation de souscrire aux régimes privés et offrir aux citoyens la possibilité invariable de participer au régime public.

Accès aux soins et services pharmaceutiques

L'adoption récente de la *Loi 41* a permis d'élargir le champ d'exercice de la pharmacie, les pharmaciens pouvant dès lors poser des gestes qui étaient auparavant réservés aux médecins. Au moment d'écrire ces lignes, un nouveau projet de loi visant à accorder davantage de responsabilités aux pharmaciens est à l'étude afin de leur permettre notamment d'offrir et de procéder eux-mêmes à la vaccination. Bien que ces mesures aient le potentiel d'améliorer l'accès aux soins de santé pour

la population, nous souhaitons souligner que le modèle de couverture retenu pour ces services oblige les pharmaciens communautaires à facturer une partie de ces derniers directement aux patients. En effet, couvrir ces soins et services pharmaceutiques via l'assurance médicaments implique le paiement d'une franchise et d'une coassurance pour ceux-ci. Puisque les patients pourraient obtenir ces services gratuitement auprès d'un autre professionnel, cette couverture crée une barrière évidente à l'accès à ces services, réduisant du même coup la portée et les retombées de ces projets de loi en matière d'accès aux soins. Pourtant, si le législateur voulait garantir un accès à ces services en pharmacie pour tous les citoyens, il pourrait le faire au moyen de l'assurance maladie, comme c'est actuellement le cas pour l'évaluation à des fins de contraception orale d'urgence effectuée par le pharmacien.

La solution : une assurance-médicaments publique universelle

Le modèle d'assurance-médicaments actuellement en place au Québec était à l'origine un compromis entre le désir d'améliorer l'accès aux médicaments via une assurance universelle et la précarité des finances publiques de l'époque et ce, malgré des rapports qui plaidaient déjà en faveur d'un modèle entièrement public. Aujourd'hui, devant la volonté du gouvernement fédéral d'offrir une assurance-médicaments publique et universelle à l'ensemble des Canadiens, le gouvernement du Québec ne peut continuer à défendre son système à deux vitesses, car malgré certains aspects positifs, les barrières financières à l'accès aux médicaments persistent et les inégalités qui découlent d'un système mixte ne cessent de s'accroître.

Le Canada est le seul pays de l'OCDE offrant une assurance maladie publique et universelle à l'ensemble de la population sans y inclure la couverture des médicaments d'ordonnance à l'extérieur des établissements de santé. Des pays comme l'Australie, l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni consacrent une part comparable de leurs dépenses publiques en soins de santé, tout en incluant une couverture pour les médicaments prescrits (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, 2002). Si le Québec choisit de se retirer d'un éventuel régime d'assurance-médicaments pancanadien administré par le gouvernement fédéral, nous croyons que le maintien du modèle mixte d'assurance-médicaments, lui, constituerait une grave erreur. En effet, défendre ce modèle reviendrait à minimiser, voire à nier les problèmes d'accès aux médicaments d'ordonnance au Québec. Il serait désolant de priver les Québécoises et les Québécois des gains importants en matière d'accès équitable aux soins de santé qui sont à prévoir avec la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments universel et public. Non seulement cela pourrait s'avérer une décision nuisible économiquement pour la province, mais le Québec serait alors susceptible de devenir la seule province canadienne, et ainsi le seul endroit parmi les pays de l'OCDE offrant une assurance maladie universelle où l'accès équitable aux médicaments d'ordonnance demeure un véritable enjeu de santé pour la population.

PSYCHOTHÉRAPIE

En mars 2016, la FMEQ se positionnait en faveur d'un meilleur accès aux services de psychothérapie dans le système de santé public. Un mémoire venant appuyer cette position fut publié au mois d'avril de la même année. Notons cependant que depuis la publication de ce mémoire, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a rendu disponible son *Rapport sur l'accès équitable aux services de psychothérapie au Québec* et le gouvernement du Québec a mis en œuvre les premières étapes du *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie* (PQPTM). Le résumé qui suit sera donc bonifié d'une mise à jour de la revue de la littérature sur le sujet et tiendra en compte des conclusions du rapport de l'INESSS ainsi que des procédures instaurées par le PQPTM.

Définition et législation

L'expression « trouble de santé mentale » réfère ici à un « état de santé caractérisé par une altération de la pensée, de l'humeur et/ou du comportement, causant des dysfonctionnements ou de la détresse » (MSSS, 2015). Dans la population québécoise, les troubles dépressifs et les troubles anxieux représentent à eux seuls 65 % de l'ensemble des diagnostics de troubles de santé mentale (INSPQ, 2012).

Selon la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, la psychothérapie se définit comme étant un traitement psychologique allant au-delà de l'écoute et du soutien, visant à amener un changement dans le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental d'un patient avec un trouble de santé mentale (LQ 2009, c 28).

En vertu de cette même loi, les professionnels en droit d'exercer la psychothérapie se limitent aux psychologues, aux médecins et aux professionnels titulaires d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec et membre de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices, des ergothérapeutes, des infirmiers et infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux, des sexologues ou des criminologues du Québec (LQ 2009, c 28).

Portrait de la santé mentale des Québécois

Aucune donnée à jour ne nous permet de brosser un portrait actuel de l'état de santé mentale de la population québécoise. En 2014-2015, 12 % des individus inscrits à la RAMQ avaient reçu un diagnostic de trouble de santé mentale ou de trouble de l'usage d'une substance (INSPQ, 2019). En 2002, l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a estimé à 23 % la proportion des Québécois et Québécoises de plus de 15 ans ayant déjà souffert d'un trouble anxieux ou dépressif à un moment de leur vie (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010).

Impact des troubles de santé mentale

Les troubles de santé mentale sont susceptibles d'occasionner d'importantes limitations fonctionnelles se traduisant entre autres par une diminution de la qualité de vie et une baisse de la productivité en milieu de travail. De plus, en partie par leur association avec le suicide et les habitudes de vie à risque comme le tabagisme, la consommation de drogues et d'alcool et la

sédentarité, les troubles de santé mentale mènent à de nombreuses comorbidités médicales ainsi qu'à une surmortalité chez les individus qui en sont atteints. Au Québec, les hommes vivants avec des troubles de santé mentale ont une espérance de vie évaluée à 8 ans inférieure à celle de la population masculine générale. Cette différence est de 5 ans pour la même analyse chez la population féminine (INSPQ, 2012).

En 2010, la Commission de la santé mentale du Canada a estimé à 48,7 milliards de dollars le total des dépenses directes et indirectes occasionnées par les troubles de santé mentale au pays, soit 2,8 % du PIB en 2011 (CSMC, 2013). En 2018-2019, au Québec, plus de 1,3 milliard de dollars ont été alloués en dépenses directes pour la santé mentale, soit près de 6 % du budget total en santé et services sociaux (Gouvernement du Québec, 2018). À ces dépenses s'ajoutent les frais indirects principalement reliés à l'absentéisme au travail, les compensations financières et la perte de productivité occasionnés par les troubles de santé mentale. Sachant que près d'un Québécois sur cinq sera atteint de problème de santé mental au cours de sa vie, ces dépenses sont non-négligeables (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010). En effet, de 1990 à 2005, le nombre de réclamations à la CNESST pour indemnisation de salaire en lien avec des troubles d'ordre psychologique a plus que doublé, occasionnant un total en indemnités versées passant de 1,5 à 12 millions de dollars (Vézina et al., 2008).

Bénéfices de la psychothérapie et état de la couverture actuelle

Il est désormais bien décrit que le traitement des troubles anxieux et dépressifs devrait inclure une forme de psychothérapie (Giard et Cleret de Langavant, 2012). Pourtant, la psychothérapie demeure une ressource peu utilisée par les Québécois aux prises avec un diagnostic de trouble de santé mentale. Les données de l'ESCC de 2002 révèlent que 3,8 % des Québécois de 15 ans et plus estiment avoir des besoins non-comblés en santé mentale et le besoin requis correspond à la psychothérapie pour plus de la moitié de ceux-ci (52 %) (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010).

Actuellement, au Québec, l'accès abordable à la psychothérapie est possible via le réseau de santé public, les programmes d'aide aux employés et certains programmes provinciaux comme le PQPTM. Des services de psychothérapie sont également disponibles dans le réseau privé.

Réseau public – le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Dans le réseau public, l'accès à la psychothérapie se fait principalement par les médecins de famille et par des intervenants affiliés aux CISSS-CIUSSS, aux CLSC ou aux centres de réadaptation. Les services en psychothérapie dans les institutions publiques sont cependant limités par les délais entre la référence initiale et la prise en charge, allant de quelques semaines à plusieurs mois (Giard et Cleret de Langavant, 2012). Cette situation en force plusieurs à se tourner vers le milieu privé, ce qui creuse l'écart d'accessibilité à la psychothérapie entre les différents niveaux socio-économiques.

Du côté des médecins de famille, pour l'année 2016-2017, 56 308 actes spécifiques à la psychothérapie ont été facturés à la RAMQ, desservant 21 141 usagers (Desmarais, 2018). Cependant, comme l'a constaté Howard Chodos dans son rapport pour la Commission de la santé mentale du Canada de 2017, un grand nombre de médecins de famille ne sont pas en mesure de

fournir une psychothérapie adéquate à leurs patients et les interventions proposées relèveraient plutôt du simple soutien émotif, d'écoute et de conseils (Desmarais, 2018).

En décembre 2017, le gouvernement annonçait la mise en place du Programme québécois pour les troubles mentaux. Pour son mandat 2018-2022, la ministre Danielle McCann a repris ce programme, qui aux termes de son implantation, permettra à tous les Québécois atteints de troubles de santé mentale courants¹ d'avoir accès gratuitement à des services en santé mentale adaptés à leurs besoins, dont la psychothérapie. En 2018-2019, le programme a été déployé dans cinq établissements de soins de santé, soit les CISSS Chaudière-Appalaches et de l'Outaouais et les CIUSSS de la Capitale-Nationale, de l'Est-de-l'île-de-Montréal et de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MSSS, 2019b).

Réseau privé

En 2017-2018, l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) comptait 8 734 membres actifs, dont 2 981 exerçaient exclusivement dans le secteur privé (34 %) (OPQ, 2018). Selon le site internet de l'OPQ, les honoraires d'un psychologue en pratique privée sont de 80 \$ à 130 \$ de l'heure, somme qu'un patient hors PQPTM ne bénéficiant pas d'assurances privées, ou ayant atteint la limite annuellement accordée par celles-ci pour la psychothérapie, devra déboursier de sa poche.

Coûts et bénéfices d'une couverture

Selon l'OMS, chaque dollar investi pour une meilleure accessibilité à la psychothérapie rapporterait 5,30 \$ pour la dépression et 4,00 \$ pour les troubles anxieux. Une modélisation des coûts similaires à celle de l'OMS réalisée en 2017 avec des données canadiennes et québécoises rapporte que le retour sur l'investissement pour un meilleur accès à la psychothérapie chez les québécois atteints de dépression serait de 2 \$ pour chaque dollar investi (Desmarais, 2018).

¹ Trouble d'anxiété généralisée, trouble dépressif, trouble panique, trouble de stress post-traumatique, trouble obsessionnel-compulsif (MSSS, 2019a).

SOINS BUCCODENTAIRES

État actuel de la couverture publique et privée

Au Québec, à l'heure actuelle, la RAMQ ne couvre que certains services buccodentaires bien précis pour quelques groupes d'individus ciblés. Cette couverture publique des services auxquels participent les dentistes et denturologistes se décline en trois catégories : les services couverts pour tous, les services couverts pour les enfants de moins de 10 ans et les services couverts pour les prestataires d'une assurance de dernier recours. À ces services gratuits s'ajoutent quelques programmes gouvernementaux visant à accroître l'accès à certains services buccodentaires en milieu scolaire et en CHSLD.

Services couverts pour tous

Pour la population en générale, les seuls services couverts par la RAMQ sont les chirurgies buccales effectuées en milieu hospitalier en cas de traumatismes ou de maladies très spécifiques, comme le retrait d'une tumeur, le drainage d'un abcès ou la réparation d'une fracture, ainsi que les chirurgies de repositionnement des os de la mâchoire pour corriger un problème de respiration, de mastication ou d'élocution (RAMQ, 2019c). La préparation à la chirurgie, les examens, l'anesthésie locale ou régionale et les radiographies qui sont liées à ces activités des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux² sont également couverts.

Services couverts pour les enfants de neuf ans et moins

Les enfants de moins de 10 ans sont couverts en clinique comme en milieu hospitalier pour les examens annuels et d'urgence, examens qui se résument en l'inspection de l'état de la bouche ainsi que les radiographies, de même que pour des traitements curatifs comme les plombages, l'extraction de dents et de racines³, le traitement de l'intérieur de la dent, les pansements pour soulager la douleur, l'anesthésie locale et générale et les couronnes³ préfabriquées. Cependant, tous les traitements préventifs en clinique privée, comme le nettoyage, l'application de fluorure qui est un produit qui aide à protéger les dents des caries, le détartrage, l'orthodontie ainsi que le scellement de puits et de fissures, une procédure visant à fermer ces endroits où pourraient se développer des caries, doivent être payés par les parents.

Services couverts pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours

Le prestataire d'une aide financière de dernier recours depuis moins de 12 mois a droit, en plus des chirurgies buccales qui sont gratuites pour tous, à certaines autres interventions buccodentaires dans un contexte d'urgence telles que le traitement d'une cavité dentaire infectée, le contrôle de l'hémorragie, l'extraction de dents ou de racines ou encore la réimplantation d'une dent déracinée.

Après plus de 12 mois de prestation continue, le prestataire a également accès gratuitement aux mêmes traitements curatifs que les enfants de dix ans et moins en plus du détartrage à partir de 16 ans. Les enfants à la charge de cette personne peuvent également bénéficier sans frais de traitement

² Maxillo-facial: relatif à la mâchoire ou à la face

³ Racine et couronne : respectivement la partie de la dent dans la gencive et hors de la gencive.

de canal sur une dent permanente jusqu'à 12 ans inclusivement, de nettoyage et d'enseignement à partir de 12 ans, d'application de fluorure de 12 à 15 ans et de détartrage à partir de 16 ans.

Après plus de 24 mois de prestation continue s'ajoute aux acquis précédents la confection de prothèse dentaire⁴ à chaque huit ans et la réparation de celle-ci au besoin.

Soins et services assurés par la RAMQ	Tous	< 10 ans	Prestataires aide financière		
			depuis < 12 mois	depuis 12 à 24 mois	depuis > 24 mois
Assuré					
Chirurgies buccales Spécifiques à l'hôpital	✓	✓	✓	✓	✓
Repositionnement de la mâchoire	✓	✓	✓	✓	✓
Traitements curatifs		✓		✓	✓
Interventions bucco- dentaires urgentes			✓	✓	✓
Détartrage ≥ 16 ans				✓	✓
Confection et réparation de prothèse					✓
Nettoyage, orthodontie, fluorure, scellement					
Enfants à charge					
Traitement canal dent permanent ≤ 13 ans		N/A		✓	✓
Nettoyage et enseignement ≥ 12 ans		N/A		✓	✓
Application de fluorure 12 à 15 ans		N/A		✓	✓
Détartrage ≥ 16 ans		N/A		✓	✓
Orthodontie, scellement de puits et fissures		N/A			

Autres programmes

Outre les couvertures ci-dessus mentionnées, il existe certains programmes gouvernementaux pour améliorer la santé buccodentaire des Québécois. Notamment, le Programme national de santé publique (PNSP) offre différentes activités de prévention, promotion, surveillance et éducation dont certaines en milieu scolaire, telles que l'application de fluorure et le scellement de fissures et puits en identifiant certains élèves plus à risque de carie dentaire (ADSPQ, 2016).

D'autres programmes, comme le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD, facilitent l'accès aux soins buccodentaires curatifs et préventifs chez les résidents des CHSLD (Gouvernement du Québec, 2019).

Le secteur privé

Ainsi, la plupart des services buccodentaires au Québec ne sont pas aux frais du gouvernement. Les Québécois doivent donc, la plupart du temps, avoir une assurance privée ou bien payer directement les frais associés aux soins dentaires sans être remboursés. Alors que seulement

⁴ Prothèse dentaire : Tout dispositif dentaire qui permet de remplacer une ou des dents ou des structures auxquelles les dents sont fixées.

5,5 % des Canadiens ont une assurance dentaire publique, 62,6 % des gens ont une assurance privée, ce qui laisse 31,9 % des gens sans aucune assurance pour les soins buccodentaires (Santé Canada, 2010). Au Québec, pas moins de 96 % des dentistes travaillent au privé (Hurteau, 2018).

Impacts d'une mauvaise santé buccodentaire

Les conséquences d'une mauvaise santé buccodentaire vont au-delà de l'ordre physique, affectant même négativement la santé psychologique et sociale des citoyens.

Chez les enfants

Au sein de la population pédiatrique québécoise, la carie continue à faire des ravages malgré l'existence de mesures préventives. En effet, selon l'étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire de 2012-2013, ce sont près de 9 élèves sur 10 de 2e et 6e année du primaire qui sont atteints d'au moins une carie réversible⁵ sur une dent temporaire ou permanente (Galarneau, 2018). Cependant, les examens annuels dentaires ne sont pas couverts pour les enfants âgés de 10 ans et plus (RAMQ, 2019c). En conséquence, la moitié des élèves en 2e année du primaire et le tiers des élèves en 6e année du primaire possèdent au moins une carie irréversible (Galarneau, 2018). Au stade irréversible, les caries ont des conséquences néfastes dans tous les aspects de la vie de ces jeunes. En effet, la carie irréversible mène à des infections graves de la gencive et de la pulpe de la dent⁶. Comme la pulpe contient des nerfs, cela occasionne de sévères douleurs, ce qui peut, par extension, causer des troubles du sommeil et parfois affecter le comportement des jeunes touchés. Puisque les vaisseaux sanguins qui nourrissent la dent circulent dans la pulpe, les caries peuvent également mener à la perte de dents, ce qui affecte grandement l'acquisition de la phonation chez les enfants et véhicule des retards d'apprentissage (Msefer, 2006). De plus, les multiples rendez-vous chez le dentiste qui en découlent entraînent l'absentéisme à l'école pour l'enfant et au travail pour les parents (ADSPQ, 2016). Finalement, les coûts des soins correctifs pour les caries sont non-négligeables : environ 1500 \$ par opération sans compter l'honoraire du dentiste et de l'anesthésiste (au besoin) (ADSPQ, 2016).

Chez les adultes

Au sein de la population québécoise adulte, ce sont les maladies parodontales⁷ qui sont les plus fréquentes et qui entraînent les plus graves conséquences. En effet, selon les dernières études sur le sujet, près de la moitié de la population québécoise âgée de 35 à 44 ans montre des signes évidents de maladies parodontales (Brodeur, 1998).

Chez les adultes, la perte de dents est une des principales conséquences des maladies parodontales, avec tous les problèmes de santé physique et mentale que cela peut engendrer. La perte de dents occasionne des douleurs à l'articulation temporomandibulaire⁸, engendrant une mastication pénible. La diminution du nombre de dents entraîne également en soi une mastication de plus courte durée et moins vigoureuse ce qui entraîne l'ingestion de plus larges particules de nourriture dans le système digestif et cause ainsi des problèmes de digestion tels que des ballonnements, des

⁵ Carie réversible : une carie qui peut regagner sa santé initiale dans la mesure où elle est détectée prématurément.

⁶ Pulpe : partie interne de la dent.

⁷ Maladies parodontales : (maladies infectieuses affectant la gencive et les os soutenant la dentition).

⁸ Articulation temporo-mandibulaire : articulation unissant la mâchoire inférieure et l'os du crâne.

reflux gastriques et des brûlures d'estomac. La perte de dents détériore également l'élocution, ce qui peut inciter à l'isolement social et engendrer des problèmes de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété (Jildent Clinique, 2019 ; Implants dentaires du Gepi, 2019 ; Picard, 2003)

Plus important encore, il a été prouvé que les maladies parodontales sont fortement corrélées avec plusieurs problèmes de santé chroniques tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les accidents cérébrovasculaires et d'autres problèmes de santé aigus graves, comme la pneumonie par aspiration, l'endocardite et la bactériémie (Picard, 2003 ; Ordre des dentistes du Québec ; 2007). Elles ont également un effet néfaste sur les femmes enceintes, entraînant ainsi un risque plus élevé de faible poids corporel des bébés à la naissance (Picard, 2003).

Chez les aînés (65 ans et plus)

Chez les aînés québécois, l'édentation (perte de dents), partielle ou totale, et les problèmes reliés au port de prothèse constituent deux des principaux problèmes préoccupants quant à leur santé buccodentaire.

Environ un aîné québécois sur deux déclare n'avoir aucune dent naturelle et il est estimé que les trois quarts des aînés du Québec porte des prothèses dentaires, partielles ou totales (Bélanger, Blanchet et Hamel, 2016). L'édentation, à elle seule, peut mener à plusieurs problèmes de santé connexes, tel que mentionné précédemment. Cependant, les problèmes reliés à l'usage inadéquat des prothèses ou à l'usage de prothèses mal adaptées sont tout aussi inquiétants. Lors de l'enquête québécoise de 1982, 65,3 % des prothèses dentaires examinées étaient qualifiées d'inadéquates (Brodeur et Simard, 1982). En 1990, une étude montrait que près de 50 % des utilisateurs de prothèses souffraient de stomatite prothétique⁹ (Brodeur et Simard, 1990). Cette prévalence était associée significativement au port continu de la prothèse. Lorsque les causes de cet usage inapproprié ont été investiguées, il a été décelé que plus du tiers des sujets ne s'étaient pas rendus chez un professionnel dentaire dans les 10 dernières années (Brodeur et Simard, 1990), d'où l'importance de services dentaires couverts pour nos aînés. De plus, les études montrent que les prothèses non-fonctionnelles entraînent une mastication déficiente qui, elle, véhicule le développement de problèmes gastro-intestinaux, tels que des douleurs abdominales, des régurgitations et des brûlements gastriques. Ces symptômes induisent une prise accrue de laxatifs, d'anti-reflux et d'anti-diarrhéiques (Brodeur et Simard, 1990), médicaments qui s'ajoutent au nombre souvent élevé de médicaments pris par les aînés.

La carie dentaire, les maladies parodontales, les infections dentaires fongiques et le cancer buccal sont également des problèmes de santé buccodentaire qui affectent les aînés québécois. Ces problèmes de santé courants mènent à des difficultés masticatoires, à des carences nutritives, à des problèmes d'élocution, à une mauvaise haleine et à des douleurs pouvant entraîner un état de delirium. À leur tour, ces conditions engendrent une diminution de l'estime de soi, l'isolement social, une charge financière plus importante, une perte d'autonomie, et ainsi un recours accéléré à l'institutionnalisation (ADSPQ, 2016).

⁹ Stomatite prothétique : inflammation des tissus sous une prothèse (gencive, muqueuse buccale).

Avantages sur la santé d'une couverture des soins dentaires

Un meilleur accès aux soins buccodentaires, par une couverture publique élargie de ceux-ci, a le potentiel de considérablement améliorer la santé buccodentaire et globale de la population.

Les conséquences de la couverture actuelle

Le plus récent rapport du commissaire à la santé et au bien-être du Québec publié en 2016 nous apprend qu'environ un adulte sur quatre (27 %) dit ne pas être allé chez le dentiste en raison du coût dans la dernière année (Benigeri, 2016). Parmi les 11 pays occidentaux ayant mené la même enquête, seul les États-Unis ont obtenu une proportion supérieure à celle du Canada et du Québec. Selon la plus récente enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada en 2017, les ménages québécois ont dépensé en moyenne pas moins de 518 \$ pour la santé buccodentaire, soit directement en soins dentaires (458 \$) et en primes d'assurance pour les régimes privés d'assurance dentaire (58 \$) (Statistique Canada, 2017). Un ménage québécois payait 7 % de plus que la moyenne nationale (484 \$) et 12,4 % de plus que la moyenne ontarienne pour la santé buccodentaire.

De plus, ce sont les individus les plus vulnérables qui sont les plus affectés par ce manque de couverture. En effet, près d'un Québécois sur trois n'a aucune assurance dentaire et cette absence d'assurance s'observe 2,5 fois plus souvent dans les ménages à faible revenu (49,1 %) que dans ceux à revenu élevé (19,8 %) (Hurteau, 2018). C'est donc dire que ce sont les personnes les moins fortunées qui n'ont souvent pas d'assurance pour assumer les coûts élevés liés à des problèmes de santé buccodentaire majeurs et imprévisibles. Mais encore, ils sont également plus à risque de vivre de tels problèmes, étant donné qu'ils sont moins susceptibles de visiter un dentiste pour un examen annuel de nettoyage et prévention.

Cette barrière financière, qui limite l'accès à ces soins pour les moins bien nantis, se répercute à tout âge. En effet, on trouve deux fois plus de caries chez les enfants des ménages gagnant annuellement moins de 30 000 \$ que dans les ménages gagnant plus de 50 000 \$. De plus, 24 % des personnes entre 35 et 44 ans gagnant moins de 15 000 \$ par année sont édentées, contre 6 % pour les personnes du même âge gagnant plus de 70 000 \$ (Montpetit, 2011).

Les problématiques de soins dentaires au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes se manifestent également dans la situation des aînés : on observe au Québec deux fois plus d'édentation et près de deux fois plus de prothèses que dans le reste du Canada. Quant à la proportion des aînés qui ne sont pas allés chez le dentiste depuis trois ans ou plus, celle-ci s'élève à 24 % au Québec contre 14 % dans le reste du Canada (Baraldi, 2014). Le manque d'accès aux soins buccodentaires est particulièrement inquiétant pour les personnes âgées en perte d'autonomie, notamment parce que la qualité de leur hygiène dentaire se détériore avec le déclin des capacités physiques et cognitives lié au vieillissement (Benigeri, 2016). Les personnes en CHSLD sont particulièrement affectées, puisque seulement 5 % d'entre elles ont une assurance dentaire, tandis que 27 % des personnes résidant à leur domicile sont assurées (Corbeil, Brodeur et Arpin, 2006).

Les avantages d'une couverture plus large

Dans son rapport de 2014, l'ACCS suggère qu'un panier de soins de santé buccodentaire couvrant les nécessités médicales liées aux affections buccales pourrait être offert à l'échelle du pays, tel le

soulagement de la douleur et de l'infection, la prévention des affections chez les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées en établissement ainsi que le rétablissement de la fonction buccodentaire (ACCS, 2014).

Un bon nombre de pays de l'Union européenne financent un système universel pour les soins de santé (y compris les soins buccodentaires). Ces programmes de soins dentaires sont universels ou priorisent certaines populations comme les enfants, les personnes à faible revenu, les personnes handicapées, les personnes âgées et les nouvelles mères (Académie canadienne de santé, 2014). La recherche a montré que l'accès à une assurance dentaire ou à une couverture pour les frais de soins dentaires constitue le plus important prédicteur d'utilisation des soins de santé buccodentaire et donc, par le fait même, le meilleur prédicteur de santé dentaire (ACCS, 2014). Par exemple, une étude menée au Massachusetts en 2008 a démontré que dans cet état ayant rétabli la couverture des soins dentaires et d'autres soins de santé par le régime Medicaid, le pourcentage d'adultes qui indiquaient avoir d'importants frais directs et des difficultés à payer les soins médicaux et dentaires a diminué, que le pourcentage des adultes qui déclaraient ne pas consulter pour obtenir des soins de santé buccodentaire en raison des coûts a diminué et que le nombre d'adultes à faible revenu qui ont consulté pour des soins dentaires a augmenté (Long, 2008).

Sachant que celles qui nécessitent le plus de soins dentaires, soit les populations vulnérables, sont celles qui ont le plus de difficultés à les obtenir, il devient impératif de se pencher sur la question de l'iniquité en termes d'accès à la santé buccodentaire. En disposant d'un ensemble de services pour les soins minimaux acceptables et en déterminant des normes précises, il serait possible de minimiser les difficultés d'accès à la santé buccodentaire et ainsi réduire les inégalités de santé grandissantes au sein de notre population.

Coûts et bénéfices d'une telle couverture

Comme la couverture publique de l'assurance dentaire est comparable d'une province canadienne à l'autre (ACCS, 2014), on peut supposer que l'évolution des coûts liés aux soins buccodentaires au Canada reflète la réalité québécoise. Or, entre 1980 et 2016, les dépenses en soins dentaires au Canada, privées et publiques combinées, ont décuplé, passant de 1,3 milliard à 12,6 milliards de dollars par année, période pendant laquelle la proportion des dépenses financées par le système public a diminué de 20 % à 6 % (ADSPQ, 2016). Ainsi, le désinvestissement en santé dentaire des dernières années est associé à une augmentation des dépenses autant par les gouvernements provinciaux dans le secteur public que par le portefeuille des Canadiens qui doivent déboursier davantage directement dans le secteur privé.

Les études évaluant les coûts-bénéfices des investissements publiques en santé buccodentaire ont concentré leurs efforts sur les programmes de prévention de la santé dentaire chez les jeunes enfants qui permettent de diminuer le risque de caries chez ces derniers. Plusieurs de ces études ont montré que des programmes offrant de l'éducation sur l'hygiène dentaire, des examens dentaires ou encore l'application de fluorure gratuitement diminuent considérablement le nombre de caries dentaires et en conséquence, les coûts pour le système de santé (Fraihat et al., 2019). La plupart des études ont même mesuré une diminution des coûts en santé plus importante que les coûts des programmes.

SOINS OCULAIRES

État actuel de la couverture publique et privée

Au Québec, deux professionnels offrent des services visuels : l'optométriste et l'ophtalmologiste. L'optométriste est un professionnel de la santé dont le rôle est de faire l'évaluation des yeux et de la vue des patients. Il peut, si nécessaire, prescrire des médicaments et traiter les urgences oculaires. L'optométriste travaille aussi à prévenir les maladies oculaires. De son côté, l'ophtalmologiste est un médecin spécialiste membre du Collège des médecins du Québec. Son rôle est semblable à celui de l'optométriste, à savoir qu'il peut faire l'évaluation de la santé oculaire des patients ainsi que prescrire et administrer des médicaments traitant les affections de l'œil. Contrairement à l'optométriste, l'ophtalmologiste est aussi formé pour effectuer des chirurgies de l'œil (Fédération des médecins spécialistes du Québec, 2019). Les ophtalmologistes étant des médecins, une bonne partie de leurs actes sont rémunérés par la RAMQ et les patients n'ont pas à déboursier pour leurs consultations.

Certains services rendus par les optométristes sont couverts par la RAMQ. Toutefois, cette couverture ne s'applique qu'aux patients qui remplissent certains critères d'éligibilité reliés à l'âge, l'employabilité ou encore à leur condition de santé. Ainsi, les patients âgés de moins de 18 ans, de 65 ans et plus ou bien les patients qui reçoivent une aide financière de dernier recours depuis les 12 derniers mois sont assurés pour certains services d'optométrie par la RAMQ. Ces services incluent l'examen de l'appareil oculo-visuel, les examens reliés à des conditions visuelles particulières (comme le strabisme¹⁰ et l'anisétropie¹¹), la prescription de lunettes ou de lentilles, ainsi que l'évaluation de la vision des couleurs, des champs visuels, des mouvements des yeux et de leur adaptation à la lumière. Les patients avec un diagnostic de diabète ont quant à eux droit au remboursement des examens du fond de l'œil. Par ailleurs, les frais reliés aux consultations d'urgence sont couverts pour tous les détenteurs de la carte d'assurance maladie (RAMQ, 2017a). Cependant, quoique cette couverture semble suffisante pour fournir les soins oculaires en cas d'urgence, il est nécessaire de mentionner que seule la consultation permettant de faire un diagnostic satisfait aux conditions de remboursement. Le patient doit donc prendre en charge la totalité des frais de traitement de cette urgence s'il n'est pas assuré par un régime d'assurance collectif. En raison de la couverture limitée en vigueur actuellement, les patients de 18 à 64 ans, à l'exception des groupes mentionnés ci-dessus, se doivent d'avoir une assurance via un régime collectif souscrit par l'employeur ou se procurer une assurance privée personnelle s'ils veulent éviter de payer de leur poche l'ensemble des frais reliés aux services d'optométrie dont ils peuvent avoir besoin.

Vers la fin de l'année 2019, le gouvernement a annoncé la mise en place du programme « Mieux voir pour réussir », qui offre aux enfants de moins de 18 ans un remboursement maximal de 250 \$ sur l'achat de lunettes ou de verres de contact (RAMQ, 2019a). Il s'agit d'un pas dans la bonne direction, mais beaucoup reste à faire pour s'assurer que les patients reçoivent les services dont ils ont besoin sans que cela ne soit un fardeau financier supplémentaire sur leurs épaules.

¹⁰ Strabisme : trouble des mouvements oculaires avec une perte du parallélisme entre les deux yeux. On dit communément de quelqu'un ayant du strabisme qu'il « louche ».

¹¹ Anisétropie : trouble de la vision où un individu voit une même image de taille différente selon l'œil avec lequel il la regarde.

Selon les données les plus récentes de la Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, la RAMQ a couvert 2 858 717 services d'optométrie pour 1 282 361 patients (RAMQ, 2017b). Les services d'optométrie comptabilisés incluent l'examen de la vision, les actes diagnostiques ainsi que les examens spécifiques. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre d'habitants au Québec, il est à prévoir que le nombre de participants profitant de la couverture actuelle est appelé à augmenter dans les années à venir. (Association canadienne des optométristes, 2018) Toutefois, quoique ce million de patients couverts par la RAMQ semble être un chiffre impressionnant, il reste que la vaste majorité des Québécois doivent être couverts par un assureur privé ou encore payer de leur poche lorsque vient le temps de rencontrer un optométriste.

En effet, pour les 18 à 64 ans, les conditions d'emploi constituent le facteur majeur qui régit l'accès à une assurance maladie complémentaire. Si l'employeur offre un régime d'assurance maladie complémentaire auxquels les employés peuvent adhérer, c'est tout de même cet employeur qui détermine les critères d'admissibilité à ce régime. L'employeur peut par exemple décider d'exclure les employés à temps partiel ou temporaires du régime ou encore de restreindre l'accès aux employés qui ne font pas partie des hauts-salariés de l'entreprise (RAMQ, 2019b). En règle générale, les employés à temps plein sont donc plus susceptibles d'obtenir une assurance santé complémentaire que leurs collègues travaillant à temps partiel. En 2018, au Québec, le nombre de personnes employées à temps plein était d'un peu moins de 3,5 millions pour une population active de près de 4,5 millions. La même année, le nombre d'employés travaillant à temps partiel se chiffrait à environ 800 000 personnes (Emploi Québec, 2018). Les employés à temps plein et à temps partiel ont toutefois une chose en commun : aucune disposition légale n'oblige leur employeur à leur fournir une assurance santé complémentaire qui pourrait inclure la couverture des soins ophtalmologiques (RAMQ, 2019b).

En bref, même si un individu se déniche un emploi à temps plein avec de bons avantages sociaux, il devra sans aucun doute déboursier pour des franchises, des co-assurances et autres frais reliés à son assurance. La couverture complète des soins ophtalmologiques n'existe pas, ni avec la RAMQ, ni auprès des assureurs privés. Sans assurance universelle qui couvre tous les aspects de la santé d'un individu, dont la santé ophtalmologique, des écarts au niveau de l'accès et de la qualité des soins continueront d'exister.

Impacts d'un trouble de vision

Une augmentation de la prévalence des déficiences visuelles est prévue à cause du vieillissement de la population (Schakel, 2017). En plus d'avoir de nombreux impacts sur le plan individuel, les troubles de la vue ont également des impacts au niveau sociétal.

Non seulement la myopie augmente le risque de rétinopathie¹², de glaucome¹³ et de cataracte¹⁴, mais elle est aussi une cause de déficience visuelle et de cécité (Holden, 2014). En plus d'avoir un

¹² Rétinopathie : ensemble de maladies affectant la rétine, soit la couche de l'œil responsable de capter les signaux lumineux.

¹³ Glaucome : maladie touchant le nerf optique dont la forme la plus commune est associée à une accumulation de liquide dans l'œil, ce qui augmente sa pression.

¹⁴ Cataracte : opacification progressive du cristallin, qui est la lentille naturelle de l'œil, entraînant une diminution de la vision.

impact sur la qualité de vie, la déficience visuelle causée par une myopie¹⁵ non corrigée peut diminuer la productivité globale.

Les personnes vivant avec une déficience visuelle irréversible ressentent souvent de la fatigue. Celle-ci entraîne entre autres un manque d'énergie pour les activités quotidiennes, des problèmes de concentration et une augmentation de l'effort nécessaire pour percevoir et analyser les stimuli visuels. Elle peut également être un symptôme de dépression, qui est souvent présente chez les personnes ayant une déficience visuelle (Schakel, 2017).

La dégénérescence maculaire liée à l'âge est une maladie qui affecte la macula et entraîne une diminution de la vision au niveau du champ visuel central. Elle est une cause majeure de déficience visuelle et, chez la personne atteinte, perturbe sa capacité à prendre soin d'elle-même et des autres. Chez les personnes ayant une perte légère de la vue à cause de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, la majorité vit des difficultés avec plusieurs activités de la vie quotidienne ou ont des inquiétudes par rapport à ces activités (Hassell, 2006).

Les chutes sont plus fréquentes avec l'âge et elles sont fortement liées aux fractures de la hanche. De nombreuses conditions visuelles ont été associées avec les chutes, comme la mauvaise acuité visuelle, la diminution de la sensibilité aux contrastes et la réduction des champs visuels. Parmi les mesures non couvertes par la RAMQ, le renouvellement des lunettes pourrait avoir un impact significatif sur la prévention de ces chutes (Bompton, 1998).

Chez les enfants, les troubles de la vue peuvent être un obstacle à la lecture et donc à l'apprentissage. Des conditions communes comme l'hypermétropie¹⁶ et l'astigmatisme¹⁷ sont associées à des maux de tête, de l'inconfort, de la douleur autour des yeux, de l'agitation, constituant des obstacles à la lecture. Même lorsqu'il est léger, un trouble de la vue peut poser un problème à la lecture et occasionner un inconfort chez l'enfant (Piquette-Tomei, 2013).

Avantages d'une couverture des soins oculaires

Comme mentionné précédemment, en plus d'avoir des effets sur la qualité de vie de la personne qui en souffre, la déficience visuelle a des impacts au niveau de la société. En effet, en 2010, les coûts mondiaux de la déficience visuelle ont été estimés à 3000 milliards de dollars américains. De ces 3000 milliards, 77 % étaient dus à des soins de santé directs et 23 % à des coûts indirects comme les soins informels et la perte de productivité (Gordois, 2012). Il est estimé qu'une correction de la myopie par des lunettes pourrait à elle seule augmenter la productivité annuelle de 244 milliards, pour un investissement de 20 milliards (Naidoo, 2019). Il est donc possible de dire que la myopie non corrigée engendre des pertes monétaires en productivité beaucoup plus élevées que les coûts nécessaires à sa correction.

En ce qui concerne le travail, les personnes ayant une déficience visuelle ont un plus grand taux d'absentéisme au travail et nécessitent plus de temps lors des convalescences. La fatigue, un des impacts de la déficience visuelle, joue un grand rôle sur les coûts sociétaux de la déficience visuelle.

¹⁵ Myopie : trouble de la vision éloignée.

¹⁶ Hypermétropie : trouble visuel où l'image se forme en arrière de la rétine, soit à cause d'un œil trop petit ou à cause d'un manque de puissance du cristallin.

¹⁷ Astigmatisme : défaut de la courbure de la cornée ou du cristallin, résultant en un défaut de réfraction de la lumière qui n'arrive pas à se focaliser en un seul point sur la rétine.

Réussir à corriger cette fatigue pourrait elle aussi potentiellement augmenter la productivité (Schakel, 2018).

La myopie non corrigée peut non seulement se dégrader davantage, elle peut également mener à des complications pathologiques comme la dégénérescence maculaire et la cécité. Il va de soi que de corriger la myopie aurait un impact positif en ce qui a trait aux risques de développer les complications qui y sont liées. Avoir rapidement des verres de contact ou des lunettes qui diminuent la progression de la myopie réduit significativement le fardeau de celle-ci (Holden, 2014).

Coûts et bénéfices d'une telle couverture

Selon les données les plus récentes, les coûts associés à la couverture actuelle des services d'optométrie remboursés par la RAMQ étaient de près de 63 millions de dollars pour l'année 2017 (RAMQ, 2013-2018). En 2013, ces coûts s'élevaient à un peu plus de 52 millions (RAMQ, 2013-2018). La majeure partie de l'augmentation des frais associés aux services d'optométrie s'explique par les changements apportés à l'entente conclue en 2013 entre le gouvernement du Québec et les optométristes concernant les honoraires de ces derniers (RAMQ, 2016). Par exemple, entre 2016 et 2017, l'augmentation des tarifs a été de 2,8 % comparativement à 6,5 % entre 2013 et 2014 (RAMQ, 2013-2018). En 2017, le coût moyen par service d'optométrie rendu était de 21,31 \$ (RAMQ, 2013-2018). Tous services confondus, le coût moyen déboursé par la RAMQ par patient s'élève à 46,26 \$ par année (RAMQ, 2017b). L'examen complet de la vision est le service le plus rendu par les optométristes au Québec. Pour cet examen, il en coûte en moyenne 30,31 \$ par patient (RAMQ, 2017b).

La prévention est le moyen le plus bénéfique d'améliorer la santé oculo-visuelle des Québécoises et des Québécois à moindre coût. En effet, sachant qu'il est possible de prévenir ou retarder plus de 75 % des pertes de vision (Association canadienne des optométristes, 2018), l'accès aux examens de la vue devrait être une priorité. Dans la situation actuelle et selon la couverture présentement en place, il est déplorable de constater qu'un patient sur quatre attend plus de cinq ans entre ses examens oculo-visuels et que deux patients sur cinq attendent entre deux et cinq ans pour faire le même examen faute d'accès ou d'éducation sur l'importance des examens de la vue (Association canadienne des optométristes, 2018). L'Association canadienne des optométristes recommande pourtant qu'un examen complet soit effectué tous les deux ans pour les 18 à 64 ans. Sans diagnostic, il est difficile pour ces patients de recevoir le traitement dont ils ont besoin, ce qui à long terme engendre des répercussions sur la santé globale des patients et leur autonomie. Ultimement, les coûts défrayés par le gouvernement pour chaque patient, tous soins confondus, augmentent (Association canadienne des optométristes, 2018).

Sachant que la majorité des problèmes oculaires sont initialement asymptomatiques, il est impératif d'améliorer l'accès aux soins d'optométrie de première ligne en élargissant la couverture actuelle pour permettre le dépistage et la prévention des maladies oculo-visuelles (Association canadienne des optométristes, 2018). Par exemple, le glaucome, l'une des quatre maladies les plus fréquentes de l'appareil oculo-visuelle, se présente souvent sans symptôme apparent au début de la maladie. Un traitement précoce permet pourtant de prévenir les conséquences les plus graves de la maladie comme la perte totale de la vision (Association canadienne des optométristes, 2018). Par

conséquent, sachant que les risques de développer un problème de vision augmentent avec l'âge, élargir la couverture aux patients âgés de 45 à 64 ans serait bénéfique en termes de prévention. En effet, la prévalence des déficiences visuelles est semblable entre les 45 à 64 ans et les 65 à 74 ans, mais seulement le deuxième groupe a accès gratuitement aux examens nécessaires à leur santé visuelle au Québec (Association canadienne des optométristes, 2018). La population de 45 à 64 représente 28,6 % de la population pour un total d'un peu moins de 2,5 millions de patients (RAMQ, 2017c). Le coût moyen de l'examen par patient étant de 30,31 \$, offrir l'examen complet de la vue à cette tranche de la population engendrerait des coûts de l'ordre de 37 millions de dollars par année si l'examen était fait tous les deux ans comme recommandé par l'Association canadienne des optométristes. Il faut donc faire davantage que simplement espérer que les patients aient accès à une assurance privée et mettre en place la couverture gouvernementale nécessaire pour au minimum créer une porte d'entrée vers les soins oculo-visuels.

RÉADAPTATION (PHYSIOTHÉRAPIE ET ERGOTHÉRAPIE)

État actuel de la couverture publique et privée

L'ergothérapie et la physiothérapie font partie intégrante du système de santé public au Québec depuis la moitié du 20^e siècle. Ce sont deux professions relativement jeunes encadrées par deux ordres professionnels distincts depuis 1973.

L'exercice de l'ergothérapie consiste à « évaluer les habiletés fonctionnelles des personnes et à intervenir en vue de développer, restaurer ou maintenir leurs aptitudes, de compenser leurs incapacités, à atténuer les situations de handicap auxquelles ils peuvent être confrontés et à adapter leur environnement dans le but de favoriser leur autonomie optimale » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2019a) dans leurs occupations. La physiothérapie consiste quant à elle à « permettre de retrouver le maximum des capacités physiques afin de pouvoir réaliser les activités quotidiennes, accomplir un travail, pratiquer un loisir ou un sport, et ce, en fonction de la condition et du potentiel de récupération » (Ordre des physiothérapeutes du Québec, 2019). Les missions de l'ergothérapie et de la physiothérapie s'inscrivent directement dans le but de notre régime public tel que défini par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ c S-4.2) qui vise explicitement « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

Actuellement, l'offre et la couverture publique des soins de réadaptation se trouvent principalement dans les milieux hospitaliers, les centres de réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement ainsi que dans les CLSC. Il est également possible de trouver ces professionnels dans d'autres milieux comme les CHSLD, les centres de jour et les centres intermédiaires. Au niveau du système privé, ce sont principalement dans des cliniques privées indépendantes ou liées à des cliniques médicales avec ou sans médecin que l'on peut avoir accès aux soins en ergothérapie et en physiothérapie (MQRP, 2016).

La couverture actuelle des soins de santé priorise les services médicaux en centre hospitalier parfois aux dépens des soins de réadaptation physique et psychosociale. Trop souvent, des patients reçoivent des soins médicaux d'urgence leur sauvant la vie, mais se retrouvent paradoxalement dans l'impossibilité d'avoir accès aux services d'adaptation et de réadaptation leur permettant de réintégrer leur milieu de vie, leurs occupations significatives et leurs rôles sociaux (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016). Qui plus est, il est impossible d'aborder les trous en réadaptation dans le panier de services couverts sans aborder l'éléphant dans la pièce : l'enjeu de l'accessibilité. C'est un problème criant en CLSC, en CHSLD et en centres de réadaptation. En 2018, 32 183 personnes étaient en attente de services de soutien à domicile en CLSC dont 9947 en ergothérapie et 6950 en physiothérapie (Chouinard, 2019). Le système de santé devrait pouvoir aligner le panier de services couverts, leur accessibilité réelle et l'autonomie décisionnelle de ses cliniciens.

Soins à domicile

Depuis plusieurs années, notre système de santé a pris un virage hospitalo-centrique qui a engendré des coupures et un sous-financement important dans les services offerts par les CLSC, ce qui crée plusieurs trous de services en réadaptation (MQRP, 2014). Actuellement, les soins à domicile en ergothérapie et en physiothérapie sont grandement insuffisants. Bien qu'ils soient théoriquement couverts, plusieurs services ne sont pas disponibles, partiellement couverts ou non accessibles par manque de personnel et à cause des listes d'attentes trop longues.

Dans certains CLSC, les frais d'achats et l'installation d'aides techniques aux activités de la vie quotidienne recommandées par les ergothérapeutes ne sont pas couverts en bas de 100 \$. Parmi ces aides techniques, on compte des appareils pour le transfert à la toilette, au bain ou à la douche ainsi que des aides à l'habillage et à la cuisine. Cependant, pour une importante partie de la population desservie par nos CLSC, il s'agit d'un montant considérable représentant un frein à l'accès aux mesures leur permettant d'avoir une autonomie et une qualité de vie satisfaisante. Également, les appareils suppléants à une déficience physique comme les appareils de motorisation pour fauteuil roulant manuel, qui peuvent grandement augmenter l'autonomie, la facilité des déplacements et la manipulation des fauteuils roulants ainsi que les fauteuils de loisirs permettant de réaliser plusieurs activités significatives ne sont pas non plus couverts. Couvrir en partie des soins donnés par un professionnel de la santé ne permet pas une prise en charge optimale, est contreproductif et brime l'autonomie et le jugement clinique des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. D'autre part, les aides techniques et à la mobilité recommandées par les professionnels de la réadaptation couvertes par la RAMQ nécessitent la prescription d'un médecin, ce qui engendre un important ralentissement de leur délai d'obtention.

En CLSC, les programmes d'adaptation domiciliaire ne sont pas couverts pour les personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, les longues listes d'attente en réadaptation se font grandement ressentir chez cette population vulnérable. En effet, entre 15 à 18 % des personnes âgées de plus de 65 ans ont besoin de soins à domicile, alors que seulement 8,6 % de ces personnes ont accès à ces soins, et ce, alors que l'écart entre le nombre de patients qui reçoivent des soins à domicile et les objectifs gouvernementaux ne cesse d'augmenter (Protecteur du citoyen, 2017 ; Protecteur du citoyen, 2018). L'adaptation du domicile et le soutien à domicile chez cette population permettent d'augmenter l'autonomie et d'éviter l'institutionnalisation. Par ailleurs, tout en contribuant à l'immobilité des personnes en institution (Pilon, 2017), et donc au déclin des fonctions physiques, l'institutionnalisation en CHSLD est associée à une espérance de vie moyenne de 18 mois dans la région de Montréal (Francoeur, 2016). En plus d'éviter ces complications, la couverture des services en CLSC permet de diminuer les listes d'attente en CHSLD et coûterait moins cher au système de santé ainsi qu'à l'ensemble de la population (Bauer et al., 2017). Le maintien à domicile chez les personnes âgées devrait donc être au cœur de la mission de nos soins de santé communautaire parce qu'ils permettent une meilleure qualité et espérance de vie, à moindre coût.

Le deuxième domaine de la réadaptation négligé par notre panier de services est celui de la pédiatrie. En effet, présentement, les enfants qui n'ont pas de diagnostic clair et qui présentent des difficultés motrices, sensorielles ou psycho-comportementales ayant des impacts sur les activités de la vie de tous les jours à l'école et à la maison n'ont pas accès aux services d'ergothérapie et de physiothérapie. Cette réalité est en contradiction avec l'ensemble des données probantes qui

démontrent qu'une prise en charge précoce des problèmes moteurs, sensoriels et psychosociaux chez les enfants permet une augmentation des capacités et du rendement occupationnel (Ramey et Ramey, 1998 ; Vitrikas, Savard et Bucaj, 2017; Cloet, Leys et De Meirleir, 2017). Non seulement ces enfants n'auront pas accès à des services de réadaptation, mais ils attendront jusqu'à 18 mois pour un suivi en centre de réadaptation s'ils finissent par avoir un diagnostic (Radio-Canada, 2014). S'ils souhaitent recevoir des services de leur commission scolaire, c'est presque peine perdue étant donné qu'au Québec, un ergothérapeute travaillant à temps plein en milieu scolaire dessert en moyenne 51,4 écoles (Saint-Arnaud, 2019). C'est une triste réalité qui va à l'encontre des fondements de l'intervention précoce et qui pousse plusieurs parents à se tourner vers des ressources privées. Il s'agit d'une problématique creusant le gouffre entre les familles qui ont les moyens de se tourner vers le privé et les autres.

Suivi à l'externe¹⁸

Le manque important de couverture et d'accessibilité se fait grandement ressentir dans les soins de première ligne en santé mentale également. Présentement, la couverture est telle qu'une personne ayant été hospitalisée peut avoir accès à un suivi à l'externe d'une courte à moyenne durée par suite de son séjour. Cependant, une personne aux prises avec un problème de santé mentale ayant un impact sur ses activités de la vie quotidienne (travail, rôles sociaux, activités de la vie domestique, etc.) se présentant à un service de première ligne comme son CLSC de quartier ou son médecin de famille ne peut accéder à un suivi en ergothérapie. D'une part, si cette personne frappe à la porte de son médecin de famille et que celui-ci juge qu'elle bénéficierait d'un suivi en ergothérapie, cette option est presque toujours inexistante. D'autre part, si cette personne frappe à la porte de son CLSC de quartier, elle risque d'attendre des mois ou des années. En effet, l'attente pour voir un ergothérapeute en CLSC peut varier de quelques jours à neuf ans selon le CLSC et la priorité de la référence (Raymond, Feldman et Demers, 2016). Encore une fois, face à ce trou de service important, les gens ayant les moyens financiers se tournent vers le privé alors que les plus démunis n'ont pas accès aux services.

Il est important de mentionner que les patients ayant eu des blessures principalement musculosquelettiques à la suite d'accidents de travail, d'accidents de la route ou d'actes violents de nature criminelle sont couverts, respectivement, par la CNESST, la SAAQ et l'IVAC. Cependant, tous les autres utilisateurs de ces soins font face aux listes d'attente démesurées des soins de physiothérapie en milieu hospitalier. Ils n'ont souvent d'autre choix que de se tourner vers le privé. Ces patients, qui nécessitent des soins en physiothérapie, représentent environ 30 % de la population au Québec (Camirand et al., 2010a). Cette problématique est omniprésente, à tel point que 70 % des médecins québécois rapportent être insatisfaits devant l'accessibilité des soins en physiothérapie (2013 Physician National Survey, 2020). Ces médecins sont pourtant les premiers professionnels de la santé à recevoir et référer aux physiothérapeutes des patients avec des problèmes musculosquelettiques. Cependant, c'est l'inégalité d'accès à ces soins pour les personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés qui est le problème majeur dans la couverture actuelle des soins offerts à l'externe (Perreault et al., 2019). Alors que les avantages de recevoir des soins en physiothérapie pour plusieurs problèmes musculosquelettiques sont bien documentés,

¹⁸ Un suivi à l'externe fait référence à un suivi chez un patient qui n'est pas hospitalisé ou en hébergement, qu'il soit temporaire ou permanent (par exemple en CHSLD ou en URFI). Il peut être donné dans la communauté (par exemple en GMF, en CLSC ou en clinique privé), en centre de réadaptation ou en milieu hospitalier.

leur accessibilité est malheureusement limitée et inéquitable (Perreault et al., 2019). Ce problème touche évidemment toute condition aiguë, mais il est également présent chez les personnes ayant des douleurs et des conditions chroniques. Effectivement, celles-ci (arthrose, arthrite, douleur chronique, etc.) sont très bien représentées dans les listes d'attente des services en physiothérapie dans les centres hospitaliers (Passalent, Landry et Cott, 2009). Finalement, il est important de considérer que de nombreux problèmes aigus sont à risque de se chroniciser sans prise en charge adéquate (Chapman, 2017), telles que les douleurs de la région lombaire, ce qui illustre l'importance d'une prise en charge précoce.

Impacts de la perte d'autonomie

Selon un rapport de l'Institut de la statistique du Québec, la proportion de personnes de plus de 15 ans au Québec ayant une incapacité est estimée à près de 33 % (Fournier, 2013). Ceci correspond à environ 2 215 100 personnes. Parmi ces incapacités, on parle de celles liées à l'agilité, aux lombalgies (douleurs dans le bas du dos), à l'apprentissage, à la mémoire, à la déficience intellectuelle, aux troubles envahissants du développement et aux troubles de santé mentale. Il est à noter que l'ergothérapeute et le physiothérapeute œuvrent auprès de toutes les incapacités précédemment mentionnées. Il est également à noter que la prévalence de l'incapacité augmente avec l'âge et qu'étant donné le vieillissement de la population au Québec, ces proportions sont appelées à augmenter dans les prochaines années. En conséquence, les besoins en réadaptation sont également appelés à croître dans les années à venir.

Avantages d'une couverture des soins en ergothérapie et physiothérapie

Les données probantes quant à la couverture des soins d'ergothérapie et de physiothérapie chez les populations précédemment mentionnées sont claires. Par exemple, chez la clientèle pédiatrique, les traitements précoces de physiothérapie sont associés à une augmentation de la fonction motrice et des capacités physiques (Smits-Engelsman, 2013 ; Martin, Baker et Harvey, 2010). Le suivi précoce en ergothérapie est associé à une augmentation de l'autonomie, des habiletés motrices, visuomotrices, sociales et cognitives (Case-Smith, Frolek Clark et Schlabach, 2013). À l'inverse, nous notons justement une persistance des retards de développement et une diminution de la qualité de vie psychosociale chez les enfants qui ont un délai de prise en charge, en plus des coûts supplémentaires associés à l'utilisation d'autres services. Au niveau de la clientèle ayant un trouble musculosquelettique, une diminution de la douleur (Ginnerup-Nielsen et al., 2016), une augmentation des capacités physiques et de la qualité de vie (Uthaihp et al., 2017) sont des bénéfices associés aux traitements en physiothérapie. Chez les aînés avec problèmes neurologiques, nous observons une augmentation de l'indépendance fonctionnelle (Pollock et al., 2014) et de la participation aux loisirs (Veerbeek et al., 2004) via la physiothérapie. Nous notons également une amélioration de la participation aux activités de la vie quotidienne et domestique avec une amélioration de l'état de santé chez les aînés en perte d'autonomie (Ryburn, Wells et Foreman, 2009). Le suivi en ergothérapie à domicile chez les personnes âgées est quant à lui associé à une diminution des chutes, une augmentation de l'autonomie, de la participation sociale et de la qualité de vie (Steultjens et al., 2004). Finalement, les interventions en réadaptation permettent une continuité des soins entre les milieux hospitaliers et locaux/communautaires. Cette continuité des soins est la clé pour assurer le retour à l'autonomie antérieure et éviter que des patients tombent, laissés à eux-mêmes, dans un trou de services.

Coûts et bénéfices d'une telle couverture

Vivre avec une incapacité au Québec coûte cher non seulement aux individus, mais aussi à la société. En effet, vivre avec une incapacité est associé à un niveau de scolarité plus bas que la moyenne populationnelle ainsi qu'à un revenu diminué. En effet, 42 % des personnes de 15 ans et plus vivants avec une ou des incapacités n'ont pas de diplôme d'études secondaires comparativement à 22 % chez les personnes sans incapacité. De plus, 46 % des personnes ayant une incapacité ont déclaré un revenu personnel inférieur à 15 000 \$ comparativement à 34 % des personnes sans incapacité (Camirand et al., 2010b). Au niveau canadien, les problèmes musculosquelettiques coûtent environ 6,8 milliards de dollars, dont 197 millions de dollars aux urgences et 1,33 milliard de dollars dépensé en médicaments pour des conditions musculosquelettiques (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Au niveau canadien, un exemple parfait d'investissement à long terme en lien avec la meilleure gestion de conditions musculosquelettiques chroniques concerne les personnes atteintes d'arthrose. Avec de meilleurs soins et services globaux, qui incluent des soins en physiothérapie, nous pourrions économiser jusqu'à 447,2 milliards de dollars sur 30 ans (Arthritis Alliance of Canada, 2011).

Globalement, tel que décrit précédemment, une augmentation des services de soutien à domicile permet d'éviter de nombreuses visites à l'urgence et le coût associé à celles-ci. À un niveau plus local, dans le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, un programme de soutien à domicile de grande intensité a permis d'éviter 246 visites à l'urgence et 144 hospitalisations, ce qui représente des économies de 613 607 \$ en un an. Également, il a été démontré que des soins à domicile de qualité permettent d'éviter jusqu'à 63 % des visites à l'urgence ou l'hospitalisation chez cette clientèle. Le coût moyen d'une visite à l'urgence est de 176,59 \$ alors qu'une visite en soutien à domicile en soins infirmiers, par exemple, est de 98,84 \$, ce qui représente une économie de 77,75 \$ par visite à l'urgence évitée (MSSS, 2018). D'autre part, le suivi dans la communauté donné par des ergothérapeutes à des personnes atteintes de démence et à leurs proches a été associé à un coût sociétal diminué (AOTA, 2019). Les données par rapport à d'autres diagnostics prévalents chez les personnes âgées démontrent également que les interventions en ergothérapie et en physiothérapie sont rentables. En effet, le temps d'attente dans les urgences pourrait être diminué via l'augmentation de l'accessibilité aux physiothérapeutes et ergothérapeutes en première ligne. L'implantation de physiothérapeutes dans les urgences des hôpitaux québécois a été tentée dans les dernières années et est encore présentement à l'essai. En plus d'avoir d'excellents résultats au niveau de la réduction du temps d'attente dans les urgences, les personnes bénéficiant de ce service voient une réduction du nombre de consultations récurrentes à l'urgence, de la quantité d'imageries médicales prescrites et de leur douleur ainsi qu'une amélioration de leurs capacités physiques (Perreault et al., 2019). La présence d'ergothérapeutes dans les équipes multidisciplinaires à l'urgence permet également d'éviter le phénomène de porte tournante parce qu'elle est associée à un retour à domicile plus sécuritaire et la mise en place d'aide permettant de pallier les difficultés quotidiennes (Carlill, Gash et Hawkins, 2002).

NUTRITION

État actuel de la couverture publique et privée

Au Québec, les diététistes-nutritionnistes (termes synonymes) sont les seuls experts de l'alimentation et de la nutrition humaine reconnus par le Code des professions. À l'heure actuelle, la RAMQ couvre seulement les soins nutritionnels en établissement pour le suivi de certaines maladies ou conditions chroniques particulières (RAMQ, 2019).

Or, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) note que les besoins nutritionnels de la population québécoise sont criants et peinent à être comblés (OPDQ, 2016). Ainsi, selon le rapport du Vérificateur général, dans les soins à domicile et les soins de longue durée, les soins nutritionnels ne sont pas disponibles pour tous, compromis, entre autres, par des temps d'attente très longs. Le manque d'accès aux nutritionnistes-diététistes est d'autant plus affligeant lorsque l'OPDQ considère la problématique de la dénutrition lors de l'hospitalisation. La dénutrition a un impact négatif autant sur la santé des patients que sur le coût d'hospitalisation. L'OPDQ constate que le nombre de diététistes-nutritionnistes œuvrant dans le système de santé est inférieur aux ratios d'effectifs recommandés en nutrition clinique.

Les problèmes nutritionnels ont un impact non négligeable sur la santé globale. Seulement 17 % des patients canadiens diagnostiqués d'une maladie chronique consultent d'autres professionnels de la santé que leur médecin (HCC, 2008) alors que 80 % des cas de diabète de type 2, 40 % des maladies cardiovasculaires et 30 % des cas de cancers peuvent être prévenus par l'amélioration de l'alimentation dans un cadre de saines habitudes de vie (Wolf, 2019). Par ailleurs, les lignes directrices cliniques nationales démontrent l'importance d'inclure le traitement nutritionnel dans la thérapie globale des maladies chroniques telles que le diabète (Association canadienne du diabète, 2013) et l'hypertension (Hypertension Canada, 2013).

Pourtant, c'est en termes de prévention primaire, lorsqu'il n'y a aucune maladie encore présente, que la couverture publique est la plus déficiente. En effet, la majorité des bénéficiaires des soins nutritionnels réside dans la prévention plutôt que le traitement des maladies. Un accès aux services en nutrition est davantage utile lorsque le patient est encore en santé, afin de prévenir l'apparition de maintes maladies chroniques.

Par ailleurs, rappelons que les principales causes de mortalité au Québec sont les maladies cardiovasculaires et les cancers (INSPQ, 2016). La surcharge pondérale, l'obésité abdominale, l'hypertension artérielle, les troubles du cholestérol et des acides gras, le diabète et une faible capacité cardio-respiratoire sont parmi les principaux facteurs biologiques contribuant à augmenter le risque de maladies cardiovasculaires et ceux-ci sont en grande partie attribuables aux mauvaises habitudes de vie, notamment l'alimentation. Dans les pays industrialisés, environ 30 % des cancers seraient attribuables à des facteurs alimentaires (OPDQ, 2004). D'ailleurs, parmi les stratégies de prévention du cancer, la saine alimentation figure au deuxième rang, après la cessation tabagique.

Selon l'Institut Nationale de Santé Publique, au Québec, la prévalence de l'obésité a doublé depuis 25 ans (INSPQ, 2016). En 2013-2014, elle atteint un niveau record de 18 % chez les adultes. De plus, selon les plus récentes données, la proportion de Québécois obèses devrait continuer d'augmenter et atteindra 21 % d'ici 2030 selon les projections les plus optimistes émises par

l'INSPQ. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, le taux d'obésité est maintenant de 6 %, soit un adolescent sur 16. L'INSPQ prédit que si la tendance ne se renverse pas, le Québec risque de faire face à « de lourdes conséquences socio-sanitaires, un fardeau économique important, et une espérance de vie en bonne santé potentiellement réduite chez les personnes touchées » (INSPQ, 2016).

Un besoin criant pour nos aînés

L'American Society of Parenteral and Enteral Nutrition définit la malnutrition comme un désordre de l'état nutritionnel amené par une déficience d'apport, un métabolisme altéré ou des excès nutritionnels (ASPEN, 2020). Il est bien reconnu et documenté que la dénutrition est associée avec une augmentation de la morbidité, une augmentation du taux de complications majeures, une augmentation de la durée de séjour en milieu hospitalier et une élévation du taux de mortalité (OPDQ, 2007b).

La dénutrition se développe et évolue insidieusement. La susceptibilité accrue aux infections, un temps de guérison prolongé, une dysfonction de l'appareil cardio-respiratoire, une force musculaire altérée et la dépression ne sont que quelques conséquences de la dénutrition. La dénutrition affecte les capacités fonctionnelles et cognitives, l'efficacité du système immunitaire, le processus de guérison et, par conséquent, la qualité de vie des personnes atteintes. Plus l'état nutritionnel se dégrade, plus les conséquences s'aggravent, allant de la perte d'autonomie à la mort. En effet, la dénutrition est à la fois la cause de l'aggravation de certaines maladies comme elle peut être la conséquence d'un manque d'apport en raison de la présence d'une maladie.

Ainsi, l'OPDQ s'est montré en faveur d'un outil de dépistage systématique des personnes âgées pour une prise en charge rapide en cas de dénutrition. Les États-Unis et l'Ontario utilisent des méthodes de surveillance similaires depuis maintenant une quinzaine d'années (OPDQ, 2014). En effet, les centres d'hébergement aux États-Unis ont l'obligation de maintenir un état nutritionnel optimal tel que mesuré régulièrement avec une méthode scientifique systématique. En Ontario, les centres d'hébergement de longue durée doivent avoir un nombre minimum de nutritionnistes à leur emploi. La norme minimum y est de 30 minutes par mois par résident dans un CHSLD alors qu'au Québec, aucune mesure n'est présentement implantée.

Pourtant, au Québec comme dans le reste de l'Amérique du Nord, on rapporte une prévalence de la dénutrition de 5 à 15 % et un risque nutritionnel chez 10 à 60 % d'entre eux. Plus précisément, une étude de 2007 soulignait un risque nutritionnel élevé chez 60 % des patients âgés vivant à domicile.

Du côté des assureurs privés, la couverture des soins nutritionnels varie d'une assurance à l'autre. Certaines assurances vont inclure les services en nutrition (Desjardins, 2019), tandis que d'autres non (Manuvie, 2013). Lorsque couverts, les services nutritionnels seront généralement dans la même catégorie que les soins naturopathiques, ostéopathiques, d'acupuncture et de podiatrie, offrant un remboursement allant de 400 \$ à 850 \$ annuellement pour l'ensemble de ces soins.

Impacts des troubles nutritionnels

En Nouvelle-Zélande, une étude a évalué à près de 9000 le nombre de décès reliés à des facteurs nutritionnels, soit un décès sur cinq (Howatson, 2015). Il est évident, toutefois, que ce phénomène

ne se limite pas à la Nouvelle-Zélande puisque mondialement, 63 % des décès en 2008 sont le résultat de maladies non-transmissibles comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires (OMS, 2010).

Au cours des dernières décennies, la nutrition, qui permet la promotion de saines habitudes de vie par l'adoption d'une alimentation équilibrée, est devenue un soin incontournable dans le traitement des maladies non-transmissibles. Un accès augmenté aux soins nutritionnels en prévention primaire permettrait d'aider la population québécoise à améliorer son comportement alimentaire et ainsi diminuer le risque d'hypertension et de maladies cardiovasculaire (Reddy et Katan, 2004), d'AVC (He, Nowson et MacGregor, 2007), de diabète de type 2 (Mursu et al., 2014), de certains cancers (Wisemen, 2008) et contribue au maintien de bonnes facultés visuelles (Christen, 2005) et d'une bonne santé buccodentaire (Moynihan et Petersen, 2004). De manière générale, l'accès aux soins nutritionnels, surtout en prévention primaire, permet de diminuer l'incidence de l'obésité et d'autres indicateurs de syndrome métabolique comme la présence de dyslipidémie¹⁹ et d'hyperglycémie²⁰ (Swinburn et al. 2004).

Avantages d'une couverture des services de nutrition

À travers l'étude de 37 essais contrôlés randomisés, il a été possible de constater une diminution allant de 28 % à 59 % de l'incidence du diabète de type 2 par l'inclusion de thérapies visant le changement d'habitudes de vie, incluant le traitement nutritionnel (Howatson, 2015). Des études canadiennes ont permis d'établir de multiples corrélations significatives entre le traitement nutritionnel et la diminution des facteurs de risque associés aux maladies chroniques comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires.

Cette même étude démontre que l'inclusion des nutritionnistes dans le plan de soins offre des retombées réelles et significatives en santé qui permettent non seulement de prévenir l'apparition de certaines maladies en prévention primaire, mais également de prévenir la complication et la dégradation de l'état de santé, en prévention secondaire et tertiaire. On observe notamment une diminution significative du poids, de l'indice de masse corporel²¹, du tour de taille, de l'hémoglobine glyquée²² (donc un meilleur contrôle du diabète) ainsi qu'une diminution du cholestérol total et LDL²³. Un meilleur contrôle de ces valeurs diminue le risque de surmédication de nos patients hospitalisés, dénutris ou pris avec d'autres comorbidités liées à leur maladie primaire.

Coûts et bénéfices d'une telle couverture

On constate aussi que les soins médicaux et pharmaceutiques engendrent un plus faible coût lorsque le suivi nutritionnel est inclus et que la prise en charge médicale et pharmaceutique devient plus efficace et moins coûteuse lorsque le suivi nutritionnel est inclus dans le plan de soins (Howatson A et al., 2015). Corroborant cette conclusion, une étude américaine regroupant 18 404 patients avec un diabète de type 2 sur une durée de huit ans évalue que les systèmes de santé

¹⁹ Dyslipidémie : débalancement des niveaux sanguins de cholestérol et d'acides gras.

²⁰ Hyperglycémie : augmentation du niveau sanguin de sucre.

²¹ Indice de masse corporel : mesure du poids d'un individu en fonction de sa taille.

²² Hémoglobine glyquée : mesure de laboratoire permettant d'avoir un aperçu du contrôle du diabète sur les trois derniers mois.

²³ LDL : acronyme pour « low-density lipoprotein », appelé communément le « mauvais cholestérol ».

peuvent économiser 46,65 \$ par année par patient, lorsqu'il y a une diminution de 1 % du cholestérol total et du LDL-cholestérol (Delahanty, 2001). Globalement, cette étude évalue les retombées économiques à 6,48 \$ pour chaque 1,30 \$ investi dans des services de soins nutritionnels. Une étude néerlandaise, quant à elle, estime que les retombées économiques s'élèvent de 28,53 \$ à 128,39 \$ dans le secteur de la santé lorsque 1,30 \$ est investi dans les interventions diététiques (Lammers et Kok, 2012). Une étude américaine a aussi démontré un gain économique dans le secteur de la santé de 10,87 \$ par consultation nutritionnelle, notamment parce que la perte de 0,5 kg par patient peut occasionner des économies variant de 3,71 \$ à 15,56 \$ dans le système de la santé (Robbins et al. 2008).

CONCLUSION

La population du Québec a la chance d'être une de celles avec la plus longue longévité sur la planète. Cela dit, vivre vieux ne signifie pas vivre en santé. De la même manière, malgré nos centres de la petite enfance qui font rêver de nombreux pays et notre système d'éducation public, nous manquons de ressources pour diagnostiquer précocement les troubles neurodéveloppementaux chez nos jeunes et effectuer des interventions efficaces. C'est sans compter que plus les enfants vieillissent, moins le gouvernement leur fournit de soins de santé.

La science est on ne peut plus claire : des soins oculaires, dentaires, nutritionnels, psychologiques ou de réadaptation procurent un net bénéfice sur la santé générale. Le fait qu'ils soient payants ou difficilement accessibles dans le réseau public en diminue leur utilisation, entraînant une baisse de santé générale chez des patients qui finiront par être encore davantage malades, ce qui nécessitera des soins médicaux plus dispendieux pour l'État. D'ailleurs, de nombreuses études montrent un bénéfice économique à offrir une couverture publique à de nombreux soins paramédicaux.

Des efforts ont déjà été faits pour augmenter la couverture publique de la psychologie et le gouvernement fédéral envisage d'instaurer une assurance-médicaments universel pour tous les Canadiens. Nous ne devons pas arrêter nos efforts à ces nobles, mais encore insuffisants, objectifs. Les surplus budgétaires répétés avec lesquels le gouvernement du Québec s'est retrouvé dans les dernières années devraient être utilisés à augmenter la couverture publique de nombreux services paramédicaux. La population en sera gagnante de nombreuses façons : augmentation de la santé générale, diminution de la disparité en santé, diminution des dépenses en santé pour l'État, augmentation de la qualité de vie et plus encore.

En résumé, le gouvernement a trois options pour augmenter la couverture de santé à la population : augmenter le nombre de services couverts, étendre des couvertures déjà existantes à des individus qui ne sont pas couverts pour le moment et réduire la participation du citoyen aux coûts et aux frais. Pour certains soins, comme la médecine dentaire, l'optométrie et la nutrition, l'objectif serait plutôt de couvrir des services qui ne le sont pas pour le moment ou d'étendre à l'ensemble de la population des couvertures déjà offertes aux jeunes et aux individus bénéficiant de l'aide sociale. Pour des services comme la couverture d'assurance-médicaments et la psychothérapie, on parle surtout d'élargir la couverture à l'ensemble de la population pour des programmes existants déjà pour atteindre une équité sociale.

Ainsi, la FMEQ demande au gouvernement du Québec :

- D'augmenter la couverture publique en psychothérapie, en médecine dentaire, en optométrie et en nutrition ;
- D'améliorer l'accessibilité aux soins de réadaptation physique, soit à la physiothérapie et à l'ergothérapie et payer davantage pour les aides techniques nécessaires pour les patients ;
- De mettre en place un régime d'assurance-médicaments public et universel au Québec ou de participer à un régime national d'assurance-médicaments advenant sa mise en place par le gouvernement fédéral ;
- D'abolir les frais sur les consultations en pharmacie et de couvrir l'ensemble des services pharmaceutiques via l'assurance maladie, à l'exception des honoraires du pharmacien pour l'exécution d'une ordonnance ;

- De déployer sur l'ensemble du territoire québécois le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) et de le rendre accessible pour l'ensemble des troubles mentaux fréquentes.

Nous sommes conscients que tous ces changements ne peuvent se faire du jour au lendemain ; c'est pourquoi le gouvernement doit dès maintenant établir un plan pour prévoir comment seront implantés ces différents services au courant des prochaines années. La FMEQ souhaite collaborer avec vous dans ce dossier pour arriver à offrir de meilleurs soins à notre population, la rendant en meilleure santé et désengorgeant les soins médicaux pour les gens en ayant vraiment besoin.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada. *Economic Burden of Illness in Canada, 2010*. Canada : Agence de Santé Publique du Canada, 2018. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/economic-burden-illness-canada-2010/economic-burden-illness-canada-2010.pdf>.
- Académie canadienne des sciences de la santé. *Améliorer l'accès aux soins de santé buccodentaires pour les personnes vulnérables vivant au Canada*. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé. 2014.
- The American Occupational Therapy Association (AOTA). *Evidence Supports the Distinct Value of Occupational Therapy for Older Adults*. Bethesda: The American Occupational Therapy Association, 2019. <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/PA/older-adults-EBP-summary.pdf>.
- American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). « The Evolving Role of Nutrition Therapy in the Hospitalized Patient: Focus on Lipids and Protein ». 12 février, 2020. <https://aspen.digitellinc.com/aspen/sessions/14508/view>.
- Arthritis Alliance of Canada. « The impact of arthritis in Canada: Today and over the next 30 years, 2011 ». 27 octobre, 2011. http://www.arthritisalliance.ca/images/PDF/eng/Initiatives/20111022_2200_impact_of_arthritis.pdf.
- Association canadienne du diabète. « Lignes directrices de pratique clinique : la prévention et le traitement du diabète au Canada ». Octobre, 2013. http://guidelines.diabetes.ca/cdacpg_resources/cpg_2013_full_fr.pdf.
- Association canadienne des optométristes. « Répondre aux besoins des Canadiens en matière de services de santé et de soins opculo-visuels : analyse des effectifs ». 18 mai, 2018. <https://opto.ca/fr/document/repondre-aux-besoins-des-canadiens-en-matiere-de-services-de-sante-et-de-soins-oculovisuels>.
- Association des dentistes de santé publique du Québec (ADSPQ). *Mémoire présenté à la Commission à la santé et au bien-être - Relativement à la consultation publique sur le panier de services*. 2016. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/ADSPQ.pdf.
- Association des optométristes du Québec. « Que fait un optométriste ». 26 novembre, 2019. <https://www.aoqnet.qc.ca/que-fait-un-optometriste>.
- Baraldi, Rosanna. « Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec : une comparaison avec le reste du Canada. ». Québec : Institut de la statistique du Québec, 2014. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201411.pdf>.
- Bauer, Annette et al. « Costs and economic consequences of a help-at-home scheme for older people in England ». *Health and Social Care in the Community* 25, n°2 (2017): 780–789. <https://doi.org/10.1111/hsc.12372>.
- Bélanger, Roger, Carole Blanchet et Denis Hamel, *La santé buccodentaire des aînés québécois*. Québec : Institut nationale de santé publique du Québec, 2016. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2097_sante_buccodentaire_aines_quebecois.pdf.
- Benigeri, Mike. *Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, 2016. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf.
- Boptom, Rebecca Q. Ivers et al. « Visual Impairment and Falls in Older Adults: The Blue Mountains Eye Study ». *Journal of the American Geriatrics Society* 46, n°1 (1998): 58-64. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb01014.x>.
- Bossinot, Jacques. « Universal pharmacare would save Canadians \$4.2B a year, parliamentary budget officer says ». *CBC News*. 29 septembre, 2017. <https://cbc.ca/news/health/pharmacare-savings-1.4311618>.
- Boudreau, Christian et Monica Tremblay. *Le régime public d'assurance médicaments au Québec : bénéfices et défis du système de communication interactive avec les pharmaciens*. Québec : École nationale d'administration publique février, 2007. <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2008/02/30016119.pdf>.
- Brodeur, Jean-Marc et al. *Étude sur la santé bucco-dentaire des personnes de 65 ans et plus*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 1982. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/santecom/35567000017761.pdf>.
- Brodeur, Jean-Marc et al. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998. <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/2550334299.pdf>.

- Brodeur, Jean-Marc et Paul L. Simard. *Problèmes gastro-intestinaux et nutrition inadéquate chez les personnes âgées complètement édentées sans prothèses fonctionnelles*. Québec : Université Laval, 1990. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000020047.pdf>.
- Camirand, Hélène et al. *L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des québécois*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2010a. http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_EnqueteQCSanteRapport2008H00F00.pdf.
- Camirand, Jocelyne et al. *Vivre avec une incapacité au Québec*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2010b. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/incapacite/incapacite-quebec.pdf>.
- Carlill, Gill, Elizabeth Gash et Glenis Hawkins. « Preventing Unnecessary Hospital Admissions: An Occupational Therapy and Social Work Service in an Accident and Emergency Department ». *British Journal of Occupational Therapy* 65, n°10 (2002): 440–445. <https://doi.org/10.1177%2F030802260206501002>.
- Case-Smith, Jane, Gloria J. Frolek Clark et Theresa L. Schlabach. « Systematic Review of Interventions Used in Occupational Therapy to Promote Motor Performance for Children Ages Birth–5 Years ». *The American Journal of Occupational Therapy* 67, n°4 (2013): 413–424. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005959>.
- Castonguay, Claude et al. *Rapport du comité d'experts sur l'assurance médicaments : Des voies de solutions*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 1996. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000025590.pdf>.
- Chapman, Éline. Janvier 2017. « Physiothérapie de la douleur ». Cours *Physiothérapie de la douleur*. Montréal : Université de Montréal.
- Chia, Ee-Munn et al. « Impact of Bilateral Visual Impairment on Health-Related Quality of Life: The Blue Mountains Eye Study ». *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 45, n°1 (2004): 71-76. <https://doi.org/10.1167/iovs.03-0661>.
- Chouinard, Tommy. « Les listes d'attente s'allongent pour les soins à domicile ». 16 mars, 2019. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201903/15/01-5218471-la-liste-dattente-sallonge-pour-les-soins-a-domicile.php>.
- Christen, William G. et al. « Fruit and vegetable intake and the risk of cataract in women ». *The American Journal of Clinical Nutrition* 81 n°6 (2005): 1417-1422. <https://doi.org/10.1093/ajcn/81.6.1417>.
- Cloet, Eva, Marc Leys et Linda De Meirleir. « Access to early diagnostics, intervention, and support for children with a neurobiological developmental delay or disorder ». *Developmental Medicine & Child Neurology* 59, n°12 (2017) : 1215-1216. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13583>.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie. « Chapitre 17 - La loi Canadienne sur la santé » dans *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Ottawa : Sénat du Canada, 2002. <https://sencanada.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6-f.pdf>.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Ottawa : CSMC, 2013. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf.
- Conference Board of Canada. *The market profile of physiotherapist in Canada*. 28 mars, 2017. https://www.conferenceboard.ca/temp/5fd72a91-98b0-4a01-bb40-ad5235487558/8695_Profile-of-Physiotherapists-in-Canada_BR.pdf.
- Conseil des Canadiens. « Pharmacare ». 14 janvier, 2018. <https://canadians.org/pharmacare>.
- Contoyannis, Paul et al. « Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada », *Econometrics and Health Economics* 14, n°9 (2005): 909-923. <https://doi.org/10.1002/hec.1041>.
- Delahanty, LM et al. « Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial ». *Journal of the American Dietetic Association* 101, n°9 (2001): 1012-1023. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(01\)00250-4](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(01)00250-4).
- Desjardins Assurance Vie. « Tableau comparatif : Parcours assurance santé ». 2019. <https://www.desjardinsassurancevie.com/fr/regimes-collectifs/Documents/15031F03-parcours-assur-sante-tab-comparatif.pdf>.

- Desmarais, Sylvie, dir. *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux, 2018. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf.
- Directeur parlementaire du budget. *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*. Ottawa : Bureau du directeur parlementaire du budget, 2017. https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/Pharmacare/Pharmacare_FR__2017-11-07.pdf.
- Duckett, Stephen et Adrian Peetom. *Canadian Medicare: We Need It and We Can Keep It*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2013.
- Emploi Québec. *Bulletin sur le marché du travail au Québec, Année 2018*. Québec : Emploi Québec, 2018. https://www.emploi Quebec.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/pdf/Publications/00_imt_bmt-2018.pdf.
- Fédération des médecins spécialistes du Québec. « Spécialités médicales ». 26 novembre, 2019. <https://www.fmsq.org/fr/profession/medecine-specialisee/specialites-medicales>.
- Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. « Pour un régime public et universel d'assurance médicaments ». 31 août, 2017. <https://ftq.qc.ca/actualites/regime-public-universel-dassurance-medicaments>.
- Félix, Geneviève. « Implantation du régime général d'assurance médicaments québécois : 1994-2005 ». Mémoire de M.A. Université du Québec à Montréal, 2007. <https://archipel.uqam.ca/4751/1/M10000.pdf>.
- Fournier, Claire et al. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*. Québec : Institut de la statistique du Québec. 10 octobre, 2013. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitation-maladies-chroniques-utilisation.pdf>.
- Fraihat, Nadine et al. « Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, n°15 (2019): 2668. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152668>.
- Francoeur, Louise. 5 mai 2016. « Les soins de fin de vie en CHSLD : les enjeux ». *Congrès de l'ACFAS*.
- Gagnon, Marc-André. *A Roadmap to a Rational Pharmacare Policy in Canada*. Ottawa: The Canadian Federation of Nurses Unions, 2014. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/Pharmacare_FINAL.pdf.
- Gagnon, Marc-André et Guillaume Hébert. *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments coûts et bénéfices d'une couverture publique pour tous*. Ottawa : Canadian Centre for Policy Alternatives et Montréal : Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), 2010. <http://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/regime-gagnon-2.pdf>.
- Gagnon, Marc-André et al. « Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète ? » Institut de recherche et d'informations socio-économiques. Décembre, 2017. https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_Assurance-me_dicaments_201712WEB.pdf.
- Gagnon, Reynald, dir. *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments au Québec : analyse de faisabilité*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1995. <http://uniondesconsommateurs.ca/docu/sante/1995-Assurance-Med-rapportGagnon.pdf>.
- Galarneau, Chantal et al. *Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 - 2e édition*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2018. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2034_sante_buccodentaire_primaire.pdf.
- Giard, Jacques et Ghislaine Cleret de Langavant, dir.. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 : pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, 2012. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.
- Ginnerup-Nielsen, Elisabeth et al. « Physiotherapy for pain: a meta-epidemiological study of randomised trials » *British Journal of Sports Medicine* 50, n°16 (2016): 965-971. <https://bjsm.bmj.com/content/50/16/965>.

- Goldman, Dana P., Geoffrey F. JOYCE et Yuhui Zheng. « Prescription drug cost sharing: Associations with medication and medical utilization and spending and health ». *Journal of the American Medical Association* 298, n°1 (2007): 61-69. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/207805>.
- Gordois, Adam et al. « An estimation of the worldwide economic and health burden of visual impairment ». *Global Public Health* 7, n°5 (2012): 465-481. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.634815>.
- Gore, Mugdha et al. « The Burden of Chronic Low Back Pain: Clinical Comorbidities, Treatment Patterns, and Health Care Costs in Usual Care Settings ». *Spine* 37, n°11 (2012) : 668-677. <https://insights.ovid.com/crossref?an=00007632-201205150-00022>.
- Gouvernement du Québec. *Budget 2018-2019 - Le plan économique du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec, 2018. http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/PlanEconomique_18-19.pdf#page=59.
- Gouvernement du Québec, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. L.Q. 2009, c 28.
- Gouvernement du Québec. *Loi sur l'assurance médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01.
- Feldman, Debbie Ehrmann et al. « Is Waiting for Rehabilitation Services Associated with Changes in Function and Quality of Life in Children with Physical Disabilities? » *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics* 28, n°4 (2009): 291-304. <https://doi.org/10.1080/01942630802224868>.
- Hassell, J. B., E. L. Lamoureux, et J. E. Keeffe. « Impact of Age Related Macular Degeneration on Quality of Life ». *British Journal of Ophthalmology* 90, n°5 (2006): 593-596. <https://doi.org/10.1136/bjo.2005.086595>.
- He, Feng J., Caryl A Nowson et Graham A MacGregor. « Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies » *The Lancet* 367, n°9507 (2007): 320-326. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68069-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68069-0).
- Health Council of Canada (HCC). « Fixing the Foundation: An Update of Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada » Janvier, 2008. https://healthcouncilcanada.ca/files/2.26-HCC_PHC_Main_web_E.pdf.
- Holden, B. et al. « Myopia, an underrated global challenge to vision: where the current data takes us on myopia control ». *Eye* 28, n°2 (2014): 142-146. <https://doi.org/10.1038/eye.2013.256>.
- Homsy, Mia, Simon Savard et Sonny Scarfone. *Bilan 2018 de l'emploi au Québec*. Québec : Institut du Québec, 2018. <https://www.institutduquebec.ca/docs/default-source/default-document-library/bilan-de-l'emploi-2018vfaf68454ac9186762bc5eff00000592ac.pdf>.
- Hoskins, Eric, dir. *Une ordonnance pour le Canada : l'assurance-médicaments pour tous*. Ottawa : Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/mise-en-oeuvre-regime-assurance-medicaments/rapport-final.html>.
- Hurteau, Philippe. *Le coût des soins dentaires au Québec*. Février, 2018. <https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/2018-02-Fiche-IRIS-Soins-dentaires.pdf>.
- Hypertension Canada. « Recommandations 2013 du Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension ». 2013. http://www.hypertension.ca/images/CHEP_2013/2013_CHEPRescsFullVersion_FR_HCP1000.pdf.
- Implants dentaires du Gepi. « Les principales conséquences d'une édentation ». 15 décembre, 2019. <https://www.implant-dentaire-gepi.fr/2018/08/30/les-principales-consequences-dune-edentation/>.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « L'obésité au Québec : ralentissement, mais inégalités socio-économiques ». 12 février, 2020. <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/analyses/obesite>.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2012. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1578_survtroublesmentauxqc_prevalmortaliteprofilutiliservices.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2019. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf.

- Jildent Clinique. « Quelles sont les conséquences de l'édentation ». 15 décembre, 2019. <https://www.jildent.fr/quels-sont-les-conséquences-de-l-edentation>.
- Lammers, Marloes et Kok Lucy. « Cost-benefit of dietary treatment ». Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek, 2012. http://www.seo.nl/uploads/media/2012-76a_Cost-benefit_analysis_of_dietary_treatment.pdf.
- Laporte, Bernard. *Programme Québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène de la bouche en CHSLD*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-231-28W.pdf>.
- Law, Michael R. et al. « The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada ». *Canadian Medical Association Journal* 184, n°3 (2012): 297-302. <https://www.cmaj.ca/content/184/3/297>.
- LeLorier, Jacques et Nigel S.B. Rawson. « Lessons for a national pharmaceuticals strategy in Canada from Australia and New Zealand ». *Canadian Journal of Cardiology* 23, n°9 (2007): 711-718. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2651914/pdf/CJC230711.pdf>.
- Lesage, Alain, Francine Bernèche et Monique Bordeleau. *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*. Québec : Institut de la Statistique du Québec, 2010. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>.
- Long, Sharon K. « On the road to universal coverage: Impacts of reform in Massachusetts at one year ». *Health Affairs* 27, n°4 (2008): w270-w284. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.4.w270>.
- Liu, Xinliang et al. « Immediate Physical Therapy Initiation in Patients With Acute Low Back Pain Is Associated With a Reduction in Downstream Health Care Utilization and Costs ». *Physical Therapy* 98, n°5 (2018): 336-347. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy023>.
- Manuvie (Financière Manuvie). « Québec plan options ». 2014. https://www.caut.ca/sites/default/files/quebecplanoptions_2014_fr.pdf.
- Martin, Liz, Richard Baker et Adrienne Harvey. « A systematic review of common physiotherapy interventions in school-aged children with cerebral palsy ». *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 30, n°4 (2010): 294-312. <https://doi.org/10.3109/01942638.2010.500581>.
- McKiernan, Michael. « The great pharmacare debate: An 'overly simplistic' solution or needed system rationalization? ». 10 janvier, 2018. <https://www.benefitscanada.com/news/bc-f2f-pharmacare-108989>.
- Médecins Québécois pour le Régime Public (MQRP). *Les impacts de la nouvelle gestion publique sur l'évolution de la première ligne au Québec*. 21 mai, 2014. <http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2014-NGP-et-premie%CC%80re-ligne.pdf>.
- Médecins Québécois pour le Régime Public (MQRP). *Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec*. Juin, 2016. <http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). « Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile ». 15 mai, 2018. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-soutien-a-domicile/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - Faire ensemble et autrement*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 2015. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019b. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/a-propos/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019a. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-20W.pdf>.
- Montmarquette, Claude, Stéphanie Boulenger et Joanne Castonguay. *Les risques liés à la création de PHARMA-QUÉBEC*. Montréal : CIRANO, 2014. <https://cirano.qc.ca/pdf/publication/2014RP-05.pdf>.

- Montpetit, Caroline. « Un luxe, les soins dentaires ? ». 11 février, 2011. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/316566/un-luxe-les-soins-dentaires#>.
- Morgan, Steve, D, Jamie R Daw et Michael R. Law. *Rethinking Pharmacare in Canada*. Toronto: C.D. Howe Institute, 2013. https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_384_0.pdf.
- Morgan, Steve et Jae Kennedy. « Cost-related prescription nonadherence in the United States and Canada ». *Clinical Therapeutics* 31, n°1 (2009): 213-219. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2009.01.006>.
- Moynihan, Paula et Poul Erik Petersen. « Diet, nutrition and the prevention of dental diseases ». *Public health nutrition* 7, n°1a (2004): 201-226. <https://doi.org/10.1079/PHN2003589>.
- Msefer, Souad. « Importance du diagnostic précoce de la carie de la petite enfance ». *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, supplément (2006) : 6-8. http://www.odq.qc.ca/portals/5/fichiers_publication/dossiersante/cariespetiteenfance/supplement_carie.pdf.
- Mursu, Jaakko et al. « Intake of fruit, berries, and vegetables and risk of type 2 diabetes in Finnish men: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study ». *The American Journal of Clinical Nutrition* 99, n°2 (2014): 328-333. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.069641>.
- Naidoo, Kovin S. et al. « Potential Lost Productivity Resulting from the Global Burden of Myopia: Systematic Review, Meta-Analysis, and Modeling ». *Ophthalmology* 126, n°3 (2019): 338-346. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2018.10.029>.
- Niessen, Louis W. et Jahangir A.M. Khan. « Universal access to medicines ». *The Lancet* 387, n°10013 (2016): 9- 11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00552-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00552-8).
- Ordre des dentistes du Québec. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*. Supplément (2007). http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/MaladiesParodontales/maladie_supplement.pdf.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. « Exercice dans le secteur privé ». 27 décembre, 2019b. <https://www.oeq.org/ergotherapeutes/ma-pratique/exercice-dans-le-secteur-prive.html>.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. *Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique du commissaire à la santé et au bien-être ayant trait au panier de services publics assurés en santé et en services sociaux*. Février, 2016. http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/OEQ.pdf.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. « Qu'est-ce que l'ergothérapie ». 27 décembre, 2019a. <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>.
- Ordre des physiothérapeutes du Québec. « Qu'est-ce que la physiothérapie ». 27 décembre, 2019. <https://oppq.qc.ca/la-physiotherapie/>.
- Ordre des psychologues du Québec. *Rapport annuel 2017-2018*. Montréal : Ordre des psychologues du Québec, 2018. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/135241/Rapport+annuel+2017-2018/80be15ef-25c9-45aa-8690-6e3064fa03f9>.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ). *Consultation publique du commissaire à la santé et au bien-être sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux : commentaires de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec*. Janvier, 2016. https://opdq.org/wp-content/uploads/2016/02/Memoire_panier_de_service_assures_.pdf.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ). *Consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées : un enjeu de société, une responsabilité qui nous interpelle tous*. 2007a. https://www.opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/OPDQ_MemoireConditionVieAines_2007.pdf.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ). « L'OPDQ propose un outil pour dépister le risque nutritionnel des aînés ». 2007b. <https://opdq.org/?nouvelle=lopdq-propose-un-outil-pour-depister-le-risque-nutritionnel-des-aines>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Global status report on non communicable diseases*. 2010. https://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/.
- Passalent, Laura A., Michel D. Landry et Cheryl A. Cott. « Wait Times for Publicly Funded Outpatient and Community Physiotherapy and Occupational Therapy Services: Implications for the Increasing Number of Persons with Chronic

- Conditions in Ontario, Canada ». *Physiotherapie Canada* 61, n°1 (2009): 5-14. <https://utpjournals.press/doi/10.3138/physio.61.1.5>.
- Pavlovich, Wendy D. et al. « Systematic review of literature on the cost-effectiveness of nutrition services ». *Journal of the American Dietetic Association* 104, n°2 (2004): 226-232. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2003.09.025>.
- Pelletier, Denis. « La physiothérapie au Québec, une pratique publique et privée ». 5 août, 2015. <https://www.ledevoir.com/opinion/lettres/446747/la-physiotherapie-au-quebec-une-pratique-publique-et-privée>.
- Perreault, Kadija et al. *Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec*. Association Québécoise de Physiothérapie, 2019. https://www.aqp.quebec/wp-content/uploads/Livre-blanc-AQP-October-2019.pdf?utm_source=Blogue&utm_medium=article%20blogue&utm_campaign=blogue.
- Petkantchin, Valentin. « Comment déterminer la valeur de nouveaux médicaments ? ». Institut économique de Montréal. Octobre, 2004. <https://www.youscribe.com/BookReader/Index/525313/?documentId=496436>.
- Phillips, Karen. *Catastrophic Drug Coverage in Canada*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement., 2009. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2016-10-e.pdf>.
- Picard, Daniel. *Les maladies parodontales : Au-delà de la bouche !* Montréal : Direction de santé publique de Montréal-Centre, 2003. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_assmpublications/pdf/publications/1481-3734-JANV2003.pdf.
- Piquette-Tomei, Noëlla A. et Charles Boulet. « Visual Impediments to Learning ». *Optometry and Visual Performance* 1, n°4 (2013): 118-128. <https://hdl.handle.net/10133/4591>.
- Perreault, M. « Perdre la vue, petit à petit ». 13 juin, 2017. http://plus.lapresse.ca/screens/727ef54d-8e7f-4ae2-a70e-aba05a7ab24a__7C___0.html.
- Pilon, Manon. Février 2017. « Physiothérapie et Géroto-Gériatrie ». Cours *Physiothérapie et Géroto-Gériatrie*. Montréal : Université de Montréal.
- Pollock, Alex et al. « Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke (Review) ». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2014). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub3>.
- Protecteur du citoyen. *Rapport annuel d'activité 2016-2017*. 28 septembre, 2017. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2016-2017-ra-protecteur.pdf.
- Protecteur du citoyen. *Rapport annuel d'activité 2017-2018*. 29 novembre, 2018. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/rapport-annuel-2017-2018-pcq.pdf
- Radio-Canada. « Autisme : les listes d'attente pour les services s'allongent ». 6 janvier, 2014. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/648335/autisme-quebec-services-delaïs>.
- Ramey, Craig T. et Sharron Landesman Ramey. « Early intervention and early experience ». *American Psychologist Association* 53, n°2 (1998): 109-120. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.109>.
- Reddy, K Srinath et Martijn B Katan. « Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases ». *Public health nutrition* 7, n°1a (2004): 167-186. https://www.who.int/nutrition/publications/public_health_nut5.pdf.
- Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ). « Assurance médicaments ». 20 janvier, 2018. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/montant-a-payer-medicaments.aspx>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La couverture des services fournis par un optométriste. Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017a. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/depliants/depl-services-optometriste-fr.pdf>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Lunettes et verres de contact pour les enfants ». 30 novembre, 2019a. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/Pages/lunettes-verres-enfants.aspx>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Nombre de participants, nombre de services optométriques et nombre par participant, coût des services optométriques et coût par participant selon la région sociosanitaire des participants, le type de service, le sexe et le groupe d'âge des participants, rémunération à l'acte ». Québec : Régie de l'assurance

maladie du Québec. 2017b https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsInfoStats/CDF1_CnsulInfoStatsCNC_iut/DifsInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Nombre de personnes inscrites et admissibles au régime d'assurance maladie du Québec selon le sexe, le groupe d'âge et la région sociosanitaire Québec, 2017 ». Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017c. https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsInfoStats/CDF1_CnsulInfoStatsCNC_iut/RappPDF.aspx?TypeImpression=pdf&NomPdf=CDB1R01A_PA01_2017_0_O.PDF

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Régimes privés ». 30 novembre, 2019b. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/regimes-privés.aspx>.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Services dentaires ». 5 décembre, 2019c. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-couverts/Pages/services-dentaires.aspx>.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Tarifs et honoraires ». Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2016. http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/240-optometristes/013_tarif_honoraire_opto.pdf.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Professionnels Offrant Des Soins Couverts ». 12 février, 2020. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-couverts/Pages/professionnels-offrant-services-couverts.aspx>.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Évolution du nombre de services et du coût du programme de services optométriques ». Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec. 2013-2018. https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsInfoStats/CDF1_CnsulInfoStatsCNC_iut/RappPDF.aspx?TypeImpression=pdf&NomPdf=CBH1R01A_SO01_2017_0_O.PDF.

Raymond, Marie-Hélène, Debbie Feldman et Louise Demers. « Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada ». *Health and Social Care in the Community* 24, n°2 (2016): 154–164. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12195>.

Robbins, Jessica M. et al. « Nutritionist visits, diabetes classes and hospitalization rates and charges: the Urban Diabetes Study ». *Diabetes Care* 31, n°4 (2008): 655-660. <https://doi.org/10.2337/dc07-1871>.

Rosenfield, Daniel. « Zombies, Myths and pharmacare ». *Canadian Medical Association Journal* 183, n°8 (2011): E465- 466. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-3869>.

Ryburn, Bridget, Yvonne Wells et Peter Foreman. « Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults ». *Health and Social Care in the Community* 17, n°3 (2009): 225–234. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00809.x>.

Saint-Arnaud, Pierre. « Assurance-médicaments : le Québec "n'est pas un modèle à suivre" ». 12 octobre, 2017. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201710/12/01-5139834-assurance-medicaments-le-quebec-nest-pas-un-modele-a-suivre.php>.

Saint-Arnaud, Pierre. « L'ajout de professionnels dans les écoles demeure insuffisant ». 20 novembre, 2019. https://www.lapresse.ca/actualites/education/201911/20/01-5250440-lajout-de-professionnels-dans-les-ecoles-demeure-insuffisant.php?fbclid=IwAR36ZH-59wFH9kmFi0wodfU85gCCBbADvFMwRV_XUeEWySdLJS5jtCq3E8.

Santé Canada. *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*. Ottawa : Santé Canada, 2010. http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/sc-hc/H34-221-2010-fra.pdf

Schakel, Wouter et al. « The Economic Burden of Visual Impairment and Comorbid Fatigue: A Cost-of-Illness Study (From a Societal Perspective) ». *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 59, no 5 (2018): 1916-1923. <https://doi.org/10.1167/iops.17-23224>.

Schakel, Wouter et al. « Exploring the Patient Perspective of Fatigue in Adults with Visual Impairment: A Qualitative Study ». *BMJ Open* 7, no 8 (2017): e015023. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015023>.

Schweitzer, Christina. « The Time is Right for a National Pharmacare Program for Canada ». *University of Toronto Medical Journal* 94, n°3 (2017): 50-53. <http://utmj.org/index.php/UTMJ/article/view/292>.

- Smits-Engelsman, Bouwien C. M. et al. « Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis ». *Developmental medicine & child neurology* 55, n°3 (2013): 229-237. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12008>.
- Stultjens, Esther M. J. et al. « Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review ». *Age and Ageing* 33, n°5 (2004): 453-460. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh174>.
- Swinburn, BA et al. « Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity ». *Public health nutrition* 7, n°1 (2004): 123-146. https://www.who.int/nutrition/publications/public_health_nut3.pdf.
- Statistiques Canada. *Dépenses des ménages, régions et provinces, 2013-2017*. Ottawa : Statistiques Canada, 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1110022201>.
- Syndicat canadien de la fonction publique. « Les syndicats réclament l'assurance-médicaments universelle ». Décembre, 2017. <https://scfp.ca/les-syndicats-reclament-lassurance-medicaments-universel>.
- Uthaiakhp, Sureeporn et al. « Effectiveness of physiotherapy for seniors with recurrent headaches associated with neck pain and dysfunction: a randomized controlled trial ». *The Spine Journal* 17, n°1 (2017): 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2016.08.008>.
- Veerbeek, Janne Marieke et al. « What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis ». *PLOS one* 9, n°2 (2014): e87987. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087987>.
- Vézina, Michel et al. *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2008. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/stress-travail.pdf>.
- Vitrikas, Kristen, Dillon Savard et Merima Bucaj. « Developmental Delay: When and how to screen ». *American Family Physician* 96, n°1 (2017): 36-43. <https://www.aafp.org/afp/2017/0701/p36.html>.
- White, Julie. *A National Public Drug Plan for All*. Ottawa : Coalition canadienne de la santé, 2016. <http://www.healthcoalition.ca/wp-content/uploads/2016/09/National-Public-Drug-Plan-for-All-May-2016.pdf>.
- Wiseman Martin « The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. » *Proceedings of Nutrition Society* 67 n°3 (2008): 253-256. <https://doi.org/10.1017/S002966510800712X>.
- Wolf, Anne.M. et al. « Impact of lifestyle intervention on lost productivity and disability: improving control with activity and nutrition. » *Journal of Occupational Environmental Medicine* 51, n°2 (2009): 139-145. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688905/pdf/nihms-109375.pdf>
- S.A. *2013 National Physician Survey*. 3 février, 2020. <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2013/10/2013-National-ENr.pdf>.