



**LES CAHIERS  
DE RECHERCHE**



MARS 2015

# L'AUTRE SYSTÈME DE SANTÉ

## QUATRE DOMAINES OÙ LE SECTEUR PRIVÉ RÉPOND AUX BESOINS DES PATIENTS

Par Yanick Labrie  
Économiste, Institut économique de Montréal



**IEDM**

Des idées  
pour une société  
plus prospère

910, rue Peel, bureau 600  
Montréal (Quebec)  
H3C 2H8, Canada

Téléphone: 514-273-0969  
Télécopieur: 514-273-2581  
Site Web: [www.iedm.org](http://www.iedm.org)

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et partout au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Il n'accepte aucun financement gouvernemental.

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

©2015 Institut économique de Montréal  
ISBN 978-2-922687-56-9

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2015  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
Imprimé au Canada

Yanick Labrie

# L'autre système de santé

Quatre domaines où le secteur privé  
répond aux besoins des patients

Institut économique de Montréal

•

Mars 2015



**IEDM**

Des idées  
pour une société  
plus prospère



## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE 1 - L'HÉBERGEMENT PRIVÉ ET LES SOINS AUX AÎNÉS : L'EXEMPLE DU QUÉBEC .....	9
CHAPITRE 2 - LES PHARMACIES AU CANADA : DES SERVICES DE SANTÉ PRIVÉS ACCESSIBLES.....	19
CHAPITRE 3 - LES SOINS DENTAIRES AU CANADA : LE SECTEUR PRIVÉ RÉPOND EFFICACEMENT À LA DEMANDE .....	27
CHAPITRE 4 - LES SOINS DE LA VUE DANS LE SECTEUR PRIVÉ : L'INNOVATION AU SERVICE DES PATIENTS.....	35
CONCLUSION .....	41
À PROPOS DE L'AUTEUR.....	45



## SOMMAIRE

Les problèmes récurrents auxquels les patients canadiens sont confrontés, tels l'engorgement dans les urgences et l'incapacité de consulter un médecin lorsque requis, font régulièrement la une des journaux. Dans les classements internationaux, le Canada se retrouve systématiquement dans le peloton de queue, parmi les pays où les délais d'attente pour obtenir des soins de santé sont les plus longs.

Or, il existe un autre système de santé, essentiellement privé celui-là, qui fonctionne bien et qu'on ne reconnaît pas toujours à sa pleine valeur. Ce système offre des services beaucoup plus accessibles et laisse très peu de gens insatisfaits. Le présent *Cahier de recherche* dresse le portrait de quatre domaines où le secteur privé répond promptement et efficacement aux besoins des Canadiens : l'hébergement et les soins aux personnes âgées, la pharmacie, la dentisterie, et les soins de la vue.

Le Québec est la province au Canada qui compte le plus grand nombre de places d'habitation et d'hébergement privés pour les personnes âgées. Alors que le secteur a fait l'objet de beaucoup d'attention médiatique ces dernières années, plusieurs réussites sont malheureusement passés inaperçues.

Parmi l'ensemble des places d'hébergement pour personnes âgées au Québec, environ 70 % sont offertes par des résidences privées. Celles-ci desservent une clientèle majoritairement autonome ou en légère perte d'autonomie. Or, l'expérience nous montre que des établissements privés sont en mesure d'offrir des soins de qualité aux personnes âgées en lourde perte d'autonomie. Une étude récente a permis de constater que les services offerts par les établissements privés dans ce contexte étaient globalement de meilleure qualité que ceux fournis par les CHSLD publics.

Le secteur de la pharmacie, contrairement au réseau hospitalier public qui semble perpétuellement en crise, fonctionne comme une industrie normale. On ne voit pas dans les médias de manchettes faisant référence à des « délais d'attente qui s'allongent pour les services de pharmacie » ou à l'incapacité d'une importante frange de la population à se trouver un « pharmacien de famille ». À l'échelle canadienne, les pharmacies se démarquent par leur grande accessibilité. La plupart des pharmacies sont ouvertes sept jours sur sept et certaines 24 heures sur 24.



Cela n'est cependant pas le cas dans tous les pays. Par exemple, avant la libéralisation, les pharmacies du monopole d'État en Suède affichaient des heures d'ouverture très restreintes pour les clients : de 10 h à 18 h du lundi au vendredi et de 10 h à 14 h le samedi. Aucune pharmacie n'était ouverte le dimanche et plusieurs fermaient même complètement durant l'été.

On a tendance à tenir pour acquis que les pharmacies continueront d'offrir des services de qualité répondant aux besoins de la population, quelles que soient les règles gouvernementales qu'on leur impose. L'expérience de nombreux pays européens nous renseigne cependant sur les dangers d'une réglementation gouvernementale excessive.

Les soins dentaires aussi relèvent essentiellement du secteur privé au Canada, et encore une fois, contrairement au système public de santé, les cliniques dentaires sont grandement accessibles et les temps d'attente pour consulter un dentiste sont minimes, voire inexistantes. Le Canada fait partie des pays de l'OCDE où la part de financement privé pour les soins dentaires est la plus élevée, et la vaste majorité des patients, soit 85 % de la population, estiment de nos jours que leur santé dentaire est bonne, très bonne ou excellente.

Néanmoins, depuis quelques années, plusieurs groupes d'intervenants militent en faveur d'un accroissement du financement public des soins dentaires au Canada. Les exemples internationaux nous montrent cependant qu'un plus grand financement gouvernemental n'améliore pas nécessairement l'accessibilité aux services. Au contraire, on observe la mise en place de politiques de rationnement et l'apparition de longues listes d'attente pour obtenir les soins nécessaires.

En Finlande, les délais d'attente en 2012 s'élevaient à plus d'un mois dans 85 % des centres dentaires publics. En Australie, les temps d'attente pour les services publics de santé dentaire sont souvent de deux à cinq ans dans certaines régions, avec près de 400 000 adultes sur des listes d'attente à travers le pays. Les Canadiens étaient 30 % plus susceptibles d'avoir visité un dentiste au cours des 12 derniers mois que les Australiens.

Finalement, plus de 90 % des dépenses totales pour les soins de la vue au Canada proviennent de sources privées. Le secteur de l'optométrie est devenu de plus en plus concurrentiel au fil des ans, le nombre d'optométristes ayant cru de 67 % entre 1997 et 2012, nettement plus rapidement que la population. Les fabricants et les détaillants de verres et montures et d'autres produits d'optique œuvrent également dans un contexte de grande concurrence à l'échelle internationale, ce qui contribue à améliorer la qualité des produits et à limiter les hausses de prix.

De plus, au cours de la dernière décennie, la chirurgie au laser a permis d'améliorer la vision de centaines de milliers de personnes au Canada. Un nombre grandissant de cliniques se font maintenant concurrence pour offrir le service et les résultats sont probants. Alors qu'une procédure LASIK standard coûtait environ 5000 \$ pour les deux yeux au début des années 2000, les prix oscillent maintenant entre 1000 et 2000 \$.

La leçon est claire : Dans les domaines de la santé où les initiatives entrepreneuriales sont encouragées, on s'aperçoit que le marché est dynamique, les innovations abondent et la qualité du service et des soins est en constante amélioration.

## INTRODUCTION

Ces dernières années, plusieurs enquêtes et reportages ont fait ressortir toute l'ampleur des difficultés d'accès aux soins dans le système public de santé. Des problèmes récurrents auxquels les patients canadiens sont confrontés, tels l'engorgement dans les urgences et l'incapacité de consulter un médecin lorsque requis, font régulièrement la une des journaux.

L'attente pour recevoir des services dans le réseau public est devenue au fil des ans un problème structurel dans toutes les provinces. Dans les classements internationaux, le Canada se retrouve systématiquement dans le peloton de queue, parmi les pays où les délais d'attente pour obtenir des soins de santé sont les plus longs.

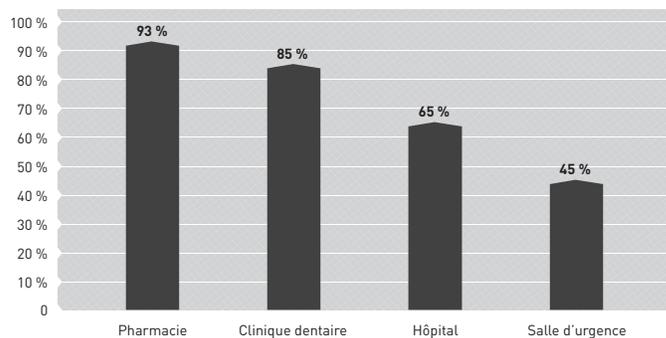
Les patients, très souvent à court d'options, semblent de plus en plus préoccupés par des délais d'attente qui s'allongent pour obtenir les soins requis<sup>1</sup>. Une majorité de Canadiens sont d'avis que des réformes majeures s'imposent pour améliorer la situation. Selon un rapport d'enquête récent sur les perceptions et les expériences des soins de la population, près de deux Canadiens sur trois considèrent que le système de santé requiert des changements fondamentaux ou est à reconstruire totalement<sup>2</sup>.

Dans l'ombre du réseau public, il existe toutefois un autre système de santé, essentiellement privé celui-là, qui fonctionne bien mais qu'on ne reconnaît pas toujours à sa pleine valeur. Ce système offre des services beaucoup plus accessibles et laisse très peu de gens insatisfaits. Lorsque sondés, les Canadiens se déclarent nettement plus satisfaits des services obtenus à la clinique dentaire et à la pharmacie qu'à l'hôpital public. Selon un sondage mené par Forum Research, le taux de satisfaction des patients à l'égard des services reçus du pharmacien (93 %) ou du dentiste (85 %) est environ le double de celui vis-à-vis des services obtenus à l'urgence d'un hôpital (45 %) (voir Figure I)<sup>3</sup>.

Le présent *Cahier de recherche* dresse le portrait de quatre domaines liés à la santé où le secteur privé répond promptement et efficacement aux besoins des

Figure I

### Pourcentage de Canadiens se déclarant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » des services reçus dans divers domaines de la santé



Source : Forum Research, *Saskatchewan, Manitoba, New Brunswick Top Health Care Satisfaction Poll Overall*, juin 2012, p. 7-13.

Canadiens. Ces domaines concernent les services de la pharmacie, de la dentisterie, de l'optométrie et de l'hébergement et des soins aux personnes âgées.

On croit souvent à tort que ces domaines sont fondamentalement différents du reste du système de santé et qu'ils sont naturellement conçus pour bien fonctionner, alors que ce n'est pas le cas. Comme nous le verrons, l'efficacité et l'accessibilité des services offerts dans ces domaines au Canada résultent principalement des mécanismes de marché qui les régissent : la concurrence entre les fournisseurs, la recherche du profit et la liberté de choix des patients. Dans les pays où ces mécanismes sont relâchés, on voit apparaître les mêmes problèmes d'accès et de listes d'attente dont souffre le système public de santé dans chacune des provinces canadiennes.

1. Voir notamment Nanos Research, *Wait Time Alliance - Wait Times Project Summary*, Sondage commandé par Wait Time Alliance, septembre 2014; Stuart N. Soroka, *Canadian Perceptions of the Health Care System*, A Report to the Health Council of Canada, février 2007, p. 3.

2. Mike Benigeri et Olivier Sossa, *Perceptions et expériences des soins de la population : le Québec comparé*, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, janvier 2014, p. 14.

3. Forum Research, *Saskatchewan, Manitoba, New Brunswick Top Health Care Satisfaction Poll Overall*, juin 2012.



## CHAPITRE 1

### L'hébergement privé et les soins aux aînés : l'exemple du Québec

Le Québec est la province au Canada qui compte le plus grand nombre de places d'habitation et d'hébergement privés pour les personnes âgées. En 2014, la Société canadienne d'hypothèque et de logement évaluait à près de 220 000 le nombre de Canadiens de 65 ans et plus qui habitaient une résidence privée pour aînés, dont environ la moitié se trouvaient au Québec<sup>4</sup>. En réponse au vieillissement de la population et à l'accroissement de la demande dans ce domaine, le nombre d'unités locatives offertes par les résidences privées pour aînés a fait un bond important de près de 30 % depuis 2007.

Alors que le secteur de l'hébergement et des soins aux personnes âgées a été au cœur de plusieurs controverses et a fait l'objet de beaucoup d'attention médiatique ces dernières années, plusieurs réussites sont malheureusement passées inaperçues. Comme nous le verrons dans ce chapitre, le recours accru au secteur privé a permis d'améliorer significativement la qualité des services aux aînés au Québec.

#### Portrait d'un secteur en transformation

Le secteur de l'hébergement et des soins aux personnes âgées s'est profondément transformé depuis une vingtaine d'années au Québec. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont désormais réservés en priorité aux personnes en lourde perte d'autonomie qui nécessitent des services cliniques plus poussés. En parallèle, d'autres formes d'hébergement provenant essentiellement du secteur privé ont gagné en importance, étant perçues comme des solutions de rechange moins coûteuses, tout en offrant des services mieux adaptés aux besoins et aux préférences variés des personnes âgées (voir Figure 1-1).

Le Tableau 1-1 dresse le portrait d'ensemble du secteur de l'hébergement des personnes âgées au Québec en 2014. On distingue quatre grandes catégories de ressources d'hébergement. Outre les CHSLD, on retrouve les ressources intermédiaires, les ressources de type familial ainsi que les résidences privées pour aînés.

Parmi l'ensemble des places d'hébergement pour personnes âgées au Québec, environ 70 % sont offertes par des résidences privées. Celles-ci desservent une clientèle majoritairement autonome ou en légère perte d'autonomie. Les résidences privées déterminent leurs propres critères d'admission et ne reçoivent aucune subvention gouvernementale. Depuis 2007, elles doivent obtenir une certification délivrée par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de pouvoir accueillir des résidents.

Les CHSLD publics et privés conventionnés représentent pour leur part le quart de l'offre globale de places en hébergement. Les critères d'admission dans ces établissements sont déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le prix des loyers est fixé par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le coût annuel moyen d'une place en CHSLD est de 77 522 \$. Le résident assume au maximum 28 % des coûts (liés au gîte et au couvert), le reste étant financé par le gouvernement. En 2014, ces établissements offraient 41 815 places d'hébergement à des personnes en lourde perte d'autonomie<sup>5</sup>.

« Parmi l'ensemble des places d'hébergement pour personnes âgées au Québec, environ 70 % sont offertes par des résidences privées. »

Quant aux ressources intermédiaires et aux ressources de type familial provenant d'organisations privées, elles offraient 8860 places combinées, représentant un peu plus de 5 % de l'offre totale dans le secteur. Plusieurs d'entre elles concluent des ententes de services avec l'agence de la santé et des services sociaux de leur région. Les personnes qui y résident présentent une perte d'autonomie modérée.

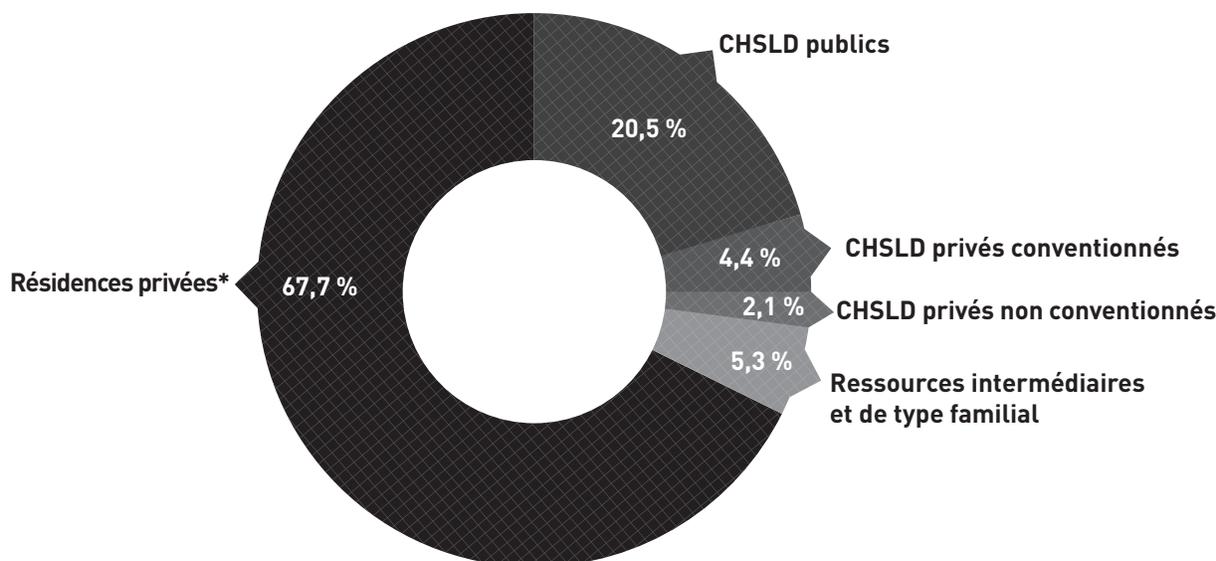
#### Des services de meilleure qualité

Avec le vieillissement de la population, le sujet des conditions de vie des aînés résidant dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée est au cœur de nombreuses études et commissions depuis quelques années.

4. Société canadienne d'hypothèque et de logement, *Rapport sur les résidences pour personnes âgées – Faits saillants – Canada*, juin 2014, p. 4.

5. Commission de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réponses aux questions particulières - Deuxième groupe d'opposition*, vol. 2, juin 2014, p. 216-226 et 257; Régie de l'assurance maladie du Québec, Hébergement en établissement public.

Figure 1-1  
**Répartition du nombre de places selon le type d'hébergement pour personnes âgées, Québec, 2013-2014**



**Sources :** Commission de la santé et des services sociaux, *L'étude des crédits 2014-2015*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réponses aux questions particulières – Aile parlementaire du Parti québécois, vol. 3, juin 2014, p. 164-167; Commission de la santé et des services sociaux, *L'étude des crédits 2014-2015*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réponses aux questions particulières – Deuxième groupe d'opposition, vol. 2, juin 2014, p. 216-226; Commission des relations avec les citoyens, *L'étude des crédits 2013-2014*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réponses aux questions particulières – Volet aînés, mars 2013, p. 105-107; Institut de la statistique du Québec, *Estimation de la population du Québec par groupe d'âge et sexe, au 1<sup>er</sup> juillet, 2001 à 2014*.  
 \* Données de 2013.

Dans une vaste étude publiée en 2014, un groupe de chercheurs affiliés à l'Université de Sherbrooke et à l'ÉNA<sup>6</sup> se sont penchés sur la qualité des soins et des services dans les résidences privées et les CHSLD publics en mesurant 54 indicateurs répartis dans six domaines clés : environnement résidentiel, condition physique, gestion médicale, adaptation psychosociale, fardeau financier, et droits humains. Les résultats de leur recherche ont montré que, contrairement à certaines croyances<sup>6</sup>, la qualité des soins dans les résidences privées pour personnes âgées est relativement élevée au Québec et s'est significativement améliorée au cours des quinze dernières années.

« Les chercheurs ont pu observer que les établissements privés offraient plus de confort et d'intimité de même qu'un environnement moins restrictif que les CHSLD. »

En comparant la qualité des soins dans les résidences privées avec celle dans les établissements publics, les chercheurs ont aussi constaté des différences notables. En fait, la qualité des soins s'est avérée significativement supérieure dans les résidences privées pour chacune des six dimensions à l'étude. Ainsi, en 2010-2012, le pourcentage de personnes âgées recevant des soins jugés inadéquats s'élevait à seulement 7,9 % au sein des résidences privées, comparativement à 33,2 % dans les centres d'hébergement publics. En comparaison avec les données recueillies entre 1995 et 2000, on observe une amélioration significative dans le secteur privé avec une baisse de 12,4 points de pourcentage pour ce critère. Pendant ce temps, ce taux a augmenté de façon considérable dans le secteur public, puisqu'il était de seulement 4,2 % avant de remonter à 33,2 %. En outre, 92 % des gestionnaires de résidences privées ont révélé avoir le sentiment d'offrir les meilleurs soins possibles à leur clientèle, soit une hausse de 8,9 points de pourcentage par rapport aux données de 1995-2000. Pour ce qui est du secteur public, ce taux a stagné à environ 64 % pendant la même période<sup>7</sup>.

6. La Presse canadienne, « Sondage – Les résidences privées pour aînés ont mauvaise réputation », *Le Devoir*, 19 novembre 2012.

7. Gina Bravo et al., « Does Regulating Private Long-Term Care Facilities Lead to Better Care? A Study from Quebec, Canada », *International Journal of Quality in Health Care*, vol. 26, no 3, 2014, p. 330-336.

Tableau 1-1

### Portrait des différents types d'hébergement pour personnes âgées au Québec, 2014

TYPE D'HÉBERGEMENT	TYPE DE PROPRIÉTÉ	FINANCEMENT PUBLIC	NOMBRE D'INSTALLATIONS	NOMBRE DE PLACES	TYPE DE CLIENTÈLE
CHSLD publics	Publique	Budget annuel du MSSS	359*	34 367	Lourde perte d'autonomie
CHSLD privés conventionnés	Privée	Subsides du MSSS selon une convention	60	7448	
CHSLD privés non conventionnés	Privée	Aucun	45	3477	
Ressources intermédiaires	Privée	Prix journalier selon la perte d'autonomie (sous contrat avec CHSLD public)	393	8034	Perte d'autonomie modérée à lourde
Ressources de type familial	Privée	Prix journalier selon la perte d'autonomie (sous contrat avec CHSLD public)	130	826	Perte d'autonomie légère à modérée
Résidences privées pour aînés*	Privée	Aucun	2106	113 281	Autonome et légère perte d'autonomie
<b>Total</b>			<b>3093</b>	<b>167 433</b>	

**Sources :** Commission de la santé et des services sociaux, L'étude des crédits 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réponses aux questions particulières – Aile parlementaire du Parti québécois, vol. 3, juin 2014, p. 164-167; Commission de la santé et des services sociaux, L'étude des crédits 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réponses aux questions particulières – Deuxième groupe d'opposition, vol. 2, juin 2014, p. 216-226; Commission des relations avec les citoyens, L'étude des crédits 2013-2014, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réponses aux questions particulières – Volet aînés, mars 2013, p. 105-107; Commission de la Santé et des Services sociaux, Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée – Mandat d'initiative, Document de consultation déposé à l'Assemblée nationale du Québec, Direction des travaux parlementaires, septembre 2013, p. 24.

\* Données de 2013.

Évidemment, conformément à leur mission, les CHSLD publics accueillent une clientèle en plus grande perte d'autonomie et dont les besoins sont plus complexes que celle des résidences privées<sup>8</sup>. En revanche, les dépenses d'hébergement par résident dans les établissements financés publiquement ont augmenté de façon importante ces dernières années. De 2006 à 2012, ces dépenses par lit disponible en CHSLD publics et privés

conventionnés ont augmenté de 31 %<sup>9</sup>. Ces hausses de dépenses auraient normalement dû permettre d'améliorer les services aux résidents, ce qui n'a pas été le cas.

Par ailleurs, l'expérience nous montre que des établissements privés sont en mesure d'offrir des soins de qualité aux personnes âgées en lourde perte d'autonomie. Le programme des « projets novateurs », en est un

8. Gina Bravo et al., « Comparing the Resident Populations of Private and Public Long-Term Care Facilities over a 15-Year Period: a Study from Quebec, Canada », *Ageing & Society*, 2015 (à paraître).

9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Contour financier des programmes*, de 2005-2006 à 2012-2013; Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Info-Hébergement*, septembre 2011, p. 14; Commission des relations avec les citoyens, *L'étude des crédits 2013-2014*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réponses aux questions particulières – Volet aînés, mars 2013, p. 73; calculs de l'auteur.

exemple éloquent. Mis en place en 2003 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce programme consistait à confier à des organismes privés, avec ou sans but lucratif<sup>10</sup>, la responsabilité de prendre en charge des personnes âgées en lourde perte d'autonomie qui auraient été traditionnellement placées dans des CHSLD publics. On souhaitait ainsi permettre à des personnes âgées de bénéficier de la même étendue de services qu'en CHSLD, mais dans un environnement plus familial, correspondant davantage à leurs préférences.

Une étude récente a permis de constater que les services offerts dans le cadre de ces ententes avec les établissements privés étaient globalement de meilleure qualité et mieux à même de répondre adéquatement aux besoins variés des résidents que ceux fournis par les CHSLD. Les chercheurs ont pu observer que les établissements privés offraient plus de confort et d'intimité (chambres plus grandes, salles de bain privées, meubles personnels et espaces de rangement individuels, etc.), de même qu'un environnement moins restrictif (possibilité de demeurer plus près de la communauté/famille et en cohabitation, horaires et choix plus variés pour les activités et les repas, etc.) que les CHSLD. L'évaluation sur place a aussi montré que tous les besoins étaient satisfaits dans une proportion de 93 % avec ces projets novateurs impliquant le secteur privé, contre 86 % dans les CHSLD<sup>11</sup>.

## Les mécanismes de marché qui font la différence

La théorie économique et l'expérience nous enseignent que l'offre de services dans un marché s'adapte en fonction de la demande lorsque les prix sont déterminés librement et qu'il n'y a pas d'entraves artificielles à l'arrivée de concurrents<sup>12</sup>. Dans le secteur privé de l'hébergement et des soins de longue durée au Québec, on s'aperçoit que c'est effectivement ce qui se produit<sup>13</sup>.

10. Les ententes de partenariat dans le cadre de projets novateurs ont été conclues avec des établissements privés à but lucratif dans 44 % des cas, avec des établissements sans but lucratif dans 30 % des cas, et avec des HLM dans 26 % des cas. Voir Nicole Dubuc et al., « Alternate Housing Models for Older People with Disabilities: Their Clientele, Structures and Resources in Relation to the Quality of and Satisfaction with Care Delivery », *Ageing & Society*, vol. 34, no 9, 2014, p. 1583.

11. *Ibid.*, p. 1584-1587.

12. Voir notamment Keiko Yoshida et Kazuo Kawahara, « Impact of a Fixed Price System on the Supply of Institutional Long-Term Care: A Comparative Study of Japanese and German Metropolitan Areas », *BMC Health Services Research*, vol. 14, no 48, 2014.

13. Claude Turcotte, « Résidences pour personnes retraitées : l'offre suit la demande, en constante croissance », *Le Devoir*, 7 novembre 2011; Mylène Péthel, « Les résidences pour aînés plus populaires que jamais », *Argent*, 19 juin 2014.

À l'inverse, lorsque les prix sont fixés arbitrairement par les pouvoirs publics et qu'il n'y a pas de possibilité d'entrer librement dans un marché, le volume de services offerts est généralement insuffisant pour satisfaire la demande. La pression pour maintenir des services de qualité s'estompe également en l'absence de concurrence<sup>14</sup>. Encore une fois, c'est précisément ce qu'on observe dans le cas des centres publics d'hébergement et de soins de longue durée au Québec.

« Les délais pour l'obtention d'une place dans un centre d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie peuvent s'échelonner sur une période de plusieurs mois dans le réseau public, voire quelques années. »

La population ne peut pas faire de demande directe pour obtenir une place dans un CHSLD public (ou privé conventionné). Ce sont les fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux qui déterminent les critères d'admission et qui autorisent l'hébergement ou non d'une personne. De plus, à l'instar des hôpitaux de la province, les CHSLD reçoivent des budgets globaux fixés sur une base historique. Dans la mesure où les admissions sont contrôlées par l'État, les revenus ne dépendent ni du nombre de personnes qu'ils hébergent ni de la qualité des soins qu'ils dispensent. Les services sont alors rationnés par le biais de listes d'attente. Le nombre de personnes en attente d'une place dans un CHSLD s'élevait à près de 3800 en date du 31 mars 2014<sup>15</sup>.

Les délais pour l'obtention d'une place dans un centre d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie peuvent s'échelonner sur une période de plusieurs mois dans le réseau public, voire quelques années. Selon les données recueillies par le Vérificateur général du Québec qui a mené une vaste enquête sur la question, il faut patienter en moyenne 13 mois avant d'être admis dans un CHSLD dans la région de Québec et 7 mois dans la région de Montréal<sup>16</sup>.

14. John A. Nyman, « Excess Demand, Consumer Rationality, and the Quality of Care in Regulated Nursing homes », *Health Services Research*, vol. 24, no 1, 1989, p. 105-127.

15. Commission de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Réponses aux questions particulières - Deuxième groupe d'opposition, vol. 2, juin 2014, p. 165.

16. Vérificateur général du Québec, *Personnes âgées en perte d'autonomie – Services d'hébergement*, Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013, chapitre 4, printemps 2012, p. 18.

Tableau 1-2

### Les résidences privées au Québec sont de plus en plus nombreuses à offrir une gamme étendue de services et de soins

SERVICES	2004	2014
Repas dispensés	62,0 %	85,3 %
Aide domestique	n.d.	92,6 %
Soins d'assistance personnelle	53,1 %	88,4 %
Soins infirmiers	24,6 %	52,1 %
Services de loisirs et d'animation	52,9 %	89,5 %
Système d'appel 24 h	n.d.	98,5 %

Sources : Société canadienne d'hypothèque et de logement, *Rapport sur les résidences pour personnes âgées – Québec*, juin 2014, p. 25 et 52; François Aubry, *Les résidences privées à but lucratif pour personnes âgées : Un portrait sectoriel*, Cahiers du LAREPPS no 05-08, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, UQAM, juillet 2005, p. 37.

En revanche, les résidences privées œuvrent dans un marché concurrentiel où les consommateurs disposent de la liberté de choix. Dans ce contexte, les gestionnaires de ces centres doivent s'efforcer d'offrir des services satisfaisants aux yeux des consommateurs, sinon ces derniers iront ailleurs. C'est pourquoi on voit les résidences privées offrir une gamme de plus en plus étendue de services et de soins que les clients valorisent. Comme le montre le Tableau 1-2, la proportion de résidences privées offrant des soins d'assistance personnelle est passée de 53 % en 2004 à 88 % en 2014. Alors que seulement 24,6 % des résidences offraient des soins infirmiers en 2004, cette proportion s'élevait à 52,1 % en 2014. En outre, selon l'enquête annuelle de la Société canadienne d'hypothèque et de logement, 98,5 % des résidences au Québec seraient maintenant munies d'un système d'appel d'urgence accessible 24 heures sur 24.

Le niveau de satisfaction chez la clientèle a augmenté en parallèle avec l'offre de services qui s'est bonifiée depuis quinze à vingt ans. La proportion de résidents des centres privés qui recommanderaient leur établissement est notamment passé de 88 % en 1995-2000 à 98,6 % en 2010-2012. Pendant la même période, ce pourcentage a diminué de 7 points de pourcentage pour les établissements publics<sup>17</sup>.

Les plus récentes données de sondage indiquent que les personnes âgées habitant dans les résidences privées apprécient globalement la qualité des services qu'ils y reçoivent. Selon la firme Léger, le pourcentage de résidents se disant « assez satisfaits » ou « très satisfaits » est particulièrement élevé en ce qui a trait à la sécurité dans les résidences (97 %), au respect, à la compétence et à la disponibilité du personnel (94 %), à l'entretien des lieux (94 %), et en ce qui concerne le sentiment de liberté, d'épanouissement et de bien-être (97 %)<sup>18</sup>.

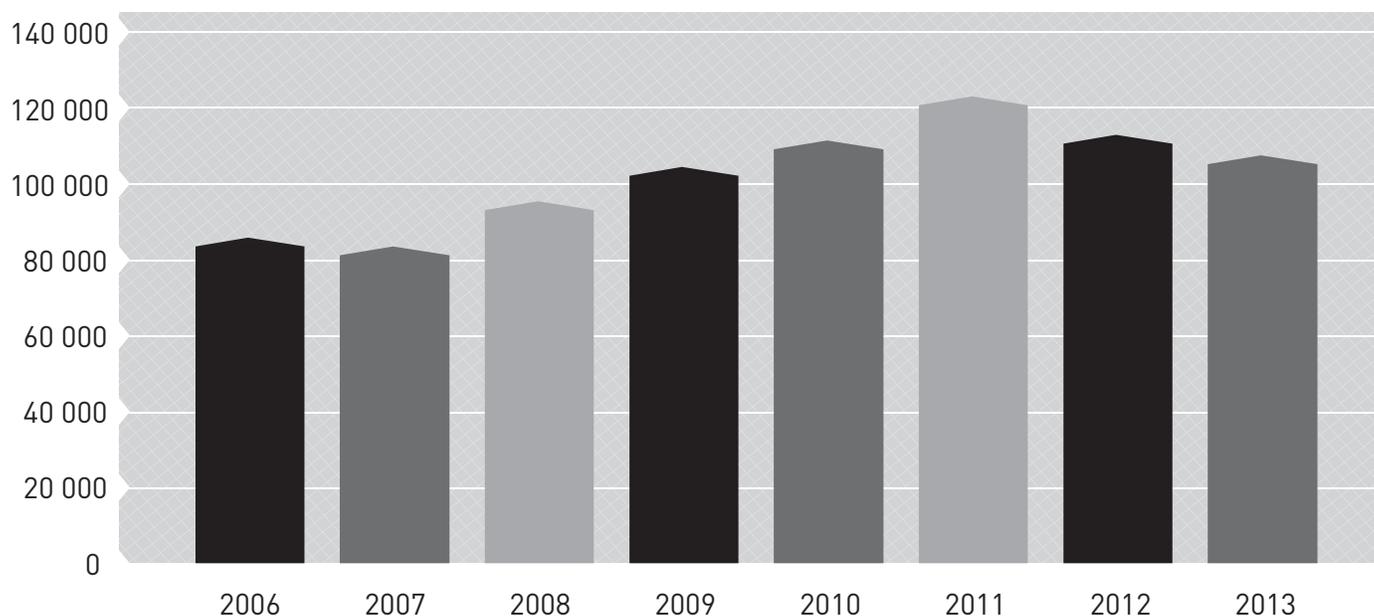
L'origine de ces succès est bien résumée par un acteur du milieu très au fait des changements survenus dans ce secteur ces dernières années :

La clé du succès, c'est le choix. Il n'y a pas si longtemps, l'offre était telle qu'il fallait se placer sur une liste d'attente, et lorsqu'une place se libérait, c'était à prendre ou à laisser. Depuis ce temps, l'offre s'est grandement améliorée et elle tient maintenant compte d'une importante transformation qui s'est produite chez la clientèle. Celle-ci exige maintenant un choix et elle veut décider dans quel type de résidence elle va habiter et quels types de services elle veut recevoir. Quand

17. Gina Bravo et al., *op. cit.*, note 7, p. 332.

18. Léger, « Sondage auprès des personnes âgées des résidences membres de RQRA », Étude de satisfaction réalisée pour le compte du Regroupement québécois des résidences pour aînés, juin 2014.

Figure 1-2  
**Nombre d'unités d'habitation offertes par les résidences privées pour aînés au Québec, de 2006 à 2013**



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Info-Hébergement 2011*, septembre 2011; Vérificateur général du Québec, *Personnes âgées en perte d'autonomie – Services d'hébergement*, Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013, chapitre 4, printemps 2012, p. 6; Ministère de la Santé et des services sociaux cité dans André Dubuc, « Des impacts sur le loyer des résidents », *La Presse*, 6 mai 2014..

les gens se présentent pour visiter une de mes résidences, je sais qu'ils en ont visité d'autres, et c'est très bien ainsi. Ce qui rend et rendra notre secteur meilleur, c'est justement cette notion de choix<sup>19</sup>.

### Les effets pervers de la réglementation excessive

Ces dernières années, plusieurs groupes d'intervenants ont fait pression sur le gouvernement du Québec afin qu'il resserre la réglementation à l'égard des résidences privées. Ces pressions ont généralement fait suite à des événements qui, bien qu'isolés, ont alimenté les manchettes à un point tel que certains les associent souvent à tort à un manque d'encadrement réglementaire dans cette industrie.

Ainsi, depuis 2007, les résidences pour aînés doivent se soumettre à une série de règles afin d'obtenir la certification requise. D'autres règles se sont ajoutées en 2013, comme celles de mettre en place un système d'appel à l'aide dans les chambres, un seuil de personnel assurant la surveillance 24 heures par jour, ou encore la vérifica-

tion des antécédents judiciaires du personnel et des bénévoles. Alors que la réglementation comptait 25 articles à l'origine, on dénombre maintenant 53 articles concernant les normes et conditions à respecter pour les résidences autonomes et 63 pour les semi-autonomes<sup>20</sup>.

« Les changements requis pour se conformer aux nouvelles règles comportent des coûts importants qui mettent en péril la viabilité financière de plusieurs établissements. »

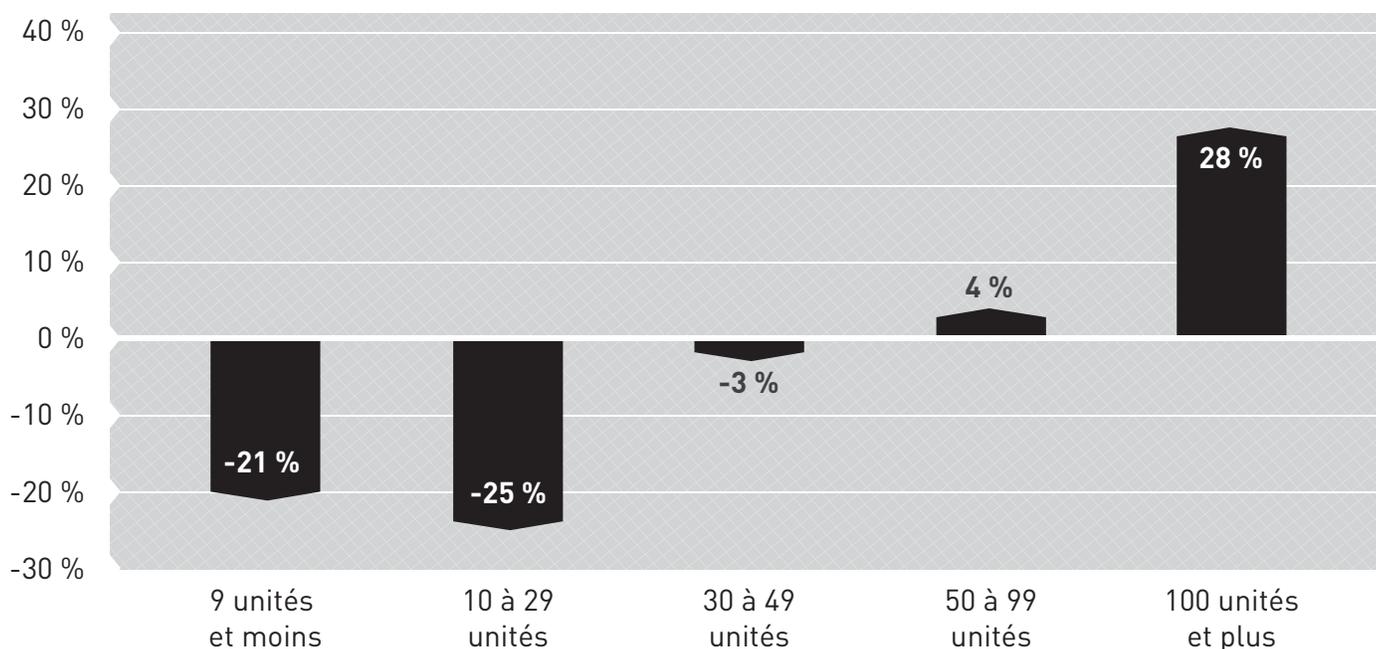
Même s'il est fort louable de vouloir hausser la sécurité des résidents, il faut être conscient des effets pervers qu'une réglementation abusive peut entraîner. L'histoire récente nous montre encore une fois que ces risques sont bien réels. En effet, les changements requis pour se

19. Pierre Vallée, « Groupe Maurice – Un réseau comptera bientôt 18 résidences pour personnes âgées », *Le Devoir*, 8 octobre 2011.

20. Éric Gourde, « Une dizaine de fermetures depuis deux ans », *Courrier Frontenac*, 22 mai 2014; Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Manuel d'application : Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, mars 2013, p. 8.

Figure 1-3

### Variation du nombre de résidences privées selon la taille des établissements, région de Québec, de 2008 à 2014



Source : Louis Demers, « La certification des résidences privées pour aînés et la situation de la région de la Capitale-nationale », Présentation dans le cadre du Forum régional *Habiter, vivre et vieillir dans la région de la Capitale-nationale : de la réflexion vers l'action*, 8 octobre 2014.

conformer aux nouvelles règles comportent des coûts importants qui mettent en péril la viabilité financière de plusieurs établissements. Dans l'année qui a suivi le resserrement des règles en 2013, 111 établissements ont dû fermer leurs portes au Québec, ce qui a entraîné une baisse importante du nombre de places<sup>21</sup> (voir Figure 1-2). Incapables de supporter le fardeau de dépenses liées aux nouvelles exigences réglementaires, 85 % des résidences en OSBL qui étaient en attente de certification ont également dû se retirer du processus<sup>22</sup>.

Évidemment, si les règles entraînent la fermeture de résidences désuètes ou offrant des services de piètre qualité, tous seront d'avis que la politique réglementaire a atteint son objectif. Par contre, si ces fermetures ont pour conséquence de réduire la disponibilité de petites résidences offrant un environnement plus familial, souvent situées en régions éloignées, le resserrement de la réglementation peut alors donner lieu à des résultats indésirables pour bien des personnes âgées voulant demeurer dans leur communauté. Des données récentes portant sur la région de Québec montrent que ces craintes sont bel et bien fondées. En effet, comme le

montre la Figure 1-3, le nombre de résidences hébergeant moins de 30 personnes a diminué de 21 à 25 % dans cette région depuis 2008, l'année suivant la mise en place de la réforme.

Avant 2007, seuls un certain nombre d'établissements étaient soumis à l'obligation d'acquiescer une certification en bonne et due forme de la part du gouvernement du Québec. Les exigences portaient essentiellement sur les niveaux minimums de personnel requis et sur la sécurité des résidents. Les centres d'hébergement étaient périodiquement inspectés pour assurer le respect des normes et spécifier les mesures à mettre en place pour régler les problèmes identifiés. À l'inverse, les établissements non certifiés ne faisaient l'objet d'une inspection que si une plainte formelle était déposée par un résident ou un membre de sa famille.

À cette époque, des études avaient cherché à comparer la qualité des soins dispensés dans les deux types d'établissements. Aucune n'a pu démontrer que la qualité des soins était inférieure dans les résidences non soumises à la réglementation gouvernementale.

Dans l'une de ces études, portant sur des résidents répartis dans 88 centres d'hébergement au Québec, les auteurs ont plutôt constaté qu'il n'y avait pas de risque

21. Mylène Péthel, *op. cit.*, note 13.

22. Ariane Lacoursière, « Résidences privées pour personnes âgées : les effets pervers de la certification », *La Presse*, 20 août 2013.

plus grand de décéder dans les établissements ne disposant pas de certificat réglementaire que dans les centres en possédant un. Alors que la qualité des soins avait sans surprise son importance, les chercheurs ont montré que la réglementation n'avait pas d'effet direct sur les risques de mortalité des personnes âgées, tout autre facteur étant égal (âge, comorbidités, aptitudes cognitives, autonomie fonctionnelle, etc.)<sup>23</sup>.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans le cadre d'une autre étude sur cette question réalisée à la même époque. La conclusion des auteurs est encore une fois sans équivoque :

Le résultat le plus inattendu dans [notre] étude a été la capacité des résidences sans permis de fournir des soins de qualité relativement bonne dans des conditions défavorables [besoins en soins plus lourds et moins grand nombre de personnel]. À bien des égards, les soins dispensés étaient de qualité comparable à celle observée dans les installations réglementées<sup>24</sup>.

## Conclusion

Certains intervenants soutiennent que l'État délaisse une mission qui lui incombe lorsqu'il confie au secteur privé le soin de veiller à l'hébergement des aînés. Selon eux, les personnes âgées en perte d'autonomie n'auraient tout simplement pas la capacité de faire des choix éclairés en ce qui concerne leur lieu d'hébergement. Cela permettrait à des fournisseurs privés d'exploiter leur vulnérabilité en offrant des services de moindre qualité afin de réduire les coûts.

Pour d'autres analystes, la réglementation ne serait pas suffisante, ou serait trop coûteuse à mettre en place, et il faudrait par conséquent recourir strictement à des organismes publics ou à but non lucratif pour la livraison des services d'hébergement et de soins aux personnes âgées<sup>25</sup>. Ce point de vue rejoint celui de la CSQ qui, à l'instar d'autres centrales syndicales au Québec, soutenait l'an dernier dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD que « seuls l'hébergement public et l'hébergement privé

sans but lucratif devraient à l'avenir être envisagés »<sup>26</sup>. À leur avis, les gouvernements devraient renverser la tendance à recourir davantage au secteur privé entamée depuis le milieu des années 1990 puisque les services dans ces établissements y seraient de moindre qualité<sup>27</sup>.

Or, comme on l'a vu, cet argument ne résiste ni à l'analyse ni aux faits. D'ailleurs, la tendance observée dans le recours accru au secteur privé n'est pas unique au Québec<sup>28</sup>. On remarque en effet une convergence parmi un grand nombre de pays développés, notamment en Europe, à libéraliser le secteur des soins de longue durée et à mettre en place des réformes faisant place au libre choix et à la concurrence dans la fourniture des services aux personnes âgées<sup>29</sup>. Les études qui ont été menées dans certains de ces pays, notamment en Suède, montrent que la libéralisation du secteur des soins de longue durée a permis d'améliorer significativement la qualité des services<sup>30</sup>.

« Le recours au secteur privé devient un élément incontournable pour faire face aux défis que pose le vieillissement de la population, qui entraînera vraisemblablement une hausse de la demande de services d'hébergement et de soins de longue durée. »

La population du Québec, à l'image de celles d'autres sociétés industrialisées, vieillit à un rythme rapide. Alors qu'environ 16 % des Québécois sont actuellement âgés de 65 ans et plus, on estime que cette proportion grimpera à 26 % en 2036. Selon le scénario le plus probable établi par l'Institut de la Statistique du Québec, le

23. Gina Bravo, et al., « Relationship between Regulatory Status, Quality of Care, and Three-Year Mortality in Canadian Residential Care Facilities: a Longitudinal Study », *Health Services Research*, vol. 37, no 5, 2002, p. 1181-1196.

24. Gina Bravo, et al., « Quality of Care in Unlicensed Homes for the Aged in the Eastern Townships of Quebec », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, no 10, 1999, p. 1444.

25. Margaret J. McGregor et Lisa A. Ronald, *Residential Long-Term Care for Canadian Seniors: Nonprofit, For-Profit or Does It Matter?*, Étude IRPP no 14, Institut de recherche en politiques publiques, janvier 2011.

26. Centrale des Syndicats du Québec et Fédération de la santé du Québec, *Conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD : L'urgence d'agir de façon cohérente*, Avis présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, février 2014, p. 10.

27. Louise-Maude Rioux Soucy, « En CHSLD, qualité rime d'abord avec public », *Le Devoir*, 25 janvier 2011.

28. En ce qui concerne précisément les soins à domicile, le Québec fait toutefois bande à part en recourant très peu au secteur privé pour la livraison des services. Voir à cet effet Oscar E. Firbank, « Framing Home-Care Policy: A Case Study of Reforms in a Canadian Jurisdiction », *Journal of Aging Studies*, vol. 25, 2011, p. 34-44.

29. Emmanuele Pavolini et Constanzo Ranci, « Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-Term Care in Western European Countries », *Journal of European Social Policy*, vol. 18, no 3, 2008, p. 246-259.

30. Ragnar Stolt, Paula Blomqvist et Ulrika Winblad, « Privatization of Social Services: Quality Differences in Swedish Elderly Care », *Social Science & Medicine*, vol. 72, 2011, p. 560-567.

nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait presque doubler entre 2011 et 2036, passant de 1,26 million à 2,44 millions<sup>31</sup>.

Dans ce contexte, le recours au secteur privé devient un élément incontournable pour faire face aux défis que pose le vieillissement de la population, qui entraînera vraisemblablement une hausse de la demande de services d'hébergement et de soins de longue durée. Comme le concluait le rapport Arpin en 1999 : « Quels que soient les ajustements aux services publics que le gouvernement pourrait faire au cours des prochaines années, la majeure partie des besoins des personnes âgées en hébergement et en services à domicile trouveront réponse dans le secteur privé »<sup>32</sup>. Plus de quinze ans plus tard, cette conclusion conserve toute sa pertinence.

---

31. Institut de la Statistique du Québec, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061, septembre 2014, p. 44.

32. Roland Arpin et al., *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Rapport du Groupe de travail remis au ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1999, p. 76.



## CHAPITRE 2

### Les pharmacies au Canada : des services de santé privés accessibles

Les pharmacies jouent un rôle important dans la prestation de services de santé au Canada qui passe souvent inaperçu. Contrairement au réseau hospitalier public qui semble perpétuellement en crise, le secteur de la pharmacie fonctionne comme une industrie normale. On ne voit pas dans les médias de manchettes faisant référence à des « délais d'attente qui s'allongent pour les services de pharmacie », à une « crise dans le réseau » ou encore à l'incapacité d'une importante frange de la population à se trouver un « pharmacien de famille »<sup>33</sup>. En revanche, des reportages sur les lacunes du système public de santé et sur les difficultés d'accès aux soins pour les patients sont monnaie courante<sup>34</sup>.

« Le secteur de la pharmacie s'appuie en grande partie sur des mécanismes de marché qui ont fait leur preuve : l'entrepreneuriat, la concurrence et la liberté de choix des consommateurs. »

Bien qu'il opère dans un contexte caractérisé par un haut degré d'intervention gouvernementale, le secteur de la pharmacie s'appuie en grande partie sur des mécanismes de marché qui ont fait leur preuve : l'entrepreneuriat, la concurrence et la liberté de choix des consommateurs. Les pharmacies au Canada sont toutes des entreprises à but lucratif et à peu près personne ne s'en plaint. La raison en est fort simple : les pharmacies répondent efficacement et promptement aux besoins de la population.

Cela n'est cependant pas le cas dans tous les pays. En effet, plusieurs pays d'Europe imposent aux pharmacies une réglementation excessive qui décourage la concurrence et pénalise grandement les consommateurs. Comme nous le verrons dans ce chapitre, il y a des leçons particulièrement importantes à tirer de la Suède,

où l'expérience d'un monopole public dans le secteur de la pharmacie pendant près de quatre décennies s'est avérée un échec retentissant.

### Portrait du secteur de la pharmacie au Canada

On dénombre un peu plus de 9000 pharmacies privées au Canada. La plupart d'entre elles, soit environ les deux tiers, sont associées à une bannière ou à une chaîne (voir Figure 2-1). Le tiers restant est composé de pharmacies indépendantes, de supermarchés et de magasins à grande surface qui vendent aussi des médicaments et des produits de santé naturels.

Le nombre de pharmacies a connu une croissance accélérée au Canada ces dix dernières années, comme le montre la Figure 2-2. Globalement, c'est dans les provinces atlantiques que l'on retrouve le plus grand nombre de pharmacies en proportion de la population. À Terre-Neuve-et-Labrador, on compte pas moins de 3,61 pharmacies par 10 000 habitants, de loin le plus fort taux au pays. Le Québec, à l'opposé, est la province qui en regroupe le moins, avec 2,22 pharmacies par 10 000 d'habitants (voir Figure 2-3).

De façon globale, même s'il existe des différences entre les provinces canadiennes, on constate que les pharmacies œuvrent dans un marché hautement concurrentiel<sup>35</sup>. Cette concurrence s'opère sur plusieurs fronts : 1) la localisation géographique et les heures d'ouverture; 2) le prix des produits et services<sup>36</sup>; 3) la gamme des produits offerts; 4) la qualité des services dispensés; et 5) les outils de mise en marché<sup>37</sup>.

Alors qu'un hôpital public dans le réseau actuel ne tire pas d'avantage particulier à ce que les patients le choisissent plutôt qu'un autre, c'est tout le contraire pour une pharmacie. Celle-ci a tout intérêt à offrir le meilleur service possible à ses clients, à défaut de quoi ils iront ailleurs. La concurrence les incite donc à offrir un large éventail de produits et de services valorisés par la population.

35. Jason Perepelkin et David Di Zhang, « Quality Alone Is Not Enough to Be Trustworthy: The Mediating Role of Sincerity Perception », *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, vol. 8, no 2, 2014, p. 226.

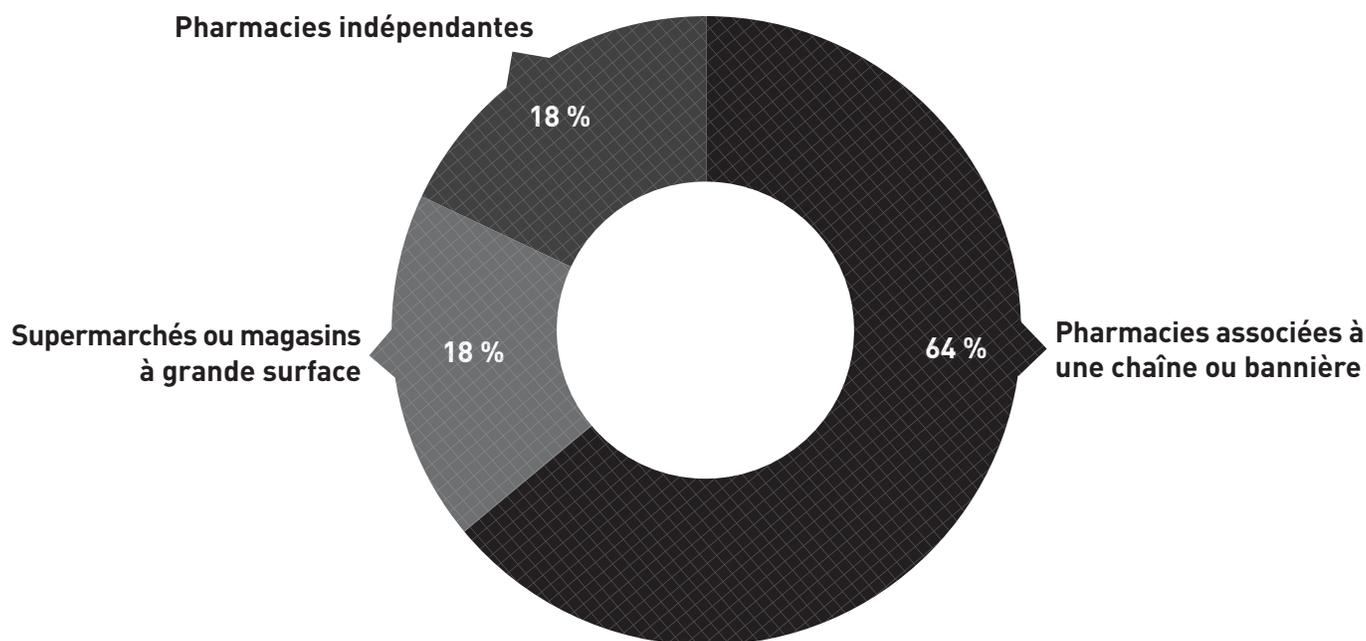
36. À noter que les prix des médicaments d'ordonnance sont fortement réglementés au Canada, tout comme les honoraires que peuvent exiger les pharmaciens pour les services rendus aux assurés des régimes publics. Cela a pour effet de limiter la concurrence à cet égard.

37. Paul Grootendorst, Marie Rocchi et Harold Segal, *An Economic Analysis of the Impact of Reductions in Generic Drug Rebates on Community Pharmacy in Canada*, Document de travail, Leslie Dan Faculty of Pharmacy, University of Toronto, novembre 2008, p. 11-17.

33. On note à l'occasion des reportages qui portent essentiellement sur des comparaisons de prix entre pharmacies. Voir à cet effet Éric Yvan Lemay, « Chaque pilule coûte 10¢ de plus ici », *Journal de Montréal*, 16 février 2015.

34. Voir notamment Héloïse Archambault, « Entre 10h et 26h d'attente à l'urgence selon l'hôpital », *Journal de Montréal*, 6 mai 2014; Amélie Daoust-Boisvert, « L'attente toujours trop longue au Canada », *Le Devoir*, 3 juin 2014.

Figure 2-1  
Répartition des pharmacies au Canada selon la catégorie, 2013



Source : IMS Brogan, *Pharmaceutical Trends: Retail Pharmacies by Outlet Type, Canada, 2002-2008 et 2007-2013*.

De plus en plus, on accorde aussi aux pharmaciens le droit de prescrire certains médicaments, de renouveler des prescriptions et de mettre en place des cliniques de vaccination, entre autres services. En effet, conscients des avantages que peuvent procurer les services des pharmaciens en matière d'accès aux soins de première ligne, les gouvernements de plusieurs provinces ont commencé à déléguer certaines tâches qui incombait traditionnellement aux médecins et à d'autres professionnels de la santé<sup>38</sup>.

À l'échelle canadienne, les pharmacies se démarquent par leur grande accessibilité. La plupart des pharmacies sont ouvertes sept jours sur sept et certaines 24 heures sur 24. On en retrouve dans presque chaque ville au pays. En Ontario, par exemple, des chercheurs ont cal-

culé que 85 % de la population habite à moins de deux kilomètres d'une pharmacie et 91 % à moins de cinq kilomètres<sup>39</sup>.

« La quasi-totalité des clients peuvent obtenir leur prescription à l'intérieur d'un délai très court. »

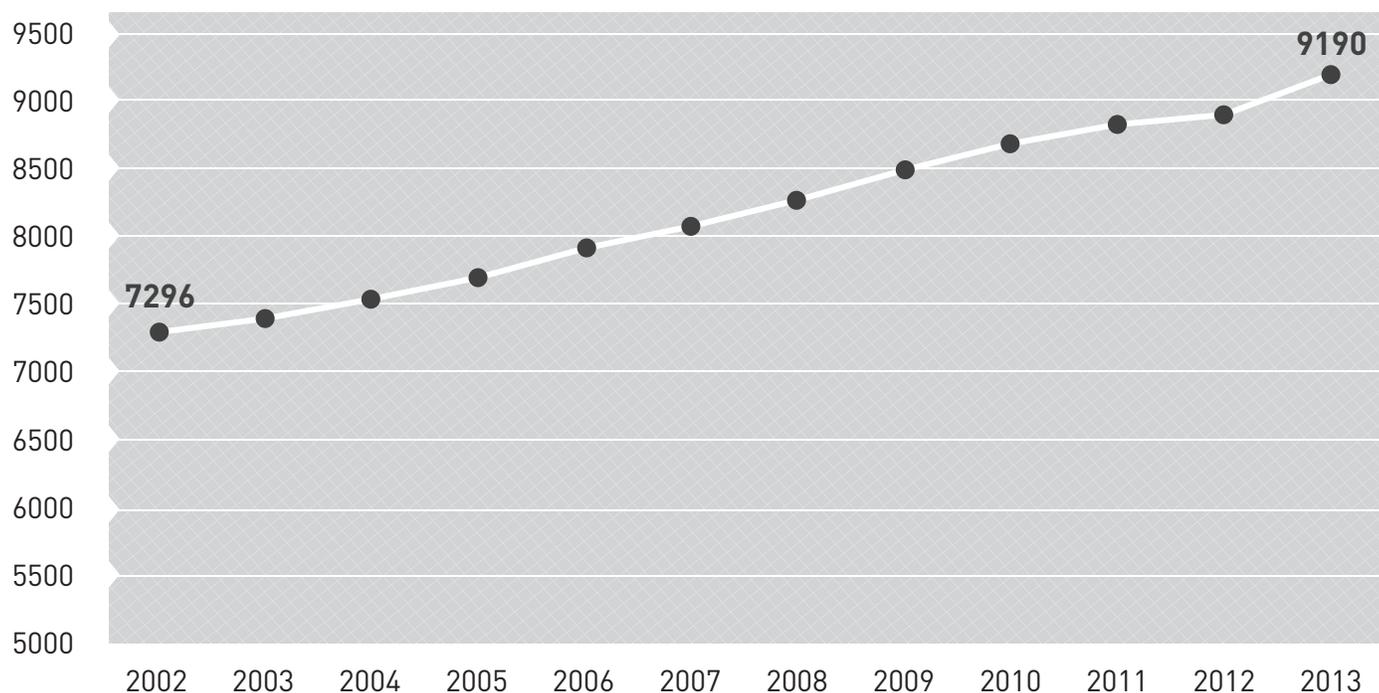
Environ 55 % des Canadiens visitent une pharmacie chaque semaine, et dans la vaste majorité des cas, sans qu'ils aient besoin au préalable de prendre rendez-vous<sup>40</sup>. Les listes d'attente en consultation n'existent pas non plus. La quasi-totalité des clients peuvent obtenir leur prescription à l'intérieur d'un délai très court. Évidemment, il existe peu de données sur la durée moyenne d'attente en pharmacie, précisément parce qu'il n'y a pas de problème d'attente. Dans le cadre d'une étude menée en Alberta, des chercheurs ont toutefois sondé un échantillon de clients pour connaître la

38. L'Alberta a été la première province à permettre aux pharmaciens de prescrire des médicaments en 2007. Plusieurs provinces ont ensuite emboîté le pas. En Ontario, le programme MedsCheck offre depuis quelques années à certains patients atteints d'une maladie chronique la possibilité de consulter leur pharmacien une fois par année pour favoriser l'adhérence et optimiser l'efficacité de leur médication. Voir notamment Cara Tannenbaum et Ross T. Tsuyuki, « The Expanding Scope of Pharmacists' Practice: Implications for Physicians », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, no 14, octobre 2013, p. 1228-1232; Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Gouvernement de l'Ontario, « Amélioration de l'accès aux médicaments et aux services de pharmacie », Communiqué de presse, 7 juin 2011.

39. Michael R. Law et al., « Geographic Accessibility of Community Pharmacies in Ontario », *Healthcare Policy*, vol. 6, no 3, 2011, p. 39.

40. Chantal Sauvageau et al., « Immunization Services Offered in Québec (Canada) Pharmacies », *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 9, no 9, septembre 2013, p. 1943.

Figure 2-2

**Évolution du nombre de pharmacies au Canada, 2002 à 2013**

Source : IMS Brogan, *Pharmaceutical Trends: Retail Pharmacies by Outlet Type, Canada, 2002-2008 et 2007-2013*.

durée pendant laquelle ils ont dû attendre leur prescription. La très grande majorité d'entre eux avaient attendu moins de 15 minutes<sup>41</sup>.

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater que le taux de satisfaction de la population à l'égard des services en pharmacies est très élevé au Canada, comme l'indiquent plusieurs sondages<sup>42</sup>. Même s'ils œuvrent au sein d'organisations à but lucratif, les pharmaciens demeurent les professionnels de la santé en qui les Canadiens ont le plus confiance<sup>43</sup>.

### Règlementation excessive : les leçons de l'Europe

Dans la plupart des pays, le secteur de la pharmacie est fortement réglementé. En plus de réglementer l'admission dans les facultés universitaires et l'octroi des di-

plômes aux pharmaciens, les gouvernements déterminent les critères d'ouverture et les règles de propriété et d'exploitation des pharmacies. Les tarifs auxquels les pharmaciens sont rémunérés pour la dispensation de divers services sont régis par les autorités publiques. Les médicaments, tant brevetés que génériques, font l'objet de plus de contrôles de prix que pratiquement tous les autres produits et services dans l'économie.

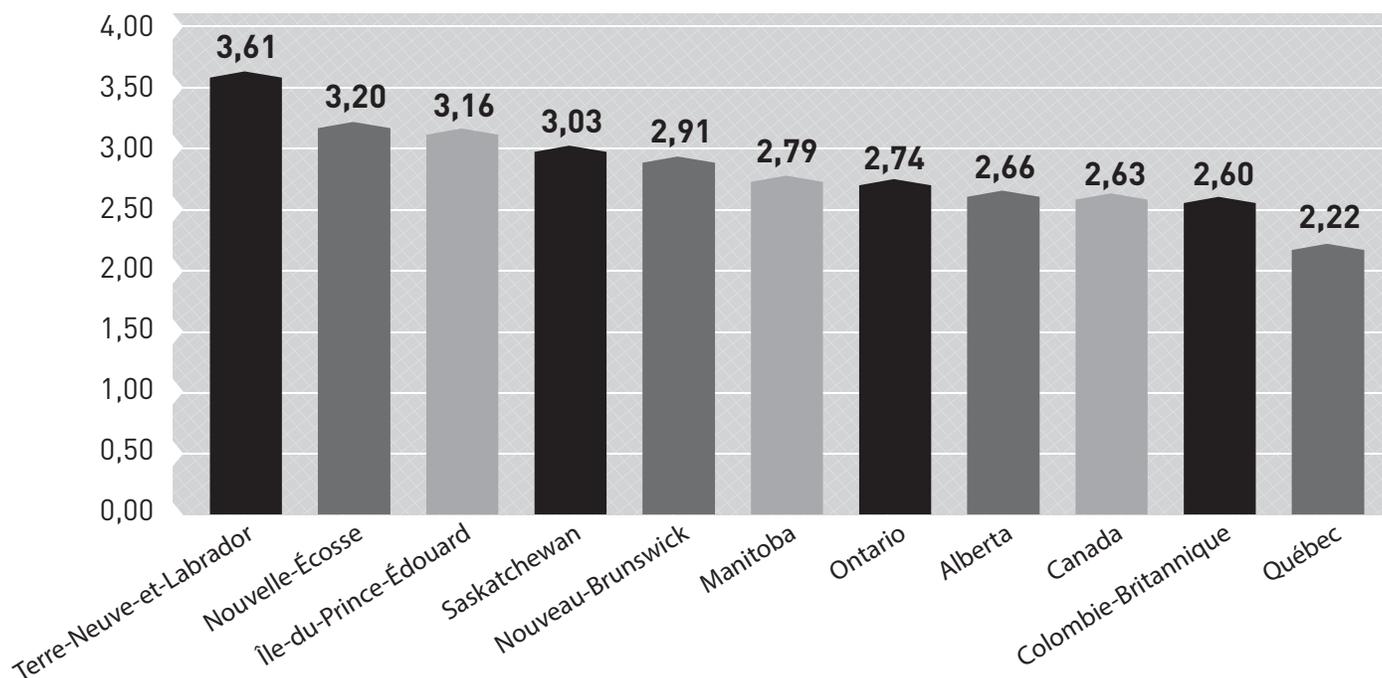
Au Canada également, le secteur de la pharmacie est soumis à plusieurs de ces règles (voir Tableau 2-1). Il existe cependant beaucoup moins de barrières à l'entrée sur le marché et à la propriété que dans la plupart des pays développés. À titre d'exemple, plus de la moitié des pays membres de l'Union européenne (UE) n'autorisent pas les pharmaciens à être propriétaires individuellement de plus d'une pharmacie indépendante. Les chaînes de pharmacies sont légalement permises dans un peu plus du tiers seulement des pays membres de l'UE. Dans environ les deux tiers d'entre eux, on retrouve des restrictions à l'entrée de nouvelles pharmacies sur le marché qui prennent la forme de lois sur le

41. Voir Suliman A. AlGhurair, Scot H. Simpson et Lisa M. Guirguis, « What Elements of the Patient-Pharmacist Relationship Are Associated with Patient Satisfaction? », *Patient Preference and Adherence*, no 6, 2012, p. 667.

42. Voir notamment Ipsos-Reid, « With Inter-Provincial Working Group Seeking Transformative and Innovative Healthcare Sustainability, Majority of Canadians Support Private Sector Pharmacies Extending Products and Services into Avenues of Healthcare », Résultats de sondage, 25 juin 2012.

43. Voir Ordre des pharmaciens du Québec, « Le pharmacien : un professionnel de confiance selon les Canadiens », Communiqué de presse, 2 février 2012.

Figure 2-3  
**Nombre de pharmacies par 10 000 habitants, provinces canadiennes, janvier 2014**



Sources : National Association of Pharmacy Regulation Authorities, *National Statistics*, janvier 2014; Statistique Canada, *Estimations de la population, Canada, provinces et territoires, trimestriel (personnes)*, tableau CANSIM, no 051-0005; calculs de l'auteur.

zonage, de règles quant aux distances séparant les pharmacies ou encore de quotas par région en fonction de la taille de la population<sup>44</sup>.

Plusieurs études ont montré que de telles restrictions nuisent grandement à l'accès des patients aux services de pharmacie. En Belgique, par exemple, des économistes ont estimé que l'imposition de quotas de pharmacies en fonction de la taille de la population par le gouvernement avait eu pour effet de réduire de 50 % le nombre de pharmacies dans le pays et de pénaliser grandement les consommateurs<sup>45</sup>. En Irlande, où des barrières à l'entrée similaires ont été mises en place entre 1996 et 2002, on a constaté un résultat allant dans le même sens : le taux d'apparition de nouvelles pharmacies sur le marché a chuté de 50 % par rapport à la période précédente de 1991 à 1995<sup>46</sup>.

Constatant les coûts qu'engendrent les réglementations excessives en matière de propriété et d'exploitation de pharmacies, plusieurs gouvernements, notamment en Scandinavie et au Royaume-Uni, ont décidé de libéraliser le secteur (voir Tableau 2-2). Les consommateurs de l'Islande (1996) et de la Norvège (2002) ont ainsi rapidement récolté les fruits des réformes entreprises, le nombre de pharmacies bondissant respectivement de 41 % et de 34 % dans ces deux pays en l'espace de quelques années seulement<sup>47</sup>.

En Angleterre aussi, les pharmacies sont devenues de plus en plus accessibles après les réformes initiées en 2005. Une évaluation récente montre que 89 % de la population (98 % dans les centres urbains) réside à l'intérieur d'un rayon de 1,6 kilomètre d'une pharmacie. L'accès est même plus grand dans les régions où les revenus moyens sont moindres<sup>48</sup>. Qui plus est, la concu-

44. J. R. Borrell et C. Casso, « Pharmacies », dans Anthony J. Culyer (dir.) *Encyclopedia of Health Economics*, Elsevier, vol. 3, 2014, p. 51-52.

45. Catherine Schaumans et Frank Verboven, « Entry and Regulation: Evidence from Health Care Professions », *RAND Journal of Economics*, vol. 39, no 4, 2008, p. 949-972.

46. Paul K. Gorecki, « Do You Believe in Magic? Improving the Quality of Pharmacy Services through Restricting Entry and Aspirational Contracts, the Irish Experience », *European Journal of Health Economics*, vol. 12, 2011, p. 521-531.

47. Niklas Rudholm, « Entry of New Pharmacies in the Deregulated Norwegian Pharmaceuticals Market – Consequences for Costs and Availability », *Health Policy*, vol. 87, 2008, p. 259-260.

48. Adam Todd et al., « The Positive Pharmacy Care Law: An Area-Level Analysis of the Relationship between Community Pharmacy Distribution, Urbanity and Social Deprivation in England », *BMJ Open*, vol. 4, no 8, 2014.

Tableau 2-1

### Restrictions concernant la structure opérationnelle des pharmacies dans les provinces canadiennes

	CB	AL	SA	MA	ON	QC	NB	NÉ	ÎPÉ	TNL
La pharmacie doit être gérée par un pharmacien	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Un pharmacien ou une association de pharmaciens doit être propriétaire de la pharmacie					X	X				
Un médecin ne peut pas posséder ou exploiter une pharmacie	X				X					
Un pharmacien ne peut gérer qu'une seule pharmacie								X		
La majorité des actionnaires ou des directeurs d'une société doivent être des pharmaciens	X		X		X	X				

Source : Bureau de la concurrence du Canada, *Les professions autoréglementées — Atteindre l'équilibre entre la concurrence et la réglementation*, 2007, p. 125.

rence accrue a coïncidé avec une baisse de 30 % des prix des médicaments sans ordonnance vendus dans les supermarchés et les magasins à grande surface<sup>49</sup>.

La Suède a également réformé en profondeur son secteur de la pharmacie il y a quelques années. Aucun pays n'était allé aussi loin dans le contrôle étatique de ce secteur d'activité. En effet, de 1971 à 2009, tout le secteur de la vente et de la distribution de médicaments en Suède a été maintenu sous l'emprise hermétique d'un monopole d'État. Aucune pharmacie privée, aucun magasin d'aliments naturels ou encore de supermarché n'étaient alors autorisés à offrir des médicaments sur ses tablettes, avec ou sans ordonnance, pas même de simples comprimés pour soulager les maux de tête.

« De 1971 à 2009, tout le secteur de la vente et de la distribution de médicaments en Suède a été maintenu sous l'emprise hermétique d'un monopole d'État. »

Ainsi, durant presque quatre décennies, la Suède a figuré parmi les pays où le nombre de pharmacies en proportion de la population était le plus faible au monde. Avant la libéralisation, on comptait à peine une succursale par 10 000 habitants, soit environ trois fois moins que dans la plupart des provinces canadiennes<sup>50</sup>. Qui plus est, les succursales du monopole d'État affichaient des heures d'ouverture très restreintes pour les clients : de 10h à 18h du lundi au vendredi et de 10h à 14h le samedi. Aucune pharmacie n'était ouverte le dimanche et plusieurs fermaient même complètement durant l'été<sup>51</sup>.

Un article paru dans la revue médicale *The Lancet* en 2005 illustre bien à quel point il pouvait être difficile d'avoir accès aux services d'un pharmacien à l'époque du monopole d'État :

Dans certaines parties [du pays], même l'obtention de médicaments vendus sans ordonnance exige d'organiser une expédition complexe vers la ville la plus proche où se trouve une pharmacie, qui peut

49. Maria Lluch et Panos Kanavos, « Impact of Regulation of Community Pharmacies on Efficiency, Access and Equity. Evidence from the UK and Spain », *Health Policy*, vol. 95, 2010, p. 250.

50. Ron Sapsford, *Delivering World Class Value for Money in Provincial Drug System: A Case for Change*, Ministry of Health and Long-Term Care, Government of Ontario, juillet 2009, p. 10.

51. Kajsa Lindberg et Petra Adolffson, *The Evolution of Swedish Pharmacies and Recent Reforms*, Gothenburg Research Institute, School of Business, Economics and Law, Göteborg University, no 5, 2007, p. 15; Pelle Neroth, « Sweden's State Pharmacies May Lose Hold over Drug Sales », *The Lancet*, vol. 365, no 9477, juin 2005, p. 2079.

Tableau 2-2

**Expériences de déréglementation dans quatre pays européens**

PAYS (ANNÉE)	RÉFORMES	AVANTAGES
Islande (1996)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libéralisation des règles d'ouverture de nouvelles pharmacies et de propriété*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de 41 % du nombre de pharmacies dans le pays et de 67 % à Reykjavik dans les deux ans suivant la déréglementation</li> </ul>
Norvège (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libéralisation des règles d'ouverture de nouvelles pharmacies et de propriété*</li> <li>• Autorisation de vendre des médicaments sans ordonnance ailleurs qu'en pharmacie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de 34 % du nombre de pharmacies de 2000 à juin 2004, qui est passé de 392 à 524 (de 1991 à 2000, le nombre de pharmacies avait augmenté de 71 seulement)</li> </ul>
Angleterre (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abolition de presque toutes les règles restreignant l'entrée de nouvelles pharmacies sur le marché</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse de 30 % des prix des médicaments sans ordonnance dans les magasins à grande surface et les supermarchés</li> <li>• Les populations des régions défavorisées ont un meilleur accès aux pharmacies de quartier</li> <li>• Amélioration de l'efficacité du secteur de la pharmacie</li> </ul>
Suède (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privatisation de quelque 615 pharmacies appartenant au monopole d'État Apoketet AB</li> <li>• Libéralisation des règles d'ouverture de nouvelles pharmacies, de propriété* et de vente de médicaments sans ordonnance ailleurs qu'en pharmacie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de 46 % du nombre de pharmacies de 2009 à 2013</li> <li>• Augmentation de 76 % du nombre total d'heures d'ouverture de 2009 à 2013</li> <li>• A contribué à une baisse de 19 % des prix de détail et de 35 % des prix de gros (par dose dispensée)</li> </ul>

**Sources : Islande et Norvège :** Niklas Rudholm, « Entry of New Pharmacies in the Deregulated Norwegian Pharmaceuticals Market – Consequences for Costs and Availability », *Health Policy*, vol. 87, 2008, p. 259-260; Sabine Vogler, « Concurrence dans la distribution de produits pharmaceutiques », Forum mondial sur la concurrence, Organisation de coopération et de développement économique, mars 2014, p. 8. **Angleterre :** Maria Lluch et Panos Kanavos, « Impact of Regulation of Community Pharmacies on Efficiency, Access and Equity. Evidence from the UK and Spain », *Health Policy*, vol. 95, 2010, p. 245-254; Adam Todd et al., « The Positive Pharmacy Care Law: An Area-Level Analysis of the Relationship between Community Pharmacy Distribution, Urbanity and Social Deprivation in England », *BMJ Open*, vol. 4, no 8, 2014, p. 3-5. **Suède :** LIF, *FAKTA 2012 – Swedish Pharmaceutical Market and Health Care*, p. 64; Sveriges Apoteks-förening, *Branschrapport 2013*, p. 2; Anders Anell et al., *Sweden – Health system review 2012*, Health Systems in Transition, vol. 14, no 5, 2012, p. 113; Mats A. Bergman et al., « Reforming the Swedish Pharmaceutical Market – Consequences for Costs per Defined Daily Dose », HUI Working papers, no 105, juin 2014, p. 3.

\* Seuls les médecins et les compagnies pharmaceutiques ne peuvent devenir propriétaires de pharmacies en Islande, en Norvège et en Suède. Voir Karin Svensberg, Sofia Källemark Sporrang et Ingunn Björnsdóttir, « A Review of Countries' Pharmacist-Patient Communication Legal Requirements on Prescription Medications and Alignment with Practice: Comparison of Nordic Countries », *Research in Social and Administrative Pharmacy*, à paraître, 2015.

se trouver à une distance considérable. Dans certaines villes, la pharmacie locale ferme ses portes pendant tout l'été.

Même dans les grandes villes, si vous souhaitez acheter des médicaments le soir, vous n'aurez pas la vie facile : les pharmacies d'État ont généralement des heures d'ouverture restreintes. Un Suédois travaillant pour une institution européenne à Bruxelles a expliqué récemment à un journal suédois qu'il avait voulu acheter des médicaments pour une crise d'asthme un soir à Malmö, la troisième plus importante ville du pays avec près de 300 000 habitants. Il est allé sur le site de la phar-

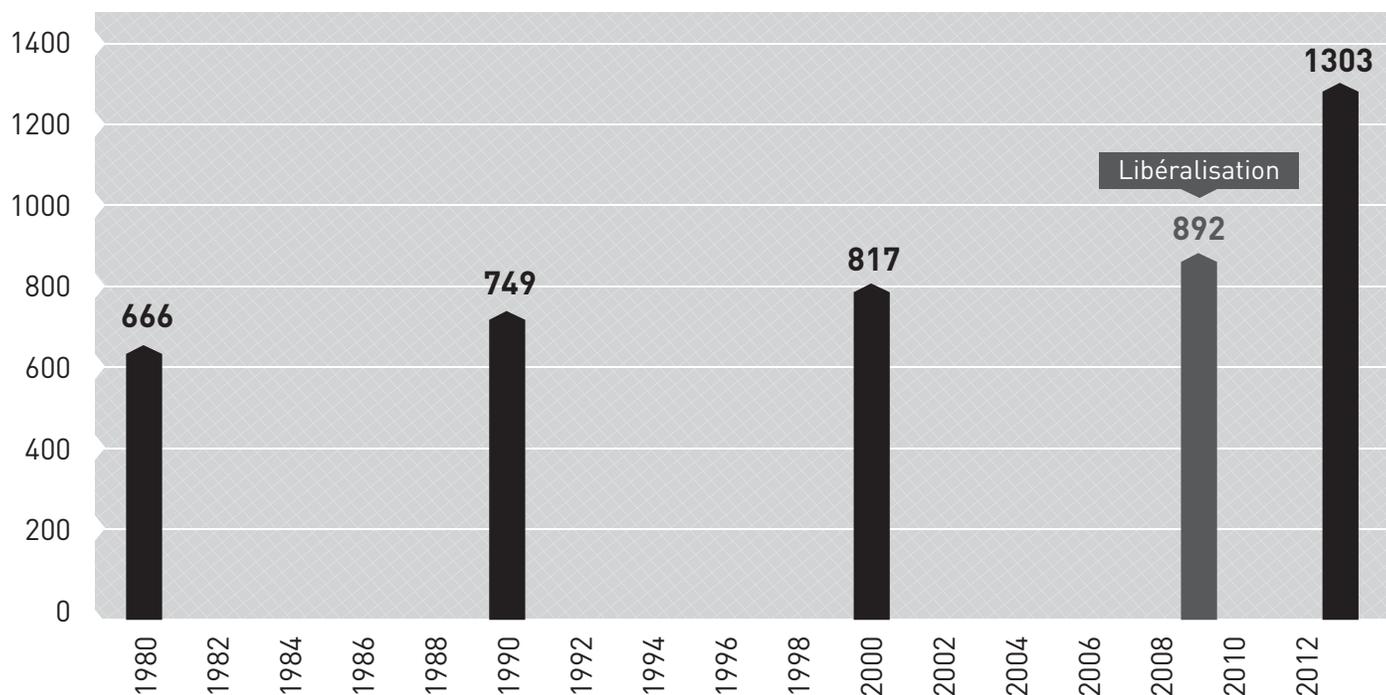
macie où il était indiqué que le détaillant ouvert le plus proche se trouvait à Stockholm, à 450 milles de là<sup>52</sup>.

Depuis la libéralisation du secteur, le nombre de pharmacies a grimpé en flèche, augmentant de 46 % de 2009 à 2013. En l'espace de seulement quatre ans, la croissance du nombre de pharmacies a été supérieure à celle observée au cours des trente années précédentes (Figure 2-4). Quant à l'étendue des heures d'ouverture, on a constaté une hausse globale de 76 % après l'ouverture du secteur à la concurrence. En plus des centaines

52. Pelle Neroth, *ibid.*

Figure 2-4

### Évolution du nombre de pharmacies en Suède, avant et après la libéralisation du secteur en 2009



Sources : LIF, FAKTA 2012: Swedish Pharmaceutical Market and Health Care, p. 64; Sveriges Apoteksörening, Branschrapport 2013, p. 2.

qui ont été privatisées, 374 nouvelles pharmacies privées ont fait leur entrée sur le marché, améliorant du même coup l'accès aux services pour les habitants de toutes les régions. De nos jours, près de 90 % de la population réside à moins de dix minutes de voiture d'une pharmacie<sup>53</sup>.

« La concurrence accrue a non seulement amélioré l'accès des Suédois aux médicaments requis, mais a aussi incité les détaillants à accroître la gamme de produits et services offerts et à innover dans le but de réduire les coûts et l'attente aux officines. »

Les supermarchés peuvent maintenant vendre des médicaments sans ordonnance, et les pharmacies offrent sur leurs tablettes des produits qu'elles n'étaient pas autorisées à vendre à l'époque du monopole public. La

concurrence accrue a non seulement amélioré l'accès des Suédois aux médicaments requis, mais a aussi incité les détaillants à accroître la gamme de produits et services offerts et à innover dans le but de réduire les coûts et l'attente aux officines. Par exemple, certaines se sont dotées de procédés automatisés afin d'améliorer la rapidité du service<sup>54</sup> tout en diminuant les risques d'erreurs de médications. Des chercheurs suédois estiment en outre que la libéralisation du secteur de la pharmacie a contribué à faire économiser les consommateurs, les prix de vente de médicaments au détail ayant chuté de 19 % (par dose dispensée quotidiennement) suite aux réformes<sup>55</sup>.

### Conclusion

Alors que le réseau public de santé dans chacune des provinces peine à combler adéquatement les besoins des patients, les pharmacies privées au Canada conti-

53. LIF, FAKTA 2012 – Swedish Pharmaceutical Market and Health Care, p. 64; Sveriges Apoteksörening, Branschrapport 2013, p. 2.

54. Joerg Heise, « Learning from a Changing Market – Sweden's Pharmacy Industry », *International Trends*, Willach Pharmacy Solutions, novembre 2010, p. 40.

55. Mats A. Bergman, David Granlund et Niklas Rudholm, *Reforming the Swedish Pharmaceutical Market – Consequences for Costs per Defined Daily Dose*, HUI Working Papers, no 105, juin 2014, p. 3.

nuent pour leur part de livrer les services auxquels on s'attend d'elles. Les pharmacies offrent sans contredit les services de santé parmi les plus accessibles à la population.

Autant il semble s'être développé un sentiment de résignation vis-à-vis des longs temps d'attente dans le système public de santé, autant on a tendance à tenir pour acquis que les pharmacies continueront d'offrir des services de qualité répondant aux besoins de la population, quelles que soient les règles gouvernementales qu'on leur impose. L'expérience de nombreux pays européens nous renseigne cependant sur les dangers d'une réglementation gouvernementale excessive.

« On a tendance à tenir pour acquis que les pharmacies continueront d'offrir des services de qualité répondant aux besoins de la population, quelles que soient les règles gouvernementales qu'on leur impose. »

Un analyste des politiques de santé rappelait récemment dans un article paru dans le *New England Journal of Medicine* l'adage voulant que « nous apprenons davantage de nos erreurs que de nos réussites [et que] si cela est vrai, les autres pays ont beaucoup à apprendre du [système public de santé au] Canada »<sup>56</sup>. De la même manière, nous pourrions affirmer que le Canada doit tirer des leçons de l'échec des réglementations gouvernementales excessives dans le domaine des services de pharmacie en Europe. En comparaison, le secteur de la pharmacie privée au Canada, où l'entrepreneuriat et la concurrence sont davantage encouragés, fait définitivement figure de modèle.

---

56. Steven Lewis, « A System in Name Only — Access, Variation, and Reform in Canada's Provinces », *New England Journal of Medicine*, vol. 372, no 6, février 2015, p. 500.

## CHAPITRE 3

### Les soins dentaires au Canada : le secteur privé répond efficacement à la demande

Au Canada, les soins dentaires relèvent essentiellement du secteur privé. Contrairement au système public de santé, les cliniques dentaires sont grandement accessibles et les temps d'attente pour consulter un dentiste sont minimales, voire inexistantes.

Chaque année, trois Canadiens sur quatre visitent une clinique dentaire, l'un des plus forts taux des pays de l'OCDE (voir Figure 3-1). La vaste majorité des patients, soit 85 % de la population, affirment être satisfaits des services reçus<sup>57</sup>. Les données les plus récentes indiquent en outre que la santé dentaire des Canadiens s'est grandement améliorée ces dernières décennies et qu'elle se compare avantageusement à celle d'autres populations de pays développés<sup>58</sup>.

Malgré ces réussites, les appels à une plus grande implication de l'État dans ce secteur d'activité se multiplient depuis quelques années. Déplorant les inégalités d'accès, plusieurs critiques laissent entendre que la situation s'améliorerait à ce chapitre si le Canada suivait l'exemple de pays qui accordent un rôle accru au secteur public dans le financement et la fourniture des soins dentaires<sup>59</sup>.

Or, si cette solution peut sembler attrayante à première vue, nous verrons dans ce chapitre que des pays qui ont suivi cette voie sont aux prises avec des délais d'attente préoccupants, sans pour autant être parvenus à éliminer ni même à réduire significativement les inégalités d'accès aux services.

#### L'offre des soins dentaires au Canada

En 2013, le nombre de dentistes au Canada s'élevait à un peu plus de 21 000, selon les données compilées par l'Association dentaire canadienne. Pour la même année,

on dénombrait 60 dentistes par 100 000 habitants, ce qui place le Canada tout juste dans la moyenne des pays de l'OCDE<sup>60</sup>. La quasi-totalité des dentistes exercent en cabinet privé, seuls ou avec des associés (92 %). Un faible pourcentage seulement œuvrent au sein d'organisations publiques, à l'hôpital ou dans un établissement d'enseignement<sup>61</sup>.

« Contrairement au système public de santé, les cliniques dentaires sont grandement accessibles et les temps d'attente pour consulter un dentiste sont minimales, voire inexistantes. »

Depuis le début des années 2000, le secteur de la dentisterie est devenu de plus en plus concurrentiel, en conséquence de l'arrivée massive de nouveaux professionnels<sup>62</sup>. Entre 2003 et 2012, le nombre de dentistes et d'hygiénistes dentaires est passé de 35 122 à 48 945, soit une augmentation de près de 40 %. Sur une base annuelle, le taux de croissance moyen des effectifs a été plus de trois fois supérieur à celui de la population canadienne<sup>63</sup>.

Ces dernières années, quelques grands groupes privés ont fait leur apparition sur le marché canadien de la dentisterie, dont Dental Corporation of Canada, qui est propriétaire d'un réseau de 110 cliniques dentaires et qui compte 1700 employés dans ses rangs. Le groupe, dont le chiffre d'affaires s'élève à 230 millions de dollars annuellement, est présent dans cinq provinces ainsi que dans le territoire du Yukon<sup>64</sup>.

On dénombre également plus de 400 cliniques d'hygiène dentaire réparties à l'échelle canadienne, dont la moitié se trouvent en Ontario. En effet, les gouvernements provinciaux, à l'exception de celui du Québec, permettent depuis quelques années aux hygiénistes

57. Pourcentage de Canadiens qui se sont déclarés « très satisfaits » ou « assez satisfaits » lors d'un récent sondage. Forum Research, Saskatchewan, Manitoba, New Brunswick Top Health Care Satisfaction Poll Overall, juin 2012.

58. Voir notamment Santé Canada, *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, septembre 2010, p. 47-51; Statistique Canada, *Santé buccodentaire: population édentée au Canada 2007 à 2009*, Feuilles d'information de la santé, janvier 2010.

59. Armine Yalnizyan et Garry Aslanyan, « Introduction and Overview », dans *Putting Our Money Where Our Mouth Is: The Future of Dental Care in Canada*, Canadian Centre for Policy Alternatives, avril 2011, p. 7-10; Paul Allison, « Why dental care should be included in the public health system », *The Globe and Mail*, 16 septembre 2014.

60. Association dentaire canadienne, *Dentistes autorisés à exercer au Canada en 2013*, par province; Statistique Canada, *Tableau CANSIM no 051-0005: Estimations de la population, Canada, provinces et territoires, Trimestre IV, 2013*; Organisation de coopération et de développement économiques, *Panorama de la santé 2009: Les indicateurs de l'OCDE*, décembre 2009, p. 83.

61. Canadian Dental Association, *Dental Health Services in Canada, facts and figures 2010*, p. 2.

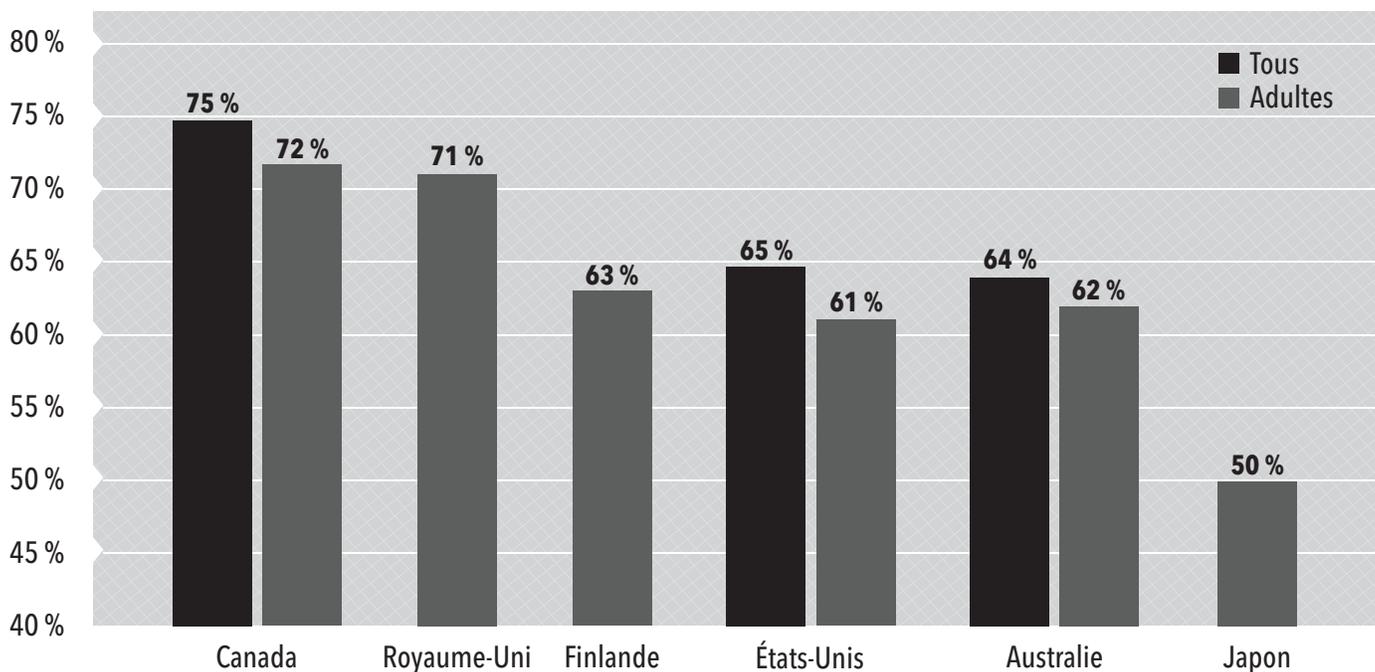
62. Tom Blackwell, « Glut of dentists means tough times for them, good deals for customers, 'doom and gloom' report says », *National Post*, 25 mars 2013.

63. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, octobre 2014, p. 58.

64. « Dental Corporation of Canada: "Revolutionizing the Business of Dentistry" », *Canadian Business Journal*, vol. 8, no 1, 2015, p. 152-157.

Figure 3-1

### Pourcentage de la population qui visite une clinique dentaire chaque année, divers pays de l'OCDE



**Sources (année) :** **Australie (2010)** : Australian Institute of Health and Welfare, *Oral Health and Dental Care in Australia, Key Facts and Figures Trends 2014*, 2014, p. 8; Sergio Chrisopoulos et Jane Harford, *Oral Health and Dental Care in Australia: Key Facts and Figures 2012*, Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government, 2013, p. vii. **Canada (2007-2009)** : Santé Canada, *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, septembre 2010, p. 51. **États-Unis (2010)** : National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2013: With Special Features on Prescription Drugs*, 2014, p. 287. **Finlande (2007)** : Eero Raittio et al., « Dental Attendance among Adult Finns after a Major Oral Health Care Reform », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 42, no 6, 2014, p. 595. **Japon (2011)** : Yuich Ando et al., « The Status of Routine Dental Visits by Web-Based Survey in Japan », *Journal of Dental Health*, vol. 62, no 1, 2012. **Royaume-Uni (2009)** : John Morris et al., *Service Considerations – A Report from the Adult Dental Health Survey 2009*, The Information Centre for Health and Social Care, mars 2011, p. 6.

dentaires d'effectuer certaines tâches seuls, sans la supervision des dentistes<sup>65</sup>. En élargissant le champ d'exercice des hygiénistes dentaires, les gouvernements souhaitent améliorer l'accès à certains services et réduire les prix, comme ce fut le cas dans d'autres pays<sup>66</sup>.

### Le financement des soins dentaires au Canada

En 2013, les dépenses totales associées aux soins dentaires étaient estimées à 12,9 milliards de dollars dans l'ensemble du pays<sup>67</sup>. Ces soins sont financés presque entièrement de façon privée, soit directement par les patients ou par l'intermédiaire de leurs assurances pri-

viées. Seule une modeste partie des dépenses est assumée par les gouvernements (fédéral et provinciaux), sous la forme de programmes ciblés qui visent à aider certains groupes de la population, tels les enfants et les gens à faible revenu, à recevoir les soins dentaires de base.

Par exemple, dans plusieurs provinces, les examens dentaires et certains services curatifs sont assurés par les gouvernements pour les enfants, et pour les prestataires de l'aide sociale et de l'assurance-emploi. Les services de chirurgie dispensés en milieu hospitalier sont également couverts en vertu des régimes d'assurance maladie de chaque province. Certaines provinces offrent en outre, sous diverses conditions, des programmes spécifiques pour les personnes âgées de 65 ans et plus (voir Tableau 3-1).

Le Canada fait partie des pays de l'OCDE où la part de financement privé pour les soins dentaires est la plus élevée (voir Figure 3-2). Des raisons historiques expli-

65. Isabelle Ducas, « Les cliniques d'hygiène dentaire, c'est pour bientôt? », *La Presse*, 7 avril 2012.

66. Voir notamment Coody Wing et Allison Marier, « Effects of Occupational Regulations on the Cost of Dental Services: Evidence from Dental Insurance Claims », *Journal of Health Economics*, vol. 34, 2014, p. 131-143.

67. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 63, p. 148.

Tableau 3-1

### Programmes publics de couverture d'assurance des soins dentaires dans les provinces canadiennes

PROGRAMMES PUBLICS	CB	AL	SA	MA	ON	QC	NB	NÉ	ÎPÉ	TNL
Chirurgies dentaires dispensées en milieu hospitalier	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Soins dentaires pour les enfants*	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Soins dentaires pour les personnes âgées**		X							X	
Soins dentaires pour les prestataires de l'aide sociale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Source : Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire, Accès aux soins buccodentaires.

\*CB : moins de 19 ans, bas revenus; AL, NB : 18 ans et moins, bas revenus; SA : moins de 18 ans, bas revenus; ON : moins de 17 ans, bas revenus; QC : moins de 10 ans; IPÉ : entre 3 et 17 ans; NÉ : 14 ans et moins; TNL : 12 ans et moins et jusqu'à 17 ans pour les familles à faible revenu.

\*\*AL : 65 ans et plus, en fonction des revenus; IPÉ : offert aux résidents des établissements de soins de longue durée.

queraient pourquoi les soins dentaires sont en grande partie exclus du régime public de santé au Canada. Certains auteurs rapportent qu'au moment où la législation fut mise en place, dans les années 1960, la prise en charge et le maintien de la santé buccodentaire dans l'esprit des Canadiens de l'époque devaient relever principalement de la responsabilité individuelle<sup>68</sup>. Ainsi, alors que les gouvernements assumaient environ 20 % de l'ensemble des dépenses en soins dentaires dans les années 1960 et 1970, ce pourcentage a graduellement diminué durant les décennies suivantes et s'établit désormais à 6 %<sup>69</sup>.

Dans l'ensemble, le nombre de Canadiens qui détiennent une assurance (publique ou privée) couvrant les soins dentaires est en croissance depuis le milieu des années 1990. Alors que 53 % des Canadiens affirmaient détenir une assurance en 1996-1997, ce pourcentage a grimpé à 61 % en 2003, puis à 68 % en 2009<sup>70</sup>.

### La santé dentaire s'améliore

En 2010, Santé Canada a publié un rapport sur la santé dentaire des Canadiens en s'appuyant sur les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de

Statistique Canada. Les données ainsi compilées montrent que 75 % des Canadiens effectuent une visite dans une clinique dentaire annuellement et 86 % font de même au moins tous les deux ans. Au début des années 1970, à peine la moitié de la population consultait un dentiste sur une base annuelle<sup>71</sup>. L'accès aux soins dentaires s'est donc grandement amélioré.

« Le Canada fait partie des pays de l'OCDE où la part de financement privé pour les soins dentaires est la plus élevée. »

L'étude de Santé Canada a également révélé que la vaste majorité des patients, soit 85 % de la population, estiment de nos jours que leur santé dentaire est bonne, très bonne ou excellente<sup>72</sup>. Cela n'a cependant pas toujours été le cas. En effet, les progrès réalisés au chapitre de la santé dentaire des Canadiens depuis les années 1970 ont été considérables, comme le montre le Tableau 3-2. À peine 6 % des Canadiens de 20 ans et plus n'avaient plus de dents naturelles en 2009, alors que c'était le cas pour près du quart de la population adulte en 1972<sup>73</sup>. Le pourcentage d'enfants et

68. Carlos Quiñonez, « Why Was Dental Care Excluded from Canadian Medicare? », *NCOHR Working Paper Series*, vol. 1, no 1, 2013, p. 1-5.

69. Carlos Quiñonez, « Wicked Problems: Policy Contradictions in Publicly Financed Dental Care », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 72, 2012, p. 262; Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 63, p. 138 et 160.

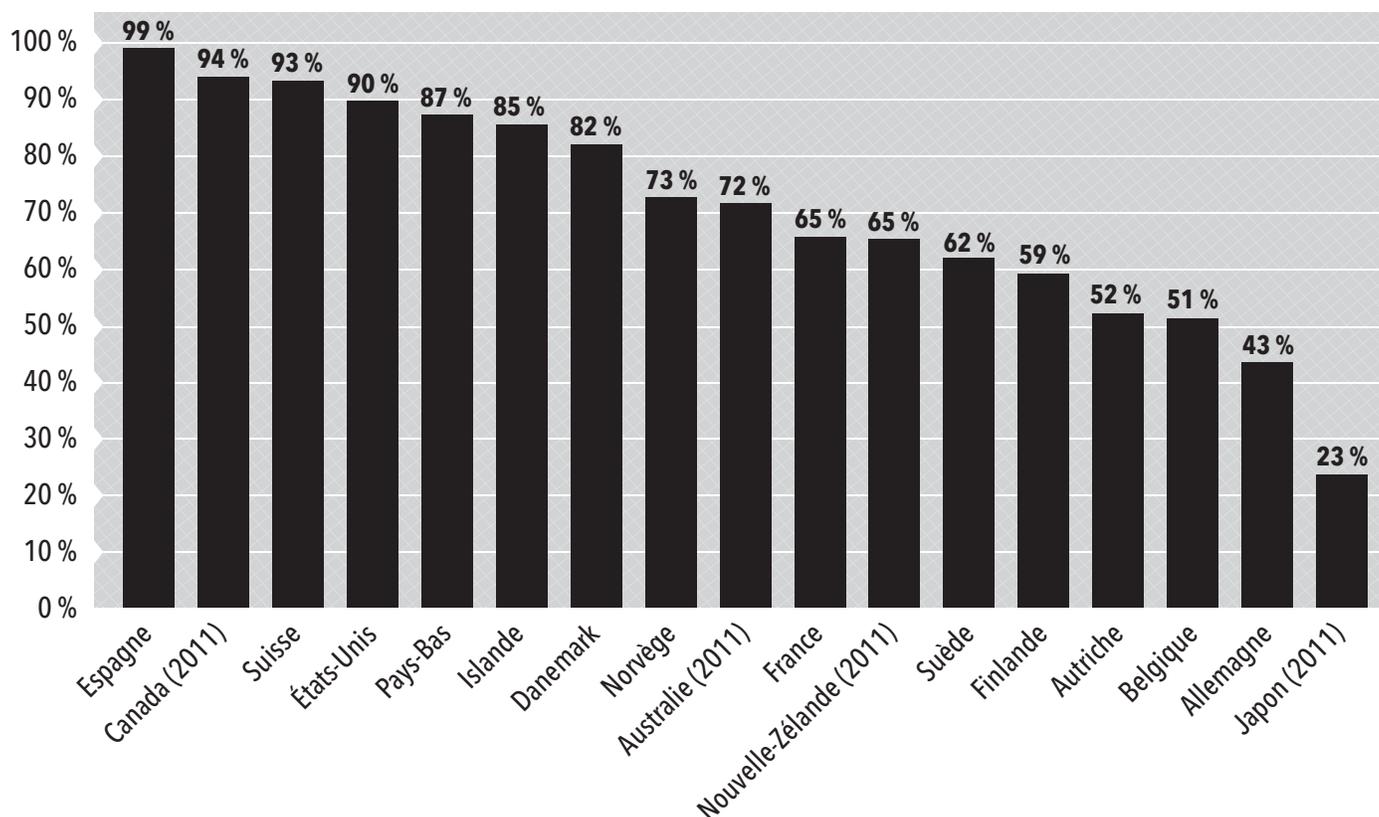
70. Institut canadien d'information sur la santé, *Le ratio 70/30 : Le mode de financement du système de santé canadien*, 2005, p. 75; Santé Canada, *op. cit.*, note 58, p. 71.

71. Santé Canada, *ibid.*

72. *Ibid.*, p. 28.

73. *Ibid.*, p. 49.

Figure 3-2  
**Pourcentage des dépenses de soins dentaires qui sont financées par des sources privées, divers pays de l'OCDE, 2012**



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Base de données statistiques sur la santé.

d'adolescents avec des dents cariées, manquantes ou obturées a aussi connu une baisse significative durant cette même période.

En outre, même si la part du financement public dans les dépenses en soins dentaires a décliné au fil des ans, les inégalités au chapitre des résultats de santé dentaire se sont rétrécies depuis les années 1970. Le constat que dressaient récemment des chercheurs de l'Université McGill ne laisse pas de doute à propos de ces améliorations :

Le bilan de santé dentaire des adultes canadiens et américains s'est amélioré. Durant les années 1970, le taux d'édentulisme et la prévalence de la carie dentaire étaient plus élevés au Canada, alors que moins de Canadiens avaient des dents obturées. Ces problèmes étaient aussi répartis plus inégalement au sein de la population en fonction du lieu de naissance, de l'éducation et du revenu. À travers le temps, les deux pays ont connu une amélioration du bilan de santé et une diminution des

inégalités socio-économiques absolues. Toutefois, il semble que le Canada ait davantage progressé sur le plan de la santé dentaire des plus démunis<sup>74</sup>.

### Un rôle accru au secteur public?

Depuis quelques années, plusieurs groupes d'intervenants militent en faveur d'un accroissement du financement public des soins dentaires au Canada<sup>75</sup>. On fait valoir que 17 % de la population canadienne renonce à consulter un dentiste annuellement en raison des coûts<sup>76</sup>. On déplore également l'inégalité d'accès entre

74. H. W. Elani et al., « Socio-Economic Inequalities and Oral Health in Canada and the United States », *Journal of Dental Research*, vol. 91, no 9, 2012, p. 868.

75. Voir notamment Association canadienne des hygiénistes dentaires, *Bulletin de santé buccodentaire canadien : un appel à l'action*, Document présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes en vue des consultations prébudgétaires, août 2010; Académie canadienne des sciences de la santé, *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*, septembre 2014.

76. Chantel Ramraj et al., « A Macroeconomic Review of Dentistry in Canada in the 2000s », *Journal of the Canadian Dentist Association*, vol. 80:e55, 2014, p. 4.

Tableau 3-2

**Évolution des indicateurs de santé dentaire de la population canadienne, 1970-72 à 2007-09**

INDICATEURS	1970-72	2007-09
Pourcentage de la population qui consulte un dentiste chaque année	49,5 %	74,5 %
Pourcentage d'enfants avec au moins une dent cariée	74 %	23,6 %
Pourcentage d'adolescents avec au moins une dent cariée	96,6 %	58,8 %
Nombre moyen de dents cariées, manquantes et obturées (par enfant)	6	2,5
Pourcentage d'adultes sans dents naturelles	23,6 %	6,4 %

**Source :** Santé Canada, *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, septembre 2010, p. 47-51.

**Note :** Les enfants sondés avaient entre 8 et 10 ans lors du sondage de 1970-1972 et entre 6 et 11 ans lors du sondage de 2007-2009.

différents groupes au sein de la société<sup>77</sup>. Ces critiques laissent entendre que la situation s'améliorerait si on suivait l'exemple de pays où la couverture d'assurance publique pour les soins dentaires est plus généreuse<sup>78</sup>.

D'abord, il importe de préciser que même dans les pays où l'État finance une plus grande proportion des soins dentaires, l'inégalité d'accès aux soins est présente et plusieurs personnes admettent devoir reporter les visites chez le dentiste pour des raisons financières. Au Royaume-Uni, environ un cinquième de la population vivrait une pareille situation selon des données d'enquête<sup>79</sup>. Même si les services sont offerts gratuitement dans le système public, un tiers des Britanniques admettent opter pour une clinique privée en raison de l'incapacité d'avoir accès à un dentiste dans le réseau public<sup>80</sup>. En Suède, une étude a montré que 71 % des personnes qui ont renoncé à consulter le dentiste l'ont fait pour des raisons d'ordre économique. Les individus sans emploi et tirant un revenu de l'aide sociale seraient

sept à neuf fois plus susceptibles de renoncer à un traitement dentaire requis que ceux détenant un emploi et n'ayant pas de souci financier<sup>81</sup>.

« La vaste majorité des patients estiment de nos jours que leur santé dentaire est bonne, très bonne ou excellente. »

Qui plus est, on s'aperçoit que la vaste majorité de ces pays connaissent des difficultés d'accès importantes. Le rationnement se traduit par de longs temps d'attente et beaucoup de gens se retrouvent privés des services requis. La Finlande et l'Australie, où les dépenses publiques en soins dentaires ont augmenté considérablement ces dernières années, demeurent aux prises avec de sérieux problèmes de listes d'attente (voir Tableau 3-3).

### La Finlande

En Finlande, un pays fréquemment élevé au rang de modèle à suivre pour le Canada<sup>82</sup>, 41 % des dépenses en soins dentaires sont prises en charge par les

77. Michel Grignon, Jeremiah Hurley, Li Wang et Sara Allin, « Inequity in a Market-Based Health System: Evidence from Canada's Dental Sector », *Health Policy*, vol. 98, 2010, p. 81-90.

78. Armine Yalnizyan et Garry Aslanyan, *op. cit.*, note 59.

79. K. B. Hill et al., « Adult Dental Health Survey 2009: Relationships between Dental Attendance Patterns, Oral Health Behaviour and the Current Barriers to Dental Care », *British Dental Journal*, vol. 214, no 1, 2013, p. 25-32.

80. John Morris et al., *Service Considerations – A Report from the Adult Dental Health Survey 2009*, The Information Centre for Health and Social Care, mars 2011, p. 17.

81. Sarah Wamala, Juan Merlo et Gunnel Boström, « Inequity in Access to Dental Care Services Explains Current Socioeconomic Disparities in Oral Health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, 2006, p. 1027-1033.

82. André Picard, « Cost of dental care in Canada keeps patients away », *The Globe and Mail*, 12 septembre 2014.

Tableau 3-3

## Comparaisons des secteurs des soins dentaires au Canada, en Australie et en Finlande

	CANADA	AUSTRALIE	FINLANDE
Financement public des soins dentaires (en pourcentage du total) <sup>1</sup>	6 %	28 %	41 %
Fourniture publique des soins dentaires <sup>2</sup>	Moins de 2 % des dentistes œuvrent dans les hôpitaux publics	18 % des dentistes œuvrent dans le secteur public	45 % des dentistes et des hygiénistes dentaires œuvrent dans le secteur public
Dentistes actifs par 100 000 habitants <sup>3</sup>	61	58	86
Consultation d'un dentiste au cours de la dernière année (enfants et adolescents) <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 91 % des enfants de 6 à 11 ans</li> <li>• 84 % des adolescents de 12 à 19 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 78 % des enfants de 5 à 14 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 77 % des enfants de 6 à 17 ans</li> </ul>
Consultation d'un dentiste au cours de la dernière année (population adulte) <sup>5</sup>	72 %	62 %	63 %
Consultation d'un dentiste au cours de la dernière année (population à faible revenu) <sup>6</sup>	60 %	Entre 50 et 56 %	n.d.
Liste d'attente pour avoir accès aux soins dentaires <sup>7</sup>	L'attente n'est pas un enjeu	Environ 400 000 patients sur les listes d'attente dans le réseau public	Plus de 13 000 patients en attente depuis plus de 6 mois dans le réseau public (moyenne 2006-12)
Enfants sans carie <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 53 % des enfants de 6 ans</li> <li>• 61 % des enfants de 12 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 48 % des enfants de 6 ans</li> <li>• 45 % des enfants de 12 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 39 % des enfants de 5 ans</li> <li>• 26 % des enfants de 12 ans</li> </ul>
Adultes avec dents naturelles <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 96 % des adultes de 45 à 54 ans</li> <li>• 88 % des adultes de 55 à 64 ans</li> <li>• 75 % des adultes de 65 à 74 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 96 % des adultes de 45 à 64 ans</li> <li>• 79 % des adultes de 65 ans et plus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 94 % des adultes de 45 à 54 ans</li> <li>• 84 % des adultes de 55 à 64 ans</li> <li>• 64 % des adultes de 65 à 74 ans</li> </ul>

**Sources :** 1. Année 2011. Organisation de coopération et de développement économiques, Base de données sur les statistiques de santé. 2. Australian Institute of Health and Welfare, *Dental Workforce 2012*, National health workforce series no 7, janvier 2014, p. 22; Service Canada, Dentistes; Lauri Vuorenkoski, « Finland – Health System Review », *Health Systems in Transition*, vol. 10, no 4, 2008, p. 91. 3. Année 2012. Organisation de coopération et de développement économiques, Base de données sur les statistiques de santé. 4. Santé Canada, *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, septembre 2010, p. 79; Australian Institute of Health and Welfare, *Oral Health and Dental Care in Australia, Key Facts and Figures Trends 2014*, 2014, p. 12; Eeva Widström et Seppo Järvinen, « Caries Prevalence and Use of Dental Services in Finnish Children and Adolescents in 2009 », *Oral Health and Dental Management*, vol. 10, no 4, 2011, p. 187. 5. Santé Canada, *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, septembre 2010, p. 51; Australian Institute of Health and Welfare, *Oral Health and Dental Care in Australia, Key Facts and Figures Trends 2014*, 2014, p. 8; Eero Raittio et al., « Dental Attendance among Adult Finns after a Major Oral Health Care Reform », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 42, 2014, p. 595. 6. Les Canadiens et les Australiens à faible revenu sont ceux gagnant moins de 30 000 \$ annuellement dans les devises respectives. Santé Canada, *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, septembre 2010, p. 29; Australian Institute of Health and Welfare, *Oral Health and Dental Care in Australia, Key Facts and Figures 2012*, 2013, p. 20. 7. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Care in Canada, 2012: A Focus on Wait Times*, novembre 2012, p. 16; Parliament of Australia, *Bridging the Dental Gap: Report on the Inquiry into Adult Dental Services*, Standing Committee on Health and Ageing, juin 2013, p. 9; Pia Maria Jonsson et al., « Finland », dans *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, 2013, p. 142. 8. Santé Canada, *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, septembre 2010, p. 31-34; Sergio Chrisopoulos et Jane Harford, *Oral Health and Dental Care in Australia: Key Facts and Figures 2012*, Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government, 2013, p. 4; Eeva Widström et Seppo Järvinen, « Caries Prevalence and Use of Dental Services in Finnish Children and Adolescents in 2009 », *Oral Health and Dental Management*, vol. 10, no 4, 2011, p. 189. 9. Statistique Canada, *Santé buccodentaire : population édentée au Canada 2007 à 2009*, Feuilles d'information sur la santé, janvier 2010; Australian Institute of Health and Welfare, *Oral Health and Dental Care in Australia, Key Facts and Figures Trends 2014*, 2014, p. 6.

gouvernements (central et municipaux)<sup>83</sup>. La coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé dans l'offre de soins dentaires remonte au début des années 1970. Près de la moitié des dentistes finlandais exercent dans des établissements publics, rattachés le plus souvent à un centre hospitalier.

Jusqu'au début des années 2000, seuls les enfants et les adolescents, ainsi que certains groupes ayant des besoins particuliers, avaient le droit de recevoir des soins dans des centres dentaires publics, subventionnés par l'État à hauteur de 80 %. En 2001, les limites d'âge qui restreignaient l'accès des adultes aux services dentaires publics ont été abolies. Les subventions pour les pa-

« Selon un rapport de l'OCDE, les délais d'attente en 2012 s'élevaient à plus d'un mois dans 85 % des centres dentaires publics. »

tients fréquentant les cliniques privées ont aussi été élargies pour couvrir tous les groupes d'âge.

Les services dentaires devenaient ainsi disponibles à la population selon les mêmes principes que le système public universel de soins de santé. Le gouvernement finlandais souhaitait accroître le volume de services offerts et réduire les inégalités en matière d'accès entre les diverses classes sociales, que des recherches avaient mis en lumière dans les années 1990<sup>84</sup>.

Or, malgré l'injection massive de fonds, le réseau public continue d'être aux prises avec des ratés importants. Des chercheurs ont récemment montré qu'il n'y a pas eu d'amélioration significative sur le plan de l'accès aux soins dentaires et que les inégalités se sont maintenues en conséquence de la réforme de 2001. En fait, après une baisse initiale dans les premières années, on a observé une recrudescence des inégalités après 2004<sup>85</sup>.

83. Organisation de coopération et développement économiques, Base de données sur les statistiques de santé. Un rapport de l'Académie canadienne des sciences de la santé avance pour sa part que la contribution publique au financement des dépenses de soins dentaires en Finlande s'élève à 79 %. Or, ce pourcentage ne concerne que les soins obtenus dans les centres dentaires publics. Lorsqu'on tient compte de l'ensemble du secteur des soins dentaires (incluant les cliniques privées), le pourcentage des dépenses publiques dans les dépenses totales s'établit à 41 %. Voir Académie canadienne des sciences de la santé, *op. cit.*, note 75, p. 3.

84. Teija Niiranen, Eeva Widström et Tapani Niskanen, « Oral Health Care Reform in Finland – Aiming to Reduce Inequity in Care Provision », *BMC Oral Health*, vol. 8, no 3, 2008.

85. Eero Raittio et al., « Income-Related Inequality and Inequity in the Use of Dental Services in Finland after a Major Subsidization Reform », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, à paraître, 2015.

Certes, la proportion d'adultes déclarant visiter le dentiste annuellement est passée de 57 % en 2001 à 63 % en 2007<sup>86</sup>. Cependant, cette hausse apparaît bien modeste en regard des dépenses additionnelles du gouvernement finlandais, lesquelles ont fait un bond de plus de 80 % au cours des six premières années de la réforme. En guise de comparaison, la proportion de Canadiens d'âge adulte qui admettent consulter le dentiste chaque année est passée de 64 % en 2003 à 72 % en 2007-2009<sup>87</sup>, et cela, sans élargissement des programmes publics.

Qui plus est, les temps d'attente continuent d'être extrêmement longs en Finlande. Pour une consultation avec le dentiste dans le réseau public, il faut s'armer de patience; les rendez-vous ne s'obtiennent pas facilement. À peine 25 % des Finlandais considèrent que les centres dentaires publics offrent un bon niveau de disponibilité dans la municipalité où ils habitent<sup>88</sup>. Selon un rapport de l'OCDE, les délais d'attente en 2012 s'élevaient à plus d'un mois dans 85 % des centres dentaires publics<sup>89</sup>. Entre 2006 et 2012, plus de 13 000 personnes en moyenne figuraient sur une liste d'attente en vue d'obtenir des soins dentaires dans le réseau public depuis plus de six mois<sup>90</sup>.

Ces difficultés d'accès ne s'expliquent pas par un manque de ressources humaines puisque la Finlande compte 40 % plus de dentistes en proportion de la population que le Canada. À 86 dentistes par 100 000 habitants, il s'agit de l'un des taux les plus élevés des pays de l'OCDE<sup>91</sup>.

## L'Australie

L'Australie est un autre pays souvent donné en exemple par des analystes au Canada. En septembre 2014, l'Académie canadienne des sciences de la santé publiait un rapport dans lequel l'Australie était citée parmi les « pays qui proposent un système public plus robuste pour le financement et la prestation des soins de santé bucco-dentaire »<sup>92</sup>.

86. Eero Raittio et al., « Dental Attendance Among Adult Finns after a Major Oral Health Care Reform », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 42, no 6, 2014, p. 595.

87. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 70, p. 75; Santé Canada, *op. cit.*, note 58, p. 51.

88. Eero Raittio et al., 2014, *op. cit.*, note 86, p. 593. L'étude note que 71 % des Finlandais considèrent que les cliniques dentaires privées offrent un bon niveau de disponibilité.

89. Organisation de coopération et de développement économiques, *Études économiques de l'OCDE : Finlande*, février 2012, p. 95.

90. Pia Maria Jonsson et al., « Finland », dans *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, 2013, p. 142.

91. Organisation de coopération et de développement économiques, *op. cit.*, note 83.

92. Académie canadienne des sciences de la santé, *op. cit.*, note 75, p. 38-39.

Les services dentaires y sont en effet offerts à la fois dans des cliniques privées et dans des établissements publics. La majorité des dentistes australiens (78 %) exercent leur pratique dans le secteur privé. Leur semaine de travail est en moyenne 23 % plus longue que celle de leurs confrères œuvrant uniquement dans le secteur public<sup>93</sup>.

L'accès aux services dentaires publics est limité aux enfants en bas âge ainsi qu'à certaines catégories de personnes vulnérables, dont les prestataires de l'aide sociale, les anciens combattants et les retraités à faible revenu. Environ 5 millions d'adultes sont éligibles à recevoir leurs soins dentaires dans le réseau public<sup>94</sup>. À peine un peu plus de la moitié d'entre eux consultent

« Les Canadiens étaient 30 % plus susceptibles d'avoir visité un dentiste au cours des 12 derniers mois que les Australiens. »

chaque année un dentiste. Dans la grande majorité des cas (74 %), ces derniers optent pour une clinique privée<sup>95</sup>, en raison des politiques de rationnement du gouvernement.

En effet, l'accès aux services dentaires dans le réseau public est sujet à des délais d'attente considérables. En juin 2013, un rapport d'enquête du Parlement australien résumait la situation en ces termes :

Les temps d'attente pour les services publics de santé dentaire sont souvent très longs (de deux à cinq ans dans certaines régions). En Australie, près de 400 000 adultes sont sur des listes d'attente. Les traitements ciblent souvent les besoins urgents plutôt que la prestation de soins préventifs ou de restauration. Le secteur public offre aussi des services de prothodontie, mais les temps d'attente sont longs, les patients pouvant attendre des mois pour un rendez-vous. Les patients sur les listes d'attente sont généralement à faible revenu et n'ont donc pas d'autre choix que d'attendre pour se faire soigner<sup>96</sup>.

Les dépenses publiques en soins dentaires ont plus que doublé en Australie de 2006 à 2011, avec une croissance annuelle moyenne de 18 %. Durant cette période, la part du financement public total est passée de 18 % à 28 %<sup>97</sup>. Malgré ces hausses, les ressources consacrées au secteur semblent toujours insuffisantes pour résorber de façon significative le problème des longs délais d'attente dans le réseau public et faciliter l'accès des moins fortunés aux soins nécessaires.

Selon les données d'un rapport récent publié par le gouvernement australien, le pourcentage d'adultes ayant renoncé à visiter le dentiste en raison des coûts est passé de 25 % en 1994 à 30 % en 2010. Le rapport révèle également qu'en « 2007-09, les Canadiens étaient 30 % plus susceptibles d'avoir visité [un dentiste au cours des 12 derniers mois] que les Australiens, pour tous les groupes d'âge de 20 à 79 ans »<sup>98</sup>.

## Conclusion

Que tous les Canadiens, sans égards aux revenus, aient accès à des services dentaires constitue un idéal à atteindre auquel personne ne s'oppose. Cependant, les exemples internationaux nous montrent qu'un plus grand financement gouvernemental n'améliore pas nécessairement l'accessibilité aux services. Au contraire, on observe dans ces pays la mise en place de politiques de rationnement et l'apparition de longues listes d'attente pour obtenir les soins nécessaires.

En revanche, les délais d'attente dans le domaine des soins dentaires ne constituent pas un enjeu préoccupant au Canada. Les données indiquent que le Canada fait partie des pays où l'accès à un dentiste est le plus élevé. Comme on l'a vu, la santé dentaire des Canadiens s'est aussi considérablement améliorée ces dernières décennies. Le secteur privé répond efficacement à la demande.

93. Sergio Chrisopoulos et Jane Harford, *Oral Health and Dental Care in Australia: Key Facts and Figures 2012*, Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government, 2013, p. 41.

94. Parliament of the Commonwealth of Australia, *Bridging the Dental Gap: Report on the Inquiry into Adult Dental Services*, Standing Committee on Health and Ageing, juin 2013, p. 9.

95. Australian Institute of Health and Welfare, *Oral Health and Dental Care in Australia: Key Facts and Figures Trends 2014*, Australian Government, 2014, p. 13.

96. Parliament of the Commonwealth of Australia, *op. cit.*, note 94, p. 9.

97. Organisation de Coopération et de Développement Économique, *op. cit.*, note 83.

98. Australian Institute of Health and Welfare, *op. cit.*, note 95, p. 12.

## CHAPITRE 4

### Les soins de la vue dans le secteur privé : l'innovation au service des patients

Au Canada, ce sont des professionnels œuvrant essentiellement au sein de cabinets privés qui s'occupent de fournir aux patients les services et les soins de la vue requis. Bien qu'un problème de vision constitue rarement une menace à la vie, il peut néanmoins s'avérer un sérieux handicap dans la vie quotidienne. Selon les plus récentes données disponibles, environ 57 % des adultes canadiens souffriraient de problèmes de vision. Ces personnes doivent généralement porter des lunettes ou des lentilles de contact. D'autres optent de plus en plus pour une correction de la vue au laser. Quoi qu'il en soit, dans 97 % des cas, ces personnes obtiennent les soins qui permettent de corriger adéquatement leur problème<sup>99</sup>.

Les lentilles cornéennes et les chirurgies au LASIK ne sont que quelques-unes des nombreuses innovations qui ont transformé le secteur des soins de la vue ces dernières décennies. Il existe maintenant une variété d'options pour traiter un grand nombre de troubles oculaires, dont certains jugés incurables il n'y a pas si longtemps, tels le glaucome, les cataractes et la rétinopathie diabétique<sup>100</sup>. Ce chapitre fait un bref survol du secteur des soins de la vue au Canada, l'un des plus dynamiques de l'industrie de la santé.

#### La fourniture des soins de la vue au Canada

Dans le domaine de la santé visuelle, la majeure partie des soins primaires sont dispensés par les optométristes, qui réalisent les examens de la vue et qui prescrivent les lunettes ou les lentilles cornéennes au besoin. Le Canada comptait 5356 optométristes actifs en 2012<sup>101</sup>. La majorité d'entre eux exercent en pratique privée. Les autres travaillent en collaboration avec des ophtalmologistes ou des opticiens, pratiquent dans des centres de réadaptation en déficience visuelle ou en-

seignent à l'université. Statistique Canada chiffrait à 2077 le nombre de cabinets d'optométristes à l'échelle du pays en décembre 2014<sup>102</sup>.

Les ophtalmologistes sont les médecins spécialistes des soins de la vue. Ce sont les professionnels chargés de diagnostiquer les troubles oculaires et de veiller à leur traitement. Ce sont eux qui procèdent aux chirurgies pour soigner certaines maladies comme les cataractes et le glaucome, et pour corriger divers troubles visuels<sup>103</sup>. À l'échelle du Canada, on comptait 1208 ophtalmologistes en 2013.

Les opticiens sont quant à eux les professionnels dédiés à la préparation et à la vente des lunettes et lentilles cornéennes, un travail qui se fait à partir des prescriptions préparées par les optométristes ou les ophtalmologistes. Dans certaines provinces, ils sont également autorisés à effectuer des examens de la vue, sans toutefois pouvoir rédiger des ordonnances<sup>104</sup>. En 2012, on dénombrait 7444 opticiens au Canada (voir Tableau 4-1).

« Entre 1997 et 2012, le nombre d'optométristes a connu une croissance de 67 %, nettement plus rapide que celle de la population. »

Le secteur de l'optométrie au Canada est devenu de plus en plus concurrentiel au fil des ans, avec l'accroissement de la demande pour ce type de service et du nombre de professionnels actifs<sup>105</sup>. Entre 1997 et 2012, le nombre d'optométristes a connu une croissance de 67 %, nettement plus rapide que celle de la population (voir Figure 4-1). Cette concurrence accrue a incité les optométristes à adopter les plus récentes technologies de l'information afin d'améliorer la qualité des services offerts. Plus de 96 % des optométristes canadiens utilisent les ordinateurs dans leur pratique. En comparaison des médecins omnipraticiens qui œuvrent dans le

99. Anthony V. Perruccio, Elizabeth M. Badley et Graham E. Trope, « A Canadian Population-Based Study of Vision Problems: Assessing the Significance of Socioeconomic Status », *Canadian Journal of Ophthalmology*, vol. 45, no 5, 2010, p. 479.

100. Institut canadien d'information sur la santé, *Le ratio 70/30 : Le mode de financement du système de santé canadien*, 2005, p. 84.

101. Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada — profils provinciaux de 2012*, Canada, mars 2014.

102. Statistique Canada, Tableau CANSIM no 552-0001 : Structure des industries canadiennes, nombre d'emplacements avec employés, selon les tranches d'effectif et le système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN), Canada et provinces, décembre 2014.

103. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Objectifs de la formation spécialisée en ophtalmologie.

104. Bureau de la concurrence, *Les professions autoréglementées — Atteindre l'équilibre entre la concurrence et la réglementation*, décembre 2007, p. 90-91.

105. Robert J. Campbell, Wendy V. Hatch et Chaim M. Bell, « Canadian Health Care: A Question of Access », *Archives of Ophthalmology*, vol. 127, no 10, octobre 2009, p. 1384.

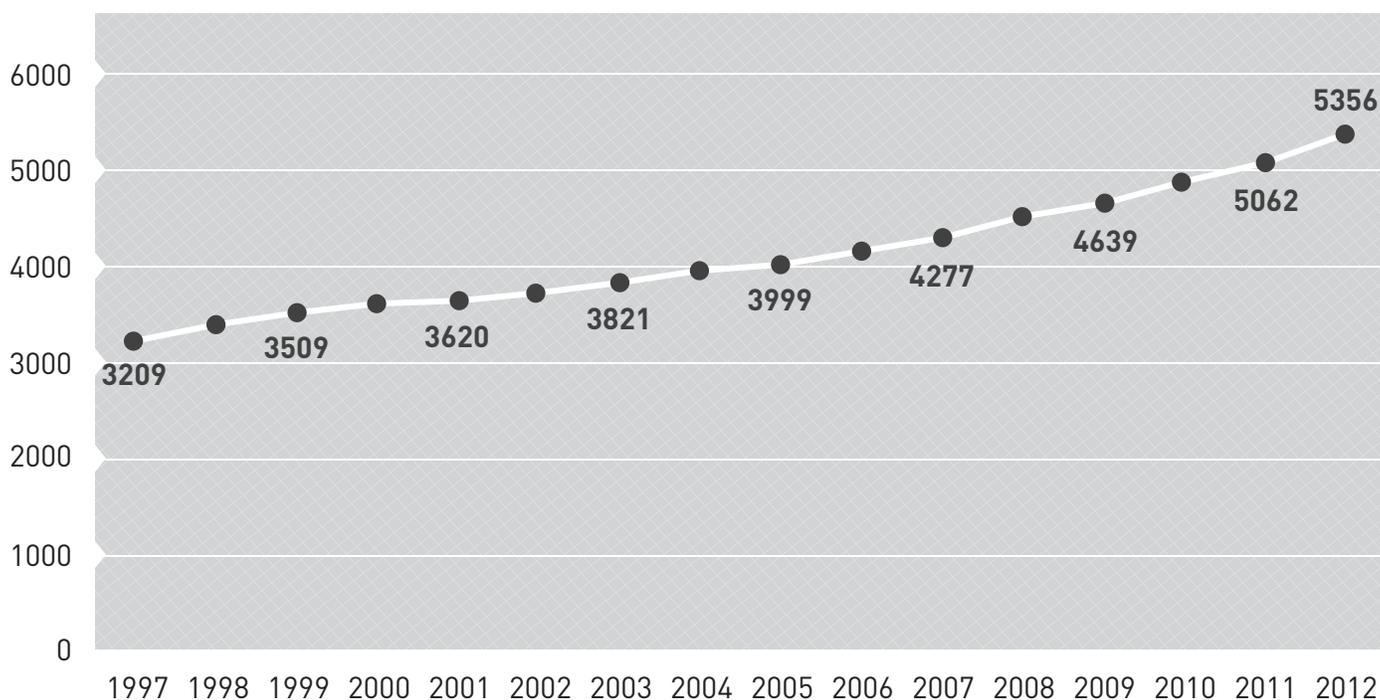
Tableau 4-1  
**Professionnels des soins de la vue au Canada, par province, 2012**

PROVINCES	OPHTALMOLOGISTES*	OPTOMÉTRISTES	OPTICIENS
Colombie-Britannique	200	606	1049
Alberta	105	617	1072
Saskatchewan	23	149	265
Manitoba	33	141	330
Ontario	423	2106	2500
Québec	324	1424	1642
Nouveau-Brunswick	26	116	216
Nouvelle-Écosse	51	113	247
Île-du-Prince-Édouard	6	20	32
Terre-Neuve-et-Labrador	16	57	91
Territoires	1	7	0
Canada	1208	5356	7444

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada — profils provinciaux de 2012*, Canada, mars 2014; Association médicale canadienne, *Ophthalmology Profile*.

\*2013

Figure 4-1  
**Évolution du nombre d'optométristes au Canada, 1997-2012**



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada — profils provinciaux de 2012*, Canada, mars 2014; Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2011 — guide de référence, optométristes*, avril 2013.

Tableau 4-2

**Programmes publics de couverture d'assurance des soins de la vue dans les provinces canadiennes**

PROGRAMMES PUBLICS	CB	AL	SA	MA	ON	QC	NB	NÉ	ÎPÉ	TNL
Soins oculaires médicalement requis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Examens de la vue pour les jeunes de moins de 20 ans*	X	X	X	X	X	X	X	X		
Examens de la vue pour les personnes de 65 ans et plus**	X	X	X	X	X	X		X		
Examen de la vue et assistance partielle pour l'achat de lunettes pour les prestataires de l'aide sociale***	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Sources :** Association canadienne des optométristes, *An Overview of Provincial Coverage for Optometric Care in 2014*; Chris J. Hong et al., « Does Government Assistance Improve Utilization of Eye Care Services by Low-Income Individuals? », *Canadian Journal of Ophthalmology*, vol. 49, August 2014, p. 321-322.

\* AL : Examen annuel pour les moins de 19 ans; CB : Examen annuel pour les 18 ans et moins; MA : Examen tous les deux ans 18 ans et moins; NB : Examen annuel pour les 18 ans et moins des ménages à faible revenu; SA : Examen annuel pour les moins de 18 ans; QC : pour 17 ans et moins; NÉ : Examen tous les deux ans pour les moins de 10 ans.

\*\* CB, QC : Examen annuel; AL : Examen annuel pour les plus de 65 ans; NÉ, MA : Examen tous les deux ans; SA : Examen annuel pour les prestataires du Seniors Income Plan; ON : Examen annuel pour les plus de 65 ans.

\*\*\* AL, MA, SA, ON, QC : Couverture complète d'un examen annuel ou tous les deux ans; CB, NB, NÉ, ÎPÉ : Couverture limitée d'un examen tous les deux ans; TNL : Couverture limitée d'un examen tous les trois ans.

réseau public, ils sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à utiliser des dossiers médicaux informatisés pour leurs patients<sup>106</sup>.

Dans l'ensemble, les données d'enquête les plus récentes nous indiquent que 40 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus consultent un spécialiste des soins de la vue chaque année. Chez les personnes de plus de 70 ans, ce pourcentage grimpe à 60 %. Ces taux semblent en phase avec les recommandations de la Société canadienne d'ophtalmologie quant à la fréquence des examens chez les personnes ne souffrant pas de problèmes visuels connus<sup>107</sup>. Quant aux patients atteints de glaucome (86 %), de cataractes (76 %) et de diabète (63 %), ils sont proportionnellement plus nombreux à consulter un professionnel des soins oculaires sur une

base annuelle. Pour ces personnes, les taux de consultation sont sensiblement les mêmes pour tous quels que soient les niveaux de revenus ou d'éducation<sup>108</sup>.

**« En 2012, les dépenses totales pour les soins de la vue se sont élevées à 3,9 milliards de dollars. Plus de 90 % de ce montant provient de sources privées. »**

### Les dépenses en soins de la vue au Canada

En 2012, les dépenses totales pour les soins de la vue se sont élevées à 3,9 milliards de dollars, selon les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé. Plus de 90 % de ce montant provient de sources privées.

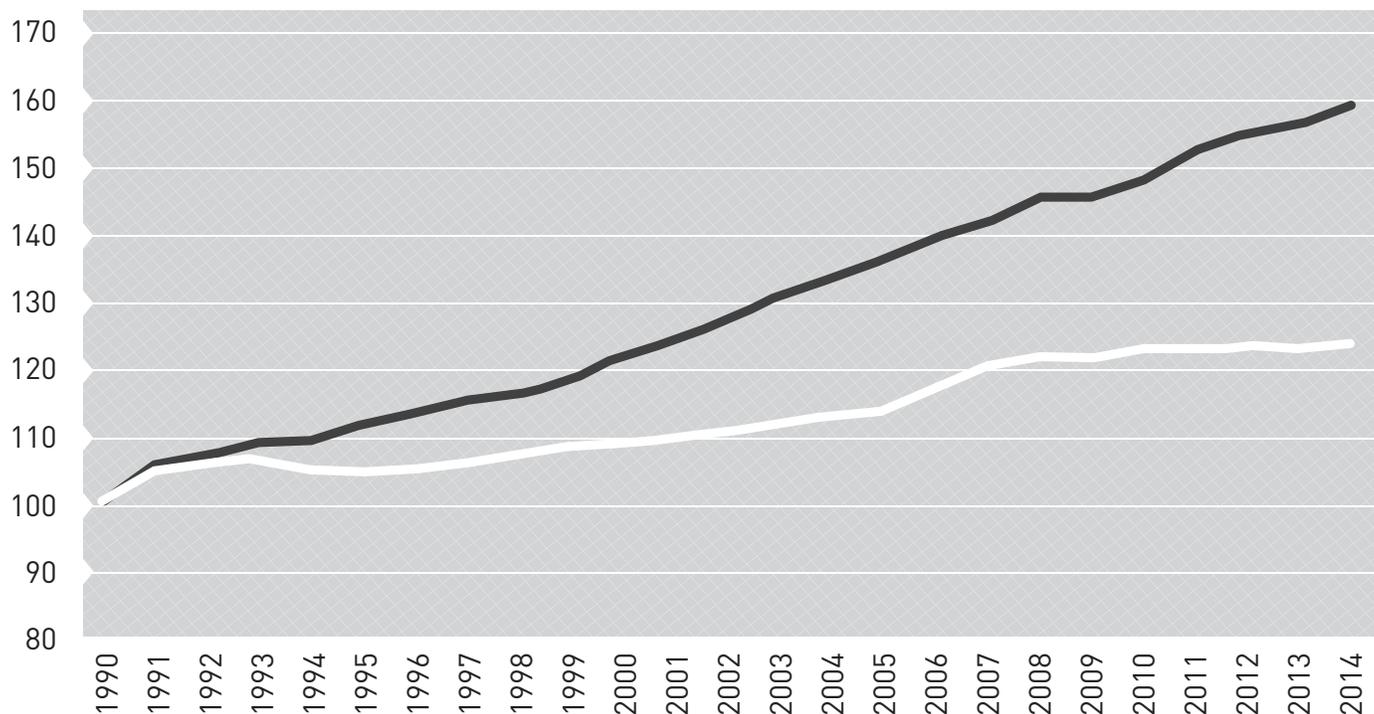
106. Paul Stolee et al., « "Eye-T": Information Technology Adoption and Use in Canada's Optometry Practices », *Optometry*, vol. 82, 2011, p. 166-174.

107. Lorne Bellan, « L'abandon du monitoring du recours aux soins oculaires au Canada : quelque chose de malodorant », *Canadian Journal of Ophthalmology*, vol. 46, no 2, April 2011, p. 124.

108. Ya-Ping Jin et Graham E. Trope, « Eye Care Utilization in Canada: Disparity in the Publicly Funded Health Care System », *Canadian Journal of Ophthalmology*, vol. 46, no 2, 2011, p. 135.

Figure 4-2

**Évolution de l'indice des prix des produits oculaires et de l'indice des prix à la consommation, données annuelles, 1990-2014 (1990 = 100)**



Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM no 326-0021 : Indice des prix à la consommation, annuel, 1990-2014.

Les compagnies d'assurance privées ont remboursé le quart de ces dépenses, tandis que les patients ont déboursé directement les trois quarts restants<sup>109</sup>.

**« Les fabricants et les détaillants de verres et montures et d'autres produits d'optique œuvrent dans un contexte de grande concurrence à l'échelle internationale. »**

Les gouvernements de presque toutes les provinces offrent des programmes couvrant les dépenses de soins de la vue pour certaines catégories de gens, dont les jeunes d'âge mineur, les personnes âgées de 65 ans et plus, les bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que les personnes atteintes de déficience visuelle (voir Tableau 4-2)<sup>110</sup>. Dans tous ces cas, les régimes publics provinciaux couvrent les examens de la vue ainsi que les or-

donnances. Les frais d'examen pour obtenir un permis de conduire ou pour occuper un emploi ne sont pas couverts. Le coût des lunettes ou des lentilles cornéennes est également assumé par les patients sauf pour les prestataires de l'aide sociale, lesquels reçoivent une assistance partielle du gouvernement dans chaque province<sup>111</sup>.

L'industrie de la correction de la vue regroupe les fabricants et les détaillants de verres et montures et d'autres produits d'optique. Cette industrie œuvre dans un contexte de grande concurrence à l'échelle internationale<sup>112</sup>. La concurrence contribue à améliorer la qualité des produits et à limiter les hausses de prix pour les lunettes prescrites et les lentilles de contact à des niveaux bien en deçà de l'inflation. Comme le montre la Figure 4-2, le taux de croissance des prix des produits oculaires

109. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, octobre 2014, p. 43-148.  
 110. Seuls les gouvernements de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard ne couvrent aucun service d'optométrie. Association canadienne des optométristes, *An Overview of Provincial Health Coverage for Optometric Care in 2014*.

111. Chris J. Hong et al., « Does Government Assistance Improve Utilization of Eye Care Services by Low-Income Individuals? », *Canadian Journal of Ophthalmology*, vol. 49, 2014, p. 323.  
 112. Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, *Rapport à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur la collaboration interprofessionnelle au sein des professions des soins des yeux*, Gouvernement de l'Ontario, mars 2010, p. 40.

Tableau 4-3

**Dépenses des ménages canadiens pour les produits et services de soins de la vue, 2013**

PROVINCE	DÉPENSES TOTALES EN PRODUITS ET SERVICES POUR LES SOINS DE LA VUE	DÉPENSES UNIQUEMENT EN SOINS DE LA VUE
Colombie-Britannique	202 \$	40 \$
Alberta	280 \$	48 \$
Saskatchewan	231 \$	39 \$
Manitoba	184 \$	37 \$
Ontario	208 \$	34 \$
Québec	278 \$	69 \$
Nouveau-Brunswick	142 \$	24 \$
Nouvelle-Écosse	178 \$	28 \$
Île-du-Prince-Édouard	217 \$	66 \$
Terre-Neuve-et-Labrador	187 \$	64 \$
Canada	230 \$	46 \$

Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM no 203-0021 : Enquête sur les dépenses de ménages, 2013.

a été de moitié inférieur à celui de l'indice des prix à la consommation de Statistique Canada depuis le début des années 1990.

On observe dans le Tableau 4-3 qu'en 2013, les ménages canadiens ont dépensé en moyenne 184 \$ pour des produits oculaires (lunettes prescrites, lentilles cornéennes, etc.) et 46 \$ pour des soins de la vue (examens de la vue, chirurgies, etc.). Ces montants varient d'une province à l'autre, étant généralement plus élevés au Québec et plus faibles au Nouveau-Brunswick.

### Correction de la vue au laser

Au cours de la dernière décennie, la chirurgie au laser a permis d'améliorer la vision de centaines de milliers de personnes au Canada. Un nombre grandissant de cliniques se font maintenant concurrence pour offrir le service et les résultats sont probants.

La chirurgie de la vue au laser représente un exemple intéressant à analyser puisqu'elle n'est généralement pas couverte par les assurances au Canada. Les consommateurs doivent donc, dans la majorité des cas, déboursier la totalité du montant pour bénéficier de la procédure. La théorie économique nous enseigne que

les consommateurs sont beaucoup plus parcimonieux lorsqu'ils doivent acheter un produit ou un service qui n'est pas remboursé par une tierce partie<sup>113</sup>.

« Alors qu'une procédure LASIK standard coûtait environ 5000 \$ pour les deux yeux au début des années 2000, les prix oscillent maintenant entre 1000 et 2000 \$ . »

On peut constater l'effet des exigences des consommateurs et de la concurrence accrue sur l'évolution des prix et de la qualité des services offerts. Alors qu'une procédure LASIK standard coûtait environ 5000 \$ pour les deux yeux au début des années 2000, les prix oscillent maintenant entre 1000 et 2000 \$<sup>114</sup>. La technologie a grandement évolué ces dernières années et le LASIK personnalisé est aujourd'hui plus performant que le LASIK standard, tout en étant plus sécuritaire pour l'œil. En tenant compte de l'augmentation de la qualité, la

113. Aviva Aron-Dine, Liran Einav et Amy Finkelstein, « The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 27, no 1, 2013, p. 197-222.

114. Nathalie Vallerand, « La force d'une vision », *Les Affaires*, 26 février 2011.

baisse de prix a été substantielle, d'autant plus que depuis 2000, l'indice des prix à la consommation a progressé de 31 % au Canada<sup>115</sup>.

Contrairement à la situation qui prévaut dans le système public de santé, les prix ont diminué malgré l'adoption au fil des ans de technologies toujours plus avancées. Les risques liés à des complications postopératoires ont également grandement diminué avec l'amélioration de la technologie disponible et l'accroissement de l'expérience chirurgicale<sup>116</sup>. Selon une étude exhaustive, le taux de satisfaction des patients qui ont subi une chirurgie au LASIK dépasse les 95 %<sup>117</sup>.

## Conclusion

Même si certains analystes souhaiteraient voir un engagement plus grand des gouvernements dans le domaine des soins de la vue<sup>118</sup>, les indicateurs nous montrent qu'il s'agit d'un secteur performant et très accessible pour les patients.

Dans les domaines de la santé où les initiatives entrepreneuriales sont encouragées, on s'aperçoit que le marché est dynamique, les innovations abondent et la qualité du service et des soins est en constante amélioration. Les soins de la vue, qui sont financés et fournis presque entièrement par le secteur privé au Canada, en offrent une belle illustration.

---

115. Statistique Canada, Tableau CANSIM no 326-0021 : Indice des prix à la consommation, annuel, 2001-2011.

116. Tohru Sakimoto, Mark I. Rosenblatt et Dimitri T. Azar, « Laser Eye Surgery for Refractive Errors », *The Lancet*, vol. 367, avril 2006, p. 1432-1447.

117. Kerry D. Solomon *et al.*, « LASIK World Literature Review: Quality of Life and Patient Satisfaction », *Ophthalmology*, vol. 116, no 4, avril 2009, p. 691-701.

118. Chris J. Hong *et al.*, *op. cit.*, note 111, p. 324.

## CONCLUSION

Les difficultés d'accès auxquelles sont confrontés les patients dans le système public de santé au Canada sont bien documentées. Le temps d'attente médian entre la visite chez l'omnipraticien et le traitement par le spécialiste s'élevait à 18,2 semaines en 2014, soit presque le double d'il y a vingt ans<sup>119</sup>. L'augmentation des ressources consacrées au système public durant le dernier quart de siècle n'a pas permis de résorber le problème d'engorgement dans les urgences, lequel demeure toujours aussi préoccupant dans chacune des provinces.

En revanche, d'autres domaines de la santé qui reposent presque entièrement sur le secteur privé fonctionnent bien au Canada. Comme on l'a vu, les secteurs de la pharmacie, de la dentisterie, de l'optométrie et de l'hébergement des aînés offrent des services accessibles qui répondent efficacement aux besoins de la population. Bien que ces secteurs jouent un rôle important dans le système de santé, leurs réussites passent souvent inaperçues.

Environ 55 % des Canadiens consultent un pharmacien chaque semaine, dans la vaste majorité des cas sans avoir au préalable besoin de prendre rendez-vous. La quasi-totalité des patients peuvent obtenir leur prescription à l'intérieur d'un délai qui se chiffre en minutes.

Les délais d'attente ne constituent pas non plus un enjeu préoccupant dans le domaine des soins dentaires au Canada. Chaque année, trois Canadiens sur quatre visitent un dentiste, l'un des plus forts taux des pays de l'OCDE. La vaste majorité des patients affirment être satisfaits des services reçus.

Le secteur des soins de la vue est pour sa part l'un des plus dynamiques de l'industrie de la santé. Les innovations abondent et la qualité du service et des soins est en constante amélioration. Contrairement à la situation qui prévaut dans le système public de santé, les prix ont diminué malgré l'adoption au fil des ans de technologies toujours plus avancées.

Quant aux services d'hébergement et de soins aux aînés, l'exemple du Québec nous montre que le secteur privé offre des solutions de rechanges moins coûteuses que le secteur public et mieux adaptées aux besoins et aux préférences variés des personnes.

Comme nous l'avons vu dans ce *Cahier*, les succès de ces secteurs au Canada résultent principalement des mécanismes de marché présents qui assurent leur bon fonctionnement : la concurrence entre les fournisseurs, la recherche du profit et la liberté de choix des patients. On ne sera pas surpris de constater que ces mécanismes sont largement absents dans le système public de santé. Ce sont pourtant eux qui assurent que les patients sont placés au centre des préoccupations des fournisseurs de soins. Motivés entre autres par la recherche du profit, les fournisseurs privés sont incités à trouver des façons d'organiser le travail qui entraînent des gains d'efficacité, réduisent les coûts et diminuent les temps d'attente. S'ils ne réussissent pas à le faire, ils perdront leur clientèle au profit de leurs concurrents.

Il n'y a aucune fatalité dans le fait que notre système public de santé soit caractérisé par des coûts croissants, une gestion inefficace et des temps d'attente de plus en plus long pour obtenir des soins. Au contraire, ces deux dernières décennies, un grand nombre de pays ont entrepris des réformes afin d'améliorer l'efficacité et la productivité de leur système de santé en décentralisant la gestion, en faisant appel au secteur privé pour la prestation des soins et en mettant en place des mécanismes de concurrence entre les différents hôpitaux<sup>120</sup>. Ces expériences montrent qu'un système de santé peut demeurer public et universel tout en permettant à des entrepreneurs de se concurrencer pour fournir les services et attirer les clients, au lieu de laisser ces derniers captifs d'un monopole public qui échoue à répondre adéquatement à la demande de soins.

L'existence de domaines de la santé qui fonctionnent bien, tels que décrits dans ce *Cahier*, est une preuve supplémentaire qu'il est possible de faire les choses autrement. Il reste maintenant aux gouvernements de chaque province à mettre en place les réformes nécessaires de façon à ce que notre système de santé public réponde tout aussi bien aux besoins des patients.

119. Bacchus Barua et Frazier Fathers, *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2014 Report*, Institut Fraser, novembre 2014, p. 1.

120. Voir ces deux publications récentes de l'IEDM : Yanick Labrie, « Pour un système de santé universel et efficace – Six propositions de réforme », *Cahier de recherche*, mars 2014, en particulier le chapitre 1 intitulé « Favoriser la liberté de choix des patients et la concurrence entre les prestataires de soins »; Yanick Labrie, « Le rôle positif du profit dans le domaine de la santé », *Note économique*, novembre 2014.







# À PROPOS DE L'AUTEUR



## YANICK LABRIE

Yanick Labrie est économiste et analyste des politiques de santé à l'Institut économique de Montréal. Il est titulaire d'un baccalauréat en sciences économiques de l'Université Concordia et d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal.

Il a rédigé plusieurs études portant sur les politiques publiques en matière de santé mises en place dans différents pays. Il s'intéresse également de près aux questions touchant le domaine pharmaceutique. Il est l'auteur du rapport de recherche intitulé « Pour un système de santé universel et efficace – Six propositions de réforme », paru en mars 2014. Plusieurs de ses articles ont été publiés entre autres dans le *National Post*, la *Montreal Gazette*, *La Presse* et *Le Devoir*. Il tient également des blogues sur *Huffington Post Canada* et au *Journal de Montréal*.

Il est fréquemment invité à participer à des conférences et à des débats, et à commenter l'actualité économique dans les médias. En 2014, il a pris la parole lors de la 20<sup>e</sup> édition de la Conférence de Montréal, organisée par le Forum économique international des Amériques, au sujet des leçons à tirer des systèmes de santé européens. Il a également comparu devant le Comité permanent des Finances de la Chambre des communes à propos des inégalités de revenus et de la mobilité économique au Canada.



Institut économique de Montréal

910, rue Peel, bureau 600, Montréal QC H3C 2H8  
T 514.273.0969 F 514.273.2581 [iedm.org](http://iedm.org)

ISBN 978-2-922687-56-9