

Janvier 2016



LA PRÉVENTION AU DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS

RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

AVANT-PROPOS

Mission de l'ASPQ

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) regroupe citoyens et partenaires pour faire de la santé durable par la prévention, une priorité.

Vision de l'ASPQ

L'Association pour la santé publique du Québec soutient le développement social et économique par la promotion d'une conception durable de la santé et du bien-être. La « santé durable » s'appuie sur une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à tous, s'assure aussi de les garder en santé par la prévention.

Auteur

Yves G. Jalbert, Ph.D.
Spécialiste de contenu, ASPQ

Sous la direction de

Lucie Granger, Adm.A, ASC
Directrice générale, ASPQ

Collaboration

Jean Alexandre
Responsable des communications et collecte de fonds, ASPQ

Émilie Dansereau-Trahan
Chargée de dossiers, ASPQ

Christelle Féthière, M. Sc.
Chargée de projets, ASPQ

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-920202-75-7

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document sont interdites sans l'autorisation préalable de l'Association pour la santé publique du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en mentionner la source.

© Association pour la santé publique du Québec, 2016

DÉFIS DE SANTÉ



COÛT DES SOINS DE SANTÉ : Cela représente **32,9 G \$ ou 49,4 % du budget de la province**¹. La pression provient de l'augmentation constante de la demande de services et de soins, couplée aux coûts croissants des technologies et des médicaments qui a entraîné un transfert des ressources auparavant dédiées à la prévention vers les soins curatifs. Bref, on cherche davantage à guérir qu'à prévenir.



MALADIES CHRONIQUES : Plus de la moitié de la population québécoise âgée de 12 ans et plus souffre d'au moins une maladie chronique, et le quart en aurait au moins deux². Si les traitements de ces maladies ont gagné en efficacité, on répertorie toutefois un nombre grandissant de cas chez une population de plus en plus jeune.



VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : L'espérance de vie augmente et d'ici 2041, la société québécoise sera l'une des plus vieilles en occident avec près de 30 % de sa population âgée de 65 ans et plus³; mais la qualité de vie en santé stagne.



IMPACTS NÉGATIFS DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES : Au plan mondial, les changements climatiques et la dégradation de l'environnement entraînent des effets néfastes de plus en plus marqués sur la santé. L'interdépendance entre qualité environnementale et santé durable fait aussi apparaître de nouvelles menaces à la santé et à la croissance économique au 21^e siècle⁴.



INÉGALITÉS SOCIALES⁵: La réduction des écarts d'état de santé entre les groupes sociaux constitue l'un des objectifs fondamentaux du système de santé et de services sociaux québécois. Le Québec est préoccupé par ces inégalités, mais les politiques publiques existantes manquent d'engagements concrets, notamment par la proposition de cibles de réduction des inégalités comme cela est observé ailleurs. Autre fait, l'écart entre les riches et les pauvres ne cesse de se creuser dans les pays développés. Le Québec n'est pas étranger à ce phénomène⁶.



NIVEAU DE LITTÉRATIE : On note une décroissance de la capacité pour des individus de repérer, comprendre, évaluer et communiquer de l'information pour être capables de composer avec divers contextes. Au Québec, 66 % des personnes âgées de 16 et plus présentent des niveaux de compétence inférieurs au niveau 3 qui est jugé souhaitable⁷. Un faible niveau de littératie est associé notamment à des comportements malsains comme le tabagisme, la sédentarité et l'alimentation déséquilibrée, mais aussi à une augmentation du risque de morbidité et à un décès prématuré⁸. Les individus ayant un faible niveau de littératie se retrouvent plus souvent à l'urgence⁸. Ils sont aussi moins susceptibles de gérer avec succès leur état de santé à long terme ce qui entraîne des coûts de santé plus élevés⁸.

¹ Finances Québec (2015). *Le plan économique en bref. Un budget équilibré en 2015-2016 pour développer notre économie.*

[En ligne] <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2015-2016/index.asp>

² Cazale, L., P. Laprise et V. Nanhou (2009). *Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaison régionales*, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Numéro 17, Québec : Institut de la statistique du Québec, 8 p.

³ <https://iss.uqam.ca/la-recherche-a-liss/poles-de-recherche-et-dexpertise-en-developpement/vieillesse-des-populations.html>

⁴ Jalbert, Y. (2015). *Changements climatiques et maladies chroniques: même combat, mêmes causes, mêmes solutions!*, Mémoire présenté à la Commission des transports et de l'environnement, Montréal : Association pour la santé publique du Québec, 15 p.

⁵ The Lancet Commissions- Health and climate change : policy responses to protect public health, Vol 386 – November 7, 2015 – www.thelancet.com

⁶ Pampalon, R., D. Hamel, C. Alix et M. Landry (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec – Suivre les inégalités sociales de santé au Québec*, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 93 p.

⁷ Bernèche, F., I. Traoré et B. Perron (2012). Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003, No 35, Québec : Institut de la statistique du Québec, 8 p.

⁸ Public Health England (2016). *Local action on health inequalities – Improving health literacy to reduce health inequalities*, London: UCL Institute of Health Equity, 59 p.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	2
Mission de l'ASPQ	2
Vision de l'ASPQ.....	2
DÉFIS DE SANTÉ	3
MISE EN CONTEXTE	6
MIEUX COMPRENDRE L'ORIGINE DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS.....	6
ÉTAT DES LIEUX DES SYSTÈMES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AILLEURS DANS LE MONDE ..	8
ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE : QUELQUES CONSTATS ÉLOQUENTS	10
DOCUMENTS PHARES QUI EN DISENT LONG SUR L'IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ.....	13
Expertise canadienne : mise en place des fondements	14
Expertise internationale : appui indéfectible à la prévention	16
Expertise québécoise : l'urgence de prévenir.....	17
DÉFIS DU 21 ^e SIÈCLE : LES MALADIES CHRONIQUES ÉVITABLES ET LEUR FARDEAU SUR LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS.....	20
CONCLUSION	25
RÉFÉRENCES.....	27

MISE EN CONTEXTE

Le Commissaire à la santé et au bien-être a choisi de mener des travaux sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux au Québec. Le Commissaire souhaite éclairer le débat en faisant ressortir les valeurs et les préoccupations des citoyens relativement au contenu du panier de services assurés. Il veut aussi soutenir les décideurs dans leurs prises de décisions en leur permettant de prendre en compte ces valeurs et préoccupations citoyennes.

Le **panier de services assurés** représente l'ensemble des services, activités et biens couverts par les régimes financés par l'État, le tout balisé par des lois (tant provinciales que fédérale), des règlements, des ententes, des programmes et des procédures administratives.

Source : Commissaire à la santé et au bien-être (2015a)

En novembre 2015, le Commissaire à la santé et au bien-être a fait un appel de mémoires à toute personne ou association, tout groupe ou organisme qui désire exprimer son point de vue relativement au panier de services assurés québécois, entre autres, sur son contenu et les processus de décisions afférents.

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), avec l'appui de partenaires, répond à cet appel de mémoires puisqu'elle soutient le développement social et économique par la promotion d'une conception durable de la santé et du bien-être. La santé durable s'appuie sur une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à tous, s'assure aussi de les garder, eux et les générations futures, en santé par la prévention et la promotion de la santé, sur tout le cycle de vie.

La **santé durable** étant un droit collectif, ainsi qu'un actif social et économique, elle engendre une responsabilité individuelle et collective. En conséquence, il incombe aux gouvernements, aux entreprises, aux communautés ainsi qu'aux citoyens d'assumer, collectivement et solidairement, la responsabilité supérieure de maintenir et d'améliorer la santé de tous et celle des générations futures, dans un environnement sain, sur tout le cycle de vie. **La santé durable : c'est plus de santé, plus longtemps!**

Source : ASPQ (2015)

MIEUX COMPRENDRE L'ORIGINE DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS

Au Canada, le panier de services assurés est défini par la *Loi canadienne sur la santé*. Le Québec ne souscrit pas à la *Loi canadienne sur la santé*, bien qu'il partage les grands principes qui la sous-tendent : universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et gestion publique. Il s'est toutefois doté de plusieurs lois s'inscrivant dans la même ligne de pensée (voir le tableau ci-après).

Retenons qu'à l'instauration du régime d'assurance maladie du Québec, en 1970, le nombre de diagnostics et de traitements assurés était relativement limité (Castonguay, 2011). À cette époque, il apparaissait donc peu important de définir, de façon précise, les services couverts par le régime public. En 1985, le gouvernement canadien a adopté la *Loi canadienne sur la santé*. Cette loi établissait les conditions auxquelles les régimes provinciaux devaient se conformer afin de recevoir les transferts fédéraux en santé. Elle a pour objet de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux **services assurés qui sont médicalement nécessaires** et sans avoir à déboursier d'argent. L'expression « **qui sont**

médicalement nécessaires » est le seul critère actuel d'inclusion dans le panier de services assurés par le régime public de santé au Québec et au Canada. Cependant, ce critère reste vague et donne une grande marge de manœuvre aux prestataires de services de santé dans le choix des thérapies, médicaments et procédures pour traiter un patient, selon Castonguay (2011).

Actuellement, malgré le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques (AQESSS, 2014), le panier de services

assurés est encore principalement axé sur la maladie et les soins de courte durée. Selon la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) (2010), il serait difficile de croire qu'une révision du panier de services assurés pourrait se traduire par un accroissement de l'implication de l'État dans ce dossier puisque, depuis plus de 30 ans, ce même panier n'a cessé de se dégarnir. Les mesures d'austérité pour contrer la crise économique actuelle ont un impact considérable sur la santé de la population.

Lois fédérale et provinciales	
Loi fédérale	Lois provinciales
<p>Loi canadienne sur la santé (1985) – a pour objet de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés qui sont médicalement nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services au point de service.</p> <p>La Loi canadienne sur la santé prend le relais de deux autres lois fédérales : Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (1957) et Loi sur les soins médicaux (1966) qui incluaient expressément quatre conditions explicites visant les régimes provinciaux d'assurance-santé, soit l'universalité, l'administration publique, l'intégralité et la transférabilité.</p> <p>La Loi canadienne sur la santé est une loi de nature financière qui s'applique au gouvernement fédéral. Elle précise les conditions requises pour effectuer des paiements de transferts, vers les provinces ou territoires, afin de financer les services de santé dispensés dans le cadre de leurs régimes d'assurance maladie. Elle prévoit que le fédéral réduit ses transferts lorsqu'il considère que le régime d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire contrevient à l'un des principes de la loi.</p> <p>Note : en 1985, le Québec s'était opposé à l'adoption de cette loi fédérale. Depuis, de façon générale, le Québec a indiqué qu'il ne souscrit pas à la Loi canadienne sur la santé, bien qu'il partage les grands principes qui la sous-tendent : universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et gestion publique. En effet, ces principes sous-tendent aussi le régime québécois d'assurance maladie.</p>	<p>Loi sur l'assurance-hospitalisation (1960) – rend gratuits les soins hospitaliers au Québec.</p> <p>Loi sur l'assurance maladie (1970) – établit le coût des services assurés par la Régie suivant la rémunération de base, au sens du paragraphe f.1 du premier alinéa de l'article 1, pour ses services tels qu'applicables au moment où le professionnel de la santé fournit un service assuré à une personne assurée sans tenir compte de toute modification à celle-ci et ultérieure à ce moment.</p> <p>Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971) – a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.</p> <p>Loi sur la santé et sécurité au travail (1979) – a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.</p> <p>Loi sur l'assurance médicaments (1997) – a pour objet d'assurer, à l'ensemble de la population du Québec, un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.</p> <p>Loi sur le tabac (1998) – s'applique au tabac récolté, qu'il soit traité ou non et quelle que soit sa forme et sa présentation.</p> <p>Loi sur la santé publique (2001) – a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général.</p> <p>Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003) – confie aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basée sur des réseaux locaux de services.</p> <p>Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (2005) – a pour objectif d'améliorer l'accès aux services pour les citoyens.</p> <p>Loi sur le développement durable (2006) – « <i>santé et qualité de vie</i> » : fait en sorte que les personnes, la protection de leur santé et l'amélioration de leur qualité de vie sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Les personnes ont droit à une vie saine et productive, en harmonie avec la nature.</p> <p>Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2010) – donne pour mission à l'Institut de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.</p> <p>Loi concernant les soins de fin de vie (2014) – a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie.</p> <p>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (2015) – modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacité de ce réseau.</p> <p>Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015) – vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée.</p>

ÉTAT DES LIEUX DES SYSTÈMES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AILLEURS DANS LE MONDE

Au Québec, comme ailleurs au Canada et dans les autres pays industrialisés, les dépenses de santé exercent une forte pression sur les finances publiques. La croissance des dépenses de santé dépasse largement celle des revenus du gouvernement. À long terme, elle menace l'équilibre budgétaire ainsi que le financement des autres missions de l'État.

Source : Rapport Castonguay (2008)

Si rien n'est fait pour changer cette dynamique, les dépenses de santé pourraient représenter deux tiers des dépenses de programmes d'ici 2030, alors que nous ferons face à un accroissement sans précédent de la demande en soins de santé en raison des changements démographiques. C'est donc dire que pour chaque dollar investi dans les services publics, 0,67 \$ seraient consacrés aux dépenses de santé.

Source : Finances Québec (2010)

Les dépenses de santé et de soins de longue durée sont depuis longtemps une préoccupation majeure pour la plupart des gouvernements (OCDE, 2013). Le système de santé québécois, à l'instar des systèmes de santé des autres provinces canadiennes et des pays membres de l'OCDE, fait face à des enjeux majeurs de financement (Aucoin, 2007). La viabilité du système de santé universel est une question qui préoccupe la majorité sinon tous les pays de l'OCDE (Castonguay, 2011). Au lendemain de la crise financière et économique de 2008, de nombreux pays se sont trouvés confrontés à des déficits budgétaires et à la nécessité de réduire les dépenses publiques pour rétablir la stabilité macroéconomique. La santé

étant la principale composante de la dépense publique, il devient politiquement prioritaire de bien analyser, de contrôler, de justifier et, dans la mesure du possible, de réduire les dépenses de santé (OCDE, 2015).

Le budget 2013-2014 du Québec évaluait les dépenses publiques en santé à 31,3 milliards de dollars, soit 42,9 % des dépenses publiques totales du gouvernement (Finances Québec, 2014). Pour la période 2015-2016, les dépenses publiques en santé sont évaluées à 32,9 milliards de dollars, soit 49,4 % du budget de la Province (Finances Québec, 2015).

Les résultats d'études provenant de différents groupes d'experts concluent que la croissance tendancielle des dépenses de santé et de services sociaux se situerait de 5 % à 6 % par année en moyenne au cours des prochains 20 ans (Groupe de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec, 2005).

Ainsi, une étude récente de Clavet et collaborateurs (2013), issue des données de l'Institut canadien d'information en santé (ICIS) et du modèle de microsimulation dynamique SIMUL, a permis de projeter les dépenses en santé du Québec jusqu'en 2030 et d'en évaluer l'importance par rapport au PIB et aux revenus de l'État. Selon ce scénario, on prévoit que les dépenses publiques en santé augmenteront de 31,3 milliards \$ à 61,1 milliards \$ de 2013 à 2030, passant de 8,4 % à 13,5 % du PIB et de 42,9 % à 68,9 % des revenus totaux du gouvernement du Québec. La croissance des dépenses publiques en santé découlerait des effets du vieillissement de la population, de l'accroissement de la population par l'effet de l'immigration et de la croissance des coûts structurels des soins de santé.

Le constat le plus important de l'étude est que la gestion de la croissance des dépenses publiques en santé constitue certainement le plus grand enjeu social des prochaines années au Québec.

Source : Clavet et collab. (2013)

Depuis plusieurs années, le secteur de la santé du Québec a fait l'objet d'un grand nombre d'analyses et de rapports dont les principaux constats, aux plans économique et social ainsi qu'au sujet du panier de services assurés, sont présentés dans le tableau ci-après.

Au Québec...

Au plan économique

- c'est la province la plus endettée au Canada (12)
- le Québec crée moins de richesse que la majeure partie des autres provinces canadiennes (12)
- une crise économique mondiale ralentit l'économie interne (6, 45)
- les dépenses de santé ont augmenté plus vite que le PIB au cours des dernières décennies (28, 29, 44, 47)
- les prélèvements fiscaux obligatoires sont plus élevés (12)
- une part élevée de sa richesse du Québec est canalisée vers les services de santé (22)
- près de 71 % des services de santé sont financés par le secteur public et quelque 29 % par le secteur privé (14, 34)
- les hôpitaux (29,5 %), les médicaments (15,7 %) et les médecins (15,5 %) continuent de représenter les parts les plus importantes des dépenses de santé, soit plus de 60 % du total des dépenses de santé (34)
- la santé monopolise une part de plus en plus importante des finances publiques (12, 22, 39)
- les dépenses totales de santé par habitant au Québec s'élèvent à 5 665 \$ (34)

Au plan social

- tous les citoyens devraient avoir accès aux soins et services, et ce, indépendamment du territoire de résidence (16)
- les Québécois identifient la santé comme étant l'une de leurs grandes priorités (14, 21, 31)
- les Québécois se sont donné l'un des meilleurs systèmes de santé au monde – ils y sont très attachés et désirent le conserver (28)
- les Québécois considèrent la santé comme une richesse individuelle et collective (21)
- les Québécois voient les dépenses de santé comme un investissement qui contribue tant au bien-être qu'au développement collectif et à la prospérité de la société (21)
- la demande porte généralement sur des interventions cliniques et non sur des activités de prévention (21)
- les Québécois ne sont pas informés du coût réel du service public qu'ils utilisent (32)
- 2,2 millions de Québécois n'ont pas le niveau de littératie suffisant pour pleinement se développer (18, 36)
- il existe des problèmes d'accès à la première ligne (17)
- les Québécois reconnaissent que leur système de santé gagnerait à être plus efficace (33)

À propos du panier de services assurés

- le Québec ne peut se permettre d'investir toujours davantage dans les services de santé et les services sociaux gratuits au détriment des autres secteurs essentiels à son développement social et économique (14)
- au Québec, le panier de services de santé est encore principalement axé sur la maladie et sur les soins de courte durée, malgré le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques (4)
- le maintien du panier de services assurés passe par l'évaluation attentive (et rapide) des nouvelles interventions et par un jugement de leur efficacité, même et le plus souvent, en l'absence de données probantes concrètes découlant d'études randomisées (7)

Au final

- le système de santé québécois est confronté à un problème d'accessibilité que les différentes réformes, effectuées depuis plusieurs années, n'ont pas réussi à régler (52)
- afin que les ressources et les expertises soient utilisées à meilleur escient, la croissance rapide de la demande de soins et la difficulté d'accroître au même niveau le financement de la santé poussent les gouvernements à repenser, non seulement la façon dont les systèmes sont organisés, mais aussi la manière d'allouer les fonds (8)
- la hausse des dépenses de santé et de soins de longue durée va continuer de peser sur les budgets publics au cours des prochaines décennies (47)
- le Québec, comme pour l'ensemble des pays développés, se préoccupe de plus en plus de la qualité des soins dans les réformes des systèmes de santé (52)
- l'équité avec laquelle les soins sont offerts soulève des questions (7, 14, 35, 51, 53)
- l'environnement n'est pas actuellement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie (17)
- la pollution (qualité de l'air) crée un impact sur la présence accrue et la gravité de certaines maladies chroniques (17, 23)
- le système de santé et de services sociaux a actuellement de la difficulté à fournir les soins et services les plus appropriés aux personnes atteintes de maladies chroniques (18)
- le système de santé actuel ne permet pas de faire une gestion et une prévention coordonnées et globales des maladies chroniques (15, 17)
- le Québec doit agir sur les déterminants de la santé (6, 15, 21, 22, 23, 48)

Force est de constater, à la lumière de ces informations, que la situation du Québec en matière de dépenses de santé est très préoccupante et que des choix individuels et collectifs doivent être faits de façon éclairée et fondée sur les meilleures pratiques. Une réflexion collective s'impose afin de soutenir une approche axée sur la santé durable, qui passe indéniablement par la prévention et la promotion de la santé. **Fait à noter, l'amélioration de l'état de santé de la population et la réduction des inégalités afférentes dépendent de choix politiques qui ne relèvent pas uniquement du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais de l'ensemble des ministères concernés.**

Cette approche axée sur la santé durable ne peut voir le jour qu'en finançant adéquatement la santé publique et ses actions de prévention et de promotion de la santé au bénéfice de la population et des générations futures, sur tout le cycle de vie. Pour soutenir cette théorie, l'ASPQ, avec l'appui de ses partenaires, s'est basée sur une documentation internationale, canadienne et québécoise qui confirme que, pour freiner la croissance des dépenses en soins de santé et de services sociaux, il est nécessaire d'investir davantage en prévention et en promotion de la santé et, particulièrement, dans le panier de services assurés.

ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE : QUELQUES CONSTATS ÉLOQUENTS

La prévention représente un réel investissement pour notre société puisqu'elle contribue à diminuer les dépenses en soins de santé et de services sociaux.

Source : Gaëtan Barrette et Lucie Charlebois, PNSP 2015-2025 (2015)

Au Québec, une attention particulière doit être accordée à la prévention et la promotion de la santé, sur tout le cycle de vie, si l'on veut maintenir un panier de services assurés qui réponde aux besoins et aux attentes de la population.

Les documents consultés nous apprennent que :

- il est possible d'améliorer grandement la santé d'une population en consacrant davantage de ressources humaines et financières à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à la protection et l'amélioration de la santé (Comité Kirby, 2002)
- les dépenses consacrées à la prévention sont souvent parmi les premières à être sacrifiées lorsque la situation financière est tendue, même si elles peuvent être d'une grande efficacité par rapport à leur coût (OCDE, 2010c)
- les gouvernements de l'OCDE ne consacrent, en réalité, qu'une petite partie de leur budget santé à la santé publique et à la prévention, en moyenne 3 % des dépenses totales de santé (OCDE, 2005; 2010a, b et c et 2015)

- en comparaison avec les autres provinces canadiennes, c'est le Québec qui investit la plus faible proportion de son budget de la santé en santé publique au Canada⁹ : à peine 2 % de ses dépenses totales en santé sont consacrées à la prévention
- l'Ontario et la Colombie-Britannique consacrent respectivement 5,5 % et 6,6 %¹⁰ de leurs dépenses de santé aux activités de santé publique
- les sommes qu'affecte le gouvernement du Canada à la promotion de la santé sont très modestes quand on les compare aux dépenses engagées dans les soins de santé (Comité Kirby, 2002)
- dans tous les pays de l'OCDE, il existe manifestement un déséquilibre entre prévention et traitement – sur chaque 20 dollars investis dans les systèmes de santé, un dollar seulement est consacré à la prévention des maladies et à la promotion de la santé (OCDE, 2010d)
- au Québec, comme ailleurs dans le monde, on assiste souvent à une réduction des activités de prévention lorsque s'accroît la pression publique pour intensifier les activités visant à guérir et à soigner (Clair, 2000)
- une réduction des dépenses consacrées à la prévention risque d'entraîner plus tard un renchérissement des coûts de santé (OCDE, 2015)
- de nombreux programmes de préventions sont économiquement très efficaces pour améliorer la santé et la longévité et sont susceptibles d'engendrer des gains importants en termes de productivité du travail. Pour modifier des comportements liés à la santé, il faut agir bien au-delà du périmètre des systèmes de santé et prendre des mesures susceptibles d'influencer les choix des individus (OCDE, 2015)
- la modification des normes sociales s'inscrit bien au-delà du périmètre des systèmes de santé et que d'autres acteurs doivent être engagés (OCDE, 2010c)
- l'organisation américaine *Trust for America's Health* (2009) estime que, pour chaque dollar investi en prévention et en promotion de la santé, on réalise des économies de 5,60 \$ sur les dépenses de santé
- par la promotion et la prévention, les gens peuvent bâtir leur santé tout au long du parcours de vie et que la prévention devrait se faire le plus tôt possible dans la vie des individus, dès l'école (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010c)
- la prévention est un choix politique qui ne donne pas nécessairement de résultats à court terme et que c'est pour cette raison que les citoyens doivent appuyer les politiciens qui désirent emprunter cette voie et obtenir des résultats à long terme (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010b)
- de multiples facteurs économiques, sociosanitaires, technologiques, éthiques et organisationnels influencent les coûts des soins et services de santé (voir le tableau ci-après)

⁹ Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*

¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*

Facteurs qui influencent les coûts de santé

Économiques

- crise économique internationale (17)
- croissance continue des coûts de santé (12)
- déficit budgétaire gouvernemental (12, 22)
- dette publique (22)
- compressions budgétaires (1, 39)
- ralentissement de la croissance économique (12)
- fluctuation des transferts canadiens (12)
- gestion de l'inflation des prix (34)
- inégalités en santé liées au revenu, particulièrement les individus ayant un faible revenu et vivant dans les quartiers défavorisés (1, 16, 17, 18, 34)
- réfection et modernisation des infrastructures (12)
- baisse du bassin de travailleurs potentiels (12, 28)
- croissance des dépenses de santé plus grande que celle de la richesse collective (28)
- augmentation des coûts structurels des soins de santé (9)
- impact des changements démographiques sur la croissance économique (12)
- fardeau qu'entraînent les maladies chroniques (17, 44, 53)

Sociosanitaires

- déterminants non médicaux de la santé (6, 15, 21, 22, 23, 48)
- littératie en santé (18, 36)
- vieillissement de la population (3, 4, 5, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 34, 47)
- maladies liées au vieillissement (15, 21, 23)
- croissance rapide des maladies chroniques (souvent en situation de comorbidité) (3, 4, 5, 15, 44, 46, 48, 53) et les incapacités (21, 38)
- recrudescence des maladies nosocomiales en milieux hospitaliers (3)
- résistances des bactéries aux antibiotiques (3, 21)
- complexité des soins de santé (15)
- coûts et consommation de médicaments (12, 15, 17, 21, 28, 48)
- erreurs de médicaments (3) et médicales (40)
- interventions médicales injustifiées (40)
- problèmes de santé mentale (15, 21)
- dépistages (15, 17)
- évolution des besoins et attentes de la population (12) en matière de soins et de services de santé (3)
- immigration / changements démographiques (9, 14, 23)
- épidémies (26)
- réchauffement climatique – détérioration de la qualité de l'air (17, 21)
- mauvaises habitudes de vie (16, 17, 18, 26, 33, 48)
- catastrophes naturelles ou écologiques

Technologiques

- innovation et développement des sciences et technologies de santé (3, 8, 14, 17, 21, 35)
- croissance des possibilités diagnostiques et thérapeutiques (19) – évolution des pratiques médicales et chirurgicales (14)
- innovation, souvent jugée dérangeante, rapidement marginalisée (des intérêts corporatistes ou associatifs sont en jeu) (4)
- pratique d'une médecine de plus en plus invasive à des fins diagnostiques et thérapeutiques (3)
- retard important en matière de développement et d'implantation des technologies d'information (4, 14, 17) – sous-informatisation du réseau (16) – transition technologique (21) – faible utilisation des technologies informatiques par les médecins (18)
- mise en place du dossier de santé électronique (17)
- forte demande de nouvelles technologies toujours plus coûteuses : coûts croissants des nouveaux médicaments et des fournitures médicales et forte augmentation de leur consommation (14, 21, 28)

Éthiques

- développement de la technologie – qualité de vie par rapport à sa prolongation (17)
- dépistage génétique (17)

Organisationnels

- système de santé qui juxtapose une structure centrale importante et une structure régionale développée (4, 13)
- vétusté des parcs immobiliers (14)
- accroissement du nombre de départs à la retraite – ce qui diminue le bassin de main-d'œuvre potentiel et effectif en santé (17)
- féminisation de la profession médicale – qui demande une adaptation graduelle de la pratique (17)
- mode de rémunération à l'acte des médecins (qui incite à augmenter l'offre ou le volume de pratique et qui favorise un « déplacement » vers les actes les mieux rémunérés) (4, 8, 13)
- mode de financements des établissements du réseau (17)
- pénurie ou limite de ressources (3, 14, 16, 17)
- augmentation du nombre de services et de leur utilisation (34)
- nombre décroissant de proches aidants (17)
- besoins croissants en services d'hébergement et en soins à domicile (28)
- prise en charge des personnes dépendantes qui demandent beaucoup de main-d'œuvre (47)
- augmentation du nombre d'immigrants entraîne une plus grande diversité culturelle (17)
- restructuration dans le secteur des soins de santé (34)
- pressions des fournisseurs de produits (compagnies pharmaceutiques, équipementiers, etc.), auprès des décideurs publics (3, 4)
- pressions des médecins, des groupes de patients ou autres groupes de pression, auprès des décideurs publics (3)
- connaissance insuffisante des données probantes sur les pratiques cliniques (3, 8)
- pratique médicale défensive (4)
- pratique médicale axée sur la productivité (4)
- infirmières et pharmaciens, pas pleinement mis à contribution en prévention de la 1^{re} ligne et sous-utilisation de leurs champs d'exercice (4)
- peu de référence du médecin vers d'autres professionnels ou de prise en charge en équipe d'une clientèle vulnérable (4)
- manque de coordination entre les professionnels (4)
- imputabilité et responsabilisation insuffisantes des organisations et des professionnels dans la prestation de services (4)
- activités médicales spécialisées offertes dans plusieurs établissements malgré des petits volumes d'usagers (4)

Bref, il y a tout lieu de croire qu'en investissant davantage en prévention et en promotion de la santé, sur tout le cycle de vie, le réseau québécois de la santé et des services sociaux pourrait générer des économies substantielles et améliorer la santé durable de la population.

Les gouvernements doivent veiller à ce que les mesures qu'ils prennent pour limiter les dépenses publiques à court terme ne nuisent pas à la réalisation de leurs objectifs à long terme, en l'occurrence disposer de systèmes de santé plus équitables, plus réactifs, plus efficaces et plus efficaces.

Source : OCDE (2010c)

DOCUMENTS PHARES QUI EN DISENT LONG SUR L'IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Plusieurs documents internationaux, canadiens et québécois, issus de différents comités et commissions, ont guidé notre réflexion sur la place de la prévention et de la promotion de la santé, sur tout le cycle de vie, dans le panier de services assurés. Ces documents soulignent aussi l'importance de la prévention et de la promotion de la santé dans la lutte aux maladies chroniques évitables. Les documents consultés sont répertoriés dans le tableau ci-après et confirment l'importance de la prévention et de la promotion de la santé.

Documents phares consultés		
Canada	International	Québec
<p>Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens – Rapport Lalonde (1974)</p> <p>La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé – Rapport Epp (1986)</p> <p>La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada – Comité Kirby (2002)</p> <p>Investir en prévention. La perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données récentes – Agence la santé publique du Canada (2009)</p> <p>Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité. Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain (2010)</p>	<p>Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé – OMS (1986)</p> <p>Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant – OMS (2000)</p> <p>Vers des systèmes de santé plus performants – OCDE (2004)</p> <p>Panorama de la santé 2015 – Les indicateurs de l'OCDE – (OCDE 2015)</p>	<p>Les solutions émergentes – Rapport et recommandations – Rapport Clair (2000)</p> <p>Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations – Rapport Ménard (2005)</p> <p>L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes – Recommandations – Rapport Perreault (2005)</p> <p>En avoir pour notre argent. Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée Rapport Castonguay (2008)</p> <p>Mieux tarifier pour mieux vivre ensemble – Rapport Montmarquette, Facal et Lachapelle (2008)</p> <p>Le Québec face à ses défis. Des services publics étendus, une marge de manœuvre étroite, de nouveaux défis à relever. Fascicule 1 – Fortin, Godbout et Montmarquette (2010)</p> <p>Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010. État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux – Commissaire à la santé et au bien-être (2010a)</p> <p>Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010. Rapport de la démarche de consultation sur les soins et services liés aux maladies chroniques – Commissaire à la santé et au bien-être (2010b)</p> <p>Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010. Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications – Commissaire à la santé et au bien-être (2010c)</p> <p>Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé. Rapport du groupe d'experts pour un financement axé sur les patients – Thomson, Paquet et Shedleur (2014)</p>

Expertise canadienne : mise en place des fondements

La question entourant les dépenses de santé n'est pas récente :

- en 1974, le **Rapport Lalonde** identifiait deux grandes catégories de problèmes reliés au domaine de la santé : l'état de santé de la population et l'organisation et la distribution des soins. Dans ce rapport, on constatait que :
 - la forte demande publique en soins curatifs affectait les budgets consacrés à la recherche et à la prévention
 - les maladies chroniques et les accidents figuraient en tête de liste
 - le vieillissement de la population affecterait le système de santé
 - l'état de santé de la population était influencé par plusieurs facteurs : la biologie humaine, le mode de vie, l'organisation des soins de santé et l'environnement physique et social dans lequel les gens vivent

Le rapport proposait cinq stratégies dont la première concernait la promotion de la santé qui vise à modifier les modes de vie des gens afin d'améliorer leur santé et de réduire les coûts de santé.

- En 1986, le **Rapport Epp** considérait que la santé est une ressource qui permet aux gens d'exploiter leur environnement et même de le modifier. Envisager la santé sous ce jour, selon ce rapport, c'est consacrer la liberté de choix et souligner le rôle des individus et des collectivités pour définir le sens de la santé. La santé est une force fondamentale et dynamique de notre vie quotidienne; elle est influencée par notre situation, nos croyances, notre culture et notre

milieu social, économique et physique. Ce rapport soulève trois défis majeurs auxquels sont confrontés les Canadiens en matière de santé :

- réduire les inégalités de santé
- augmenter les efforts de prévention
- augmenter la capacité des gens à se tirer d'affaire.

La promotion de la santé constitue le moyen pour relever ces défis. En fait, la promotion de la santé possède, d'un côté, le potentiel de ralentir, avec le temps, l'augmentation des coûts relatifs aux soins de santé et, de l'autre, de bénéficier d'une meilleure santé et d'améliorer la qualité de vie des gens.

- En 2002, le **Comité Kirby** notait que les maladies chroniques étaient la première cause de décès et d'invalidité au Canada et qu'elles représentaient la plus grande part du fardeau économique de la maladie. Le Comité suggérait :
 - de mettre en place une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques qui permettrait d'éviter l'occurrence prématurée et inutile de la maladie
 - d'améliorer l'état de santé de la population
 - d'accroître la productivité
 - d'abaisser les coûts de soins de santé

De plus, le Comité était d'avis que, pour améliorer la santé des Canadiens et pour accroître les répercussions financières positives à long terme sur le système de santé, on pouvait tirer d'énormes avantages à envisager la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et des blessures, la santé publique, la protection de la santé et les stratégies touchant la santé de la population. Le Comité soulignait aussi que le fédéral devrait accepter de jouer un rôle

important dans le financement et la mise en valeur des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques.

- En 2009, l'**Agence de la santé publique du Canada** a réalisé un document synthèse qui résumait l'état actuel des connaissances et le débat sur les avantages économiques de la prévention. Ce document :
 - soulignait le potentiel économique de la santé préventive
 - tirait des exemples des récentes évaluations économiques dans des domaines d'intervention

clé pour illustrer les tendances générales de la recherche

- discutait des lacunes actuelles en matière d'évaluation
- soulignait quelques-unes des grandes lignes des considérations méthodologiques cruciales dont il faudrait tenir compte lors de l'utilisation des résultats d'évaluation économiques afin d'aider à une prise de décisions éclairées en matière de politiques et de programmes.

Le bref examen des données récentes indique que certaines mesures permettent au système de santé de réaliser des économies.

RÉSUMÉ ET FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

1. Dans l'ensemble, les données laissent croire que de nombreuses mesures de santé préventive offrent un rapport de rentabilité intéressant, du point de vue sociétal. Malgré les gains réels en matière de santé, la plupart de ces mesures ne génèrent que peu ou pas d'économies nettes pour les payeurs.
2. Beaucoup de mesures de santé préventive entraînent une panoplie d'avantages individuels et sociétaux indirects ainsi qu'une amélioration potentielle du bien-être économique global de la société. Dans la mesure du possible, les évaluations économiques devraient tenir compte de ces avantages afin de refléter tout le potentiel des mesures étudiées.
3. Le rapport de rentabilité d'une mesure de santé préventive dépend largement du contexte global. Afin d'évaluer si une mesure donnée offre une optimisation intéressante des ressources, les données économiques existantes doivent être adaptées aux conditions et à la situation locales.
4. On constate un manque de données fiables et rigoureuses sur l'efficacité et le rapport de rentabilité de nombreuses mesures de santé préventive, notamment celles visant la promotion et la protection de la santé, et celles des mesures de politiques de santé publique qui ciblent les déterminants de santé « en amont ». Un travail d'envergure doit être effectué pour combler ces lacunes.
5. La réduction des inégalités sociales de santé peut directement et indirectement entraîner des avantages économiques importants pour le système de santé et pour la société en général.
6. Les données des évaluations économiques peuvent jouer un rôle primordial, car ce sont des éléments essentiels d'une justification plus globale des investissements dans les mesures de santé préventive.

Source : Agence de la santé publique du Canada (2009)

Finalement, en 2010, les ministres fédéraux, provinciaux (sauf le Québec) et territoriaux de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain du Canada ont adopté la **Déclaration sur la prévention et la promotion**¹, un énoncé écrit et public d'une vision commune : celle de travailler ensemble et avec d'autres intervenants, pour faire de la promotion de la santé et la prévention des maladies, des incapacités et des blessures une priorité qui pousse à l'action pour la viabilité du système de santé (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

La présente Déclaration illustre le rôle important que jouent la prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé dans l'amélioration de la santé de la population canadienne. Pour ce faire, cinq principes directeurs guident les efforts pour renforcer et favoriser la prévention et la promotion :

- la prévention est une priorité
- la prévention est une caractéristique distinctive d'un réseau de la santé de qualité
- la prévention est la première étape de la gestion
- la promotion de la santé passe par de nombreuses approches qui devraient être adoptées
- la promotion de la santé nous concerne tous

Expertise internationale : appui indéfectible à la prévention

- La **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé** (OMS, 1986) est un nouveau mouvement en faveur de la santé publique : selon ce dernier, faire la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La Charte est, entre autres, un engagement pour reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé, pour réorienter les services de santé et leurs

¹ Il faut souligner que bien qu'il partage les objectifs généraux de la présente Déclaration, le Québec n'a pas participé à son élaboration et ne souscrit pas à une stratégie pancanadienne dans ce secteur. En effet, le Québec entend demeurer seul responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de promotion des modes de vie sains sur son territoire.

ressources au profit de la promotion de la santé et pour reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur. La Charte d'Ottawa marque une étape charnière dans l'histoire de la santé publique moderne en insistant sur l'importance d'agir sur les déterminants de la santé, particulièrement les conditions sociales et économiques influant sur la vie des populations.

- Le **Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant** (OMS, 2000) souligne que les systèmes de santé poursuivent trois objectifs fondamentaux :
 - améliorer la santé de la population
 - répondre aux attentes des gens
 - assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé

La santé de la population doit toujours constituer une priorité nationale. Le rapport spécifie que les principaux objectifs d'un système de santé sont d'améliorer la santé, de bien répondre aux attentes de la population (qualité) et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire d'assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (équité).

L'OCDE publie en 2004 un document intitulé **Vers des systèmes de santé plus performants** dans lequel elle fait l'apologie des avancées médicales et technologiques et de leurs effets bénéfiques sur la santé de la population. Toutefois, ces progrès ont un coût sur le système de santé et celui-ci ne fait qu'augmenter. Afin de contrôler l'escalade des coûts en santé, tout en améliorant la santé et la réduction des disparités de l'état de santé, l'OCDE préconise une meilleure conception des politiques publiques par une meilleure

prévention (la santé dans toutes les politiques).

- Finalement, l'OCDE publie en 2015 le **Panorama de la santé 2015** dans lequel elle rapporte que les nouveaux médicaments vont hausser les dépenses pharmaceutiques, à moins que les politiques ne s'ajustent. De plus, l'état de santé de la population n'est pas seulement assujéti aux dépenses de santé et à la performance des systèmes de santé, mais à un éventail d'autres facteurs non médicaux, liés aux modes de vie et aux comportements, qui affectent la santé et la mortalité. L'OCDE souligne l'importance, pour les pays, d'accorder davantage la priorité à la promotion de la santé et à la prévention des maladies afin de réduire les facteurs de risque modifiables (tabagisme, inactivité physique, alimentation déséquilibrée, obésité, hypertension artérielle, taux de glucose ou de cholestérol élevés) et la mortalité.

Bref, selon ces rapports, les éléments suivants :

- le changement démographique lié au vieillissement de la population
- la croissance des maladies chroniques évitables et des accidents
- les déterminants de la santé
- les inégalités de santé dans la population
- la croissance des coûts dans le système de santé

peuvent être amoindris et avantageusement modifiés par :

- **la prévention**
- **la promotion de la santé**

Expertise québécoise : l'urgence de prévenir

Une attention croissante portée à la prévention pourrait entraîner des améliorations de l'état de santé et atténuer les pressions qui pèsent sur les systèmes de soins.

Source : OCDE (2005)

Il est clair pour les membres du Conseil que les activités en santé publique sont fondamentales pour un système de santé.

Source :

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1995_04_av_fr.pdf (page 14)

- Dans son **avis** au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Conseil de la santé et du bien-être (1995) mentionnait que tout le monde s'entend sur la nécessité d'accroître les actions préventives, depuis la publication du Rapport Lalonde. Malgré ce consensus, ce sont surtout les services en établissement qui se sont développés, année après année, depuis l'adoption du régime d'assurance-maladie. Le Conseil note la nécessité de la prévention et de la promotion de la santé. Il appuyait ses dires en précisant que la Banque mondiale recommandait aux États de consacrer à la prévention 20 % de leur budget des services de santé.
- Dans son **rapport annuel sur la santé de la population montréalaise**, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1999) s'était penchée sur la question du vieillissement à Montréal. On constatait :
 - une amélioration de la santé de la population, mais au même moment, paradoxalement, on faisait face à une augmentation significative du nombre de maladies liées au vieillissement. Le vieillissement rapide de la population et son impact sur la santé soulèvent, pour plusieurs, des questions nouvelles, et même des inquiétudes quant à notre capacité collective d'assurer la pérennité de notre système public de santé.

Pour s'adapter à la nouvelle réalité démographique de notre société, trois objectifs doivent être poursuivis simultanément pour répondre à l'ensemble des besoins de santé d'une population vieillissante : prévenir, guérir, soigner. Ce qui signifie d'abord qu'il faut

intensifier la promotion et la prévention à tous les âges de la vie. Bref, il faut « garder notre monde en santé » le plus longtemps possible.

Le rôle moteur de la prévention et de la promotion de la santé : réduire la morbidité, retarder la mortalité et accroître le nombre d'années en bonne santé.

Source : Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1999)

- Le **Rapport Clair** (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec, 2000) constatait que la demande de la population portait sur des interventions cliniques et non sur des activités de prévention. L'une des principales tâches des gouvernements consiste à établir un équilibre entre les activités de santé publique axées sur toute une population et les activités cliniques destinées à des individus. On y précisait que c'était à l'État d'amorcer les activités de prévention, de protection et de promotion de la santé et de mettre en place les conditions susceptibles de développer la capacité des individus et des collectivités à se prendre en charge. Les interventions collectives de

prévention, de même que les pratiques préventives intégrées à la pratique clinique se révèlent souvent efficaces et rentables. Selon la Commission Clair, l'adoption d'une approche de gestion préventive (inspirée du rapport de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre) serait la seule qui permettrait de faire face aux transitions sociodémographiques, épidémiologiques et technologiques qui s'amorcent. Ainsi, la première recommandation de la Commission stipulait « *que la prévention constitue l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être* ».

Convaincue de la nécessité de soutenir le développement du potentiel-santé de la population, la Commission considère qu'il faut prévoir des modes d'organisation et de financement appropriés en vue de favoriser l'intégration des activités de prévention et de promotion de la santé comme une priorité dans l'ensemble des services offerts par l'État.

Source : Rapport Clair (2000)

La **protection de la santé de la population** : ce sont des mesures de nature environnementale (notamment, la qualité de l'eau, de l'air, des aliments, du réseau routier, la sécurité des véhicules, de l'environnement de travail) ou de nature biologique (vaccin contre les maladies transmissibles) qui protègent la santé de la population.

La **promotion de la santé** : ce sont des mesures collectives et individuelles visant à promouvoir des comportements sains, sur le plan des habitudes de vie et de travail (notamment, l'alimentation saine, l'activité physique, le réseau social, la valorisation des compétences et du potentiel) ou à réduire des comportements pouvant être dangereux pour la santé (notamment, le tabagisme, les drogues, l'alcool, la vitesse au volant). Il s'agit en fait d'éducation en matière de santé.

La **prévention de la maladie** : ce sont des mesures particulières qui s'ajoutent aux mesures de protection et de promotion de la santé, ou qui sont complémentaires et qui visent à prévenir une maladie (notamment, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète de type II) ou un problème social comme la violence conjugale, l'intimidation ou le suicide. Il peut s'agir de mesures de prévention :

primaire : empêcher ou anticiper l'apparition de la maladie ou du problème

secondaire : dépister la maladie ou le problème au début de son évolution, de façon à mieux la contrôler ou à en empêcher la croissance

tertiaire : réduire les conséquences négatives de la maladie ou du problème pour l'individu et ses proches

En prévention, les résultats sont visibles à moyen et long terme.

Source : Rapport Clair (2000)

Le **Rapport Ménard** (Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, 2005) qui s'était penché sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec et l'équité intergénérationnelle et qui proposait d'accentuer la prévention et la promotion de la santé et du bien-être. Selon ce rapport, le MSSS et son réseau jouent un rôle de premier plan en terme de promotion de la santé et des saines habitudes de vie et doivent exercer le leadership politique nécessaire afin de multiplier les actions de prévention et les faire converger. Par ailleurs, au sein même du réseau de la santé et des services sociaux, les services préventifs doivent être développés.

Le comité recommandait :

- que des efforts accrus en prévention soient déployés, en mettant l'accent sur les grands déterminants de la santé (éducation, pauvreté, exclusion sociale)
- que les ministères concernés mettent en place, de façon concertée, des programmes structurés de promotion de la santé et de saines habitudes de vie (écoles, services de garde)
- qu'un arrimage systématique soit établi entre les professionnels de la santé et des services sociaux et les réseaux qui dispensent des services à des clientèles vulnérables pour offrir un continuum de services permettant de lutter efficacement contre le décrochage et l'exclusion sous toutes ses formes et de favoriser la réinsertion sociale au moyen, notamment d'une meilleure intégration au marché du travail

La population souhaite que l'on consacre davantage de ressources aux fonctions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, dans le but d'ajouter non seulement des années à la vie, mais de la vie aux années.

Source : Rapport Ménard (2005)

Le **Rapport Castonguay** (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008) proposait des recommandations sur les meilleurs moyens d'assurer un financement adéquat du système de santé. Pour le groupe de travail, la réflexion portant sur l'amélioration des services en matière de santé devait commencer par un investissement dans la prévention, individuellement et collectivement. Le groupe de travail était persuadé qu'il fallait s'engager dans la prévention avec plus de conviction, de ressources et de persévérance. Le groupe de travail encourageait le gouvernement à poursuivre les efforts engagés dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

La prévention est l'affaire de tous les acteurs de la société. Elle représente l'investissement à long terme le plus efficace pour réduire la croissance des coûts que nous consacrons en santé.

Source : Rapport Castonguay (2008)

Les **Rapports d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010**

(Commissaire à la santé et au bien-être, 2010a, b et c) dressent un portrait sommaire des maladies chroniques et du fardeau qu'elles représentent au sein du système de santé et de services sociaux, et ce, à partir d'une harmonisation des connaissances scientifiques, organisationnelles et démocratiques. Ces documents permettaient de dresser un état de la situation et des constats sur la problématique des soins et services liés aux maladies chroniques. À la lumière de l'analyse des données disponibles, des consultations réalisées et de la recension de la littérature scientifique, le Commissaire a opté pour l'utilisation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques pour structurer les recommandations apportées. Dix recommandations émanaient du dernier rapport : les deux premières

recommandations suggéraient au gouvernement de travailler en amont et de réaliser des activités visant la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques :

- adopter des politiques et créer des milieux de vie favorables à la santé
- accroître les capacités des personnes à adopter de saines habitudes de vie et à prévenir les maladies chroniques.

Le **Rapport Thomson** (Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, 2014) maintenait que le système de santé devait offrir aux citoyens des soins de qualité au meilleur coût possible. La pérennité du système était liée à l'atteinte de cet objectif. Le groupe d'experts constatait que les maladies chroniques représentent un véritable défi pour le système de santé et que le traitement de celles-ci serait la source d'importantes pressions cliniques et financières sur le système de santé.

En résumé, tous les documents consultés convergent vers un même constat : il est important d'investir davantage en amont dans la promotion de la santé et la prévention sur tout le cycle de vie et de surmonter le préoccupant défi causé par l'impact des maladies chroniques sur les dépenses de soins de santé. La pérennité du panier de services assurés ne peut se faire sans un engagement politique sérieux d'investissement en promotion de la santé et en prévention. **Les dépenses de santé publique pour les services de promotion de la santé et en prévention des maladies sont rentables et créent des économies.**

DÉFIS DU 21^e SIÈCLE : LES MALADIES CHRONIQUES ÉVITABLES ET LEUR FARDEAU SUR LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS

« Au Québec, nous aurons un système de soins et services performant en ce qui concerne sa réponse envers les maladies chroniques lorsque nous aurons une préoccupation en promotion de la santé partagée à tous les niveaux d'influence (action intersectorielle, intégration interministérielle et développement des politiques publiques), qui mènent à des milieux de vie favorables à la santé (communauté, école, quartier, etc.) ; lorsque nous aurons mis en place des stratégies individuelles et collectives pour favoriser l'application de la promotion de la santé et des pratiques cliniques préventives (vaccination, dépistage précoce, repérage, pratiques cliniques préventives, centres d'abandon du tabac, etc.). Ces stratégies de divers professionnels de la santé s'adresseront aux personnes sur l'ensemble du cycle de vie et l'ensemble du continuum, qui inclut la promotion de la santé, le dépistage précoce, la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Une attention particulière sera accordée au développement des capacités des personnes à agir sur leur santé. »

Source : Commissaire à la santé et au bien-être (2010b), page 37

Au Québec et ailleurs dans les pays industrialisés, l'espérance de vie, à la naissance, a augmenté en moyenne de 25 à 30 ans, les grandes maladies infectieuses ont été éradiquées et le taux de

mortalité infantile a considérablement baissé. Plusieurs facteurs expliquent ces améliorations :

- les avancées médicales
- la croissance économique
- l'adoption de politiques publiques dans divers domaines (éducation, famille, environnement, santé publique, transport, etc.)
- la mise en place d'un filet de sécurité sociale

Toutefois, une ombre apparaît au tableau : les maladies chroniques. La croissance des coûts liée aux soins de santé découle largement du traitement de maladies souvent évitables. Les personnes ayant des maladies chroniques peuvent devenir de grandes utilisatrices du système de santé et être moins productives sur le marché du travail.

Les maladies chroniques sont des maladies non contagieuses, qui se développent lentement, conduisent à des incapacités et peuvent se prolonger dans le temps. Les maladies chroniques sont souvent incurables. Cependant, un grand nombre d'entre elles sont évitables.

Source : Groupe d'experts pour un financement axés sur les patients (2014)

Dès 1974, le Rapport Lalonde désignait les maladies chroniques comme étant problématiques dans la population et, au début des années 1990, l'OMS sonnait un cri d'alarme devant la montée rapide de ces dernières et leurs conséquences, tant pour les personnes atteintes que pour les systèmes de santé des pays concernés. C'est surtout parmi les populations pauvres et défavorisées que l'incidence de ces maladies augmente rapidement (OMS, 2010). Par ailleurs, l'augmentation du nombre de malades chroniques est en partie liée à la prolongation de l'espérance de vie et au vieillissement de la population (Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, 2014). Les maladies chroniques

dépendent aussi des habitudes de vie. Par exemple, quatre des principales maladies chroniques (les maladies cardiovasculaires, le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique et le diabète) sont toutes reliées par des facteurs communs de risque évitables qui ont trait à des modes de vie : tabagisme, alimentation déséquilibrée et manque d'exercice physique.

Au Québec, la moitié de la population âgée de 12 ans et plus aurait au moins un problème de santé chronique en 2010-2011, et le quart en aurait au moins deux.

Source : MSSS (2015)

Selon l'OMS (2010), la prévention des maladies chroniques est un domaine sur lequel on est très bien renseigné. Mais pour freiner la progression de ces maladies, il faut que les instances gouvernementales mettent en place des mesures appropriées en prévention et en promotion de la santé. Les interventions doivent s'attaquer aux principaux facteurs de risque ainsi qu'aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités sociales de la santé présents dans la population. L'exposition des individus aux facteurs de risque est à géométrie variable : une bonne connaissance de l'état de santé de la population est primordiale pour intervenir adéquatement.

Le gouvernement du Québec doit investir dans la santé publique et dans la prévention des maladies chroniques évitables afin de s'assurer qu'à moyen et à long terme les coûts de santé diminueront. L'investissement dans la prévention primaire permettra de maintenir une population en meilleure santé et de la rendre plus productive. En effet, l'OCDE (2010a) mentionne que de nombreux programmes de prévention sont financièrement très efficaces pour

améliorer la santé, la longévité et sont même susceptibles d'engendrer des gains importants en termes de productivité au travail. L'OCDE (2010b) renchérit en précisant que les gouvernements doivent veiller à ce que les mesures prises pour contrôler les dépenses publiques à court terme ne nuisent pas à la réalisation de leurs objectifs à long terme.

Bien que les gouvernements placent beaucoup d'espérance dans la prévention en espérant qu'elle réduira les dépenses de santé et corrigera les inégalités de santé, la réalité est tout autre (OCDE, 2010c). Malheureusement, la majorité des pays membres de l'OCDE ne consacrent qu'une infime partie de leurs budgets santé à la santé publique et à la prévention : soit 3 % des dépenses totales de santé en moyenne (OCDE, 2010c). Le Québec consacre à peine 2 % de son budget de santé à la prévention. De plus, les dernières coupes budgétaires de 30 % dans le réseau de la santé publique nuisent à la lutte aux maladies chroniques évitables.

L'OCDE (2010c) souligne que les gouvernements doivent avoir des attentes réalistes quant aux retombées bénéfiques de la prévention. Ainsi, plusieurs mesures de prévention ne donneront de résultats tangibles que dans plusieurs décennies. Pourtant, c'est maintenant qu'il faut investir en prévention.

La Direction générale de la santé publique du MSSS avait mandaté le Conference Board du Canada pour évaluer, à titre prospectif, l'impact économique et sanitaire d'une réduction de la prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques ¹² (Bounajm et Thériault, 2014). Dans ce rapport, on apprend que le Québec peut réduire sensiblement

l'augmentation du taux de prévalence et du fardeau économique des six principales maladies chroniques. De plus, si le Québec opte pour des cibles d'action encore plus ambitieuses en matière d'adoption et de maintien de saines habitudes de vie, il serait possible de réduire le fardeau économique que représenteront les maladies chroniques d'ici 2030. Bref, l'analyse montre qu'il est important d'investir en prévention.

Une majorité d'intervenants du secteur de la santé estiment que la lutte contre le développement des maladies chroniques passe par la prévention. Bon nombre d'études sur la prévention arrivent à ce constat.

Source : Coalition Priorité Cancer au Québec (2014)

La lutte aux maladies chroniques évitables à l'aide de stratégies d'interventions préventives sur tout le cycle de vie pour modifier les facteurs de risque liés aux mauvaises habitudes de vie et par la création d'environnements sains est possible, incontournable et rentable pour le gouvernement québécois. Elle permet aussi de réduire les inégalités de santé.

La mise en place d'un système amélioré de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques doit incorporer à la fois des éléments de gestion, de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Source : Commissaire à la santé et du bien-être (2010a)

¹² Les maladies sur lesquelles porte le présent rapport sont les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébrovasculaires, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le cancer du poumon, l'hypertension artérielle et le diabète. Le tabagisme, la faible consommation quotidienne de fruits et légumes, l'inactivité physique, l'embonpoint et l'obésité ainsi que le diabète et l'hypertension artérielle sont les facteurs de risque comportementaux et intermédiaires qui ont été pris en compte, soit ceux qui sont modifiables.

EXEMPLES DE PROBLÈMES DE SANTÉ ÉVITABLES

- Chaque année au Canada, 67 % de tous les décès sont causés par quatre maladies chroniques majeures : le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques¹³.
- Au Québec, en 2011, 64 % des décès étaient causés par les tumeurs malignes (33,1 %), les maladies de cœur (17,9 %), les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (4,6 %), les maladies cérébrovasculaires (4,5 %) et les traumatismes non intentionnels (3,7 %) ¹⁴.
- 3 Canadiens sur 5, de 20 ans et plus, seront atteints d'une maladie chronique et 4 personnes sur 5 sont à risque d'en contracter une¹⁵.
- Un grand nombre d'adultes canadiens en âge de travailler (de 34 à 64 ans) vivent avec une maladie chronique hypothéquant leur santé et leur bien-être.
- Les personnes plus âgées, les femmes et les personnes à faible revenu souffrent davantage de maladies chroniques¹⁶.

Les effets d'une maladie chronique nuisent à la qualité de vie de l'individu affligé et peuvent causer des incapacités. Par ailleurs, les maladies chroniques ne sont pas sans conséquence sur la vie des proches des personnes qui en sont atteintes.

Le fardeau croissant des maladies chroniques et leurs répercussions sur le système de santé ont été abordés dans ce mémoire et ne sont plus à démontrer. La littérature consultée montre que

certaines facteurs de risque sont modifiables, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une alimentation inadéquate et la sédentarité. Ces quatre facteurs de risque sont aussi associés aux principales maladies chroniques citées plus haut. De plus, l'obésité est l'un des principaux contributeurs de maladie chronique à cause de l'alimentation inadéquate et la sédentarité.

Le tableau ci-après met en relief trois facteurs de risque liés aux maladies chroniques les plus fréquentes. Il montre que l'adoption de stratégies de prévention en matière de tabagisme s'est avérée efficace pour réduire le nombre de fumeurs au Québec. *A contrario*, on observe une augmentation de la consommation excessive d'alcool ainsi que d'obésité et d'embonpoint en raison de stratégies de prévention limitées ou absentes.

Puisque l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques pose des défis pour le système de soins et des services de santé et les finances publiques, il devient urgent d'agir en amont de ces maladies grâce à des stratégies de prévention, de promotion de la santé et de politiques publiques.

¹³ [En ligne] www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0919-fs-fr-fra.php

¹⁴ Santéscope [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/principales-causes-de-deces>

¹⁵ Agence de la santé publique du Canada (2013). *Prévention des maladies chroniques. Plan stratégique 2013-2016*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 32 p.

¹⁶ Cazale, L. et V. Dumitru (2008). *Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants*. Zoom Santé. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec, mars, 4 p.

Trois facteurs de risque majeurs associés aux principales maladies chroniques au Québec			
Facteur de risque	Pourcentage de la population	Stratégies de prévention Programme national de santé publique 2015-2025 Politique gouvernementale de prévention en santé – à venir	Constat dans la population
Tabac	19,6 % de la population québécoise âgée de 12 ans et plus fument ¹⁷	Loi concernant la lutte contre le tabagisme Activités d'inspection liées à l'application de la Loi Âge légal de consommation Politique de taxation des produits du tabac Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 dont le déploiement se poursuit Campagnes et interventions de prévention et de cessation	Réduction du nombre de fumeurs au Québec depuis l'instauration de la Loi sur le tabac (le nombre de fumeurs est passé de 1,8 million en 1999 à 1,4 million en 2014) 4 milliards \$ de coût par année pour le tabagisme dont 1,6 milliard \$ en coûts directs pour les soins de santé en 2013 ¹⁸ alors que les revenus provenant de la taxe québécoise sur le tabac s'élevaient à 1,1 milliard en 2014-2015 ¹⁹ Le tabagisme est responsable du tiers (32,6 %) des coûts associés aux journées complètes d'hospitalisation ²⁰
Alcool	19,6 % de la population québécoise âgée de 18 ans et plus ont une consommation excessive d'alcool ²¹	Monopole de l'État sur la vente de boissons alcoolisées (Société des Alcools du Québec (SAQ)) Âge légal de consommation Règlements sur la publicité ²² : Il est notamment interdit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ de s'adresser à une personne mineure ▪ de présenter la consommation d'alcool comme un facteur de valorisation sociale ▪ d'inciter une personne à consommer des boissons alcooliques de façon non responsable Éduc'alcool (financé par la SAQ) : campagnes d'éducation	Augmentation de la consommation excessive d'alcool dans la population québécoise et particulièrement chez les femmes ² 1 milliard \$ de revenu (SAQ) ²³ 1,4 milliard \$ en coûts directs à la consommation ⁴ La vente de bières et de certains vins est autorisée dans les épiceries et dépanneurs ⁴ L'alcool est responsable de 200 problèmes sociaux et de santé et traumatismes ²⁴
Obésité	50,5 % de la population québécoise âgée de 18 ans et plus ont un problème d'embonpoint ou d'obésité ²⁵ 23 % des jeunes âgés de 2 à 17 ans ont un problème de surplus de poids ²⁶	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir (PAG) – non reconduit Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif (écoles primaires et secondaires) Programme 0-5-30 Programme Kino-Québec Gazelle et potiron : Cadre de référence – Pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur en services de garde éducatifs à l'enfance Politique du sport, du loisir et de l'activité physique – à venir	Augmentation de la prévalence d'embonpoint et d'obésité dans la population québécoise (qui sont à l'origine de l'augmentation des taux de maladies chroniques) Problèmes de santé liés à l'obésité : diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, problèmes respiratoires, syndrome métabolique, hypertension, détérioration de la santé dentaire et osseuse 2,9 milliards \$ par année, dont 1,5 milliard \$ lié aux coûts d'hospitalisation et de consultations médicales ²⁷ et 1,4 milliard \$ lié aux coûts des médicaments prescrits et des coûts d'invalidité ²⁸ Alimentation inadéquate et sédentarité sont les deux facteurs de risque principaux de l'embonpoint et de l'obésité Divers produits, services et moyens amaigrissants pour contrer le poids corporel sont utilisés par près des trois quarts adultes et les adolescents ²⁹

¹⁷ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003-2014 de Statistique Canada. Composante annuelle, tableau 105-0501: Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires, et groupes de régions homologues. (Variable : fume actuellement, tous les jours ou à l'occasion). http://cqcq.ca/Documents_docs/DOCU_2015/STAT_16_06_17_ESCC.jpg

¹⁸ Gouvernement du Québec, « Budget 2013-2014 – Plan budgétaire », page A.109, 20 novembre 2012. <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2013-2014/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>

¹⁹ Gouvernement du Québec, « Budget 2014-2015 – Le plan économique du Québec », page D.167, 20 mars 2015 <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2015-2016/fr/documents/Planeconomique.pdf>

²⁰ Étude réalisée par le Groupe d'Analyse pour le compte de la COCT. Pierre-Yves Crémieux, Lisa Pinheiro, Marissa Ginn, Michel Cloutier, Groupe D'Analyse, « FICHE D'INFORMATION » - Utilisation excédentaire des ressources médicales due au tabagisme : Soins hospitaliers », 10 août 2010. http://cqcq.ca/Documents_docs/DOCU_2010/DOCU_10_08_10_GroupeDAnalyse_Fiche_Hosp.pdf

²¹ Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 à 2013-2014*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

²² Services Québec, *Publicité sur les boissons alcooliques*, 2012, disponible sur : <http://www2.gouv.qc.ca/entreprises/portail/quebec/marketing?lang=fr&q=marketing&sg=&t=co&e=1700555403:2771187143>

²³ Thomas, G. (2012). *Politiques de fixation des prix pour réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada*. Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool, rapport 3 de 3. Ottawa, (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 45 p.

²⁴ World Health Organization (WHO) (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization, 376p.

²⁵ Lamontagne, P. et D. Hamel (2013). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois. Portrait et évolution de 1987 à 2010*, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 85 p.

²⁶ Lamontagne, P. et D. Hamel (2009). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005*, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 69 p.

²⁷ Blouin, C., N. Vandal, A.D. Barry, Y. Jen, D. Hamel, E. Lo et S. Martel (2015). *Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales*, Québec : Institut nationale de santé publique du Québec, 20 p.

²⁸ Blouin, C., D. Hamel, N. Vandal, Y. Jen, E. Lo et S. Martel (2015). *Les conséquences économiques associées à l'obésité et l'embonpoint au Québec : les coûts liés à la consommation de médicaments et à l'invalidité*, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 26 p.

²⁹ Jalbert, Y. G. (2015). *PSMA : Démasquer l'industrie de l'amaigrissement – Appel à l'action*, Montréal : Association pour la santé publique du Québec, 44 p.

CONCLUSION

Le principal défi à relever collectivement consiste à adapter notre système de santé aux réalités et au contexte du XXI^e siècle, en tenant compte des changements démographiques, technologiques **et climatiques*** présents et à venir, ainsi que des réalités politiques et sociales caractérisant notre collectivité et notre environnement.

Source : Rapport Castonguay (2008) (***élément ajouté pour compléter la réalité actuelle**)

La Commission Clair (2000), le Comité Ménard (2005), le Comité Perreault (2005) ainsi que le Groupe de travail Castonguay (2008) **ont tous demandé au gouvernement de se doter d'une politique forte, dynamique en matière de prévention.**

Sources : Rapport Clair (2000) ; Rapport Ménard (2005); Rapport Perreault (2005); Rapport Castonguay (2008)

Le MSSS et son réseau de la santé publique jouent un rôle important dans la prévention et la promotion de la santé, mais il doit être soutenu par une politique pour asseoir son leadership et développer les services préventifs. L'adoption d'une politique gouvernementale de prévention et, à moyen terme, l'adoption d'une loi-cadre en prévention constituent des atouts majeurs pour le Québec pour freiner la progression des maladies chroniques évitables et ralentir la croissance des dépenses de soins de santé. Toutefois, **il faut s'assurer que le budget octroyé à la santé publique soit supérieur à 2 % afin de générer des gains de santé significatifs pour la population, sur tout le cycle de vie.** L'investissement en prévention permet d'allonger la durée de vie en bonne santé, mais aussi d'engendrer des gains importants en termes de productivité du travail.

La prévention permet d'abord et avant tout d'améliorer l'état de santé de la population et, par contrecoup, les finances publiques. Le fait qu'une population soit en meilleure santé grâce à des efforts de prévention se répercute sur l'emploi, sur la productivité et sur le niveau de vie. La prévention a ainsi un impact à la fois direct et indirect sur le financement de la santé et sur la prospérité collective.

- D'une part, en améliorant la santé, la prévention permet de réduire ou à tout le moins de reporter dans le temps les dépenses de santé.
- D'autre part, une population qui vit plus longtemps et en santé est économiquement plus productive et crée de la richesse, ce qui facilite indirectement le financement public et privé de la santé.

Source : Rapport Castonguay (2008)

Le gouvernement du Québec doit s'engager dans la prévention avec plus de conviction, de ressources et de persévérance (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). Il ne faut pas oublier que les actions de prévention les plus porteuses et efficaces sont celles qui concernent la lutte contre la pauvreté, l'éducation, le soutien aux communautés, le transport collectif, le sport et les loisirs, le soutien à la petite enfance et à la famille.

Une attention croissante portée à la prévention pourrait entraîner des améliorations de l'état de santé et atténuer les pressions qui pèsent sur les systèmes de santé.

Source : OCDE (2005)

La prévention n'est pas qu'une responsabilité gouvernementale. Elle est aussi une responsabilité

individuelle (adoption de saines habitudes de vie) et collective (notamment grâce à la participation du secteur privé qui respecte et améliore les environnements favorables à la santé.)

En fait, investir dans la prévention et la promotion de la santé c'est l'affaire de tous les acteurs de la société; c'est l'investissement à long terme le plus prometteur et efficace pour réduire la croissance des coûts consacrés à la santé et favoriser la santé durable pour tous, pour les générations futures, sur tout le cycle de vie, en focalisant sur les déterminants de la santé et du bien-être. Parmi les principaux défis

d'une société vieillissante, PRÉVENIR GUÉRIR SOIGNER, rappelons-nous que « PRÉVENIR » demeure la première action à entreprendre et se place toujours en amont.

Le Québec doit se donner les moyens de promouvoir la santé; de prévenir les maladies chroniques; de disposer d'une organisation et de ressources adéquates; de favoriser une plus grande participation des personnes à leurs soins; de mieux planifier, organiser et évaluer les soins. Il doit se munir d'un financement approprié.

Source : Commissaire à la santé et au bien-être (2010)

L'ASPO, avec l'appui de ses partenaires, recommande que:

1	La prévention et la promotion de la santé soient au cœur de toutes les décisions et les politiques publiques afin d'assurer la santé durable pour tous, pour celle des générations futures, sur tout le cycle de vie.
2	Le gouvernement du Québec se dote d'un budget augmenté ³⁰ et garanti pour soutenir les actions de prévention et de promotion en santé pour l'ensemble des partenaires engagés.
3	Le gouvernement du Québec dispose d'un budget de recherche et d'évaluation pour détecter les problèmes émergents de santé et de bien-être.
4	Les pouvoirs conférés par l'article 54 de la Loi sur la santé publique au ministre de la Santé et des Services sociaux s'exercent de manière systématique et que le ministre, par souci de transparence, rende public le fruit de ses analyses. Ceci permettrait au ministre de : <ul style="list-style-type: none">▪ conseiller le gouvernement sur toute question de santé publique▪ donner aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population▪ d'être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.
5	Le gouvernement du Québec élabore des guides de pratique clinique libre d'influence intéressée, basés sur l'évaluation des technologies, soins et services de santé, les meilleures pratiques et les données probantes et que ces derniers soient connus, disponibles et accessibles facilement par tous les professionnels de la santé et la population.

³⁰ Colin Busby, William B.P. Robson et Aaron Jacobs POLITIQUES DE LA SANTÉ— Le défi budgétaire d'une population vieillissante : planifier les coûts des soins de santé au Québec, 2014, disponible sur : https://www.cdhowe.org/pdf/e-brief_194_QC_FB.pdf

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada (2009). *Investir en prévention – La perspective économique. Principales conclusions d'un examen des données récentes*, Gouvernement du Canada, 34 p.
2. Agence de la santé publique du Canada (2010). *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité. Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain*, 4 p.
[En ligne] <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>
3. Aucoin, L. (2007). *Le choix des priorités du « panier de services », la pertinence/efficacité/efficience des soins : des enjeux de financement*, Rapport présenté au Groupe de travail sur le financement du système de santé, Rapport final, InfoVeille Santé ltée, 53 p.
4. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2014). *Pour assurer la pérennité du système public de santé et de services sociaux*, 46 p.
5. Bounajm, F., T, Dinh et L. Thériault (2014). *Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec*, Ottawa : Le Conference Board du Canada, 74 p.
6. Butler-Jones, D. (2009). *Réflexions sur la santé publique au Canada : leçons pour les praticiens du prochain siècle*, *Canadian Journal of Public Health*, 100 (3) : 167-168
7. Canadian Medical Association Journal (CMAJ) (2004). *La médecine à deux vitesses en deux temps*, *Canadian Medical Association Journal*, Éditorial, 171 (6) : 543.
8. Castonguay, J. (2011). *Analyse comparative des mécanismes de gestion des paniers de services*, Rapport de projet, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), 47 p.
9. Clavet, N.-J., J.-Y. Duclos, B. Fortin, S. Marchand et P.-C. Michaud (2013). *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*, Note 2013-03, SIMUL.CA.
10. Coalition Priorité Cancer au Québec (2014). *Les coûts économiques du cancer au Québec en 2013. Une lecture fine des coûts du système de santé, des maladies chroniques et du cancer*, Montréal, 63 p.
[En ligne] <http://fr.calameo.com/read/0012859279adcfde6a198?authid=plthvR5cjdR>
11. Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (2009). *Le Québec face à ses défis. Des services publics étendus, une marge de manœuvre étroite, de nouveaux défis à relever*, Fascicule 1, Québec : Gouvernement du Québec, 74 p. [En ligne] <http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/Consultprebudg/2010-2011/media/pdf/le-quebec-face-a-ses-defis-fascicule-1.pdf>
12. Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (2010a). *Le Québec face à ses défis. Des services publics étendus, une marge de manœuvre étroite et de nouveaux défis à relever*, Fascicule 1, Québec : Gouvernement du Québec, 74 p. [En ligne] <http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/Consultprebudg/2010-2011/media/pdf/le-quebec-face-a-ses-defis-fascicule-1.pdf>
13. Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (2010b). *Le Québec face à ses défis. Des*

pistes de solutions : mieux dépenser et mieux financer nos services publics, Fascicule 2, Québec : Gouvernement du Québec, 98 p. [En ligne]

<http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/Consultprebudg/2010-2011/media/pdf/le-quebec-face-a-ses-defis-fascicule-2.pdf>

14. Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec (2005). *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, Rapport Ménard, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des politiques et des systèmes financiers, 232 p. [En ligne]

http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_2.pdf

15. Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie (Comité Kirby) (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada*. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme, 418 p. [En ligne]

<http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoc02vol6-f.pdf>

16. Commissaire à la santé et au bien-être (2010a). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec : Gouvernement du Québec, 136 p.

17. Commissaire à la santé et au bien-être (2010b). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Rapport de la démarche de consultation portant sur les soins et services liés aux maladies chroniques*, Québec : Gouvernement du Québec, 80 p.

18. Commissaire à la santé et au bien-être (2010c). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Adopter une*

approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications, Québec : Gouvernement du Québec, 168 p.

19. Commissaire à la santé et au bien-être (2015a). *Guide de consultation pour l'appel de mémoire*, Consultation publique – 2015, Panier de services. [En ligne] http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/PanierServices/CSBE_Guide_consultation_Panier_services.pdf

20. Commissaire à la santé et au bien-être (2015b). *La performance du système de santé et des services sociaux québécois 2015. Résultats et analyses*, Québec : Gouvernement du Québec, 70 p.

21. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations* (Rapport Clair), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 454 p. [En ligne] <http://www.amq.ca/fra/pdf/RapportfinalClair.pdf>

22. Conseil de la santé et du bien-être (1995). *Un juste prix pour les services de santé*. Avis au ministre de la Santé et des Services sociaux. [En ligne] http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Avis/19950601_avis_cfr.pdf

23. Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1999). *Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante*, Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 76 p.

24. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*, Québec : Gouvernement du Québec, 86 p.

25. Epp, J. (1986). *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Santé Canada. [En ligne] <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-fra.php>
26. Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention (2005). *L'Amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes – Recommandations*, Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux par l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, Gouvernement du Québec, 54 p.
27. Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) (2010). *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux : des enjeux cruciaux* – Sur le projet de loi 67, Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Mémoire déposé à la Commission parlementaire de la Santé et des Services sociaux le 20 janvier 2010, 26 p.
28. Finances Québec (2010). *Budget 2010-11 – Vers un système de santé plus performant et mieux financé*, Québec : Gouvernement du Québec, 61 p.
29. Finances Québec (2014). *Plan budgétaire – Budget 2014-2015* [En ligne] <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>
30. Finances Québec (2015). *Le plan économique en bref. Un budget équilibré en 2015-2016 pour développer notre économie*. [En ligne] <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2015-2016/index.asp>
31. Groupe de travail sur le financement du système de santé (2008). *En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Rapport Castonguay, Québec : Gouvernement du Québec, 338 p. [En ligne] http://www.groupestravail.finances.gouv.qc.ca/financements_ante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf
32. Groupe de travail sur la tarification des services publics (2008). *Mieux tarifer pour mieux vivre ensemble – Rapport du groupe de travail sur la tarification des services publics*, Québec : Gouvernement du Québec, 314 p. [En ligne] http://www.groupestravail.finances.gouv.qc.ca/GTTSP/RapportFR_GTTSP.pdf
33. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2014). *Examen de l'efficacité du système de santé canadien. Mesurer l'efficacité du système de santé canadien et ses déterminants*, [En ligne] https://www.cihi.ca/fr/hse_publicsummary_10Apr14_fr.pdf
34. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (octobre 2015a). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*, Rapport, 29 p.
35. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (novembre 2015b). *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada*, Rapport sommaire, 18 p.
36. Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2012). *Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables – Résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*, Gouvernement du Québec, 8 p. [En ligne] <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202-35.pdf>
37. Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens – un document de travail*, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Gouvernement du Canada, 83 p.

38. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2015). Système de santé et des services sociaux en bref, [En ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/>
39. Observatoire de l'administration publique – ENAP (2006). *L'État québécois en perspective – Le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé*, 38 p.
40. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2004). *Vers des systèmes de santé plus performants*, Résumé, Éditions de l'OCDE, Paris, 23 p.
41. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2005). *Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE 2005*, Éditions de l'OCDE, Paris, 175 p. [En ligne] <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8105172e.pdf?expires=1450111254&id=id&accname=guest&checksum=EEE D9A5C0C61D9257FE2F5295FEDDA4B>
42. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2010a). *Faire le choix santé*, Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, Les priorités des systèmes de santé au lendemain de la crise, Paris, 7-8 octobre, 2010, [En ligne] <http://www.oecd.org/fr/sante/ministerielle/fairelechoixdelasante.htm>
43. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2010b). *Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare*, Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, Les priorités des systèmes de santé au lendemain de la crise, Paris, 7-8 octobre, 2010, [En ligne] <http://www.oecd.org/fr/sante/ministerielle/lesprioritesdesystemesdesantelorsquelargentestrare.htm>
44. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2010c). *Les priorités des systèmes de santé au lendemain de la crise – Questions à examiner*, Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, *Les priorités des systèmes de santé au lendemain de la crise*, Paris, 7-8 octobre, 2010, [En ligne] <http://www.oecd.org/fr/sante/ministerielle/46098433.pdf>
45. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2010d). *Session 1 : Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare*, Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, Les priorités des systèmes de santé au lendemain de la crise, Paris, 7-8 octobre 2010, [En ligne] <http://www.oecd.org/fr/sante/ministerielle/46098491.pdf>
46. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010e). *Session 2: Healthy choices*, OECD Health Ministerial Meeting, Paris, 7-8 October 2010, [En ligne] <http://www.oecd.org/health/ministerial/46098333.pdf>
47. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2013). *Quel avenir pour les dépenses de santé?*, OCDE, Département des Affaires Économiques, Note de politique économique n° 19, 14 p.
48. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2015). *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.[En ligne] <http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>
49. Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1986). *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. [En ligne] <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

50. Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, 204 p.
51. Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*, Genève : Organisation mondiale de la Santé, 42p.
52. Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients (2014). *Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le système de santé*, Québec : Gouvernement du Québec, 210 p.
53. Trust for America's Health (2009). *Prevention for a healthier America: investments in disease prevention yield significant savings, stronger communities*, Issue Report, 72 p. [En ligne]
<http://healthyamericans.org/reports/prevention08/Prevention08.pdf>



ASSOCIATION POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE DU QUÉBEC

4529 rue Clark, bureau 102
Montréal (Québec) H2T 2T3
514-528-5811
www.aspq.org