



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Mémoire

de la Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Consultation sur le panier de services
assurés en santé et en services sociaux

Déposé devant le Commissaire à la santé et
au bien-être

Le 31 mars 2016

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!
Votre médecin spécialiste

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
MISE EN CONTEXTE	4
CONSULTATION DE LA FMSQ : LES FAITS SAILLANTS	5
LE « MÉDICALEMENT REQUIS »	7
Des critères de pertinence.....	8
UTILISATION INAPPROPRIÉE DES SOINS ET SERVICES	8
Des situations particulières.....	9
De nécessaires mécanismes de surveillance et de sensibilisation	10
LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA DEMANDE	12
L'enquête de l'ISQ	12
UN EXEMPLE PATENT : LES COÛTS GÉNÉRÉS PAR L'OBÉSITÉ	15
Les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales	15
Les coûts liés à la consommation de médicaments et à l'invalidité	16
L'obésité : des constats et des pistes d'intervention	16
Faire d'une pierre plusieurs coups.....	17
Taxer la malbouffe.....	18
Se doter d'outils appropriés en matière de prévention	18
LES CHOIX DU GOUVERNEMENT	18
Les priorités budgétaires en santé : ce qu'en pense l'OCDE.....	20
La prévention : un investissement plus que rentable	20
L'étude du Conference Board	22
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA FMSQ	24
Pour le volet patient.....	24
Pour le volet médical	24
En ce qui concerne le commissaire	25
CONCLUSION	26

INTRODUCTION

Le présent mémoire s'inscrit dans le cadre de la consultation amorcée à l'automne 2015 par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) concernant le panier de services assurés en santé et en services sociaux. La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) tient d'abord à remercier le Commissaire et son équipe de l'opportunité qui lui est offerte de prendre part à cette consultation.

La FMSQ regroupe plus de 10 000 médecins répartis dans 59 spécialités médicales reconnues. Interlocutrice unique reconnue par le gouvernement du Québec, la FMSQ collabore avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans divers dossiers de sa juridiction. La FMSQ veille à la répartition des effectifs médicaux spécialisés sur l'ensemble du territoire, propose la mise en place de nouveaux services en réponse aux besoins de la population et s'assure que les conditions propices soient réunies pour leur déploiement. Elle est partie prenante des processus visant l'optimisation, l'acquisition et le renouvellement des équipements médicaux; elle est régulièrement consultée et contribue activement à l'élaboration des grandes orientations gouvernementales en matière de dispensation des soins et services en médecine spécialisée et s'assure que les problématiques rencontrées dans chaque spécialité médicale soient adéquatement relayées aux autorités pour être résolues, pour et dans l'intérêt des patients.

Il importe de mentionner que 70 % des médecins spécialistes du Québec pratiquent exclusivement en centre hospitalier et que 22 % pratiquent à la fois en centre hospitalier et en clinique. Ils traitent donc tous les types de clientèles pour tous les types de pathologies. Ils sont aux premières loges pour poser un regard objectif sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé et juger de l'état de santé de la population dans une perspective globale et intégrée. Par le biais de la plateforme d'apprentissage en ligne qu'elle a développée, la FMSQ s'assure également d'un partage optimal de l'information scientifique et médicale dans le cadre d'une approche transdisciplinaire de développement continu selon les normes et les standards les plus élevés qui soient.

L'expertise de la FMSQ va bien au-delà du rôle consistant à négocier le renouvellement de ses ententes avec le gouvernement. C'est cette expertise que la FMSQ souhaite partager dans le cadre de ce mémoire.

MISE EN CONTEXTE

La consultation amorcée par le Commissaire à la santé et au bien-être soulève de multiples enjeux. D'emblée, il importe d'éviter d'aborder le sujet sous le seul angle de la composition du panier de services, tout en laissant planer qu'il pourrait faire l'objet d'une diminution éventuelle. La FMSQ est d'avis qu'il faut mener une discussion beaucoup plus large en tenant compte de tous les éléments qui influencent la consommation de soins et de services aux Québec. En outre, on ne peut parler du panier sans tenir compte de l'enjeu qu'est l'accessibilité. La présente consultation devrait permettre de connaître la façon optimale de déterminer ledit panier. Par ailleurs, la FMSQ espère que les décisions qui pourraient émaner de cette consultation sur le panier de services assurés ne seront pas teintées d'un biais politique et encore moins électoraliste.

Dans ce mémoire, la FMSQ souhaite s'attarder aux principes qui devraient guider la détermination du panier de services en santé. D'aucuns pourraient être tentés de dire, à tort, que les médecins sont en conflit d'intérêts sur ce sujet, étant directement impliqués au chapitre de leur rémunération. Or, c'est en notre qualité d'experts que nous nous exprimons; placés au cœur du système de santé, nous sommes à même de faire des recommandations fondées sur les besoins de services et de soins, et ce, même dans les toutes nouvelles problématiques telle l'arrivée d'épidémies microbiologiques qui nous touchent avec le réchauffement climatique et la transmission facilitée par la mondialisation des échanges et la mobilité des personnes.

Pour la FMSQ, ce n'est pas tant la composition du panier de services qui pose problème, c'est surtout l'usage qu'on fait de ce panier. Le principe qui devrait sous-tendre toute notion de panier de services assurés est celui des bons soins dispensés par les bonnes personnes, aux bons endroits et aux bons moments. Par analogie, on pourrait comparer le système de santé du Québec à un modèle économique dans lequel évolue un trio d'interlocuteurs : le gouvernement (l'entreprise), les médecins (les fournisseurs de soins et services en santé) et les patients (les consommateurs de soins et services en santé). Dans ce modèle, l'offre est conditionnée par la demande; elle est aussi conditionnée par les moyens de production disponibles et par la capacité de produire. Il s'agit d'un ensemble complexe où interagissent de nombreux facteurs indépendants. Il faut cependant s'assurer que les trois interlocuteurs ne sont pas centrés sur eux, mais bien sur la pertinence des services assurés.

En prenant connaissance du questionnaire élaboré par l'équipe du Commissaire pour mener sa première ronde de consultations auprès de la population, l'on constate que la plupart des dimensions sondées gravitent autour d'un élément central : la pertinence des soins et services. C'est d'abord sous cet angle que la Fédération a choisi d'aborder la question.

Un comité a été spécialement formé pour donner suite à l'appel de mémoire du Commissaire. Afin de documenter le sujet et d'étayer la position de la Fédération, un sondage a été effectué auprès de ses associations médicales affiliées. Ce sondage visait d'abord à dresser l'état des lieux : pertinence de la consultation, trajectoire à emprunter pour le panier de services,

surconsommation, mesures potentielles à envisager et critères à devoir considérer pour guider les choix futurs en matière de composition du panier de services.

Il faut insister sur le fait que les résultats qui découleront de cette première ronde de consultations menée par le Commissaire devraient servir d’amorce à une réflexion beaucoup plus globale, à l’image de celle effectuée à propos des soins de fin de vie. Tous les acteurs – gouvernement, fournisseurs et consommateurs de soins et services – doivent être interpellés. Cette réflexion ne doit pas nécessairement déboucher sur des choix à faire dans la composition du panier de services, mais plutôt favoriser une réflexion plus large, de nature sociétale et comportementale.

La FMSQ croit qu’il y a d’abord lieu de retourner chaque pierre avant de trancher cette délicate question et qu’il faille collectivement éviter de tomber dans un débat qui soit réducteur en n’abordant cette problématique que sous l’angle des coûts ou des économies potentielles qui pourraient résulter d’une diminution du panier de services. Avant de se lancer dans une discussion sur la composition du panier de services, il faut prendre en considération les différents facteurs qui influencent, déterminent, conditionnent et modulent la consommation des soins et services de santé au Québec. Seule une approche intégrée permettra de dégager des pistes de solutions qui seront porteuses pour l’avenir du système de santé. **À cet égard, la FMSQ non seulement supporte, mais défend sans réserve le caractère public du système de santé québécois.**

CONSULTATION DE LA FMSQ : LES FAITS SAILLANTS

Si la tenue de cet exercice de consultation menée par le Commissaire est jugée opportune, les associations médicales affiliées à la FMSQ indiquent du même souffle qu’elle ne devrait pas nécessairement se solder en une réduction du panier de services. Certaines croient plutôt qu’il faille profiter de l’occasion pour ajouter des éléments ou services, actuellement non couverts, qui peuvent sembler coûteux de prime abord, mais qui aideront à réaliser des gains importants en termes de qualité de vie pour les patients et des économies d’échelle appréciables dans le futur.

Une prise en charge appropriée de certaines pathologies naissantes en amont, des suivis appropriés et une responsabilisation de leur santé par les patients eux-mêmes permettraient ainsi d’éviter que des procédures ou des interventions plus lourdes soient effectuées dans le futur, une fois que l’état de santé se sera détérioré ou que des comorbidités apparaîtront.

À titre d’exemple, le relâchement pelvien constitue une condition de santé qui nuit énormément à la qualité de vie des femmes plus âgées. Pour certaines d’entre elles, un traitement simple et efficace peut être offert. Il s’agit d’un pessaire, une petite prothèse en silicone peu coûteuse qui corrige l’inconfort du relâchement vaginal. Actuellement, ce dispositif ainsi que l’usage de lubrifiant non médicamenteux ne sont pas couverts. Résultat : les femmes en viennent à opter pour un traitement chirurgical pour améliorer leur condition. En

plus d'être coûteuse, l'intervention peut induire un potentiel de morbidité postopératoire et nécessiter la prise de médicaments.

D'autres suggestions pertinentes ont été formulées en matière d'activités diagnostiques et de soins préventifs actuellement non couverts par le régime public. Notons au passage le non-remboursement des traitements pour soulager ou traiter divers problèmes musculo-squelettiques et des douleurs chroniques associées (physiothérapie, ergothérapie, etc.) ainsi que les examens d'échographie articulaire qui permettraient de mieux diagnostiquer et traiter les patients souffrant de rhumatisme. Le fait de couvrir ces examens ou ces traitements en amont non seulement permettrait d'exercer un meilleur contrôle des pathologies, mais aurait le potentiel de diminuer la consommation de médicaments en utilisant des thérapies non médicamenteuses, de retourner les patients au travail en les rendant plus fonctionnels, et d'éviter la détérioration de leur état de santé, effets permettant potentiellement une diminution des coûts directs et indirects qui en découlent.

Du côté de l'Association des pneumologues du Québec (APQ), on dresse des constats troublants concernant les répercussions individuelles, sociales et économiques engendrées par la non-couverture de certains services liés à l'apnée obstructive du sommeil (AOS). L'AOS touche entre 5 et 10 % de la population. Non traitée, cette pathologie constitue un facteur de risque indépendant d'hypertension, de maladies cardiaques, de diabète de type II, voire de dépression. L'AOS doublerait le risque d'accidents de la route, d'invalidité et d'absentéisme au travail. Elle est associée à un excès de mortalité prématurée en plus d'influencer négativement la productivité des travailleurs. Selon diverses études, on estime que les patients non traités génèrent annuellement deux fois plus de dépenses en santé que ceux traités de façon appropriée.

A contrario, certaines études réalisées pour le compte d'entreprises de transport aux États-Unis ont démontré qu'un programme axé sur le diagnostic et le traitement de l'AOS avait généré une diminution de 57,4 % des dépenses médicales, une diminution de 91 % des admissions en centre hospitalier, une augmentation de la rétention du personnel de 229 %, une réduction de 30 % des accidents de la route et de 48 % des coûts qui y sont associés. Il y a donc des gains appréciables pour la santé et des économies d'échelle importantes à réaliser en traitant adéquatement l'AOS.¹

Selon une majorité d'associations, peu de services ou de soins actuellement couverts par le régime public et dispensés par les différentes spécialités médicales devraient cesser de faire partie du panier de services. Les services spontanément identifiés l'ont été, car jugés non requis d'un point de vue médical, peu pertinents sur le plan des bénéfices pour le patient ou désuets en raison de l'évolution de la pratique médicale.

Notons à titre d'exemple les procédures chirurgicales visant à restaurer la fertilité après une stérilisation volontaire (réanastomose tubulaire, vasovasostomie, épидидymovasostomie), certaines procédures telles que l'exérèse élective d'acrochordons, de kystes sébacés et de lipomes lorsqu'elles sont de nature purement esthétique. Une réflexion s'impose quant à la

¹ Source : Association des pneumologues de la province de Québec.

pertinence de maintenir ou non la couverture de ces soins ou services. Une chose est cependant certaine, ce choix ne doit pas incomber aux médecins : la décision appartient à la population. Par ailleurs, la Fédération considère que la ligature tubaire et la vasectomie devraient continuer d'être couvertes dans le panier de services, compte tenu des conséquences et des coûts liés aux grossesses non désirées.

LE « MÉDICALEMENT REQUIS »

Un élément ressort clairement de la consultation menée auprès des associations médicales. De manière unanime, on précise que les choix entourant la composition du panier de services devraient tenir compte de la pertinence des soins. Un autre élément tout aussi important réfère à la notion d'un soin ou d'un service médicalement requis. À la FMSQ, nous estimons que toutes les décisions visant la couverture publique en santé doivent être guidées par la « médecine fondée sur les données probantes ».

Or, comme l'ont souligné d'autres groupes à juste titre, il n'existe pas de définition de ce que l'on entend par « médicalement requis » qui soit intégré au corpus des lois québécoises et canadiennes.

Selon la FMSQ, il serait opportun de dissiper le flou entourant cette notion qui, rappelons-le, sert à déterminer s'il y a couverture ou non par le régime public. La RAMQ utilise sa propre définition :

« En vue de juger de son assurabilité dans le cadre des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, un service requis au point de vue médical est un service :

- a) qui est relié
 - i) à la prévention de la maladie,
 - ii) au diagnostic ou au traitement de la maladie, des blessures et des traumatismes ainsi que des incapacités qui en résultent;
- b) qui répond aux normes médicales;
- c) qui est dispensé
 - i) sur une base individuelle, ou
 - ii) sur une base populationnelle, dans le cadre de la santé publique. »

La réflexion menée par le comité de la FMSQ a conduit à la rédaction du libellé suivant :

« Services se référant à un ensemble de techniques et de pratiques à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique, scientifiquement reconnues, ayant pour objet la conservation et le rétablissement de la santé physique et/ou mentale d'un individu ou d'une population. »

Quoi qu'il en soit, une définition claire devrait être enchâssée dans les lois qui s'appliquent au système public de santé québécois. Nous recommandons que ce sujet fasse l'objet d'une réflexion appropriée du côté du Commissaire.

Des critères de pertinence

Dans le cadre de notre consultation, 13 critères de pertinence pouvant servir à guider les choix futurs en matière de composition du panier de services ont été soumis à l'évaluation des associations médicales.

Parmi les critères s'étant davantage démarqués, on retrouve les suivants : l'aspect du « médicalement requis », le bénéfice escompté, le coût d'un service mis en balance avec le bénéfice escompté et l'absence de traitements alternatifs.

Certains critères ayant recueilli des avis partagés nécessiteraient tout de même de faire l'objet d'analyses et de réflexions plus poussées à savoir : le type de pathologie, la sévérité de la pathologie, le pronostic, la non-observance d'un traitement malgré les mises en garde répétées, un soin ou un traitement donné par compassion.

Les critères suivants ne devraient pas servir à guider les choix futurs : les attentes, demandes ou exigences du patient « informé », en lien avec l'accessibilité de l'information médicale disponible sur le Net; l'âge du patient, en considérant davantage l'âge biologique que l'âge chronologique; et, finalement, l'aspect médico-légal.

UTILISATION INAPPROPRIÉE DES SOINS ET SERVICES

Il importe que tous les Québécois, de surcroît les patients, soient davantage responsabilisés par rapport à leur consommation des soins et services. Le patient partenaire, avec ce que cela implique en matière d'habilitation des personnes à mieux développer leurs compétences de soins pour prendre des décisions plus éclairées, doit devenir une culture en santé.

Au Québec, comme dans beaucoup d'autres endroits dans le monde, on constate malheureusement un phénomène de mal utilisation ou de surconsommation des services assurés en santé. Ceci peut être attribuable en partie à un défaut de la prise en charge en première ligne, à une méconnaissance des services disponibles ou encore, pour certains, à un comportement propre à la surconsommation. Ce phénomène est observable sur le terrain et chez plusieurs spécialités médicales, mais difficilement mesurable faute d'outils adéquats pour le quantifier et le documenter. L'objectif de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) d'améliorer la prise en charge en première ligne dans les prochaines années aura éventuellement un effet favorable pour diminuer ce problème. Le déploiement éventuel d'infirmières cliniciennes ou praticiennes spécialisées sera aussi fort probablement d'une grande utilité pour coordonner cette clientèle et optimiser l'usage des soins au Québec.

Ces comportements variés génèrent une pression dans divers secteurs de dispensation des soins et services ou auprès de différents dispensateurs. Notons à titre d'exemple les types de comportements suivants :

- Visites répétées dans des lieux différents de dispensation de soins, pour un même problème, entraînant une répétition des investigations;
- Inscription d'un même patient sur de multiples listes d'attente pour une même pathologie;
- Défaut de se présenter sans aviser à un rendez-vous en vue d'une chirurgie, contribuant à l'allongement des listes d'attente;
- Défaut de se présenter sans aviser à un rendez-vous clinique, contribuant à l'allongement des listes d'attente;
- Refus multiples de rendez-vous pour une intervention chirurgicale prévue pour motifs difficilement justifiables, contribuant à l'allongement des listes d'attente;
- Consultations à l'urgence pour des problématiques de santé bénignes;
- Demandes de tests ou d'examens, même si jugés non pertinents ou superflus;
- Difficultés à modifier un comportement, même lorsque requis par la condition médicale (alimentation, tabac, alcool, drogues, sédentarité, etc.);
- Refus par les parents de vaccination des enfants.

Il résulte de ces situations une surutilisation des moyens de « production » et des ressources : temps des professionnels, tests et outils diagnostics, fournitures, médicaments, infrastructures d'accueil et de prise en charge, administration des dossiers, etc. Les défauts de se présenter sans préavis suffisant, sans responsabilité ou pénalité aucune contribuent à allonger les listes d'attente.

Des situations particulières

Il importe également de s'attarder aux demandes ou aux exigences des familles à l'égard d'un proche pour l'obtention d'un niveau de soins, comme les procédures de réanimation, souvent inapproprié ou exagéré dans des contextes de pronostics terminaux. Cette dernière observation s'applique autant pour les patients en début de vie (grands prématurés) que pour ceux en fin de vie, ou dans un contexte impromptu issu d'une situation imprévisible, tel un accident.

Dans la plupart des situations, la charge émotionnelle est à son comble et des décisions cruciales et pressantes doivent être prises sur-le-champ. La plupart des personnes ne réalisent pas en quoi consistent ces procédures, ce qu'elles impliquent pour le patient et ce qu'elles commandent concrètement en ressources de tous ordres. À posteriori, elles sont souvent déçues et peinées d'avoir dû prendre des décisions ou d'avoir dû faire des choix non souhaités par leurs proches au départ. Lorsque des séquelles permanentes découlent de ces procédures – un phénomène fréquent –, la décision devient encore plus lourde de sens et devient source de regrets, de culpabilité.

À cet égard, notons que des expériences ont récemment été menées aux États-Unis. Des personnes étaient invitées à visionner des capsules présentant différentes procédures dites « extrêmes », tels la défibrillation et les massages cardiaques, l'intubation respiratoire, le gavage, le maintien des fonctions vitales en cas de mort cérébrale, etc. Le fait de voir en quoi consistent réellement ces procédures a grandement modifié la perception de ces personnes,

faisant en sorte de modifier leur choix en matière d'intensité de soins. Ces capsules éducatives sont donc utiles et pertinentes.

La FMSQ propose de promouvoir la notion de directives anticipées pour les soins de fin de vie et invite le ministère de la Santé à développer des outils pour faciliter une décision éclairée des personnes concernant les soins qu'ils souhaitent à la fin de leur vie. La possibilité d'avoir des directives médicales anticipées existe depuis l'adoption de la Loi sur les soins de fin de vie, en mai 2014. Cette disposition devrait être l'objet de promotion avec des documents visuels pour que les gens prennent à l'avance des décisions éclairées quant à leurs soins en fin de vie.

En conclusion, cette utilisation inappropriée des soins et services contribue à accroître la demande, exerçant une pression accrue du côté des fournisseurs de soins et services et, donc, génère des coûts additionnels. Cette pression est évitable pourvu que la problématique soit prise en considération et fasse l'objet d'une attention particulière du côté des autorités. Mettre un frein à ce phénomène permettrait de dégager une marge de manœuvre pour combler certaines lacunes observées dans la couverture actuelle.

Ce phénomène mériterait d'être creusé, documenté et analysé par le Commissaire, car, jusqu'à présent, les analyses ont principalement été effectuées sous l'angle de l'accessibilité aux soins et services, en mettant en exergue certaines lacunes observées du côté de la production des services, comme les délais d'attente, par exemple. On a pointé du doigt les « fournisseurs », comme s'ils étaient entièrement responsables de la situation, en omettant de s'attarder aux autres facteurs et de regarder du côté des « consommateurs » de soins et services.

On ne saurait aborder les problématiques d'accès sans considérer cet aspect des choses. L'utilisation inappropriée de soins et services par une certaine frange de la population n'est pas sans avoir d'impacts sur l'accessibilité. Rappelons à cet égard qu'en médecine spécialisée, l'accès aux soins et services est largement conditionné par les moyens « de production » mis à la disposition des médecins et que ces moyens de production sont eux-mêmes conditionnés par les budgets alloués aux centres hospitaliers, là où exercent la majorité des médecins spécialistes.

Devant ce phénomène, une forte majorité d'associations médicales est d'avis que l'on devrait prendre des mesures appropriées pour freiner la surconsommation, à commencer par faire en sorte d'informer adéquatement la population et les fournisseurs de services sur les coûts de livraison des soins et services en santé.

De nécessaires mécanismes de surveillance et de sensibilisation

Il serait possible d'envisager la mise en place de certains mécanismes afin d'identifier les consommateurs présentant un profil de consommation atypique. La traçabilité, par le biais du dossier patient (DSQ), par exemple, semblerait être un moyen à considérer. Un DSQ pleinement opérationnel rendrait possible l'identification, par l'historique de consultation, des profils atypiques de consommation de soins ou services. Un code d'alerte à la

surconsommation permettrait aux autorités compétentes de vérifier, auprès des professionnels concernés, si les soins et services ayant été dispensés l'ont été de manière pertinente ou non, de chercher à comprendre la raison provoquant un comportement atypique de consommation par le patient et de l'accompagner afin de trouver des solutions pour éviter qu'un tel comportement ne se répète. La RAMQ, à titre d'agent payeur, pourrait exiger des frais compensatoires pour les personnes qui ne modifient pas leur comportement malgré les solutions proposées, par exemple lorsque des consultations multiples sont demandées par le patient pour une même pathologie, pour des absences répétitives à ses rendez-vous sans préavis ou pour les multiples renouvellements d'ordonnances perdues.

Notons que la profession médicale devra, elle aussi, s'interroger sur ce phénomène, car elle pourrait aussi être encouragée par une offre de services jugée inappropriée dans certains cas, notamment si l'on se réfère aux guides de pratique ou aux évidences scientifiques. Bien que marginal, ce phénomène devra faire l'objet d'une attention particulière de la part du corps médical.

Par ailleurs, les médecins spécialistes sont tout à fait disposés à participer activement à des évaluations objectives permettant de réviser la pertinence de techniques diagnostiques, basée sur des évidences cliniques, qui auront pour effet de faire des économies tout en permettant de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie de la population. Pensons, par exemple, à l'utilisation parfois excessive des CT-Scan et aux risques non négligeables à long terme d'entraîner des néoplasies à cause de l'irradiation.

Des activités de sensibilisation accrues et menées auprès des médecins, des autres professionnels de la santé et de la population, ainsi qu'un meilleur partage des plus récentes données scientifiques et des expériences cliniques pourraient s'avérer efficaces afin de contrer le phénomène de surconsommation. Cette information pourrait transiter par le biais d'outils d'éducation continue existants, comme la plateforme développée par la FMSQ. Une vigie exercée par les pairs au sein des différentes associations médicales pourrait être une autre avenue à envisager.

En ce qui concerne les patients, il serait nécessaire de consolider et d'améliorer les outils d'éducation utilisés dans le cadre des processus de soins et de services. Ainsi, développer plus systématiquement leur capacité à prendre des décisions éclairées lorsque cela est possible aiderait les patients à modifier certains comportements de surconsommation, pour leur bien-être et la performance du système de santé.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) devrait, en plus de son rôle d'évaluation, être mis à profit pour diffuser plus largement l'information, à condition que cet organisme puisse jouer pleinement son rôle.

La Fédération privilégie des liens plus soutenus avec l'INESSS dans ses travaux. Forte d'une collaboration accrue, la Fédération pourra transmettre à ses membres les recommandations pertinentes en matière de « médicalement requis ».

Soulignons qu'en juin 2015, le ministre de la Santé déposait devant l'Assemblée nationale le rapport² d'évaluation de la mise en œuvre de la Loi sur l'INESSS. Ce rapport fait état de lacunes devant être corrigées pour respecter plusieurs aspects fondamentaux de la mission de l'Institut. On peut penser à la production de documents avec vérification du niveau de satisfaction et d'appréciation de la clientèle, des usagers, et en s'assurant de leur adéquation. L'Institut a tout avantage à se rapprocher des cliniciens et des praticiens. Elle doit également faire une vigie stratégique en matière de besoins. L'offre de services de l'INESSS doit être mieux connue des intervenants en établissements, et l'organisme doit tenir compte de l'opinion des groupes intéressés et consultés dans ses productions. Finalement, l'INESSS doit viser le transfert de connaissances optimal et un nombre accru de guides de pratique clinique qu'il produit.

LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA DEMANDE

L'évolution d'une population n'est pas un phénomène que l'on peut facilement modéliser et encore moins prédire avec exactitude. Il en va de même pour son état de santé, qui est influencé par de multiples facteurs : dynamique sociale et politique, valeurs individuelles et collectives, vie personnelle et familiale, niveau d'éducation et de revenus, taux de chômage et de pauvreté, fluctuations économiques, politiques sociales, facteurs environnementaux, évolution technologique, avancement de la recherche, apparition de nouvelles pathologies, possibles pandémies, catastrophes naturelles, crises, guerre, etc. Ainsi, une trajectoire populationnelle peut se modifier à l'infini sous l'impulsion des combinaisons factorielles.

Aucun modèle prévisionniste ne peut parvenir à tenir compte de tous les facteurs qui influenceront la demande future en soins et en services. Une chose est cependant certaine, c'est l'état de santé de la population qui conditionne sa consommation en soins et services. Ajoutons que bien que le vieillissement de la population exerce une pression accrue sur la demande, il a par ailleurs été clairement démontré que ce phénomène n'influence que marginalement l'augmentation des dépenses en santé. Ce sont d'autres facteurs combinés qui font augmenter les dépenses, facteurs sur lesquels il est possible d'exercer une influence. Il faut agir sur les déterminants de la santé.

L'enquête de l'ISQ

En mars 2013, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) publiait *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV)³ destinée à faire le point sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement au Québec. Cette étude est la plus récente à avoir été effectuée. L'EQLAV avait pour objectif de fournir au MSSS des données statistiques représentatives à l'échelle nationale et régionale sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux par les

² M-H. Desrosiers, mandataire pour Raymond, Chabot, Grant, Thornton. Évaluation de la mise en œuvre de la loi sur l'INESSS et des impacts de ses activités : rapport final. Montréal, 5 juin 2015.

³ Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011, Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, 2013.

personnes âgées de 15 ans et plus, ainsi que sur les besoins non comblés. Voici certains faits saillants tirés de cette étude :

- Près de la moitié de la population visée rapporte au moins un problème de santé de longue durée. Ceux-ci sont définis comme étant des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus, diagnostiqués par un médecin, qui nécessitent un suivi médical et qui demandent de prendre des médicaments, de recevoir des traitements ou d'avoir de bonnes habitudes de vie. Sont exclus les blessures résultant d'un accident ou de mouvements répétitifs et les problèmes de santé qui en découlent.
- L'incapacité, dont la durée est de six mois ou plus, touche environ 33 % des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel, ce qui correspond à environ 2 215 100 personnes. Le taux d'incapacité atteint 84 % chez les personnes de 85 ans et plus. Lorsque l'on tient compte de la gravité de l'incapacité, on observe qu'un peu plus d'une personne sur dix âgées de 15 ans et plus présente une incapacité modérée ou grave. Chez les aînés de 85 ans et plus, six personnes sur dix sont dans cette situation.
- L'EQLAV 2010-2011 révèle qu'environ 48 % de la population âgée de 15 ans et plus mentionne au moins un problème de santé de longue durée. C'est donc dire que la présence d'au moins un problème de cette nature touche environ 3 212 900 personnes.
- La prévalence augmente d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre 87 % chez les aînés de 75 ans et plus. Près d'une personne sur quatre âgée de 15 ans et plus déclare deux problèmes de santé ou plus. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, c'est plus d'une sur deux. La présence d'au moins un problème de santé de longue durée est plus répandue chez les femmes (52 %) que chez les hommes (44 %).
- Environ 17 % des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent faire de l'hypertension et 16 % de l'arthrite. Les maladies cardiaques sont mentionnées par 7 % de la population, de même que le diabète. Enfin, 3,6 % des personnes se disent atteintes de bronchite chronique, d'emphysème ou de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Fait à souligner, près d'une personne sur trois, soit 32 %, rapporte au moins un de ces cinq problèmes de santé de longue durée (soit environ 2 109 800 personnes). Voir les données figurant au tableau 2.7 reproduit plus bas.

Voici les données tirées du tableau 2.3, faisant état du taux d'incapacité selon le type d'incapacité chez la population de 15 ans et plus en 2010-2011. Comme l'indiquent les notes méthodologiques, une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité. La colonne Pe(k) fait état du nombre de personnes qui sont touchées selon le type d'incapacité. Ces données sont présentées en milliers.

Tableau 2.3
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité¹, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%	Pe (k)
Audition	7,4	489,0
Vision	4,6	304,4
Parole	1,5	100,0
Mobilité	13,2	874,8
Agilité	15,2	1 012,6
Apprentissage	4,8	318,7
Mémoire	5,3	349,6
Déficience intellectuelle/ TED	1,0	66,0
Psychologique	4,2	278,0
Indéterminée ³	3,6	237,5

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le tableau 2.7 suivant, tiré de l'EQLAV, fait état de la prévalence des cinq maladies chroniques les plus répandues au Québec en 2010-2011.

Tableau 2.7
Prévalence de certains types de problèmes de santé de longue durée¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	Hommes	Femmes	Ensemble de la population	
	%	%	%	Pe (k)
Arthrite / arthrose / rhumatisme	10,8	20,6	15,8	1 050,6
Diabète	7,4	6,2	6,8	454,4
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ³	3,1	4,1	3,6	242,1
Hypertension	16,0	18,7	17,4	1 155,7
Maladies cardiaques	8,0	6,1	7,0	465,5
Autres ⁴	26,2	33,1	29,7	1 975,0
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	29,2	34,2	31,7	2 109,8

* Coefficient de variation entre 15% et 25%; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25%; estimation imprécise; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux susmentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Soulignons que les cinq principaux problèmes de santé figurant dans ce tableau et faisant l'objet d'une surveillance attentive de la part du MSSS sont considérés comme des problèmes de santé en grande partie évitables, notamment par une prise en charge adéquate et par l'adoption de saines habitudes de vie.

En résumé, tel est le portrait des types de pathologies qui génèrent les plus fortes pressions sur le système de santé en termes de consommation de soins et de services de santé, considérant que ces pathologies nécessitent des suivis médicaux répétés, différents types

d'examens, la prise de médicaments, des épisodes d'hospitalisation, des interventions chirurgicales mineures ou majeures et des ressources appropriées pour les cas d'incapacité les plus lourds nécessitant de l'assistance pour les soins personnels ou pour les activités quotidiennes.

UN EXEMPLE PATENT : LES COÛTS GÉNÉRÉS PAR L'OBÉSITÉ

En 2015, l'Institut national de santé publique (INSPQ) publiait deux études⁴ portant sur les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint. L'une dresse le portrait des coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales alors que l'autre s'attarde aux coûts liés à la consommation de médicaments et à l'invalidité.

Ces deux études démontrent que la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint ont totalisé des dépenses additionnelles de l'ordre de 2,97 milliards de dollars. Ces estimations ont été effectuées à partir des données de 2011. Il est à noter que ces deux études tiennent uniquement compte de la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint chez les adultes de 18 ans et plus.

Les coûts seraient nettement plus importants si l'on tenait également compte de la prévalence de l'obésité chez les enfants et les jeunes. Selon les données de *l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* de 2004, la prévalence de surplus de poids et d'obésité chez les enfants et les adolescents du Québec équivalait à 23 %. Voici les principaux faits saillants tirés de ces études de l'INSPQ.

Les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales

« Nous avons observé que les Québécois qui étaient obèses en 1994 ont utilisé plus de services de santé entre 1994 et 2011 que ceux qui avaient un poids normal. Le risque d'utilisation chez les personnes obèses était 94 % supérieur à ceux des individus de poids normal pour le nombre de nuits d'hospitalisations et 13 % plus élevé pour le nombre de consultations médicales.

« Cet excédent d'utilisation se traduit en un fardeau économique annuel de 1,5 milliard de dollars pour le Québec, si l'on estime la valeur monétaire à partir des dépenses encourues pour ces services de santé en 2011. Cette somme est composée de 110 millions pour l'excédent d'utilisation de visites chez le médecin et de 1,4 milliard de dollars pour les nuits d'hospitalisation excédentaires. Ce montant représente 10 pour cent des coûts totaux pour les consultations médicales et l'hospitalisation pour les adultes québécois en 2011.

- 53,1 % des adultes québécois se classent dans la catégorie de poids corporel normal, 32,6 % dans la catégorie d'embonpoint et 11,2 % dans la catégorie d'obésité;

⁴ Les conséquences économiques associées à l'obésité et l'embonpoint au Québec : les coûts liés à la consommation de médicaments et à l'invalidité. Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales. Institut national de santé publique du Québec, 2015.

- 90 % des cas de diabète de type II sont attribuables à l'obésité;
- En 2011, on a estimé que les dépenses pour les consultations chez les médecins attribuables aux adultes québécois s'élevaient à 4,7 milliards de dollars;
- Les dépenses pour les hospitalisations, quant à elles, s'élevaient à 10,5 milliards, pour la même année. »

Les coûts liés à la consommation de médicaments et à l'invalidité

« Nous avons observé que les Québécois qui étaient obèses en 1994 ont utilisé plus de **médicaments entre 1994 et 2011 que ceux qui avaient un poids normal. Le risque d'utilisation** chez les personnes obèses était 40 % supérieur à ceux des individus de poids normal. Pour les Québécois en embonpoint, on observe une différence de 17 %.

« Pour ce qui est de l'invalidité, bien que statistiquement non significative, les Québécois obèses semblent afficher un plus haut risque d'être invalide que ceux de poids normal. Ces résultats vont dans le même sens des données observées pour l'ensemble du Canada qui, elles, présentent des résultats statistiquement significatifs. Cette consommation additionnelle de médicaments et la plus grande fréquence de l'invalidité se traduisent économiquement par un coût annuel de 1,4 milliard de dollars pour Québec pour l'année 2011.

- Le fardeau économique de l'obésité lié à la consommation de médicaments s'élevait à environ 450 millions de dollars par année;
- Les coûts associés à l'embonpoint s'élèvent quant à eux à 390 millions de dollars par année;
- Le total des coûts associés aux surplus de poids est donc de 840 millions pour la consommation de médicaments;
- Pour ce qui est de l'invalidité, les pertes de productivité associées à la plus longue durée de l'invalidité chez les Québécois obèses ont été calculées en utilisant des données sur le salaire annuel médian. Nous avons obtenu un fardeau économique lié à l'invalidité qui s'élevait à 610 millions de dollars pour 2011. »

L'obésité : des constats et des pistes d'intervention

Pour la première fois depuis 50 ans, nos jeunes risquent de vivre moins longtemps et en plus mauvaise santé que leurs aînés. Il y a donc urgence d'agir avant que cette cohorte n'atteigne l'âge adulte et que les dommages sur la santé ne soient irréversibles et ne provoquent un tsunami en matière de dépenses en santé. Rappelons-nous qu'il n'y a pas que des conséquences métaboliques liées à l'obésité chez l'enfant, il y a aussi les conséquences psychologiques et sociales. Des études ont démontré que les jeunes souffrant d'obésité réussissent moins bien à l'école, s'isolent, sont ostracisés par leurs pairs et finissent par décrocher.

Or, il est clairement démontré qu'un jeune décrocheur présentera un moins bon état de santé dans le futur, sera moins performant au travail, aura un niveau de revenus plus faible et consommera davantage de soins et services. Mis ensemble, les multiples séquelles

découlant de la prévalence de l'obésité chez les jeunes auront de lourdes conséquences sur leur avenir et sur celui de la société.

Faire d'une pierre plusieurs coups

En matière de lutte contre l'obésité, la littérature démontre clairement que le recours à plusieurs types d'interventions est nettement souhaitable. Dans une étude publiée en 2010, l'OCDE⁵ a répertorié neuf types d'interventions susceptibles d'avoir un impact propre à faire diminuer le taux d'obésité. Ces interventions sont les suivantes : interventions dans les écoles, campagnes médiatiques, autoréglementation de la publicité alimentaire, étiquetage des produits alimentaires, interventions dans l'entreprise, réglementation de la publicité alimentaire, conseils des médecins, mesures fiscales et conseils des médecins-diététiciens. Voici quelques extraits de cette étude :

« Les incitations fiscales peuvent affecter directement les habitudes de consommation et, ce faisant, influencer sur les choix de mode de vie. Les taxes, les exonérations fiscales et les subventions sont des instruments couramment utilisés sur les marchés de produits alimentaires et agricoles dans la zone OCDE. La taxation différenciée des produits alimentaires est relativement fréquente. [...] Plusieurs études montrent qu'elle (la taxation) peut avoir un impact sur la consommation de produits non sains et sur le poids des personnes.

« Certaines données montrent que les personnes à statut socio-économique élevé, qui ont généralement un niveau d'études supérieur, sont plus enclines que d'autres à réagir positivement aux programmes de prévention axés sur la promotion de la santé et l'éducation à la santé. Cependant, certaines données montrent aussi que les interventions à caractère plus persuasif, telles que les mesures fiscales ayant pour effet de modifier le prix de produits industriels, suscitent davantage de réactions auprès des catégories socioéconomiques plus faibles.

« Il n'existe pas de formule magique pour stopper l'épidémie d'obésité. [...] Il faut mettre en place des stratégies globales, regroupant de multiples actions visant toute une gamme de déterminants, afin d'atteindre une « masse critique » et d'obtenir des retombées significatives sur l'épidémie d'obésité, en suscitant un changement profond des conventions sociales.

« En conclusion, une stratégie rationnelle de lutte contre l'obésité et de prévention des maladies chroniques qui lui sont associées doit prendre en compte les deux approches principales de la prévention, l'approche collective et l'approche individuelle, ainsi que les approches axées sur le risque élevé. [...] Nos données indiquent que la lutte la plus efficace et la plus efficiente contre l'obésité passe par une approche pluridimensionnelle ou par un ensemble d'approches correspondant à la complexité du problème en question. »

⁵ Sassi F. L'obésité et l'économie de la prévention : objectif santé. Paris : OCDE, 2010.

Taxer la malbouffe

Une mesure fiscale visant à modifier les comportements de consommation par le truchement d'une taxation dédiée est encore plus utile si une partie des revenus qu'elle génère sert, par exemple, à financer des campagnes de sensibilisation grand public sur les conséquences des mauvais choix alimentaires sur la santé; si une autre portion est utilisée pour réduire le prix d'achat des aliments sains (fruits et légumes) pour les familles à faibles revenus; et si une autre part est dédiée à l'embauche de nutritionnistes dans les écoles primaires et secondaires ou au sein d'équipes multidisciplinaires de première et de deuxième lignes pour la prise en charge et le suivi des personnes présentant des problématiques de poids. La somme récoltée peut ainsi servir à financer plusieurs types d'interventions qui, combinées et menées simultanément, sont susceptibles de maximiser les résultats.

En 2010, la Fédération a proposé la mise en place d'une taxe sur la malbouffe, une mesure fiscale destinée à contrer les mauvaises habitudes alimentaires, l'une des principales causes de l'épidémie d'obésité. Nous réitérons que cette mesure s'impose toujours en 2016.

Le Mexique et tout récemment l'Angleterre ont été précurseurs dans le domaine de la taxation préventive en adoptant des mesures spécifiques pour freiner la consommation de boissons gazeuses et de sucreries, des produits liés à l'obésité. De toute évidence, il est possible pour un gouvernement d'y arriver. Le Québec devrait s'inspirer de ces deux modèles.

Se doter d'outils appropriés en matière de prévention

Il importe de donner des outils à nos jeunes, et ce, dès le plus bas âge, que ce soit par des cours de nutrition et d'initiation à la cuisine, des cours d'initiation à diverses activités et disciplines sportives ou encore en les incitant à prendre une part active aux efforts de sensibilisation visant l'adoption de saines habitudes de vie.

Il est nécessaire de former adéquatement les médecins, notamment ceux qui visent la pratique en première ligne, et de faire en sorte qu'au sein des facultés de médecine, le message de prévention soit intégré au corpus et devienne un réflexe automatique qui se transposera ultérieurement dans les rencontres avec les patients. Il est primordial de veiller à ce que cette dimension soit intégrée à la pratique médicale. Dans l'optique de favoriser une prise en charge globale et d'offrir le support approprié aux personnes souffrant d'obésité, il serait tout aussi souhaitable que chaque équipe multidisciplinaire puisse compter sur l'apport d'infirmières praticiennes spécialisées, de nutritionnistes et de kinésiologues.

LES CHOIX DU GOUVERNEMENT

En matière de santé, tous les gouvernements qui se sont succédé depuis les années 1970 ont adopté une philosophie d'approche basée sur l'intervention curative plutôt que préventive. Le système de santé a été façonné par cette approche. Depuis 50 ans, la population a été conditionnée à se référer à l'hôpital pour y recevoir des soins, peu importe qu'il s'agisse de

l'endroit approprié ou non, peu importe que la raison le justifie ou non. Le réflexe est présent, bien ancré.

Dans son contexte d'austérité, le gouvernement du Québec réduit les budgets de certains programmes et services qui touchent directement les clientèles les plus vulnérables : les personnes atteintes de déficience intellectuelle (DI), celles atteintes de trouble envahissant du développement (TED), les usagers des différents programmes en dépendance physique, les usagers de services à domicile.

On coupe également dans les ressources indispensables comme les centres de réadaptation, les services postopératoires, les ressources intermédiaires (RI) et de type familial (RTF) et les résidences pour personnes âgées. S'ajoutent les longs délais pour l'obtention d'une première évaluation avant de pouvoir bénéficier d'un service et les délais, encore plus longs, pour l'obtention d'un premier service. Un constat qui s'applique pour toutes les clientèles. Ajoutons que les budgets sont gérés en silo, sans flexibilité, sans possibilité d'effectuer de transferts d'une enveloppe à l'autre afin de tenir compte des besoins de clientèles spécifiques ou des besoins ponctuels. Cette méthode de gestion, qui empêche une vision globale pour l'utilisation optimale des ressources, pose un frein à la prise en charge efficace des patients vulnérables.

Or, qu'advient-il de ces personnes? Faute de services, de soins appropriés ou d'une prise en charge rapide et adéquate par la bonne ressource, l'état de santé se détériore, le cas devient plus lourd, nécessitant une intensité de soins plus importante. Bon nombre de ces personnes aboutissent aux urgences, nécessitent d'être hospitalisées, se retrouvent à occuper des lits de soins de courte durée, largement plus coûteux qu'une place en RTF, par exemple. Par ses décisions, le gouvernement contribue lui-même à faire directement pression sur la demande des soins et services en santé et en services sociaux tout en rationnant l'offre.

Dans le futur, l'offre de services pour les personnes âgées relèvera du défi. L'offre d'hébergement actuelle pour les personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas adaptée et est déjà insuffisante. Avec le vieillissement de la population, les besoins augmenteront de façon importante. Il faudra, comme société, trouver de nouvelles façons innovantes pour maintenir la population âgée hors du milieu hospitalier avec des ressources appropriées du milieu pour les soutenir dans l'exécution des activités quotidiennes.

Le gouvernement a aussi réduit de 30 % les budgets alloués aux Directions de santé publique, compromettant ainsi le volet des activités qui ont trait à la prévention. Or, en santé, prévention est synonyme d'économies.

Si les décisions prises aujourd'hui par le gouvernement ont des effets ponctuels et à court terme sur le budget, elles auront des conséquences financières très importantes à moyen et long termes et des répercussions sur l'état de santé futur de la population. Le tout se soldera inévitablement par des dépenses accrues en soins de santé.

Les priorités budgétaires en santé : ce qu'en pense l'OCDE

À Paris, les 7 et 8 octobre 2010, se tenait une réunion ministérielle de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ayant pour thème « Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare⁶ ». Voici quelques passages de ce rapport :

« Ces politiques de « contrôle » peuvent permettre de limiter les dépenses à court terme, mais elles ne permettent pas vraiment, voire pas du tout, de modérer à moyen terme les pressions sous-jacentes à la hausse des dépenses de santé. L'exemple des pays ayant rapidement réduit leurs dépenses de santé après une récession laisse à penser que les réductions des dépenses de santé qui suivent l'intensification de ces politiques sont éphémères. Il est même possible que les mesures de restriction des dépenses à court terme entraînent une augmentation des dépenses à long terme, si les investissements nécessaires sont différés ou si les politiques de prévention jugées souhaitables ne sont pas appliquées.

« [...] le relâchement, même temporaire, de la pression sur les dépenses de santé peut coûter cher au final. Bon nombre de politiques à court terme peuvent entraîner une restriction de l'accès aux soins, une offre de services moins équitable, des soins moins adaptés, une baisse de la qualité et un accès tardif aux nouvelles technologies qu'il serait souhaitable d'utiliser.

« [...] Il existe des moyens de réduire les dépenses rapidement en rationalisant les soins et en contrôlant les prix, mais ces mesures ne peuvent pas être durables, car elles ne répondent pas aux causes sous-jacentes des dépenses de santé. Étant donné l'ampleur de l'augmentation probable des dépenses telle que décrite précédemment, c'est sur le long terme que les grands défis devront, en fait, être relevés [...]

« Le fait d'investir [...] dans la prévention et la promotion de la santé laisse espérer une amélioration des soins et donc de l'état de santé de la population. Peu d'éléments tendent à démontrer que ces initiatives permettront aussi de réduire les coûts. En outre, pour que ce type d'initiatives fonctionne, de nouvelles ressources sont souvent nécessaires. »

La prévention : un investissement plus que rentable

Les mesures de prévention portent ses fruits; la littérature internationale abonde dans ce sens. En 2009, un rapport produit pour le compte de Trust for America's Health⁷ concluait qu'au terme de cinq ans, chaque dollar investi pouvait générer un retour sur investissement (ROI) de 5,60 \$. Cette donnée, qui a été largement véhiculée dans les médias, a été associée, à tort, au Québec. Cet indice mérite donc d'être replacé dans son véritable contexte, celui du système de santé américain, où les enjeux de santé publique sont fort différents.

⁶ Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare, Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, 7-8 octobre, OCDE, 2010.

⁷ Prevention for a healthier America: investment in disease prevention yield significant savings, stronger communities, Trust for America's Health, February 2009.

Ce retour sur investissement paraît bien tenu en regard des conclusions de l'Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel (IRENE) en Suisse qui a produit un rapport sur la question en 2009. Voici les conclusions de ce rapport intitulé *Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé*⁸.

En avril 2008, IRENE a été mandaté par le Fonds de prévention du tabagisme (TPF) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de Suisse pour estimer la rentabilité sociale des dépenses de prévention dans les domaines du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool respectivement.

« Toutes les activités de prévention de la Confédération, des cantons et des organismes privés mises en œuvre entre 1997 et 2007 ont été prises en compte, qu'il s'agisse de mesures législatives ou de campagnes d'information et de sensibilisation. L'objectif de l'étude est d'abord d'évaluer l'efficacité des moyens engagés dans la prévention afin de déterminer si, et dans quelle mesure les interventions ont contribué à la diminution observée des comportements à risque.

« L'efficacité des mesures de prévention est mesurée par la diminution de la morbidité et de la mortalité attribuable à la prévention. Le produit final de l'analyse coûts-bénéfices est une mesure du retour sur investissement (ROI) dans la prévention. Le ROI indique le bénéfice que la société réalise sur chaque franc consacré à la prévention. Les résultats de l'étude indiquent qu'il est rentable d'investir dans la prévention : **chaque franc qui y est consacré a rapporté entre 28 et 48 francs dans le cas du tabac**, et entre 11 et 29 francs dans celui de l'alcool.

« Il apparaît donc légitime de conclure que les efforts de prévention se sont traduits par un recul assez important de la prévalence du tabagisme et de l'usage problématique de l'alcool. La rentabilité élevée des ressources consacrées à la prévention tend à appuyer la recommandation de l'OCDE et de l'OMS suggérant d'affecter davantage de ressources à la prévention. »

Du point de vue de la taille de sa population et de sa structure démographique, la Suisse est comparable au Québec, même en ce qui concerne le taux de tabagisme. Toutes choses étant égales, par ailleurs, et abstraction faite des unités monétaires – une dimension sans importance –, les travaux réalisés par IRENE permettent de croire que les résultats observés pour la Suisse pourraient s'appliquer au Québec. La Suisse obtient un retour sur investissement minimal de 1 pour 28. Alors, qu'attend le Québec pour emboîter le pas?

⁸ S. Fueglistler-Dousse, C. Jeanrenaud, D. Kohler, J. Marti. Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé : tabagisme et consommation excessive d'alcool. Suisse, Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel, 2009.

L'étude du Conference Board

Dans la même veine, en novembre 2014, le Conference Board du Canada publiait une étude⁹ réalisée pour le compte de la Direction générale de la santé publique du MSSS, étude visant à évaluer les retombées actuelles et futures de la réduction de la prévalence, dans la population québécoise, de six maladies chroniques et des facteurs de risque relatifs aux habitudes de vie qui leur sont associées.

Les maladies sur lesquelles porte ce 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 de 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. Il est à noter que l'hypertension et le diabète sont traités à la fois comme facteurs de risque intermédiaires et comme maladies. Voici les principaux faits saillants :

« En 2013, le coût total des six maladies chroniques est évalué à 8,1 G\$. La plus forte proportion, soit 61 %, est attribuable au coût de la mortalité prématurée. Viennent ensuite les coûts de l'invalidité de longue durée (14 %) et des hospitalisations (12 %). Les coûts de traitement (médicaments, soins hospitaliers et soins médicaux) représentent ensemble 24 % du coût total des six maladies chroniques. En 2030, le coût total devrait atteindre 13 G\$ avec seulement des changements mineurs dans sa répartition.

« En atteignant les cibles de prévalence des facteurs de risque du scénario bonifié, des économies substantielles pour le système de santé et l'économie du Québec pourraient être réalisées. Globalement, des économies cumulatives de 7,7 G\$ pour toutes les maladies chroniques et leurs composantes de coût pourraient être envisagées. Les économies annuelles atteindraient 800 M\$ d'ici 2030.

« Une ventilation par maladie chronique montre que la part du cancer du poumon dans les économies réalisées s'élève à 30 %, grâce aux cibles ambitieuses du scénario bonifié pour le tabagisme, qui est étroitement associé à ce type de cancer. Celle des cardiopathies ischémiques est de 26 %, grâce aux cibles de réduction pour l'obésité, l'hypertension, le tabagisme, l'inactivité physique et la faible consommation quotidienne de fruits et de légumes. La part des maladies cérébrovasculaires dans les économies réalisées est de 14 %; celle du diabète de 11 %; celle de l'hypertension de 11 % également; et celle de la MPOC de 9 %.

« En conclusion, le Québec peut réduire sensiblement la prévalence et le fardeau économique de nombreuses maladies chroniques en investissant en prévention. En dollars courants, on estime que les coûts directs totaux des six maladies chroniques analysées augmenteront de 72 %, passant de 1,8 à 3,1 G\$ entre 2010 et 2030.

⁹ F. Bounajm, T. Dinh, L. Thériault. Améliorer les habitudes de vies : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec. Rapport de recherche. Le Conference Board du Canada, novembre 2014.

Parallèlement, les coûts indirects devraient augmenter de 61 %, passant de 5,8 à 9,4 G\$ entre 2010 et 2030.

« L'analyse démontre combien il est important d'investir dans des interventions de prévention. Les cibles des facteurs de risque du scénario bonifié supposent que le Québec infléchisse la prévalence des principaux facteurs de risque, d'ici 2030, pour équivaloir à celle de la province canadienne ayant la meilleure performance. Les facteurs de risque sont le tabagisme, l'obésité, le diabète, l'hypertension et l'inactivité physique. Dans ce scénario, on constate que le Québec peut réduire sensiblement l'augmentation du taux de prévalence et du fardeau économique des six maladies chroniques.

« Plus particulièrement, le Conference Board du Canada évalue les économies totales à 189 M\$ en coûts directs et à 624 M\$ en coûts indirects pour la seule année 2030. La réduction cumulative sur l'ensemble de la période prévisionnelle est estimée à 7,7 G\$, soit 1,8 G\$ en coûts directs et 5,9 G\$ en coûts indirects. Il convient de souligner que les hypothèses retenues pour le scénario bonifié sont prudentes. La démonstration est donc faite qu'en optant 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 en 2030. »

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA FMSQ

En résumé, pour la FMSQ, il importe que cette réflexion sur le panier de services assurés en santé prenne en considération les éléments suivants :

Pour le volet patient

1. Protéger, défendre et développer le système public de santé du Québec;
2. Respecter le principe d'équité dans les choix des services assurés;
3. Promouvoir de manière importante le recours aux directives médicales anticipées;
4. Proposer des mesures efficaces pour freiner la surconsommation de soins et services;
5. Mettre en place un mécanisme intégré au DSQ, permettant d'identifier ou de retracer les « consommateurs » et les « fournisseurs » présentant des profils inappropriés, voire déviants, selon les critères de pertinence;

Pour le volet médical

6. Favoriser l'évaluation des données probantes, révisées en continu et dans des délais acceptables compte tenu de l'impact possible sur certaines pathologies;
7. Évaluer le bénéfice de soins dans un contexte de consentement éclairé;
8. Utiliser des critères de pertinence pour guider les choix en matière de soins et services;
9. S'assurer d'une diffusion optimale de ces critères auprès des professionnels de la santé et de la population;
10. S'assurer que l'INESSS joue pleinement son rôle de producteur et de diffuseur de l'information clinique et scientifique auprès de l'ensemble des professionnels de la santé et qu'il mesure l'impact de ses interventions;

Pour le volet gouvernemental

11. Couvrir certains services actuellement non couverts, permettant de traiter des problématiques de santé en amont avant qu'elles ne s'aggravent et ne nécessitent des interventions plus lourdes et plus coûteuses;
12. Faire en sorte que l'aspect du « médicalement requis » fasse l'objet d'une définition formelle à être intégrée au corpus des lois existantes;
13. Promouvoir le concept de patient partenaire et sensibiliser la population aux coûts réels des soins et services de santé et aux conséquences des abus en matière de consommation de soins et services de santé;
14. Reconsidérer l'étanchéité des budgets pour diminuer, voire abolir, les silos dans les services et soins à dispenser;

15. Repenser la culture hospitalo-centriste, surtout dans le cas des personnes âgées;
16. Mettre en place une véritable politique de prévention nationale en santé pour s'attaquer prioritairement aux maladies chroniques et à l'obésité, afin d'en réduire la prévalence;
17. Mettre en place une taxe prévention santé (malbouffe et boissons gazeuses) et utiliser les revenus issus de cette taxe pour promouvoir l'adoption de saines habitudes alimentaires;

En ce qui concerne le commissaire

18. Élargir le débat sur la composition du panier de services en santé en le faisant porter sur tous les aspects liés à la consommation des soins et services;
19. Modifier son approche en matière d'études comparatives qui mettent l'accent sur la production de soins et de services pour aussi tenir compte de la consommation de soins et de services.

CONCLUSION

Comme nous l'avons indiqué d'entrée de jeu, on ne peut pas aborder la question de la composition du panier de services en santé sans tenir compte de l'ensemble des facteurs qui influencent la consommation en soins et services. Les raisons sont connues et largement documentées. Il y aurait donc lieu de s'attarder aux problématiques de santé qui génèrent un grand nombre de consommateurs de soins et services et aux facteurs qui induisent la demande.

La demande en soins et services est d'abord conditionnée par l'état de santé global d'une population. Une population active, éduquée et sensibilisée à l'adoption de saines habitudes de vie consommera moins de soins et services de santé qu'une population sous scolarisée, sédentaire, pauvre et obèse. L'éducation au maintien de sa santé, et ce, dès le plus bas âge, comme des activités de sensibilisation en continu et ciblées auprès de certaines clientèles à risque sont des facteurs clés qui peuvent infléchir la courbe de la demande et, donc, se traduire en économies concrètes et sous plusieurs formes.

La demande est ensuite conditionnée par la prévalence des maladies chroniques et la forte consommation en soins et services qui découlent des comorbidités qui y sont associées. Comme nous l'avons vu précédemment, il est possible, là encore, d'agir afin de réduire les facteurs de risque. Il est possible de faire diminuer le nombre de personnes atteintes ou qui risquent d'être atteintes dans le futur. Pour cette population aux prises avec des maladies chroniques, il sera essentiel de valoriser des approches du type partenariat de soins entre les patients et leurs équipes traitantes afin de développer des plans de soins cohérents qui visent des objectifs acceptés par tous. Ces approches permettront de responsabiliser les patients face à leur santé tout en améliorant l'efficacité des mesures choisies.

La demande est aussi conditionnée par les choix du gouvernement qui, en rationnant les ressources destinées à la prise en charge des personnes les plus vulnérables, pousse ces dernières à utiliser des ressources plus lourdes et plus coûteuses, qui n'auraient pas été sollicitées si les services avaient été rendus de manière adéquate et en temps opportun. Il faut s'occuper adéquatement de ces personnes. Des économies d'échelle appréciables en découleront.

La question de la pertinence des soins doit aussi faire partie de l'équation. L'utilisation de critères de pertinence est nécessaire afin de s'assurer que la production des soins et services soit effectuée de manière optimale et adéquate, en conformité avec les guides de pratique et les évidences scientifiques. Le bon soin dispensé au bon endroit par la bonne personne constitue, de loin, la meilleure philosophie d'approche à adopter. Il importe de partager ces critères avec la population, de la sensibiliser, de l'informer adéquatement et en continu de manière à ce que la demande en soins et services tienne davantage compte de ces critères de pertinence. À ce titre, l'offre comme la demande doivent être conditionnées par la pertinence.

La technologie constitue également un élément non négligeable pour garantir l'efficacité dans la dispensation des soins et l'utilisation optimale des ressources. Actuellement, le parc technologique, y compris les divers équipements spécialisés utilisés à des fins diagnostiques et thérapeutiques, est vétuste et souffre de sous-investissement chronique. Il en va de même pour les fournitures médicales qui nécessitent d'être évaluées et renouvelées périodiquement afin de tenir compte des nouvelles percées scientifiques et des applications qui en découlent.

Cette situation n'est pas sans avoir d'impacts sur les coûts de production et sur la qualité des soins offerts aux patients et elle ne permet pas une utilisation optimale du panier de services. Le gouvernement doit donc miser sur le renouvellement en continu des infrastructures, des équipements médicaux spécialisés et des fournitures. Les choix au niveau des acquisitions doivent s'effectuer en tenant compte des normes et des standards les plus appropriés qui soient, en tenant surtout compte de l'avis des praticiens.

La bureaucratie, omniprésente dans le réseau de la santé et au sein des établissements eux-mêmes, pose un frein à l'accessibilité pour les patients, grevant temps et ressources précieuses du côté des professionnels de la santé. Ceux-ci croulent sous le poids des formulaires à remplir, sous les mécanismes de contrôle inutiles. Plutôt que d'avoir des décideurs de proximité imputables, tout reste centralisé avec, notamment, les inévitables formulaires et documents qui doivent être signés par plusieurs administrateurs.

Quant aux usagers potentiels de services, ils se heurtent aussi trop souvent à un barrage de paperasse. Il se perd un temps précieux pendant que les conditions de santé se détériorent. La pertinence bureaucratique devrait aussi guider les actions. Le Commissaire à la santé devrait s'attaquer à cette problématique et proposer lui-même de revoir l'ensemble des processus administratifs afin de les simplifier.

Enfin, la prévention constitue la clé de voûte pour tenter d'inverser la courbe de prévalence des maladies chroniques au Québec, qui exercent les plus importantes pressions sur la consommation et la production de soins et de services de santé. Pour ce faire, un changement d'approche est nécessaire; il faut passer d'une approche curative pour migrer vers une approche préventive. Ce changement doit interpeller non seulement le MSSS, mais l'ensemble des ministères du gouvernement, notamment les ministères de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, de la Famille, des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire, du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. Plus largement, ce changement doit aussi interpeller tous les acteurs de la société. C'est par des actions concertées, convergentes et en continu que des changements tangibles pourront s'opérer afin que la population adopte des comportements favorisant de saines habitudes de vie, condition *sine qua non* pour influencer positivement les déterminants de la santé.

2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8

Tél. : (514) 350-5000
Télec. : (514) 350-5175
Courriel : communications@fmsq.org