

Février 2017

QUÉBEC-BUDGET 2017 - 2018



UN PROJET VISIONNAIRE EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ

MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (ASPQ) DÉPOSÉ DANS LE CADRE DES
CONSULTATIONS PRÉBUDGÉTAIRES 2017-2018 DU MINISTRE DES FINANCES DU QUÉBEC

Collaboration

Claude M. Bédard, LL.L

Adjointe et conseillère à la direction, ASPQ

Jean Alexandre

Responsable des communications et de la collecte de fonds, ASPQ

Sous la direction de

Lucie Granger, Adm.A, ASC

Directrice générale, ASPQ

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-920202-82-5

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, 2017

TABLE DES MATIERES

PRÉSENTATION DE L'ASPQ.....	4
Historique	4
Mission.....	4
Vision	4
MISE EN CONTEXTE	6
DES FINANCES PUBLIQUES EN SANTÉ, ÇA PASSE PAR UNE POPULATION EN SANTÉ.....	7
LA PRÉVENTION EN SANTÉ, C'EST PAYANT ET DURABLE	11
RECOMMANDATIONS	13
PISTES DE SOLUTION	14
ANNEXE 1	15
RÉFÉRENCES.....	16

PRÉSENTATION DE L'ASPQ

Historique

Fondée en 1943 sous le nom de Société des hygiénistes de la province de Québec, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) regroupait alors des médecins, des infirmières et des hygiénistes. En 1974, elle adopte son nom actuel et ouvre ses portes à des gens provenant tant des sciences humaines et sociales ainsi que des sciences de l'éducation sans oublier le secteur communautaire. Elle accueille également des citoyens et des partenaires engagés.

Mission

L'ASPQ regroupe citoyens et partenaires pour faire de la santé durable, par la prévention, une priorité.

Vision

La santé durable pour tous!

L'ASPQ 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.

La santé durable : c'est PLUS de santé, PLUS longtemps !

La santé durable, c'est notamment...

Débuter sa vie dans une famille chaleureuse, attentive et aimante ● respirer un air de qualité ● vivre dans un logement adéquat ● évoluer dans un environnement sécuritaire où il fait bon vivre ● participer à la vie économique et en tirer un juste revenu ● avoir accès à une nutrition saine et en quantité suffisante ● profiter d'un environnement qui favorise l'activité physique ● avoir accès à l'éducation et au développement continu des compétences ● vivre dans la joie et le sentiment de contrôle de sa vie ● vivre dans une société ouverte, sans discrimination ● participer aux décisions qui nous concernent ● bénéficier d'un système de soins accessible ● avoir accès à des soins palliatifs de qualité et pouvoir mourir dignement.

Au carrefour des stratégies gouvernementales, de l'action communautaire, de l'expertise scientifique et de l'implication citoyenne, notre organisation offre un espace unique de compréhension des enjeux, de recherche de solutions et de mise en œuvre de stratégies au profit de la santé.

Dans son énoncé de position ***Bâtir la santé durable au 21^e siècle¹***, publié en janvier 2016, l'ASPQ a identifié six défis de santé, auxquels récemment s'est ajouté un septième :

1. les coûts de soins de santé
2. l'augmentation des maladies chroniques
3. le vieillissement de la population
4. les impacts négatifs des changements climatiques
5. l'accroissement des inégalités sociales
6. la baisse du niveau de littératie
7. l'égalité homme-femme

¹ www.aspq.org/uploads/pdf/56cc6261405172016-enonce-de-position-batirsantedurable21siecle_vf.pdf

L'ASPQ intervient sur plusieurs enjeux de santé pour lesquels il y a urgence d'agir en prévention. Pour ce faire, elle utilise des stratégies d'interventions nombreuses:

- Documenter les facteurs de protection à partir de la science et des meilleures pratiques, assurer une vigie sur les politiques publiques les plus prometteuses à travers le monde et en documenter les retombées;
- Documenter les étapes d'adoption de politiques publiques pour en assurer une meilleure compréhension;
- Documenter différents enjeux émergents en matière de santé et proposer des pistes de solutions novatrices, par ex.: l'utilisation du zonage pour limiter la restauration rapide autour des écoles;
- Interpeler citoyens, partenaires et autorités décisionnelles par le biais de lettres ouvertes et de documents phares de type appel à l'action;
- Proposer des modèles de résolutions, par ex. : interdire la vente de boissons énergisantes dans les édifices municipaux;
- Rassembler les appuis nécessaires pour soutenir l'adoption de politiques publiques afin de favoriser la mise en place d'environnements facilitant des choix santé, contribuant ainsi à la santé durable;
- Contribuer à faire évoluer la norme et l'acceptabilité sociale autour de l'adoption de politiques publiques favorables à la santé;
- Conscientiser à l'importance de connaître et de prendre en compte les impacts de leurs décisions sur la santé durable;
- Participer à diverses consultations sur des politiques publiques. L'ASPQ a développé une expertise unique au Québec. Elle est une référence médiatique, se déplace dans les événements professionnels, scientifiques et grand public;
- S'adresser aux titulaires de charges publiques issus des paliers municipal, provincial et fédéral².

² http://www.aspq.org/uploads/pdf/5852de3c7c904memoire-aspq-consultationarc_mis-en-page.pdf

MISE EN CONTEXTE

- Le budget de dépenses du gouvernement est le fruit d'un long et complexe processus qui entraîne des répercussions sur l'ensemble des ministères et ultimement sur la population. On y fixe, entre autres, les objectifs de dépenses pour les années à venir. À ce propos, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) estime que le gouvernement gagnerait à se doter d'un budget 2017 visionnaire et à bâtir sur cette intuition de l'avenir.
- Après des années d'austérité, le gouvernement se retrouve dans un contexte de prospérité et de relance économique qui devrait lui permettre de voir loin. En effet, le gouvernement affirme bénéficier d'une marge de manœuvre pour répondre aux besoins et aux priorités des Québécoises et des Québécois.
- Dans le cadre de la préparation du prochain budget, le gouvernement invite les représentants du monde des affaires et des syndicats, les organismes ainsi que le grand public à enrichir ses réflexions et à contribuer à définir les besoins et les priorités en répondant à des questions relatives aux orientations budgétaires.
- L'ASPQ sait que, parmi les principales pressions exercées sur les dépenses gouvernementales, la santé et particulièrement les soins arrivent en tête de peloton³ : ils représentent plus ou moins 40 % des dépenses de programmes.
- Loin de s'estomper, cette situation risque de s'aggraver si des actions imminentes, efficaces et concertées ne sont pas mises de l'avant afin de relever les défis de santé qui minent l'économie du Québec. Outre la hausse des coûts de soins en santé, il faut parler ici des inégalités sociales auxquelles se rattachent le vieillissement, l'égalité hommes-femmes, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et la baisse du niveau de littératie dans la population.
- Bonne nouvelle : la Politique gouvernementale de prévention en santé cible surtout les populations vulnérables afin de réduire les inégalités sociales de santé. Le gouvernement vise 9 cibles à atteindre d'ici 2025 afin de suivre les progrès réalisés sur le plan de la qualité de vie et de la santé physique et mentale de la population. La Politique touche 15 ministères et organismes. Elle comprend 28 mesures, de même que 5 chantiers, qui touchent les dimensions individuelles et environnementales et qui s'articule autour de 4 grandes orientations afin de marquer des progrès en matière de problèmes de santé évitables prioritaires, comme les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale, les maladies chroniques et les incapacités, certaines maladies infectieuses et les blessures. Pour atteindre ses objectifs, cette politique nécessitera des investissements soutenus en prévention et promotion de la santé.
- Forte de son expertise en santé durable par la prévention, l'ASPQ souhaite, dans le cadre des consultations prébudgétaires, partager sa vision, ses recommandations et quelques pistes de solution. Rappelons que la santé est la plus grande richesse de toute société pour qui le développement socioéconomique repose sur le savoir et la compétence de ses citoyens.

³ <http://bibvir1.uqac.ca/archivage/18187247.pdf>

DES FINANCES PUBLIQUES EN SANTÉ, ÇA PASSE PAR UNE POPULATION EN SANTÉ

Dans son dernier budget 2016-2017, Québec a engagé des dépenses de 38,4 G\$, soit près de 37 % du budget, en santé et en services sociaux. De ce pourcentage, environ 2 % sont alloués à la prévention et à la promotion de la santé. Il devient urgent de réévaluer certaines des dépenses en soins. L'ASPO est d'avis qu'il serait économiquement responsable d'investir en santé et en prévention.

1- Coûts des soins de santé à la hausse

Le fardeau des maladies chroniques pèse lourd et grève les dépenses publiques.

- À ce sujet, voici quelques faits saillants du rapport du Conference Board du Canada (novembre 2014), intitulé **Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec**⁴:
 - Les coûts directs totaux de six des principales maladies chroniques (les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébrovasculaires, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le cancer du poumon, l'hypertension artérielle et le diabète) augmenteront de 72 % entre 2010 et 2030, passant de 1,8 à 3,1 G\$. Dans la même période, les coûts indirects devraient augmenter de 61 %, passant de 5,8 à 9,4 G\$.
 - Avec l'atteinte des cibles de prévalence du scénario bonifié, on pourrait réaliser des économies cumulatives de 7,7 G\$ pour les six maladies et leurs composantes de coût, soit 1,8 G\$ en coûts directs et 5,9 G\$ en coûts indirects. Les économies pourraient atteindre 800 M\$ par année d'ici 2030.
 - En 2013, le coût total de ces six maladies chroniques était évalué à 8,1 G\$, la majeure partie des coûts, soit 61 %, étant attribuable au coût de la mortalité prématurée. Ensemble, les coûts de traitement (médicaments, soins hospitaliers et soins médicaux) représentaient 24 % du coût total.
 - En 2030, le coût total devrait atteindre 13 G\$ et la répartition entre les différentes composantes devrait à peine varier.
 - Selon le scénario bonifié, le fardeau économique des cardiopathies ischémiques, la maladie la plus coûteuse, devrait marquer une réduction de 5,9 % des coûts par rapport au scénario de statu quo; celui des maladies cérébrovasculaires devrait diminuer de 5,3 %; celui de la MPOC de 4,5 %; celui du cancer du poumon de 7,7 %; celui de l'hypertension artérielle de 7,5 % et celui du diabète de 6 %.
 - 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.
 - Sur l'ensemble de la période prévisionnelle, la réduction cumulative est estimée à 7,7 G\$, soit 1,8 G\$ en coûts directs et 5,9 G\$ en coûts indirects.
- De son côté, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), dans le rapport **Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales (2015)**⁵, conclut :
 - Près de 44 % des adultes québécois se classent dans la catégorie d'embonpoint (32,6 %) ou d'obésité (11,2 %).

⁴ http://www.conferenceboard.ca/temp/bf809a04-bb41-42f3-b6c3-46ba8d8c758d/6647_santeeteconomieduquebec_rpt.pdf

⁵ https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1922_Consequences_Economiques_Obesite.pdf

- *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 G\$ pour le Québec, si l'on estime la valeur monétaire à partir des dépenses encourues pour ces services de santé en 2011. Ce montant représente 10 % des coûts totaux pour les consultations médicales et l'hospitalisation pour les adultes québécois en 2011.*
- Une étude menée à l'Université de Waterloo⁶, en Ontario, signale que la trop forte consommation de boissons sucrées risque d'avoir des conséquences dévastatrices sur la santé des Canadiens : la recherche estime que la consommation de boissons sucrées au Canada sera liée à plus de 3 millions de cas d'obésité, à près de 1 million de cas de diabète de type 2, à près de 300 000 cas de cardiopathie ischémique, à plus de 100 000 cas de cancer et à près de 40 000 accidents vasculaires cérébraux (AVC).
 - L'étude prévoit que, d'ici 25 ans, ces boissons devraient provoquer des maladies entraînant plus de 63 000 décès et coûter plus de 50 G\$ au système de santé.
 - On y stipule également que l'impact négatif de l'obésité affecte non seulement les dépenses en santé, mais également la productivité.
 - En utilisant les estimés de risques relatifs et l'information sur la prévalence l'obésité au Québec en 2011, nous avons obtenu un fardeau économique de l'obésité qui s'élevait à environ 1,5 G\$.
- Les statistiques sont éloquentes : au Québec, plus de la moitié de la population âgée de 12 ans et plus souffre d'au moins une maladie chronique⁷. Ce fardeau mine le Québec sur le plan humain, social et économique. Ici, comme à l'échelle internationale, le nombre de cas de diabète, d'obésité, d'arthrite, d'hypertension, de maladies cardiaques, respiratoires et de cancer ne cesse d'augmenter.
 - Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), elles causent 63 % des décès. En 2013, au Québec, les dépenses reliées aux six principales maladies chroniques se situaient à 8,1 G\$.
 - Les maladies chroniques (le stress, entre autres) sont synonymes de hausse du taux d'absentéisme et d'augmentation des invalidités⁸.
 - La prise en charge des maladies chroniques est l'un des plus grands défis pour tous les systèmes de santé du monde⁹. Il faut rendre nos environnements plus favorables à l'adoption de saines habitudes de vie et, ainsi, faciliter les choix santé de la population.
 - 80 % des cas de maladies cardiovasculaires et d'AVC, 80 % des cas de diabète de type II¹⁰ et 70 % des cancers sont évitables¹¹. Voilà de substantielles pistes d'économies.

⁶ <http://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/2017-heart-month/health-and-economic-impacts-of-sugary-drinks-research.ashx?la=fr-ca>

⁷ http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/Agir_Maladies_chroniques_2014-04-08_VF.pdf

⁸ <http://www.who.int/nmh/media/speeches/FrenchSpeechMontreal.pdf>

⁹ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-942-01F.pdf>

¹⁰ http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/information/factsheets_FR_web.pdf

¹¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4836858/>

- La prévention sauve des vies et, ce faisant, génère des économies en coûts de soins : ainsi, les mesures fiscales visant les produits du tabac ont eu un effet direct sur la diminution du taux de mortalité au Québec. En effet, « de 2000 à 2008, on observe une baisse du taux ajusté de mortalité lié à des conditions associées au tabagisme de 287 à 223 décès pour 100 000 personnes, soit une diminution de 22,3 %¹². »
 - Investir en recherche et en prévention désengorge le système de soins. D'ailleurs, selon le rapport Lalonde¹³ (1973-1974), « [...], chacun convient de l'importance de la recherche et de la prévention et pourtant les montants consacrés au traitement des maladies continuent à s'accroître hors de toute proportion avec les crédits affectés aux deux premiers éléments. »
 - Rappelons que dans l'introduction à la Politique gouvernementale de prévention en santé¹⁴, la ministre Lucie Charlebois précisait que « des prévisions récentes indiquent des économies potentielles allant jusqu'à 800 millions de dollars par année en matière de prévention des maladies chroniques, et ce, en améliorant les habitudes de vie des Québécoises et des Québécois. » Encore faut-il investir en prévention et en promotion de la santé pour y parvenir.
- Dans le rapport du directeur national de santé publique au titre évocateur, **La santé de la population – Portrait d'une richesse collective**¹⁵, on y apprend que :
 - *Le tabagisme demeure la principale cause de mortalité évitable dans le monde. Au Québec, environ 10 000 décès y sont attribuables chaque année. De plus, l'usage du tabac et l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac dans l'environnement augmentent les risques de souffrir de nombreuses maladies (ex. : maladies respiratoires et cardiovasculaires, cancers), lesquelles engendrent des coûts annuels estimés à 4 G\$ au Québec.*
 - *L'embonpoint et surtout, l'obésité accroissent le risque d'apparition de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques et certains cancers. Le fardeau économique de l'obésité est important. En effet, on estime à près de 3 G\$ les coûts excédentaires des soins et de l'invalidité associés à l'obésité, au Québec, en 2011.*

2- Les inégalités sociales

- Selon les ministres Gaétan Barrette et Lucie Charlebois : « Les inégalités sociales de santé ainsi que le vieillissement de la population et le fardeau des maladies chroniques qui en découle doivent également figurer parmi les enjeux à prendre en considération.¹⁶ » D'ailleurs, la pauvreté et les inégalités sociales de santé sont des enjeux transversaux de la nouvelle Politique gouvernementale de prévention en santé.
- Autre fait rapporté dans le rapport de 2016 du directeur national de santé publique du Québec, « Les maladies chroniques et les traumatismes affectent non seulement les individus, mais aussi leur entourage, en plus d'être liés aux inégalités sociales de santé et de frapper davantage certains groupes de la population (ex. : Autochtones). Leur fardeau pour la société est important, qu'il se traduise par la pression occasionnée

¹² <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?evolution-du-taux-ajuste-de-mortalite-lie-a-des-conditions-associees-au-tabagisme-selon-le-sexe>

¹³ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>

¹⁴ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08VV.pdf>

¹⁵ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-228-01.pdf>

¹⁶ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-228-01.pdf>

sur le système de soins et de santé, par la perte de productivité pour les entreprises, par l'invalidité ou par la mortalité prématurée. Une perte considérable de richesse collective. »

3- La baisse du niveau de littératie

La littératie c'est la «... capacité d'utiliser le langage et les images, de formes riches et variées, pour lire, écrire, écouter, parler, voir, représenter et penser de façon critique. Elle permet d'échanger des renseignements, d'interagir avec les autres et de produire du sens. C'est un processus complexe qui consiste à s'appuyer sur ses connaissances antérieures, sa culture et son vécu pour acquérir de nouvelles connaissances et mieux comprendre ce qui nous entoure. La littératie rassemble et transforme les communautés, et s'avère un outil essentiel à l'épanouissement personnel et à la participation active à la société démocratique.»¹⁷

- Laissons parler quelques chiffres :
 - 66 % des Québécois âgés de 16 ans et plus et près de 95 % des 65 ans et plus n'ont pas un niveau suffisant de compétence dans le domaine de la littératie en santé pour prendre soin de leur santé (Bernèche et Perron, 2005 et 2006; Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008)
 - 27 % de la population doit composer avec de très faibles compétences en littératie pour gérer leur santé (Bernèche et Traoré, 2007; Bernèche, Traoré et Perron, 2012)
 - 63 % des immigrants de longue date et 65 % des immigrants récents au Québec ont des compétences insuffisantes en littératie, dans l'une des deux langues officielles du Canada (Conference Board du Canada, 2014)
- L'enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA-1994), l'enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA-2003) et le Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA-2011/2012) montrent clairement que les Québécois ont des problèmes de littératie et de littératie en santé. Face à la mondialisation des marchés et à la complexité croissante des systèmes de santé, les Québécois avec un faible niveau de littératie sont moins bien outillés que les autres pour aspirer à une santé durable. Cette situation coûte cher à la société québécoise, notamment en soins de santé.
- L'OMS avance également que la faible littératie en santé entraînerait des coûts importants pour les systèmes de santé (Eichler, Wisner et Bruegger, 2009).
- Le faible niveau de littératie absorbe de 3 à 5 % du coût total des soins de santé, selon une revue systématique réalisée en 2009. Ce pourcentage représenterait 8 G\$ au Canada par an. (Eichler, Wisner et Bruegger, 2009).

¹⁷ <http://www.edu.gov.on.ca/fre/document/reports/literacy/panel/literacyf.pdf>

LA PRÉVENTION EN SANTÉ, C'EST PAYANT ET DURABLE

La population s'est prononcée haut et fort en faveur de la prévention et de la promotion de la santé :

Dans le rapport d'appréciation thématique de la performance du système de santé et de services sociaux 2016 du Commissaire à la santé et au bien-être (*Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services – 2016*), une des voies de transformation, selon les citoyens, consiste à « rehausser la place accordée à la promotion de la santé et du bien-être et à la prévention. »

Dans la *Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020*, l'une des 8 orientations pour un développement durable consiste à améliorer, par la prévention, la santé de la population. (Orientation 5)

« Par ailleurs, la prévention représente un réel investissement pour notre société puisqu'elle contribue à diminuer les dépenses en soins de santé et de services sociaux. »

Gaétan Barrette et Lucie Charlebois, *Programme national de santé publique 2015-2025 (2015)*¹⁸

« La prévention constitue une voie d'action à privilégier pour que la population vive en meilleure santé, plus longtemps. La prévention comporte des avantages sociaux et économiques considérables, maintes fois démontrés. Elle a des effets fort positifs sur la qualité de vie de la population, de même que sur la productivité de notre société, laquelle connaît d'ailleurs des changements sociodémographiques importants.»

Lucie Charlebois, *Politique gouvernementale de prévention en santé (2016)*

- À chaque fois que l'on diminue le nombre de fumeurs de 1%, on génère des économies de 41 M\$ en coûts directs et de 73 M\$ en coûts indirects.
Chaque dollar investi dans les efforts de réduction du tabagisme permet d'économiser jusqu'à 20 \$ en soins de santé¹⁹.
 - Sources : Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (2010). www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2010/MAIL_10_04_15_BudgetQuebec.pdf
 - Association canadienne de santé publique (2013) *La santé publique, c'est un excellent rendement de l'investissement*. www.cpha.ca/fr/ccph21.aspx
 - Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (2012). *Calculs des économies résultant de la baisse de la prévalence du tabagisme au Québec*. http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2012/STAT_12_01_00_Economies_1996_2010_Calculs_GroupeAnalyse.pdf
- [...] on estime que chaque dollar dépensé pendant les premières années de vie permet d'épargner entre 3 et 9 \$ en dépenses futures dans les services de santé, de même que dans les services judiciaires et sociaux²⁰ - (Grunewald, R. et Rolnick, A. (2006). *A Proposal for Achieving High Returns on Early Childhood Development*. (Washington D.C.: Federal Reserve Bank of Minneapolis).

¹⁸<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

¹⁹http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05_rapport_tabac.pdf

- 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, 2002²¹)
- 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 (Rapport Clair, 2000²²)
- Une réduction des dépenses consacrées à la prévention risque d'entraîner plus tard un renchérissement des coûts de santé (OCDE, 2015²³)
- 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.
- De multiples facteurs économiques, sociosanitaires, technologiques, éthiques et organisationnels influencent les coûts des soins et services de santé (voir le tableau en Annexe²⁴)
- Le gouvernement du Québec doit « s'engager dans la prévention avec plus de conviction, de ressources et de persévérance ». Il ne faut pas oublier « que les actions de prévention les plus efficaces sont celles qui concernent la lutte contre la pauvreté, l'éducation, le soutien à la petite enfance et à la famille » (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008).
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. » (OCDE, 2005).
- La Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé publiée le 21 novembre 2016 à l'ouverture de la Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé engage les signataires à des choix politiques ambitieux pour la santé, en soulignant les liens entre la santé, le bien-être et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies, avec ses objectifs de développement durable. Parmi les engagements pris par les participants, notons:
 - appliquer pleinement les mécanismes dont dispose la puissance publique pour protéger la santé et promouvoir le bien-être au moyen de politiques publiques.
 - mettre en œuvre des politiques budgétaires en tant qu'outil puissant pour réaliser de nouveaux investissements dans la santé et le bien-être, notamment au moyen de solides systèmes de santé publique.

²⁰ <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/pdf/respcacsp-cphorsphc-fra.pdf>

²¹ <https://sencanada.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repfinnov03-f.htm>

²² <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>

²³ <https://www.oecd.org/fr/sante/ministerielle-2010/lesprioritesdessystemesdesantelorsquelargentestrare.htm>

²⁴ http://www.aspq.org/uploads/pdf/56af672a961d52016-01-29_memoire-aspq_-panier-de-services-assures.pdf

RECOMMANDATIONS

L'ASPQ recommande au ministre des Finances :

- 1) Que le gouvernement du Québec se dote d'un budget garanti équivalant à 5 % du budget de la santé et des services sociaux pour soutenir les actions de prévention, de promotion de la santé et de recherche. La recherche permettrait, entre autres, d'évaluer l'impact des investissements accrus en prévention et en promotion de la santé : ceci justifierait la création d'un fonds de recherche québécois en prévention et en promotion de la santé.

Chaque dollar investi en prévention et en promotion de la santé permet d'économiser 5,60 \$ sur les dépenses de soins de santé²⁵.

- 2) Que la prévention et la promotion de la santé soient au cœur de toutes les décisions et les politiques gouvernementales afin d'assurer la santé durable pour tous, pour celles des générations futures sur tout le cycle de vie. D'ailleurs, la Politique gouvernementale de prévention en santé du Québec traduit l'engagement de 15 ministères et organismes d'intervenir pour favoriser la santé et prévenir des problèmes évitables²⁶

« La meilleure dépense que l'on puisse faire, que ce soit en éducation ou en santé, physique et psychologique, c'est en prévention. Or, on ne dépense pas assez en prévention. On sauverait pourtant des milliards (G\$) dans les années à venir... »

Alexandre Taillefer²⁷

²⁵ [v] Trust for America's Health (2008). *Investments in Disease Prevention Yield Significant Saving, Stronger Communities*. <http://www.healthymadisoncounty.org/linkedddocs/data/Prevention08.pdf>

²⁶ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/>

²⁷ http://plus.lapresse.ca/screens/084d3369-24d3-4265-b5c7-89f4e44b6903%7C_0.html

PISTES DE SOLUTION

Dans le sillon de la mobilisation populaire amorcée depuis la publication de son énoncé de position (*Bâtir la santé durable au 21^e siècle*) et suivie, entre autres, par le Regroupement pour un Québec en santé, l'ASPQ propose les pistes de solution suivantes pour permettre de majorer à au moins 1,6 G\$ (soit l'équivalent de 5% du budget actuel du ministère de la Santé et des Services sociaux) les investissements en prévention et en promotion de la santé :

- L'instauration d'une **taxe sur les boissons sucrées et énergisantes** payée par les fabricants dont les revenus seront réinvestis en prévention de l'obésité et des maladies chroniques associées, notamment pour accroître l'accès aux aliments sains, suivant ainsi la recommandation faite par la Coalition québécoise sur la problématique du poids (Coalition Poids).
- La **hausse de la taxe spécifique sur le tabac** du Québec de 5\$ la cartouche, soit 50¢ le paquet de 20 cigarettes, suivie de hausses subséquentes au moment opportun et du même ordre, tel que proposé par la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT).
- **L'indexation de la taxe spécifique sur le tabac à un taux annuel de 2%**, telle qu'instaurée en Ontario (CQCT).
- Le développement d'une politique de prix pour les produits visés par la taxe spécifique sur le tabac en vue de minimiser, voire d'éliminer les manipulations des prix par l'industrie, ce qui a pour effet d'encourager le tabagisme. Ces mesures, entre autres, visant à faire défrayer par l'industrie du tabac les 50 M\$ dépensés par le gouvernement pour contrôler le tabac, permettraient de relocaliser ces investissements ailleurs en santé publique (CQCT).

Dans le but d'enrayer la pauvreté, de réduire les inégalités sociales, de favoriser l'inclusion sociale et de stimuler l'emploi, l'ASPQ suggère au gouvernement de poursuivre son analyse de mesures prometteuses telles que :

- Le **revenu minimum garanti** : dans un sondage mené en mars 2016 auprès des membres de l'Association des économistes québécois (ASDEQ), le revenu minimum garanti retenait toute l'attention : « les différents avantages susceptibles de découler de l'instauration d'un revenu minimum garanti recueillent tous un fort assentiment (74 % et plus) chez les économistes québécois, notamment pour ce qui est d'augmenter l'incitation au travail (86 %) et de réduire les coûts administratifs (81 %) ». Rappelons que, selon un sondage Angus Reid, publié en août 2016, environ 65 % des Canadiens se disaient en faveur d'un revenu minimum garanti de 20 000\$ à 30 000\$ par année.
- Autre argument en faveur de l'instauration du revenu minimum garanti : au Québec, 37 % des citoyens ne paient aucun impôt : ainsi le revenu minimum garanti permettrait à plus de citoyens de participer légitimement à l'effort collectif de financement de l'État²⁸.
- La **hausse du salaire minimum à 15 \$** : Près d'un million de Québécois gagnent moins de 15 \$ de l'heure, une situation que plusieurs dénoncent²⁹. Les revendications pour un salaire minimum à 15 \$ au Québec se sont faites plus pressantes depuis un an dans la foulée de la montée en puissance d'un mouvement similaire aux États-Unis et depuis les sorties répétées de l'homme d'affaires Alexandre Taillefer à ce sujet.

²⁸ <http://www.revuegestion.ca/decouvrir/grandeur-misere-revenu-minimum-garanti/>

²⁹ <http://www.lapresse.ca/actualites/201610/15/01-5030767-manifestation-a-montreal-pour-le-salaire-minimum-a-15-php>

ANNEXE 1

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)

Au Québec...	
Au plan économique	<ul style="list-style-type: none">▪ 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	<ul style="list-style-type: none">▪ 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	<ul style="list-style-type: none">▪ 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	<ul style="list-style-type: none">▪ 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)

Source : Jalbert, Y. http://www.aspq.org/uploads/pdf/56af672a961d52016-01-29_memoire-aspg_-panier-de-services-assures.pdf

RÉFÉRENCES – ANNEXE 1

- 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.
- 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.
- 12 Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (2010a). *Le Québec face à ses défis. Des services publics élargis, 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>
- 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/MDNO/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/repoct02vol6-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.
- 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.
- 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/files/RapportfinalClair.pdf>
- 22 Conseil de la santé et au 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.
- 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>
- 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.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/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.groupe.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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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://healthamericans.org/reports/prevention08/Prevention08.pdf>



4525 rue Clark, bureau 102,
Montréal, H2T 2T3
514-528-5811
www.aspq.org