

# LA SANTÉ PUBLIQUE DU XXI<sup>e</sup> SIÈCLE

Propositions pour le plein  
déploiement de la santé publique  
au Québec

Février 2021

 **ASPQ**  
ASSOCIATION POUR LA SANTÉ  
PUBLIQUE DU QUÉBEC



## Auteur.e.s

**Thomas Bastien**, directeur général, ASPQ

**Anne-Marie Morel**, conseillère principale, ASPQ

**Marc-André Parenteau**, responsable du développement, ASPQ

## Collaboratrice

**Yixuan Wang**

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site web de l'Association pour la santé publique du Québec : [www.aspq.org](http://www.aspq.org).*

*Les informations contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

© Association pour la santé publique du Québec (2021).

## Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

L'ASPQ est une association autonome regroupant citoyens et partenaires pour faire de la santé durable une priorité. La santé durable s'appuie sur une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à tous, s'assure aussi de garder la population québécoise en santé par la prévention.

Notre organisation conseille, enquête, sensibilise, mobilise des acteurs et émet des recommandations basées sur les données probantes, des consensus d'experts, l'expérience internationale et l'acceptabilité sociale.

4529, rue Clark,  
bureau 102  
Montréal (Québec)  
H2T 2T3



[info@aspq.org](mailto:info@aspq.org) | [aspq.org](http://aspq.org)

# TABLE DES MATIÈRES

## **LA SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC**

LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA PANDÉMIE	4
LA SANTÉ PUBLIQUE 3.0	7
LES ACQUIS DE LA SANTÉ PUBLIQUE QUÉBÉCOISE	8

## **LE DÉSINVESTISSEMENT MASSIF ET LE MANQUE D'INVESTISSEMENTS EN SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC**

DES COUPURES MAJEURES EN 2015-2016	10
LE QUÉBEC À LA TRAINÉ PAR RAPPORT AU RESTE DU CANADA	11
LE SOUS-INVESTISSEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE	12
LA SOUS-PERFORMANCE DU CANADA	12
LES ENGAGEMENTS DU GOUVERNEMENT QUÉBÉCOIS	13

## **LES CONSÉQUENCES DÉVASTATRICES DU MANQUE D'INVESTISSEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE SUR NOTRE ÉCONOMIE ET NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ**

LE COÛT DU TABAGISME	15
LE COÛT DE L'OBÉSITÉ	16
LE COÛT DE L'ALCOOL	16

## **DES SOLUTIONS EFFICACES POUR ÉVITER DES CATASTROPHES FUTURES**

UN RÉINVESTISSEMENT MASSIF EN SANTÉ PUBLIQUE	17
LA CRÉATION D'UN SECRÉTARIAT À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ DURABLE	18
L'OUVERTURE DES DONNÉES POUR MAXIMISER L'APPORT DE LA RECHERCHE AUX PRATIQUES ET DÉCISIONS	19

<b>CONCLUSION</b>	20
-------------------	----

---

# 1. LA SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC

Les crises comme celle de la pandémie de COVID-19 révèlent les forces et les faiblesses d'une société mais lui permettent également d'envisager un avenir meilleur. Le philosophe et sociologue français Edgar Morin résume à sa façon les leçons que nous pouvons en tirer :

---

*« Une crise génère trois scénarios différents, mais il ne faut encourager que le troisième : le désir de retrouver le monde d'avant, une fuite dans du "n'importe quoi" et l'émergence d'apprentissages nouveaux ».*

---

## LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA PANDÉMIE

La pandémie de COVID-19 a projeté la santé publique au-devant de la scène et a révélé son rôle crucial dans la gestion de la crise sanitaire afin de protéger la population. Sa notoriété a considérablement augmenté, apparaissant dans sa dimension gouvernementale et sociétale plutôt que comme une partie du système des services de Santé et des Services sociaux.

Avant l'annonce de l'état d'urgence en mars 2020, le manque de ressources humaines et financières en santé publique était déjà connu. L'arrivée de la COVID-19 a forcé la mise en veille de plusieurs actions destinées à la prévention et à la promotion de la santé, réaffectant les professionnel.le.s vers des tâches urgentes telles que le dépistage et les enquêtes épidémiologiques, et ce, malgré l'augmentation de certains comportements néfastes à la santé et l'accroissement des inégalités dans notre société<sup>1,2,3</sup>.

Le Québec doit désormais agir sur les effets collatéraux de la pandémie et du confinement : la santé mentale, la condition physique globale, les dépendances et la décence des conditions de vie de chacun.e, pour n'en nommer que quelques-uns. **Car il ne faut surtout pas oublier qu'une autre crise plus insidieuse et dévastatrice est en évolution depuis plusieurs années au Québec, à savoir le fardeau social et économique des maladies chroniques dans une population vieillissante.**

En grande partie évitables, ces maladies exercent depuis plusieurs années une pression sur le système de soins qui peine à suffire. Pour désengorger les hôpitaux, réduire la pression sur les finances de l'État et sur ses employé.e.s et accroître notre efficacité et notre résilience en cas d'épidémies, il faut y voir dès maintenant et opter pour un virage préventif qui engage l'ensemble des secteurs de la société.

L'état des connaissances actuelles montre que les trois quarts des problèmes de santé d'une population sont déterminés par les conditions environnementales, la qualité de vie, les saines habitudes de vie et les inégalités sociales de santé. Nous savons que les interventions massives et soutenues de prévention à chaque période de la vie peuvent prévenir les problèmes de santé.

---

<sup>1</sup> ASPQ & Observatoire québécois des inégalités (OQI) (2020). Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des femmes au Québec. [En ligne] [https://www.aspq.org/app/uploads/2020/12/rapport\\_femmes-et-covid\\_impact\\_de\\_la\\_covid\\_sur\\_la\\_sante\\_et\\_qualite\\_de\\_vie\\_des-femmes\\_au\\_quebec.pdf](https://www.aspq.org/app/uploads/2020/12/rapport_femmes-et-covid_impact_de_la_covid_sur_la_sante_et_qualite_de_vie_des-femmes_au_quebec.pdf)

<sup>2</sup> OQI, Oxfam, Mission Inclusion, ASPQ (2020). Inégaux face au coronavirus, constats et observations. [En ligne] <https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/inegaux-coronavirus>

<sup>3</sup> ASPQ & Léger (2020). Impact du confinement sur les habitudes de vie et de consommation. [En ligne] [https://www.aspq.org/app/uploads/2020/08/rapport-covid19-sondage\\_leger-aspq-covid-et-changement-de-comportement.pdf](https://www.aspq.org/app/uploads/2020/08/rapport-covid19-sondage_leger-aspq-covid-et-changement-de-comportement.pdf)

Par conséquent, agir sur les déterminants de la santé dans différents secteurs peut améliorer le parcours de vie des individus et leur espérance de vie en bonne santé, tout en réduisant les coûts des soins à la population.

Pour ce faire, et comme démontré dans l'infographie suivante, le rôle de la santé publique est essentiel et se déploie en quatre fonctions : la protection, la surveillance, la prévention et la promotion en santé.

## Les quatre fonctions de la santé publique<sup>4</sup>

# Qu'est-ce que la santé publique ?

**La santé publique vise à maximiser la santé physique et mentale de la population en prêtant une attention particulière aux plus vulnérables.**  
Elle joue quatre rôles essentiels.

## 1 PROTÉGER

La santé publique protège des menaces immédiates à la santé. Elle agit pour empêcher les épidémies ou la contamination des citoyens avec un polluant ou un produit dangereux.



## 2 SURVEILLER

La santé publique observe en continu l'évolution de notre état de santé collectif pour détecter des problèmes qui s'aggravent ou des anomalies dans une région particulière. Elle permet ainsi de cibler des priorités d'action et d'en évaluer l'efficacité.



<sup>4</sup> ASPQ (2020). Qu'est-ce que la santé publique ? [En ligne]  
[https://www.aspq.org/app/uploads/2020/07/aspq\\_infographie\\_roles\\_sante\\_publique\\_z.pdf](https://www.aspq.org/app/uploads/2020/07/aspq_infographie_roles_sante_publique_z.pdf)



## LA SANTÉ PUBLIQUE 3.0

L'importance des enjeux et l'ampleur des défis obligent la santé publique à accélérer le passage au stade 3.0 en consolidant les acquis des phases précédentes.

Selon Dr. Jean Rochon<sup>5</sup>, ancien ministre de la Santé, voici les différentes étapes de son développement :

**LA SANTÉ PUBLIQUE 1.0** s'est développée à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et pendant la majeure partie du 20<sup>e</sup> siècle comme une fonction des gouvernements locaux pour protéger la population en assainissant l'environnement, en contrôlant la qualité de l'eau et des aliments et en jugulant les épidémies. La vaccination et les antibiotiques ont permis de prévenir et de traiter les infections. La pandémie actuelle nous rappelle que ces fonctions de protection et de prévention sont toujours essentielles et doivent être constamment renforcées grâce au développement des connaissances et aux nouveaux apprentissages.

**LA SANTÉ PUBLIQUE 2.0** a amorcé son développement pendant les années 1970 avec une nouvelle perspective de la santé grâce aux connaissances des déterminants de la santé reliés à l'environnement, aux saines habitudes de vie et à la qualité des milieux de vie. Pendant la décennie 1980, la charte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la promotion de la santé<sup>6</sup> déclinait les conditions pour favoriser la santé sur les plans individuel et collectif incluant l'adoption de politiques favorables à la santé dans toutes les sphères d'activités et l'orientation des services de santé vers la promotion de la santé, au-delà de la prestation des soins. Cette phase se concluait par la reconnaissance formelle par l'OMS des quatre fonctions essentielles de santé publique présentées plus tôt.

**LA SANTÉ PUBLIQUE 3.0** a pris forme au début du 21<sup>e</sup> siècle en préconisant la prise en compte de la santé dans toutes les politiques. En conséquence, il incombe à la santé publique de fournir les arguments scientifiques pour soutenir la formulation et l'adoption des politiques favorables à la santé. Elle doit aussi élaborer les stratégies sur la base des données probantes pour la mise en œuvre des plans d'action aux niveaux provincial, régional et local. Enfin, elle doit valider et diffuser les informations pour l'évaluation des résultats des actions entreprises et de l'impact des politiques sur la santé et le bien-être de la population.

Aujourd'hui, la santé publique, grâce à ses quatre fonctions, est un vecteur fondamental de justice sociale, de prospérité et de bien-être représentant un investissement fort rentable pour tout gouvernement.

---

<sup>5</sup> Tout au long de sa carrière, le Dr Jean Rochon a été un témoin privilégié de l'évolution de la santé publique au Québec. Avec sa permission, nous reproduisons dans cette section un texte qu'il a écrit, "La santé publique 3.0", puisqu'il résume selon nous parfaitement les trois grandes époques de la santé publique. L'ASPQ tient à le remercier.

<sup>6</sup> OMS (1986). Charte d'Ottawa. [En ligne] [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1)

# LES ACQUIS DE LA SANTÉ PUBLIQUE QUÉBÉCOISE

Le Québec possède déjà plusieurs leviers pour permettre à la santé publique 3.0 d'assumer ses importantes responsabilités; et aux Québécois.es de profiter des nombreux bénéfices attendus de ses actions. Notons notamment les programmes, lois, plans d'action, politiques et outils suivants, listés de manière non exhaustive.

## PRINCIPAUX LEVIERS QUÉBÉCOIS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

### Le programme national de santé publique (PNSP)

Bien que chaque région ait la latitude d'ajuster ses services en fonction des besoins locaux et régionaux, le programme national de santé publique conserve toute sa pertinence et sa nécessité pour définir et orienter l'offre de services de santé et de services sociaux afin d'assurer le maintien et l'amélioration de la santé de la population dans l'ensemble du Québec. Le PNSP est ensuite décliné en plans d'action régional (PAR) et local (PAL) par les acteurs des différents centres de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) et des directions de santé publique régionales.

### La Loi sur la santé publique

Mise en place en 2004, cette loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général.

### La Loi sur le développement durable

La santé est une composante intrinsèque du développement durable. Cette loi a pour objet d'instaurer un nouveau cadre de gestion au sein de l'Administration publique afin que l'exercice de ses pouvoirs et de ses responsabilités s'inscrive dans la recherche d'un développement durable. Les mesures prévues par la présente loi concourent plus particulièrement à réaliser le virage nécessaire au sein de la société face aux modes de développement non viable, en intégrant davantage la recherche d'un développement durable, à tous les niveaux et dans toutes les sphères d'intervention, dans les politiques, les programmes et les actions de l'Administration. Elles visent à assurer la cohérence des actions gouvernementales en matière de développement durable, ainsi qu'à favoriser l'imputabilité de l'Administration en la matière, notamment par le biais des contrôles exercés par le commissaire au développement durable en vertu de la Loi sur le vérificateur général.

### La Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être

Le gouvernement nomme un Commissaire à la santé et au bien-être conformément aux dispositions de l'article 7. Aux fins d'améliorer la santé et le bien-être de la population, le commissaire est responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux en prenant en compte l'ensemble des éléments systémiques interactifs de ce dernier et de fournir à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement eu égard aux grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Il exerce ces responsabilités notamment en regard de la qualité, de l'accessibilité, de l'intégration, de l'assurabilité et du financement des services, des déterminants de la santé et du bien-être, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments et des technologies.



### La Politique gouvernementale de prévention en santé et son Plan d'action interministériel (PGPS) 2017-2021

Cette politique traduit l'ambition de donner un élan supplémentaire à la mobilisation déjà présente en faveur de la prévention en santé, notamment en apportant un soutien accru aux différents acteurs qui peuvent jouer un rôle à cet égard et en renforçant les collaborations qui permettent de faire converger les efforts vers la poursuite d'objectifs communs. Le premier plan d'action interministériel qui découle de la PGPS couvre la période allant de 2017 à 2021. Il constitue l'outil privilégié pour planifier et structurer la mise en œuvre de la PGPS. Pour chaque mesure et chantier prévus, il présente les actions qui seront réalisées dans la première phase de l'implantation de la PGPS, le calendrier de travail ainsi que le partage des rôles et les investissements qui y sont liés ainsi que les principaux partenaires et collaborateurs associés à leur implantation. Le plan d'action présente également un aperçu des approches de travail privilégiées et des mécanismes prévus pour assurer la gouvernance d'ensemble et la mise en œuvre de la PGPS, incluant l'évaluation, le suivi et la reddition de comptes.

### L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS)

Inclus dans la Loi sur la santé publique et comme défini par l'Institut national de santé publique du Québec (<https://www.inspq.qc.ca/eis>), l'EIS est une démarche visant à éclairer le processus de prise de décision. Elle a pour but d'anticiper et de documenter les impacts potentiels, tant positifs que négatifs, d'une politique ou d'un projet en cours d'élaboration sur l'ensemble des facteurs qui influencent la santé de la population. L'EIS permet aussi d'apprécier la distribution de ces impacts au sein de la population afin d'éviter la production ou l'accroissement d'inégalités sociales de santé. Ce type d'évaluation fournit des connaissances utiles aux décideurs et les aide à réfléchir aux ajustements qu'ils peuvent apporter à leur politique ou à leur projet pour en maximiser les retombées positives sur la santé, et en réduire les impacts négatifs ou bien les compenser. L'EIS est donc un levier pour promouvoir et favoriser la prise de décisions éclairées pour la santé de la population.

Pour l'activation de l'ensemble de ces instruments, le Québec peut compter sur des institutions solides. La direction générale de la santé publique et son réseau de directions régionales assurent la réalisation du programme national de santé publique en tenant compte de la réalité des territoires régionaux et locaux. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le centre d'expertise et d'excellence pour appuyer le ministère et les directions de santé publique et pour soutenir le développement des compétences. Les programmes universitaires assurent la formation dans les disciplines contribuant à la santé publique de même que la recherche sur les différentes dimensions de la santé de la population, notamment grâce à l'École de santé publique de l'Université de Montréal et de nombreux centres de recherches à travers le Québec.

Finalement, plusieurs organisations à but non lucratif telles que l'ASPQ mobilisent les partenaires socioéconomiques et communautaires sur les enjeux de promotion de la santé. Ces organisations (provinciales, régionales et locales), présentes partout sur le territoire québécois, rejoignent les citoyens à travers différents programmes et actions visant à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables à la santé. Elles permettent la mobilisation des différents acteurs tant gouvernementaux que de la société civile dans l'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens et des écosystèmes qui les influencent.

---

## 2. LE DÉSINVESTISSEMENT MASSIF ET LE MANQUE D'INVESTISSEMENTS EN SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC

La pandémie nous a permis de remettre en question la place de la santé publique au Québec, mais également de réévaluer le niveau de son investissement au cours des dernières années. Ce chapitre relate l'insuffisance des budgets de santé publique ainsi que les engagements électoraux du gouvernement en matière de prévention et de promotion de la santé,

### DES COUPES MAJEURES EN 2015-2016

L'année 2015-2016 est une année sombre pour la santé publique québécoise qui a subi d'importantes coupes budgétaires. Celle-ci ont été essentiellement dirigées vers les instances régionales de santé publique : alors que leur budget total pour l'ensemble du Québec était de 72 millions \$, celui-ci aurait été amputé de 23,5 millions \$, soit 32,6 %<sup>7,8</sup>. De nombreux acteurs ont dénoncé les conséquences désastreuses sur la capacité du réseau et son expertise, car le potentiel de la santé publique était déjà sous-exploité avant les réductions budgétaires.

Le gouvernement était d'ailleurs pleinement conscient de la fragilisation de la santé publique bien avant la pandémie comme le montre cet extrait de l'étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux en 2019.

---

*« Il faut quand même que je rappelle qu'en 2015-2016, malheureusement, la Santé publique a été marquée par des coupures importantes, qui ont généré une diminution de 30 % de ses budgets régionaux. Ça a fait beaucoup mal. Et la Santé publique a peiné et peine encore à se relever de cet exercice et a de la difficulté à mettre en œuvre les services qui sont inscrits au Programme national de santé publique. »*

*Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux, 2 mai 2019*<sup>9</sup>

---

---

<sup>7</sup> Fiset-Laniel J, Guyon A, Perreault R, Strumpf EC (2020). Public health investments: neglect or wilful omission? Historical trends in Quebec and implications for Canada. [En ligne] <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-020-00342-1>

<sup>8</sup> INSPQ (2019). Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552\\_evaluation\\_gouvernance\\_programme\\_national\\_sante\\_publique\\_2015\\_2025.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552_evaluation_gouvernance_programme_national_sante_publique_2015_2025.pdf)

<sup>9</sup> Assemblée nationale (2019). Étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, volet santé, accessibilité aux soins et santé publique. Vol. 45 N° 9. [En ligne] <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-42-1/journal-debats/CSSS-190502.html>

Plus récemment, en juin 2020, un commentaire rédigé par quatre experts de santé publique et paru dans le *Journal canadien de santé publique* questionnait l'importance relative accordée à la santé publique par rapport aux autres programmes de santé québécois<sup>10</sup>. Non seulement la santé publique n'a pas profité de la même croissance que les autres programmes entre 2004-2005 et 2017-2018 (46 % c. 81 % en moyenne), mais elle a également subi les diminutions de budget les plus importantes dans l'ensemble des programmes en 2015-2016 (-7,1 %). De plus, les coupes ont été réalisées de façon inégale en fonction des régions, ce qui a créé d'importantes disparités de financement nuisant à la capacité de répondre aux besoins de la population.

## LE QUÉBEC À LA TRAINÉ PAR RAPPORT AU RESTE DU CANADA

De 1975 à 1995, le Québec se comparait aux autres provinces en matière d'investissements en santé publique. Cependant, alors que les investissements ont considérablement augmenté ailleurs, le Québec a plutôt stagné autour de 3 % de ses dépenses de santé affectées à la santé publique, accroissant l'écart avec le reste du pays<sup>11</sup>.

Selon le rapport du Commissaire à la santé et au Bien-Être, en 2013-2014, le Québec réservait seulement 2,8 % des dépenses de ses établissements de santé et de services sociaux à la santé publique, soit la plus faible contribution provinciale comparativement à 5,5 % en moyenne au Canada<sup>12</sup>. La Coalition Avenir Québec soulignait d'ailleurs ces statistiques et la nécessité d'un rattrapage dans ses orientations en santé de 2018<sup>13</sup>.

Aujourd'hui, selon les estimations de la *Canadian Institute for Health Information*, la part du budget de la santé alloué à la santé publique au Québec aurait diminué à 2,2 % contre 5,4 % en moyenne au Canada<sup>14</sup>. Cette part pourrait même être plus faible si l'on se fie aux dépenses par programme de 2018-2019, qui réserve un maigre 1,4 % du budget de la santé à la santé publique.

Ainsi, le Québec a incontestablement un important rattrapage à faire en la matière.

---

<sup>10</sup> Fiset-Laniel J, Guyon A, Perreault R, Strumpf EC (2020). Public health investments: neglect or wilful omission? Historical trends in Quebec and implications for Canada. *Journal Canadien de Santé Publique*.

<https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-020-00342-1>

<sup>11</sup> Commissaire à la santé et au Bien-Être (2016). Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services.

[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices\\_Rapport/CSBE\\_Panier\\_Services\\_Voix\\_Citoyenne.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Rapport/CSBE_Panier_Services_Voix_Citoyenne.pdf)

<sup>12</sup> Commissaire à la santé et au Bien-Être (2016). Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services.

[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices\\_Rapport/CSBE\\_Panier\\_Services\\_Voix\\_Citoyenne.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Rapport/CSBE_Panier_Services_Voix_Citoyenne.pdf)

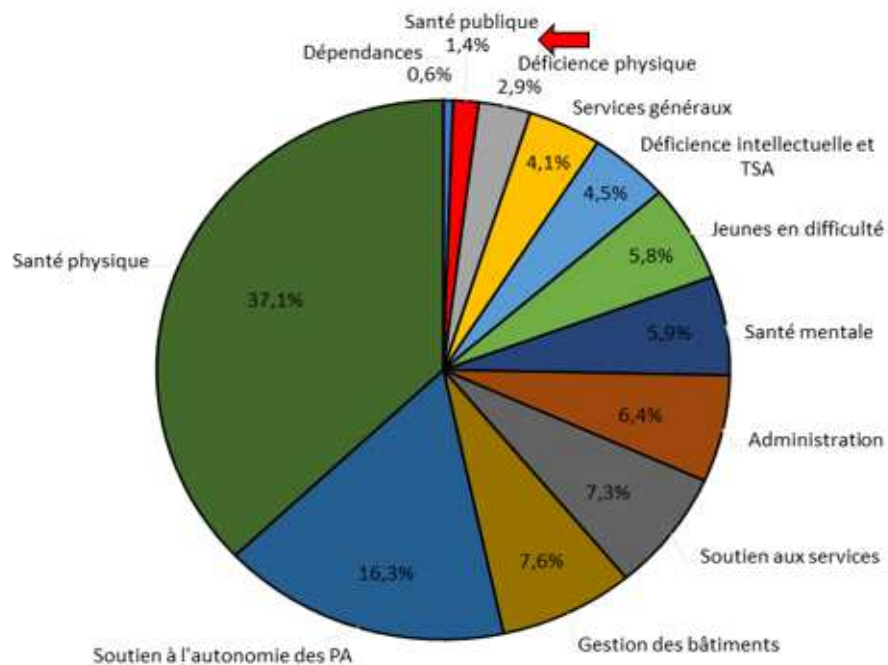
<sup>13</sup> Coalition Avenir Québec (2018). Orientations en santé de la CAQ. Pour un réseau de la santé plus accessible, plus efficace et plus décentralisé. [https://v2018.lacaq.org/wp-content/uploads/2018/05/document\\_orientations\\_sante\\_2018.pdf](https://v2018.lacaq.org/wp-content/uploads/2018/05/document_orientations_sante_2018.pdf)

<sup>14</sup> Canadian Institute for Health Information (2019). National Health Expenditure Database (NHED). Data tables: Health spending. Data tables: health spending (Series D1-2019-En) <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-1975-to-2019>.

## LE SOUS-INVESTISSEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

En regardant les dépenses des programmes du réseau de la santé en 2018-2019, on constate que la majorité est attribuée à la santé physique (37,1 %) et au soutien à l'autonomie des personnes âgées (16,3 %), alors que **la santé publique arrive parmi les derniers avec seulement 344 M\$ (1,4 %)**<sup>15</sup>. En lui réservant le deuxième plus bas budget, on se prive ainsi à la fois de ses bénéficiaires pour le mieux-être de la population et de son potentiel de réduire les coûts des soins, qui accaparent la forte majorité du budget de santé.

Proportion du budget *Santé* par programme, 2018-2019, ensemble du Québec



Source: MSSS. Contour financier, Dépenses par programme et par région, 2018-2019.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/>

## LA SOUS-PERFORMANCE DU CANADA

Si on compare la performance globale en santé du Canada avec celle des autres pays industrialisés en fonction de 11 indicateurs de santé, on remarque que le Canada se situe au milieu avec une note de « B », malgré les investissements en soins de santé<sup>16</sup>. **Les pays qui ont reçu des « A » ont agi davantage sur les déterminants de la santé, en améliorant l'environnement, l'éducation et les habitudes de vie, entre autres.**

<sup>15</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020). Comptes de la santé 2017-2018, 2018-2019 & 2019-2020. [En ligne] [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport/RA\\_19-614-01W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport/RA_19-614-01W_MSSS.pdf)

<sup>16</sup> Conference Board du Canada (2020). How Canada Performs. [En ligne] [https://www.conferenceboard.ca/hcp/overview/Health\\_fr.aspx](https://www.conferenceboard.ca/hcp/overview/Health_fr.aspx)

## LES ENGAGEMENTS DU GOUVERNEMENT QUÉBÉCOIS

Lors de son échange avec l'ASPQ en période préélectorale, lettre datant du 3 septembre 2018, la Coalition Avenir Québec (CAQ) proposait la solution suivante :

« Un gouvernement de la CAQ entend agir en prévention sur les déterminants de la santé parce que la santé générale des Québécois se dégrade. Par exemple, l'obésité et l'embonpoint coûtent maintenant 2,9 milliards de dollars par année au système de santé. De nombreuses études internationales soulignent que le système de santé arrive loin derrière d'autres facteurs comme l'éducation, la prévention et la promotion de saines habitudes de vie, pour expliquer l'état de santé d'une population. Selon la majorité des experts, une place plus importante doit être faite à la prévention et à la promotion de la santé et du bien-être. **Le Québec réserve seulement 2,8 % de son budget en santé à la santé publique, comparativement à 5,5 % en moyenne au Canada. Le Québec doit amorcer un rattrapage avec les autres provinces canadiennes, d'autant plus que les investissements en santé publique permettent des économies à long terme.** La CAQ travaillera sur un plan pour encourager les saines habitudes de vie afin de lutter contre l'augmentation du taux d'obésité et les maladies chroniques. »

De plus, sur sa plateforme électorale de 2018 qui contient les 100 engagements de la CAQ pour son premier mandat figure celui d'« **Encourager les saines habitudes de vie afin de lutter contre l'augmentation du taux d'obésité et des maladies chroniques** »<sup>17</sup>. Ces problématiques étaient déjà majeures avant la pandémie et celle-ci a intensifié l'urgence d'agir.

D'une part, la crise et les mesures sanitaires visant à la contenir ont eu des impacts directs sur les habitudes de vie et la consommation de substances des Québécois.es, augmentant pour plusieurs le risque pour la santé.

D'autre part, les effets indirects de la mobilisation des ressources humaines de la santé publique pour permettre de contrer le virus a aussi laissé moins de place aux actions de prévention et de promotion des saines habitudes de vie dans la dernière année. La réalisation de cet engagement devient donc encore plus nécessaire et urgente que jamais.

---

<sup>17</sup> Coalition Avenir Québec (2018). 100 engagements [En ligne]  
[https://www.mcreq.org/images/UserFiles/files/Les\\_cent\\_engagements\\_de\\_la\\_CAQ\\_2018.pdf](https://www.mcreq.org/images/UserFiles/files/Les_cent_engagements_de_la_CAQ_2018.pdf)

---

### 3. LES CONSÉQUENCES DÉVASTATRICES DU MANQUE D'INVESTISSEMENTS EN SANTÉ PUBLIQUE SUR NOTRE ÉCONOMIE ET NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Malgré l'avancement des connaissances et souvent en raison d'environnements défavorables à notre santé, les gens adoptent des habitudes de vie néfastes à la santé telles que le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation de faible qualité et la consommation d'alcool<sup>18</sup>. Celles-ci contribuent à la montée des maladies non transmissibles, qui comprennent notamment les maladies chroniques cardiovasculaires et respiratoires, les cancers et le diabète<sup>19</sup>.

Selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2017, 43,7 % des Canadiens de 20 ans et plus déclarent avoir reçu un diagnostic d'au moins une des dix maladies chroniques communes, avec 18,4 % atteints de la multimorbidité<sup>20</sup>. Au Québec, pour l'année 2015-2016, 48,7 % de la population de 12 ans et plus rapporte au moins un problème de santé chronique<sup>21</sup>. Les coûts directs et indirects de ces maladies, majoritairement évitables, représentent un fardeau considérable non seulement sur le système de soins, mais aussi sur la société en général.

**Au Canada, les coûts engendrés par les maladies chroniques sont évalués à au moins 190 G\$ annuellement<sup>22</sup>.**

Au Québec, les dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ne cessent d'augmenter ces dernières années. Avant la pandémie de COVID-19 qui pourrait avoir changé la donne, le gouvernement du Québec annonçait dans son *Budget de dépenses 2020-2021* que 42,8 G\$, donc 49,6 % des dépenses de programmes gouvernementales ou plus de 85 % de la croissance des dépenses de programmes, étaient alloués au MSSS<sup>23</sup>. Le gouvernement espérait améliorer ainsi l'accessibilité et la qualité des soins.

---

<sup>18</sup> Agence de la santé publique du Canada (2017). Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de santé publique au Canada, 2017. [En ligne] [https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html?utm\\_source=ogd&utm\\_medium=email-fr&utm\\_campaign=cpho-report-17](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html?utm_source=ogd&utm_medium=email-fr&utm_campaign=cpho-report-17)

<sup>19</sup> WHO GCM/NCD Working Group on the Alignment of International (2018). WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Final Report. [En ligne] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312273/WHO-NMH-NMA-GCM-18.12-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>20</sup> Varin M, Baker M, Palladino E & Lary T (2019). Indicateurs des maladies chroniques au Canada, 2019 – Mise à jour des données et prise en compte de la santé mentale. [En ligne] [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-39-no-10-2019/FR\\_2\\_Varin.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-39-no-10-2019/FR_2_Varin.pdf)

<sup>21</sup> Institut de la statistique du Québec (2020). Le Québec chiffres en main. [En ligne] [https://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2020\\_fr.pdf](https://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2020_fr.pdf)

<sup>22</sup> Gouvernement du Canada (2011). Le Canada signe la déclaration des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies chroniques. [En ligne] <https://www.canada.ca/fr/nouvelles/archive/2011/09/canada-signe-declaration-nations-unies-prevention-maitrise-maladies-chroniques.html>

<sup>23</sup> Secrétariat du Conseil du trésor. Budget de dépenses 2020-2021 (2020). [En ligne] <https://www.tresor.gouv.qc.ca/budget-de-depenses/budget-de-depenses-2020-2021/>

À titre comparatif, le second plus gros ministère, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur recevait 25,8 % du budget provincial (22,2 G\$)<sup>24</sup>. De plus, dans le *Budget de dépenses 2019-2020*, le budget pour le MSSS avait déjà été augmenté de 5,9 % pour atteindre 46,2 G\$, tout en conservant les mêmes objectifs<sup>25</sup>. La variation annuelle moyenne de ce ministère est de 5,5 %<sup>26</sup>.

Or, malgré des investissements croissants en soins de santé et même en l'absence d'épidémie, le système de soins peine à répondre aux besoins de la population. Avant la COVID-19, il était déjà urgent de réduire cette pression avant que le système de soins ne craque. Il est donc temps de revoir profondément la stratégie en matière de santé de la population et de cibler la prévention de divers facteurs de risque de maladies non transmissibles comme le tabagisme, l'obésité et l'alcool.

## LE COÛT DU TABAGISME

Le tabagisme est un facteur de risque reconnu pour le développement des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires et des cancers. En 2015-2016, 15 % des Québécois et 12 % des Québécoises fumaient quotidiennement<sup>27</sup>. Québec a pu diminuer le taux du tabagisme notamment grâce à la forte volonté politique qui ressert l'encadrement du tabagisme<sup>28</sup>. Malgré cela, environ 13 000 décès sont attribuables chaque année aux maladies générées par le tabagisme au Québec<sup>29</sup>. Les coûts directs du tabagisme au Québec en 2012 s'élevaient à 1,87 G\$. Les coûts indirects reliés à la mortalité prématurée étaient de 642 M\$, **ce qui totalise donne le montant total de 2,52 G\$**<sup>30</sup>.

## LE COÛT DE L'ALCOOL

Malgré sa forte acceptabilité sociale et son omniprésence, l'alcool est une substance psychoactive dont les dangers sont sous-estimés par la population. En 2015-2016, 82 % des Québécois âgés de 12 ans et plus ont bu de l'alcool au cours de l'année dont près de 7 consommateurs sur 10 affirment consommer régulièrement.<sup>31</sup> Selon des données canadiennes de 2017, c'est ainsi plus du tiers des consommateurs au Québec qui dépassent les limites de consommation à faible risque.<sup>32</sup>

De plus, environ un cinquième des Québécois âgés de 12 ans et plus ont consommé de manière abusive de l'alcool, soit boire cinq verres ou plus pour les hommes, ou quatre verres et plus pour les femmes, en une même occasion, au moins une fois par mois au cours d'une année.<sup>33</sup> Cette proportion grimpe à 40 % chez les consommateurs de 18-24 ans.<sup>34</sup>

<sup>24</sup> Secrétariat du Conseil du trésor. Budget de dépenses 2020-2021 (2020) [En ligne] <https://www.tresor.gouv.qc.ca/budget-de-depenses/budget-de-depenses-2020-2021/>

<sup>25</sup> Secrétariat du Conseil du trésor. Budget de dépenses 2018-2019 (2018). [En ligne] <https://www.tresor.gouv.qc.ca/budget-de-depenses/archives/budget-de-depenses-2018-2019/>

<sup>26</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020). Comptes de la santé 2017-2018, 2018-2019 & 2019-2020. [En ligne] [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport/RA\\_19-614-01W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport/RA_19-614-01W_MSSS.pdf)

<sup>27</sup> INSPQ (2020). Santéscope. Fumeurs quotidiens. Institut national de santé publique du Québec. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/tabagisme/le-tabagisme-au-quebec>

<sup>28</sup> INSPQ (2020). Le tabagisme au Québec. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/tabagisme/le-tabagisme-au-quebec>

<sup>29</sup> INSPQ (2020). Le tabagisme au Québec. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/tabagisme/le-tabagisme-au-quebec>

<sup>30</sup> Conference Board du Canada. Dobrescu A, Bhandari A, Sutherland G & Dinh T (2017). Coûts du tabagisme au Canada, 2012 [En ligne] <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/coûts-tabagisme-canada-2012.html>

<sup>31</sup> INSPQ (2020). Portrait de la consommation d'alcool au Québec et au Canada. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/portrait-de-la-consommation-alcool-au-canada-et-au-quebec>

<sup>32</sup> Statistique Canada (2019). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : tableaux détaillés de 2017. [En ligne] <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017/tableaux-detailles-2017.html#t17>

<sup>33</sup> Statistique Canada (2021). Consommation abusive d'alcool, selon le groupe d'âge. [En ligne] <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>

<sup>34</sup> INSPQ (2020). Portrait de la consommation d'alcool au Québec et au Canada. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/portrait-de-la-consommation-alcool-au-canada-et-au-quebec>

C'est dans ce contexte qu'en 2018, au Québec, le taux d'hospitalisation en raison de l'alcool s'élève à 211 pour 100 000 habitants.<sup>35</sup> Plus précisément, du 1er janvier au 26 novembre 2017, les services d'urgence ont traité 2 332 jeunes âgés de 12 à 24 ans en raison d'intoxications aiguës à l'alcool.<sup>36</sup> La consommation d'alcool est aussi en cause dans de nombreux accidents mortels : selon les données de la Société d'assurance automobile du Québec, 20,1 % des conducteurs décédés au Québec en 2018 et testés pour le taux d'alcool ont eu un résultat dépassant la limite légale de 80 mg d'alcool/100 ml de sang<sup>37</sup>.

L'alcool engendre ainsi de nombreux problèmes de santé et sociaux tels que la cirrhose de foie, le cancer, le syndrome d'alcoolisation fœtale, l'alcoolisme, des traumatismes et des cas de violence. Bien qu'il demeure difficile d'estimer avec exactitude le coût réel des conséquences de la consommation d'alcool<sup>38</sup>, **on estime qu'elle coûte au Québec plus de 3 milliards de dollars annuellement**<sup>39</sup>.

## LE COÛT DE L'OBÉSITÉ

Depuis quelques décennies, l'obésité est devenue un problème mondial portant un fardeau supplémentaire pour l'économie et les systèmes de santé<sup>40</sup>. Le Québec n'y échappe pas. En 2015, 23 % des adultes québécois et 10 % des jeunes de 5 à 17 ans présentaient de l'obésité alors que 36 % des adultes et 20 % des jeunes faisaient de l'embonpoint<sup>41</sup>. L'obésité étant un facteur de risque de plusieurs problèmes de santé, elle a un impact sur les besoins de soins de la population.

En 2011, selon l'INSPQ, **l'obésité des adultes seulement a coûté 2,9 G\$ au Québec**<sup>42,43,44</sup>. Cette étude a inclus les coûts directs, comprenant les hospitalisations, les visites médicales et les médicaments, puis la perte de productivité reliée à l'incapacité pour les coûts indirects. Ces derniers seraient davantage amplifiés si d'autres approches sont utilisées, notamment en incluant la capacité de gain, l'impact psychologique et le capital social<sup>45</sup>. Nombreux déterminants de santé contribuent à la montée de l'obésité dans notre société, incluant le mode de vie sédentaire avec une diminution du niveau d'activité physique et une transformation du système alimentaire<sup>46</sup>.

<sup>35</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2020). Outil interactif des indicateurs de santé. [En ligne] <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/search.jspa?language=fr>

<sup>36</sup> INSPQ (2018). Intoxications aiguës à l'alcool et boissons sucrées alcoolisées. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2360\\_intoxications\\_aigues\\_alcool\\_boissons\\_sucrees\\_alcolisees.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2360_intoxications_aigues_alcool_boissons_sucrees_alcolisees.pdf)

<sup>37</sup> Société d'assurance automobile du Québec (2020). Bilan routier 2019. [En ligne] <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/bilan-routier-2019.pdf>

<sup>38</sup> INSPQ (2016). Portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015. [En ligne] <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2634366>

<sup>39</sup> Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada (2018). Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014). [En ligne] <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2018-fr.pdf>

<sup>40</sup> Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé (2011). Obésité au Canada. [En ligne] <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>

<sup>41</sup> Statistique Canada (2021). Tableau 13-10-0794-01 Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les adultes (classification selon l'Organisation mondiale de la santé), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition. [En ligne] <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310079401&pickMembers%5B0%5D=1.6&pickMembers%5B1%5D=2.1&pickMembers%5B2%5D=3.1&pickMembers%5B3%5D=5.1>

<sup>42</sup> Blouin C, Hamel D, Vandal N, Barry AD, Lo E, Lacroix G et al. (2017). The economic consequences of obesity and overweight among adults in Quebec. *Can J Public Health*. 107(6):e507-e13. Epub 2017/03/03.

<sup>43</sup> INSPQ (2015). Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1922\\_Consequences\\_Economiques\\_Obesite.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1922_Consequences_Economiques_Obesite.pdf)

<sup>44</sup> INSPQ (2015). Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à la consommation de médicaments et à l'invalidité – Mise à jour 2016. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2035\\_obesite\\_couts\\_medicaments\\_invalidite\\_mise\\_a\\_jour\\_2016.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2035_obesite_couts_medicaments_invalidite_mise_a_jour_2016.pdf)

<sup>45</sup> Janssen I (2013). The public health burden of obesity in Canada. *Can J Diabetes*. 37(2):90-6. Epub 2013/09/28.

<sup>46</sup> INSPQ (2015). Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1922\\_Consequences\\_Economiques\\_Obesite.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1922_Consequences_Economiques_Obesite.pdf)



---

## 4. DES SOLUTIONS EFFICACES POUR ÉVITER DES CATASTROPHES FUTURES

La crise causée par la COVID-19 sur le système québécois ne sera pas la dernière. Avec la pression causée par l'humain sur l'environnement et la réduction des barrières géographiques, tous les facteurs sont réunis pour l'apparition de futures pandémies. Pourtant, même si celles-ci sont imprévisibles, le Québec peut s'y préparer en réduisant la vulnérabilité de sa population face aux maladies infectieuses et en contribuant à sa résilience.

La prévention et la promotion de la santé ont été conçues à cet effet. Elles représentent pour le Québec la seule et véritable porte de sortie à notre crise : une solution durable et globale, profitant à la population pour un avenir meilleur.

### UN RÉINVESTISSEMENT MASSIF EN SANTÉ PUBLIQUE

La prévention et la promotion de la santé ne sont pas seulement favorables à la qualité de vie et à une meilleure espérance de vie en bonne santé. Leurs impacts positifs touchent aussi notre économie, en maximisant la productivité de la population active et en réduisant les coûts faramineux et croissants de notre système de soins : maladies chroniques évitables = dépenses publiques évitables. Pour prévenir les maladies, il faut s'attaquer à leurs causes ou à leurs facteurs de risque. D'ailleurs, comme le soulignait l'ex-ministre Lucie Charlebois qui a déposé la première *Politique gouvernementale de prévention en santé*, la prévention est un investissement alléchant au plan économique.

---

« À titre d'exemple, 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. »<sup>47</sup>

---

Les programmes de prévention liés au tabagisme, à l'alcool, à l'activité physique et à la nutrition pourraient réduire le fardeau des maladies non transmissibles de plus de moitié, en ajoutant très peu d'argent aux dépenses en santé actuelles<sup>48</sup>. Devant les nombreux défis auxquels le Québec est confronté, il est impératif d'investir dans la prévention des maladies associées à l'obésité, comme le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète, en permettant aux Québécois d'avoir accès à une saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif.

**Selon l'OCDE, chaque dollar investi en prévention de l'obésité aurait un rendement économique multiplié par six<sup>49</sup>.**

---

<sup>47</sup>Gouvernement du Québec (2016). Politique gouvernementale de prévention en santé.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>

<sup>48</sup> Meiro-Lorenzo M, Villafana TL & Harrit MN (2011). Effective Responses to Non-Communicable Diseases: Embracing Action Beyond the Health Sector. [En ligne]

<http://documents.worldbank.org/curated/en/698851468325226418/pdf/651320WP0Box360activeResponsestoNCDs.pdf>

<sup>49</sup> OCDE (2019). Le lourd fardeau de l'obésité- L'économie de la prévention. [En ligne] <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b53ed5f9-fr/index.html?itemId=/content/component/b53ed5f9-fr>

# LA CRÉATION D'UN SECRÉTARIAT À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ DURABLE

Il faut protéger et valoriser l'ensemble des fonctions de la santé publique dans tous les secteurs de notre société pour éviter une catastrophe prévisible et en tirer les pleins bénéfices. La création d'un Secrétariat à la prévention et à la promotion de la santé durable permettrait d'y veiller.

Une approche multisectorielle impliquant notamment les secteurs de la santé, de l'éducation, de la finance, de l'aménagement, de l'agriculture, de l'industrie et du transport est entre autres essentielle pour réduire les principaux facteurs de risques des maladies évitables<sup>50</sup>. Ainsi, le Secrétariat à la prévention et à la promotion de la santé durable serait un organisme interministériel se rapportant directement au premier ministre par le biais du Conseil exécutif. Similaire à celui de la Jeunesse, il aurait pour mandat d'observer et d'analyser les comportements de la population, des entreprises et des décideurs en matière de santé durable et de conseiller le gouvernement. Il proposerait également des actions de sensibilisation auprès du grand public, des milieux communautaires et du travail ainsi que des politiques et réglementations.

Relevant directement du premier ministre, cet organisme agirait de concert avec l'ensemble des ministères afin d'élaborer des objectifs et de déployer des actions où la santé durable et globale des Québécois.e.s deviendrait l'élément central de toute initiative ministérielle.

À ce jour, seul le ministre de la Santé et des Services sociaux a partiellement ce mandat avec sa Direction générale de la santé publique et son Bureau de la Politique gouvernementale de la prévention en santé. En effet, la Loi sur la santé publique, depuis le 18 juin 2002, stipule dans son article 54 que « le ministre [de la Santé] est le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population ».

---

<sup>50</sup> Meiro-Lorenzo M, Villafana TL & Harrit MN (2011). Effective Responses to Non-Communicable Diseases: Embracing Action Beyond the Health Sector. [En ligne] <http://documents.worldbank.org/curated/en/698851468325226418/pdf/651320WP0Box360ctiveResponsestoNCDs.pdf>

# L'OUVERTURE DES DONNÉES POUR MAXIMISER L'APPORT DE LA RECHERCHE AUX PRATIQUES ET DÉCISIONS

Le contexte actuel de la COVID-19 met en lumière l'importance de l'accès aux données pour les chercheurs et les divers organismes qui ont à cœur la santé de la population. Bien que des données liées à la santé existent et sont réputées parmi les plus complètes au monde, leur cloisonnement dans les différents silos d'organismes gouvernementaux complique leur utilisation, leur analyse et leur croisement.

Pourtant, un accès rapide, simplifié et décloisonné aux données des organismes et ministères pourrait nous aider à comprendre plus globalement les impacts de la pandémie, à suivre plus rapidement l'évolution de la situation et à agir en conséquence, tout en respectant la confidentialité des informations personnelles. Cela pourrait aussi permettre de multiples autres avancées des connaissances et des innovations sociales exceptionnelles favorisant la qualité de vie des Québécois.es.

Au cours des derniers mois, plus de 70 organismes citoyens et membres de la communauté scientifique ont joint leurs voix afin de sensibiliser les décideurs aux conséquences directes du manque d'accès aux informations pour la santé de la population québécoise, notamment en situation de pandémie. Notre proposition consiste à :

1. Améliorer le processus d'accès aux données pour la communauté de chercheur.e.s du Québec dont les intérêts sont publics.
2. Décloisonner les données pour protéger et promouvoir la santé des Québécois.es.
3. Valoriser les données croisées pour avoir un portrait global de tous les déterminants de la santé des Québécois.es
4. Orienter les actions gouvernementales et citoyennes en fonction des résultats obtenus.

Concrètement, cela signifie :

1. Réduire le délai de traitement des demandes à un maximum de 4 mois, soit le même que celui de l'*International Credential Evaluation Service* en Ontario.
2. Simplifier le processus d'accès aux données pour la communauté de chercheur.e.s du Québec dont les intérêts sont publics.
3. S'assurer de l'homogénéité des processus décisionnels mis en place par chaque organisme gouvernemental ou paragouvernemental possédant des informations d'intérêt pour les chercheur.e.s.
4. S'assurer que les propriétaires de ces informations, c'est-à-dire l'ensemble de la population québécoise, aient accès aux résultats des recherches contribuant à l'amélioration de leur qualité de vie, en exigeant la publication des études réalisées à partir de données gouvernementales.

## CONCLUSION

La pandémie de COVID-19 a tristement mis en évidence la vulnérabilité de notre système de soins, de notre économie et des populations vivant dans des environnements nuisibles.

D'une part, les personnes infectées par le virus ayant une condition de santé préexistante souffrent davantage de symptômes graves ou décèdent des suites de complications. D'autre part, les mesures de confinement, les adaptations requises et la suspension de certains secteurs de la société ont amplifié l'importance des défis liés à la santé mentale et aux inégalités sociales de santé.

**Notre économie, axée sur la consommation et non la santé durable de notre population, en a grandement été impactée et les coûts du système de soins ont explosé.**

En plus de devoir réparer les nombreux dégâts causés par la présente crise, nous devons aussi alléger le fardeau évitable pour notre système de soins public, mieux nous préparer pour les prochaines épidémies et favoriser notre résilience en misant sur la santé durable.

Pour le mieux-être à court et long terme des Québécois.es et pour la viabilité du système de soins public, il est impératif de :

- ❖ Réinvestir massivement en santé publique, notamment dans le réseau et au sein du plan d'action de la Politique gouvernementale de prévention en santé ;
- ❖ Créer un secrétariat à la prévention et à la promotion de la santé durable ;
- ❖ Partager les données pour maximiser l'apport de la recherche aux pratiques et décisions.

À l'heure où cette crise amène à repenser le rôle de certaines composantes de l'État, la santé publique doit s'inscrire dans une solution à la fois prioritaire et durable.

Saisissons cette occasion pour lui permettre de jouer pleinement ses différents rôles et d'exprimer son plein potentiel pour notre bénéfice individuel et collectif et pour la prospérité du Québec.