

**Prévenir avant de guérir : perceptions et réflexions des élus de
l'Assemblée nationale du Québec sur le financement de la santé
publique québécoise**

Essai présenté par
Gabrielle Jolicoeur
Boursière 2021-2022

Assemblée nationale du Québec
Juin 2022

Fondation
**Jean.
Charles.
Bonenfant**



SOMMAIRE

Il existe un consensus clair dans la communauté scientifique quant à la rentabilité des investissements en prévention de la maladie et en promotion de la santé et du bien-être (ci-après « promotion et prévention »). De nombreux auteurs avancent en outre que de tels investissements comptent parmi les outils les plus importants que peuvent mettre en place les décideurs pour limiter les dépenses publiques en santé et services sociaux. Pourtant, les budgets alloués à la santé publique, principale responsable de la mise en œuvre de la prévention et promotion au Québec demeurent, somme toute, minimes.

Cet essai examine les raisons qui sous-tendent la place restreinte accordée à la prévention et la promotion dans notre système de santé et services sociaux. Plusieurs raisons ont été identifiées par la communauté scientifique, mais il existe peu de littérature regroupant les perceptions des élus québécois sur les enjeux liés au financement de la prévention et la promotion et, plus largement, de la santé publique dans notre système de santé. Dans un contexte où la population est vieillissante et où la pression sur le système de santé et les soignants et soignantes est grandissante, les élus auront dans les prochaines années d'importantes décisions à prendre concernant l'avenir du financement de notre système de santé.

Cet essai se veut donc une synthèse des réflexions des députés quant à la place de la prévention et la promotion au Québec, la santé publique et, plus globalement, l'avenir du financement de notre système de santé et de services sociaux.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les sept députés et ex-députés qui ont accepté de partager avec une grande générosité leur expérience avec moi malgré leur horaire chargé. Elles et ils ont fait de la rédaction de cet essai un exercice hautement enrichissant et stimulant.

Je remercie Christian Blais et François Gagnon pour leurs précieux conseils et commentaires tout au long de la rédaction de cet essai.

La recherche sur laquelle s'appuie l'essai n'aurait pu être aussi complète sans l'aide de mon bibliothécaire attitré, Alexandre Laflamme, que je remercie grandement. Merci également à Magali Paquin pour la révision de ma grille d'entrevue.

Merci à Joséane Caron, coordonnatrice des stages et psychologue à temps partiel, pour sa bienveillance, sa bonne humeur et son soutien constant durant toute la durée du stage.

Merci à mes précieux collègues stagiaires Julianne, Jérémy, Véronique et Victoria, pour ces 10 mois d'échanges, de discussions et d'aventures.

Table des matières

LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	7
GLOSSAIRE.....	8
1. INTRODUCTION	12
1.1 Méthodologie	16
2. Connaissance des députés de la santé publique québécoise et des activités de prévention et promotion.....	17
2.1 Connaissance du réseau institutionnel de la santé publique québécoise.....	17
2.2 Connaissance des objectifs poursuivis par la santé publique.....	17
3. Le financement accordé à la santé publique québécoise depuis les 20 dernières années est-il adéquat ?	18
3.1 Portrait statistique du financement de la santé publique québécoise	18
3.2 Perception des députés.....	21
3.3 État de la littérature sur le financement de la santé publique québécoise.....	21
4. Écart entre le financement québécois et le financement dans les autres provinces canadiennes.....	22
4.1 La comparabilité des données.....	23
4.2 Statistiques sur l'évolution du financement au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes	24
4.3 Réflexion des députés	26
4.3.1 La culture du système de santé québécois.....	26
4.3.2 La place de certains enjeux de santé publique dans les autres provinces.....	27
5. Enjeux et défis du financement en santé publique au Québec – perceptions et réflexions des députés .	28
5.1 Les cycles électoraux	28
5.2 Les groupes de pression	30
5.3 Les médias	31
5.4 La Loi canadienne sur la santé.....	32
6. Quelle part des fonds publics devrait être accordée à la prévention et la promotion de la santé ?	35
6.1 Perception des députés.....	35
6.2 Brève synthèse de la littérature sur la place de la prévention et la promotion de la santé dans le système de santé.....	38
6.3 La prévention et la promotion de la santé : une demande de la population ?.....	42
7. La taxation des boissons sucrées, une mesure de financement prometteuse ?.....	44
8. Quelques prescriptions pour la santé publique.....	46
9. CONCLUSION.....	47
Bibliographie.....	51
ANNEXE 1	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Réseau institutionnel de la santé publique québécoise

Figure 2 : Configuration d'ensemble des 12 programmes administrés par le MSSS

Figure 3 : Part des dépenses en santé publique sur les dépenses totales de santé pour le Québec et d'autres provinces canadiennes de 2010 à 2019

Figure 4 : Dépenses en soins préventifs per capita pour le Québec, le Canada et des pays de l'OCDE en 2017 (\$ US, PPA courante)

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACSP : Association canadienne de Santé publique

CCNPPS : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

CIRANO : Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

DRSP : Direction régionale de santé publique

DGSP : Direction générale de santé publique

ICIS : Institut canadien d'informations sur la santé

INESS : Institut national d'excellence en santé publique

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MF : Ministère des Finances

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PGPS : Politique gouvernementale de prévention en santé

PNSP : Programme national de santé publique

GLOSSAIRE

Santé publique :

La santé publique est un champ d'application des connaissances scientifiques et pratiques qui renvoie aux efforts organisés et déployés par une société pour maintenir ses citoyens en santé et éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés¹.

Santé publique québécoise :

L'objectif principal poursuivi par la santé publique québécoise est la protection de la santé de sa population et la mise en place de conditions favorables au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population en général². La santé publique québécoise remplit quatre fonctions essentielles : 1) la surveillance continue de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants ; 2) la promotion de la santé et du bien-être ; 3) la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ; 4) la protection de la santé de la population. Dans la poursuite de tels objectifs, la santé publique a recours à un ensemble de programmes, de services et de politiques, dont les plus importants sont le Programme national de santé publique (PNSP)³ et la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS)⁴. La figure ci-dessous illustre le réseau institutionnel de la santé publique québécoise.

¹ George ROSEN. « A History of Public Health », *John Hopkins University Press*, Baltimore, 1958, 280 p.

² *Loi sur la santé publique*, LRQ, 2001, ch. S-2.2, art. 1

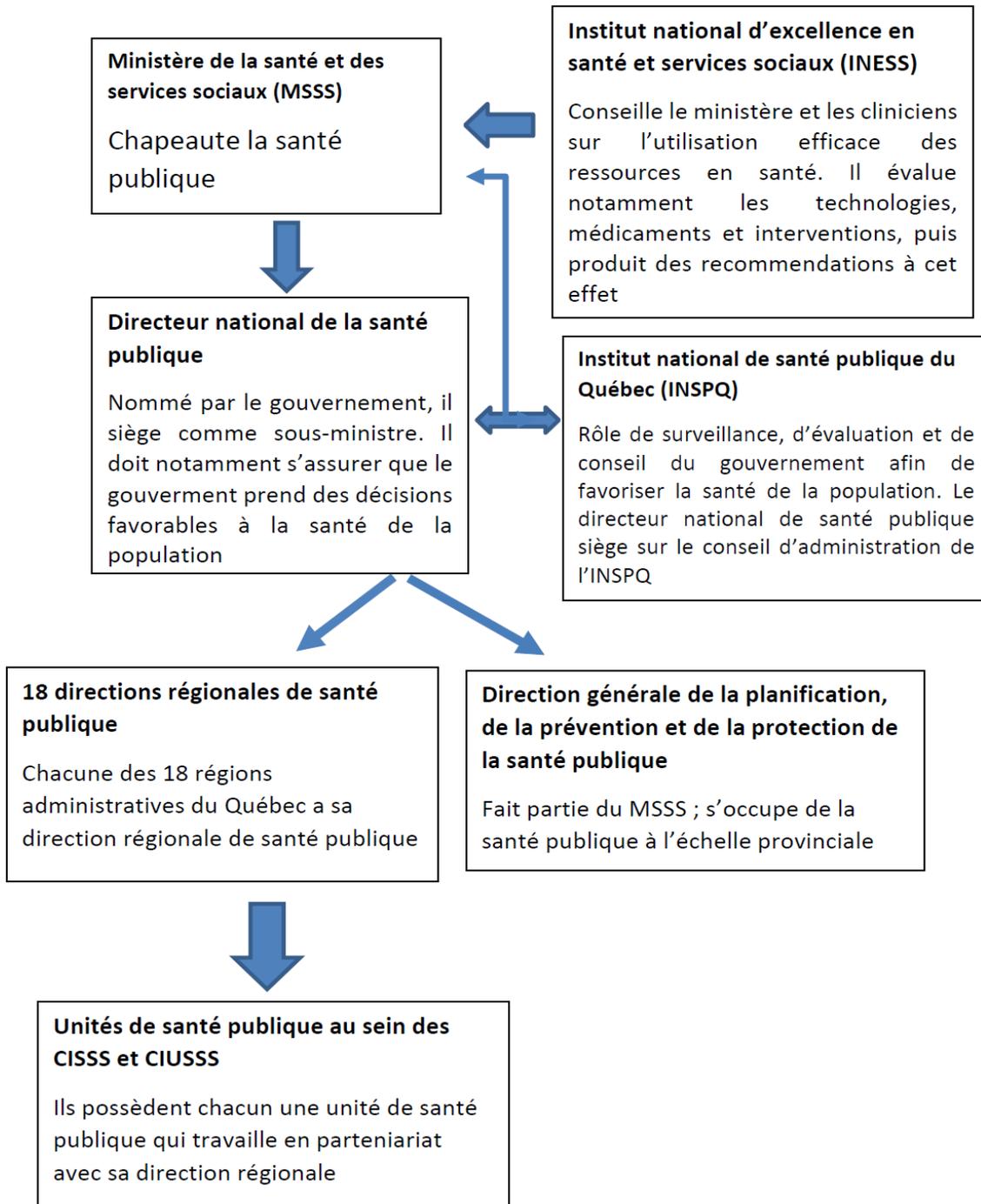
³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). « Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec », Québec, 2015, 85 p.

[En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

⁴ MSSS. « Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population », Québec, 2016, 112 p.

[En ligne] <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/#:~:text=Avec%20la%20Politique%20gouvernementale%20de,impact%20d%C3%A9terminant%20sur%20la%20sant%C3%A9.>

Figure 1 : Réseau institutionnel de la santé publique québécoise



Source : adapté du livre Michel O'NEIL et coll. « Promotion de la santé au Canada et à l'étranger : perspectives critiques », *Les Presses de l'Université Laval*, Québec 2006, 510 p.

La contribution majeure d'autres acteurs, notamment dans le milieu académique et communautaire, à la définition, à la pratique et à la portée de la santé publique est indéniable ; cependant, par souci de concision, le texte qui suit ne porte que sur la santé publique telle que définie ci-haut. **Le vocable « santé publique québécoise » sera donc employé dans ce texte en référence au réseau institutionnel illustré à la Figure 1.**

De plus, toujours par souci de concision, le vocable « système de santé » sera utilisé en référence au système de santé et services sociaux.

Programme national de santé publique (PNSP)⁵ :

Ce programme constitue le principal outil de mise en œuvre des objectifs de la santé publique, en définissant l'offre de services de santé publique à déployer par le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau pour la période 2015-2025. Il structure l'action de santé publique en vue de maintenir et d'améliorer la santé de la population par des services de qualité, qui sont adaptés aux besoins spécifiques et aux réalités de tous les territoires du Québec. L'offre de services vise les personnes et leurs milieux de vie, en portant une attention particulière aux groupes plus vulnérables, contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales de santé. Aux fins de ce texte, il serait trop long d'énumérer les 86 objectifs inscrits dans le PNSP. Ces objectifs sont larges et visent tous à maintenir la population en santé, que ce soit par la réalisation d'un portrait global de l'état de santé de la population, la diffusion de l'information aux décideurs, le soutien d'initiatives locales favorisant le développement de la capacité d'agir des communautés, etc. Le lecteur qui souhaite en savoir plus peut se référer au Programme national de santé publique 2015-2025.

Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS)⁶ :

Cette politique constitue une innovation pour le Québec, en ce qu'elle constitue la première politique de prévention en santé intersectorielle et interministérielle. Elle propose ainsi des mesures qui impliquent des secteurs d'activités autres que la santé et les services sociaux dans l'amélioration de la santé de la population québécoise. Ces mesures touchent des secteurs d'activités divers, tels que la famille, l'éducation, le logement, le revenu, l'emploi, le transport, la

⁵ MSSS 2015, *op. cit.*, p. 6.

⁶ MSSS 2016, *op. cit.*, p. 6

solidarité et l'inclusion sociale, etc. Ce faisant, des gains de santé supplémentaires à court, moyen et long terme pourraient être obtenus, gains que le système de santé et de services sociaux ne pourrait accomplir seul et qui auront un impact notable sur la réduction des coûts de santé. Des sommes de 80 millions y sont consacrées, soit 20 millions par année sur 5 ans.

Prévention des maladies :

Englobe les activités qui visent à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes psychosociaux ou de santé⁷.

Promotion de la santé et du bien-être :

S'intéresse au développement des capacités des individus et des communautés, notamment par des changements de comportements, ainsi qu'au soutien à l'adoption de politiques publiques favorables à la santé, que ce soit pour rendre les environnements facilitants ou pour créer des conditions de vie et économiques ayant un effet positif sur la santé et sur la réduction des inégalités⁸.

Prévention des maladies et promotion de la santé et du bien-être :

Comme la prévention des maladies et la promotion de la santé et du bien-être sont très souvent traitées ensemble dans la littérature scientifique, et par souci de concision, **ils seront regroupés dans ce texte sous le vocable « prévention et promotion ».**

⁷ MSSS 2016, *op. cit.*, p. 6.

Par exemple : Prévenir l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie et les milieux de soins ; prévenir l'apparition des maladies évitables par la vaccination et contribuer à leur élimination ; prévenir les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).

⁸ *Ibid.*

Par exemple : Promouvoir, par des approches intégrées, la création et le maintien de milieux de vie et de communautés sains et sécuritaires ; promouvoir et faciliter l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires ; prévenir l'initiation au tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement, ainsi que soutenir la cessation tabagique ; prévenir les problèmes associés ; à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, ainsi qu'à la pratique de jeux de hasard et d'argent ; prévenir l'exposition aux risques pour la santé liés à l'environnement physique ; prévenir l'exposition aux risques pour la santé liés aux milieux de travail.

1. INTRODUCTION

Depuis un siècle, l'espérance de vie des Québécois a augmenté de trente années. Cinq de ces années sont attribuables à l'amélioration des soins hospitaliers, tandis que vingt-cinq années sont dues à l'amélioration des conditions de vie des Québécois⁹.

La santé publique a joué un rôle important dans cette amélioration des conditions de vie. En effet, l'augmentation marquée de l'espérance de vie des Québécois coïncide avec les débuts des activités à grande échelle de santé publique au 20^e siècle. Ainsi, grâce au contrôle de la qualité de l'eau et des aliments ainsi qu'à la vaccination, la santé publique a joué et continue de jouer un rôle important dans la prévention des maladies transmissibles¹⁰.

Dans les années 1970 et 1980, le développement des connaissances entourant les liens entre les maladies, l'environnement et les saines habitudes de vie ont permis d'orienter les activités de la santé publique vers la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles. L'un des meilleurs exemples est l'adoption de la première *Loi sur le tabac* en 1998, résultat de l'effort concerté de plusieurs acteurs œuvrant en prévention et promotion.

Au tournant du 21^e siècle, plusieurs rapports, dont l'un des plus importants provient de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont recommandé d'inclure la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques¹¹. Le Québec s'est d'ailleurs inscrit très tôt dans ce courant international, maintenant connu sous le vocable « La santé dans toutes les politiques ». Dès 2001, le Québec a adopté la *Loi sur la santé publique*¹² dont l'article 54 confie au ministre de la Santé et des Services sociaux un rôle-conseil auprès de l'ensemble du gouvernement en matière de promotion de la santé et d'adoption de politiques aptes à favoriser une amélioration de la santé

⁹ Association canadienne de santé publique (ACSP). « La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada », Ottawa, 2019, p. 6. [En ligne] <https://www.cpha.ca/fr/la-sante-publique-dans-le-contexte-du-renouvellement-du-systeme-de-sante-au-canada>

¹⁰ Les maladies transmissibles sont les maladies qui se transmettent par différents modes de contact tels que la transmission par contact physique direct (par exemple le sang ou le sperme), par contacts physiques indirects (par exemple une surface infectée), par le milieu ambiant (air, eau) ou par ingestions (nourriture ou eau infectée)

¹¹ Organisation mondiale de la santé (OMS). « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé », Ottawa, 1986, 6 p. [en ligne] https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

¹² *Loi sur la santé publique*, LRQ, 2001, ch. S-2.2

et du bien-être de la population. Un nouveau rôle s'est alors dessiné pour la santé publique, soit celui de fournir des arguments scientifiques pour soutenir la formulation et l'adoption de politiques favorables à la santé. D'ailleurs, en 2020, la pandémie de COVID-19 a mis en lumière le rôle essentiel et pourtant largement méconnu de la santé publique dans notre système de santé.

En marge de la pandémie de COVID-19 se déploie toutefois depuis des années, bien souvent à l'ombre de l'attention médiatique, politique et citoyenne, une autre forme de menace à la santé publique. Plus insidieuse, bien plus dévastatrice, cette crise de santé publique prend de plus en plus d'ampleur. Ainsi, les maladies non transmissibles liées aux habitudes de vie affectent notre système de santé depuis des décennies. Plusieurs experts identifient d'ailleurs ces maladies comme la véritable épidémie du 21^e siècle¹³. Ces maladies sont principalement celles reliées à la consommation de tabac et d'alcool, à une alimentation riche en gras trans et en sucre ainsi qu'à l'inactivité physique¹⁴.

En majeure partie évitables, les maladies liées aux habitudes de vie exercent sur notre système de santé et sur les soignantes et soignants une pression grandissante, particulièrement dans un contexte où la population atteinte de ces maladies et de leurs complications est vieillissante. Une grande partie du budget octroyé à la santé et aux services sociaux est également consacré aux coûts engendrés par ces maladies. À titre d'exemple, les maladies reliées au tabagisme coûtent environ 2,5 milliards de dollars par année à l'état québécois¹⁵, tandis que les coûts reliés à l'obésité totalisent 3 milliards¹⁶. Environ le tiers des lits d'hôpitaux du Québec seraient occupés par des patients souffrant d'une maladie reliée au tabac¹⁷.

¹³ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). « The heavy burden of obesity : the economics of prevention », 2019. [En ligne], <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/67450d67-en/index.html?itemId=/content/publication/67450d67-en>

¹⁴ Voici une liste non exhaustive de maladies liées principalement aux habitudes de vie : cancer du poumon, maladies pulmonaires obstructives chroniques, maladies cardiovasculaires, diabète de type 2. Le tabac est également la cause principale des cancers de la bouche et de la vessie.

¹⁵ MSSS. « Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 », Québec, 2020, p. 13 [En ligne] https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf

¹⁶ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « L'obésité et l'embonpoint : quels sont les impacts économiques au Québec ? », Québec, 2016. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/publications/2126>

¹⁷ Pierre-Yves CRÉMIEUX et coll. « Impact direct du tabagisme sur le système de santé au Québec », Québec, 2010, p. 29 [en ligne] http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2010/ETUD_10_08_10_GroupeDAnalyse_FardeauTabac_FINAL.pdf

Ces maladies sont également la cause d'une grande morbidité et d'une grande mortalité. Si la COVID-19 a causé la mort de 10 714 Québécois entre mars 2020 et mars 2021¹⁸, les décès reliés au tabagisme au Québec sont de l'ordre d'environ 13 000 par année¹⁹, tandis que ceux reliés aux maladies cardiovasculaires sont d'environ 38 000 par année²⁰. En outre, un fumeur sur deux décèdera des conséquences du tabagisme²¹. De plus, la moitié de la population de 12 ans et plus souffre d'une maladie chronique, dont l'étiologie repose bien souvent sur les mauvaises habitudes de vie²².

Les trois quarts des problèmes de santé d'une population sont déterminés par les conditions environnementales, les habitudes de vie, la qualité de vie et les inégalités sociales de santé²³. Ce sont tous des facteurs sur lesquels les gouvernements exercent un certain contrôle et, ainsi, contribuent à la prévention des maladies et la promotion de la santé. La santé publique québécoise est le principal acteur permettant à l'état d'agir en prévention et promotion de la santé.

Toutefois, comme il le sera démontré dans les prochaines pages, la santé publique québécoise, principale responsable de la mise en œuvre d'actions de prévention et promotion au Québec, dispose d'un financement assez minime par rapport aux autres postes budgétaires en santé. En outre, elle serait, selon certaines études, moins financée que la moyenne des autres provinces canadiennes et des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) et ce, depuis une vingtaine d'années²⁴.

Il émane de ce constat les quatre principales questions de recherche qui guideront le texte qui suit :

¹⁸ INSPQ. « Données COVID-19 au Québec », Québec, 11 mai 2022. [En ligne], <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

¹⁹ MSSS 2020, *op. cit.*, p. 11.

²⁰ INSPQ. « Portrait de l'ensemble des maladies vasculaires au Québec : prévalence, incidence et mortalité », Québec, 2018. [En ligne] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2446_portrait_maladies_vasculaires.pdf

²¹ MSSS 2020, *op. cit.*, p. 11

²² Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) « État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et services sociaux », Québec, 2010, p. 5. [En ligne] https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_Resume_Tome2_EtatdeSituation.pdf

²³ Éric BRETON et coll. « La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone », *Presses de l'École des Hautes Études en Santé publique*, 2^e édition, 2020, Rennes, 569 p.

²⁴ Ces études seront explicitées dans la section 3.2

1— Quelle perception les députés interrogés ont-ils du financement octroyé à la santé publique dans les 20 dernières années ?

2— Comment les députés expliquent-ils l'écart entre le financement de la santé publique québécoise par rapport aux autres provinces canadiennes ?

3— Selon les députés interrogés, quels sont les principaux enjeux auxquels doit faire face la santé publique pour obtenir un financement adéquat ?

4— Quelle place devraient occuper selon eux la prévention et la promotion dans notre système de santé ?

À travers ces quatre questions, je tenterai de mettre les réflexions des députés en perspective avec la littérature scientifique. Leurs perceptions et réflexions sont-elles en adéquation avec la littérature scientifique ? Au contraire, sont-elles en contradiction avec la littérature scientifique, ou non développées par celle-ci ?

Pour ce faire, je traite d'abord de la connaissance qu'ont les députés de la santé publique québécoise et des activités de prévention et promotion. Je brosse ensuite un portrait statistique de ce financement, puis j'expose les perceptions des députés quant au financement de la santé publique québécoise en complétant par l'état de la littérature sur le sujet. Par la suite, je traite des réflexions des députés quant aux raisons qui sous-tendent l'écart de financement entre la santé publique québécoise et les autres provinces canadiennes, ainsi que les autres pays de l'OCDE. Je complète avec une section sur la place que devrait occuper la prévention et la promotion dans notre système de santé selon les députés. Je présente ensuite une brève section sur les réflexions des députés quant à la taxation des boissons sucrées, puis je conclus avec les pistes de solutions identifiées par les députés pour améliorer le financement de la santé publique.

1.1 Méthodologie

Afin de répondre à mes questions de recherche, j'ai retenu une approche qualitative et exploratoire qui repose sur deux types de sources.

Le premier type de source est composé d'entrevues semi-dirigées avec des députés et d'ex-députés. Les ex-députés proviennent des 40^e et 41^e législatures. Pour les fins de cet essai, le terme « député » sera utilisé pour décrire les personnes interrogées, qu'elles soient députées dans la présente législature ou dans des législatures précédentes.

Leur profil est varié ; certains ont travaillé dans le domaine de la santé avant d'être élus, d'autres non. Ils proviennent de partis politiques variés. Ils ont cependant tous été sollicités selon les fonctions parlementaires et/ou ministérielles qu'ils ont occupées en lien avec la santé. Au total, j'ai mené 7 entrevues semi-dirigées variant entre 45 minutes et 75 minutes entre le 8 février et le 8 avril 2022. Certains des entretiens se sont déroulés dans l'hôtel du Parlement, tandis que d'autres se sont déroulés en formule virtuelle. Toutes les entrevues ont été enregistrées avec l'accord des députés, puis retranscrites afin de faciliter leur analyse. La grille d'entrevue est consignée en annexe I. Comme les propos sont anonymes, le masculin est privilégié afin d'alléger le texte.

La deuxième source est composée de la littérature scientifique, que j'ai explorée afin de bien définir les assises théoriques de mon sujet. J'ai notamment cherché à établir les bonnes pratiques identifiées par la littérature scientifique sur la question du financement de la santé publique québécoise ainsi que la place que devrait occuper la prévention et la promotion dans notre système de santé.

Bref, cet essai cherche à mettre en perspective les perceptions des élus avec la littérature scientifique, afin de vérifier s'il y a adéquation ou non entre les deux. La méthode qualitative, préconisée pour cet essai, me permet de réaliser cet objectif. Toutefois, l'utilisation de cette méthode ainsi que la petite taille de l'échantillon ont davantage une valeur exploratoire qui ne me permet évidemment pas de généraliser au-delà de mon analyse.

2. Connaissance des députés de la santé publique québécoise et des activités de prévention et promotion

Avant de s'intéresser à la question du financement, il convient d'entrée de jeu de connaître le degré de connaissance que les députés interrogés ont du réseau de la santé publique québécoise ainsi que des activités de prévention et promotion. Afin d'évaluer cette connaissance de manière qualitative, les députés ont décrit ce qu'ils savent de la structure et des objectifs de la santé publique québécoise.

2.1 Connaissance du réseau institutionnel de la santé publique québécoise

D'abord, tous les députés interrogés ont donné sensiblement la même réponse en ce qui concerne la structure institutionnelle de la santé publique québécoise, soit celle qui figure à la Figure 1 en page 9. Bien que les députés ayant occupé des fonctions dans le milieu de la santé avant de faire le saut en politique aient donné une réponse plus étoffée, je constate que l'ensemble des députés interrogés était bien familier avec le fonctionnement de la santé publique québécoise.

Les députés qui ne sont pas issus du monde de la santé m'ont tous précisé que la pandémie avait joué un rôle important ayant permis à la santé publique de « sortir de l'ombre ». Pour le député 2, « la pandémie a grandement contribué à faire connaître la santé publique. Avant la pandémie, sincèrement, je connaissais très peu la santé publique et j'aurais sûrement donné une très mauvaise réponse à ta question ! »

2.2 Connaissance des objectifs poursuivis par la santé publique

Les députés interrogés connaissent bien les objectifs poursuivis par la santé publique. Ils ont tous été en mesure d'identifier les quatre principales missions que poursuit la santé publique, soit la protection de la population, la surveillance continue de l'état de santé de la population, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la promotion. Lorsque questionnés plus précisément sur les activités de prévention et promotion, ils ont tous donné en exemple les actions entourant la lutte au tabagisme. Certains ont mentionné les activités de promotion des saines habitudes de vie dans les écoles, d'autres la sensibilisation de la population

aux facteurs de risque de certaines maladies, d'autres encore le travail de collaboration des acteurs œuvrant en santé publique afin d'élaborer des politiques publiques favorables à la santé.

3. Le financement accordé à la santé publique québécoise depuis les 20 dernières années est-il adéquat ?

Avant d'aborder la littérature scientifique et les perceptions des députés sur cette question, il convient d'abord d'examiner les sommes allouées à la santé publique québécoise, principale responsable de la mise en œuvre des actions en prévention et promotion de la santé. Cela permettra au lecteur de bien comprendre pourquoi de nombreux experts avancent que la santé publique québécoise est sous-financée.

L'analyse qui suit est basée sur les données de 2018-2019 et des années précédentes, puisque ce sont celles qui sont examinées dans la littérature. De plus, des investissements importants, mais ponctuels et non récurrents ont été réalisés dans les missions de protection et de surveillance de la santé publique en 2020, 2021 et 2022. Ces années sont donc exclues de ce texte. Le but de l'analyse n'est pas de déterminer si les ressources financières déployées afin de faire face à la pandémie ont été adéquates, mais bien d'analyser le financement octroyé à la santé publique entre 2000 et 2019. Par ailleurs, cette précision a été dûment signifiée aux députés, tel qu'en témoigne la grille d'entrevue en annexe I.

3.1 Portrait statistique du financement de la santé publique québécoise

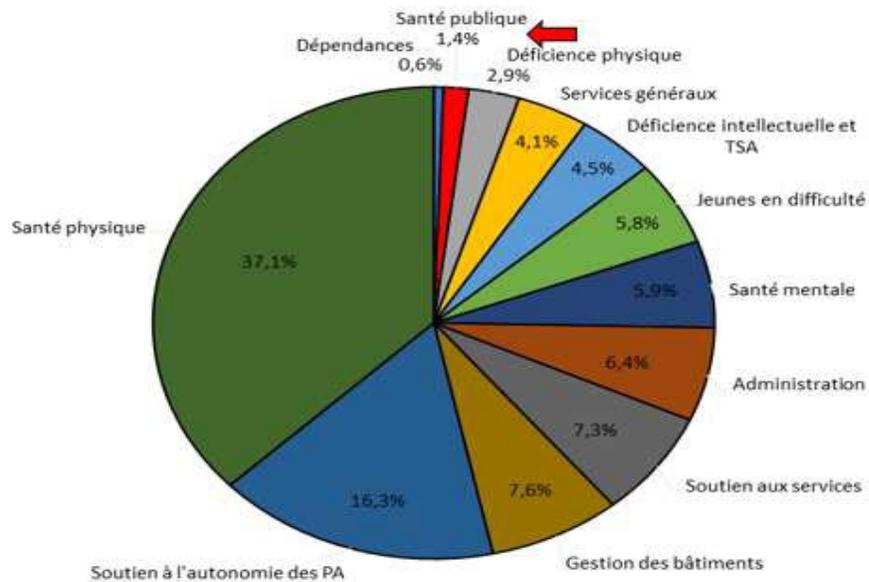
Le portefeuille « Santé et services sociaux » représente depuis plusieurs années la plus grande part des dépenses de l'état québécois. Pour l'année 2018-2019, ce portefeuille représentait 38,5 milliards de dollars, soit près de 50 % des dépenses totales et 10 % du PIB²⁵. Près de 22 milliards étaient réservés aux 12 programmes administrés par le MSSS, soit plus de la moitié²⁶.

²⁵ Ministère des Finances. « Budget 2018-2019 : des services de santé accessibles et de qualité », Québec, 2019, p. 5. [En ligne], http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/Sante_1819.pdf

²⁶ *Ibid.*, p. 7

La part occupée par chacun de ces programmes pour 2018-2019 est illustrée dans la figure ci-dessous.

Figure 2 : Dépenses par programme du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018-2019



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

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

Pour l'exercice financier 2018-2019, l'on constate que la majorité du financement est attribué à la santé physique (37,1 %) et au soutien à l'autonomie des personnes âgées (16,3 %), tandis que 1,4 % est consacré à la santé publique. Il s'agit du deuxième budget le plus bas, après celui réservé aux dépendances. Ces pourcentages sont similaires à ceux des 20 dernières années. En outre, depuis 20 ans, le Québec investit en moyenne 2,2 % par année du budget de la santé et des services sociaux en santé publique²⁷.

²⁷ Julie Fiset-Laniel et coll. « Public health investments: neglect or wilful omission? Historical trends in Quebec and implications for Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 2020, p. 387. [En ligne], https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7278767/pdf/41997_2020_Article_342.pdf

De plus, dans les 20 dernières années, la santé publique a été le programme dans lequel le gouvernement a le moins investi relativement aux autres programmes. La croissance des dépenses en santé publique a donc été la plus faible par rapport à tous les autres programmes²⁸. En 2015-2016 en particulier, le budget des directions régionales de santé publique a été coupé de 23,5 millions, soit 33,3 % de leur financement. Cette même année, l'ensemble du budget de la santé publique a été réduit de 7 %²⁹. Aucun autre poste budgétaire en santé et services sociaux n'a été réduit dans les 20 dernières années³⁰.

Il est important de noter que les chiffres ci-haut ne prennent pas en compte les fonds alloués à la Direction générale de santé publique, à l'INSPQ, à l'INESS, ni les salaires et honoraires des médecins et des dentistes de santé publique payés par la RAMQ³¹. Afin d'avoir un portrait global du financement accordé à la santé publique québécoise, il faudrait prendre en compte ces budgets. Les limites de cet exercice se révèlent notamment dans la comparaison avec les autres provinces canadiennes et les pays de l'OCDE, comme il le sera démontré plus loin³².

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Roxane BORGÈS DA SILVA et coll. « Évolution de la part des dépenses en santé publique dans le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux entre 2004 et 2019 », *CIRANO*, Montréal, 2021. [En ligne] https://cirano.qc.ca/files/publications/2021RP-09.pdf?fbclid=IwAR2XTtGmGcjreZAoTLd9VyuS4TEd8cJLk1ud_onW7k10kMtb8KQbsbxEyc0

³⁰ *Ibid.*

³¹ Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). « Profil des systèmes de santé publique au Canada : Québec », Québec, 2022, p. 23. [En ligne], <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2022-Profil-des-systemes-de-sante-publique-au-Canada-Quebec.pdf>

³² Dans la même optique, la santé publique québécoise n'est pas la seule à poursuivre des objectifs de prévention et promotion. La prévention et la promotion sont des fonctions essentielles de la santé publique, mais elles ne lui sont évidemment pas exclusives. Un ensemble d'autres acteurs provenant de différents secteurs d'activités jouent aussi un rôle déterminant, sans être directement responsables du déploiement des services spécifiques de santé publique. Certains ont des responsabilités en matière de santé animale, d'autres encore en inspection des aliments, en sécurité publique, en sécurité routière, en éducation, en protection de l'environnement, etc. Les organismes communautaires, par le soutien et les services qu'ils offrent à différents groupes de la population, contribuent grandement au mieux-être et au développement social de nos communautés. La collaboration de tous ces partenaires permet de maintenir et d'améliorer la santé des populations et contribue ainsi à la mission principale de la santé publique. Le gouvernement finance donc des activités de prévention et promotion à travers ces autres acteurs. Dans le cadre de cet essai, il n'a pas été possible d'évaluer l'ensemble du financement d'activités de prévention et promotion accordé à ses différents acteurs, et il ne semble pas y avoir d'études ayant fait cet exercice.

3.2 Perception des députés

Le constat est unanime : chaque député interrogé a affirmé que le financement de la santé publique québécoise dans les 20 dernières années était insuffisant et qu'il ne permettait pas de répondre pleinement aux objectifs poursuivis par celle-ci.

*« Il ne fait aucun doute que la santé publique est sous-financée depuis longtemps. »
(député 1)*

« Ça a toujours été le parent pauvre du système de santé, et je ne pense pas que ça soit près de changer » (député 6)

« Le financement n'est absolument pas adéquat. On le voit avec la pandémie, le réseau de santé publique n'était pas prêt et ce n'est malheureusement pas surprenant compte tenu de toutes les réductions budgétaires des dernières années (député 3)

En outre, les députés interrogés se basent tous principalement sur les résultats de la gestion de la pandémie pour affirmer que le financement de la santé publique québécoise est inadéquat.

Les perceptions des députés sur le manque de financement de la santé publique québécoise sont en adéquation avec la littérature scientifique, tel qu'il le sera démontré dans la section ci-dessous.

3.3 État de la littérature sur le financement de la santé publique québécoise

Les avis d'experts quant au sous-financement de la santé publique québécoise sont nombreux. Un collectif de rédaction de 23 chercheurs affiliés au CIRANO écrivent que « le secteur de la santé publique au Québec a souffert d'une érosion disproportionnée et significative de sa capacité à renforcer et à protéger la santé de sa population et, avec elle, son économie. »³³

Un collectif d'experts en santé publique, dont l'ancien ministre de la Santé Jean Rochon, écrit que « depuis une dizaine d'années, la capacité d'innovation et le leadership de la santé publique se sont

³³ Amélie QUESNEL-VALLÉE et coll. « La santé au cœur de la relance économique du Québec », CIRANO, Montréal, 2020, p. 8. [En ligne]
https://consultations.finances.gouv.qc.ca/RelanceEconomique/propositions/RelanceEconomique_Cirano_Coll.pdf

grandement érodés. Les restrictions budgétaires et la centralisation administrative ont limité la participation à des réseaux nationaux et internationaux de recherche et de formation et entraîné un repli de la santé publique sur les missions de base que sont la protection et la surveillance. »³⁴

« Le désinvestissement en santé publique au cours des dernières années pointe vers une diminution de l'importance accordée à ce secteur comme dispositif clé de l'amélioration et du maintien de la santé de la population dans les stratégies de santé au Québec. Or, non seulement la pandémie a fait ressortir sa valeur pour protéger la santé de la population en temps de crise, mais aussi comment elle pourrait davantage y contribuer en tout temps »³⁵, écrit pour sa part la CSBE en 2022.

En résumé, un consensus provenant d'une multitude d'acteurs issus de milieux divers semble émerger : la santé publique québécoise, principale responsable de la mise en œuvre des actions de prévention et promotion, est sous-financée, et ce, depuis une vingtaine d'années. Il en résulte pour conséquence une asymétrie importante entre les vocations préventives et curatives de notre système de santé.

4. Écart entre le financement québécois et le financement dans les autres provinces canadiennes

Les données présentées ci-dessus démontrent bien qu'il y a un déséquilibre entre le financement de la santé publique par rapport aux autres postes budgétaires du portefeuille « Santé et services sociaux ». La santé publique québécoise serait également, selon certains auteurs, moins financée que la moyenne des provinces canadiennes. Cette comparaison entre provinces est d'ailleurs l'une des pierres angulaires de l'argumentaire selon lequel la santé publique québécoise est sous-financée depuis 20. Dans cette optique, cette section présente un portrait statistique comparant le Québec avec les autres provinces canadiennes ainsi que les réflexions des députés sur le sujet.

³⁴ Jean ROCHON et coll. « Tirer les leçons de la pandémie pour repenser la santé publique au Québec », *Journal canadien de santé publique*, 2020, p. 918. [En ligne],

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7561231/pdf/41997_2020_Article_419.pdf

³⁵ CSBE 2022, *op cit.*, p. 79

4.1 La comparabilité des données

D'entrée de jeu, il importe de transmettre une mise en garde concernant les données utilisées pour la comparaison entre les provinces canadiennes. Ces données proviennent de l'Institut canadien d'informations sur la santé (ci-après « ICIS »), qui recueille à l'échelle canadienne des données comparables sur divers aspects des systèmes de santé des provinces. Ces données sont fournies selon le bon vouloir des provinces, qui demeurent libres de donner accès à leurs données. De plus, l'ICIS reçoit les données à travers un programme qui n'est pas utilisé par le Québec. La province utilise en effet son propre programme de transmission des données³⁶. Cela pourrait donc affecter la comparabilité des données.

Les députés 1 et 7 ont soulevé ce point comme piste de solution pouvant expliquer l'écart de financement entre le Québec et les autres provinces.

« Il faut faire attention avec les données de l'ICIS. Le Québec n'a pas toujours participé correctement aux données de l'ICIS. [Les données] ont longtemps été entrées incomplètement et avec beaucoup de retard. Je dirais qu'elles sont fiables depuis une dizaine d'années. [...] Mais malgré cela, il ne fait aucun doute que la santé publique est moins bien financée ici qu'ailleurs au Canada. » (député 1)

« C'est certain que ça frappe fort, quand on dit que les fonds alloués à la santé publique québécoise sont 40 % moindres que ceux de la moyenne canadienne. Mais ça ne comprend pas le salaire des médecins et dentistes, ça ne comprend pas l'INESS, ni l'INSPQ, et j'en passe... un travail d'harmonisation doit être fait pour que la comparaison tienne la route. » (député 7)

Cet enjeu a été également soulevé par plusieurs experts ayant tenté de comparer les données des investissements des provinces canadiennes en santé publique. (Strumpf, 2019 ; Da Silva et coll., 2020 ; CSBE, 2022)

³⁶ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-canadienne-sur-les-systemes-dinformation-de-gestion>

Néanmoins, ces données sont utilisées par de nombreux experts pour comparer divers aspects du système de santé québécois avec ceux des autres provinces. La CSBE a d'ailleurs produit en 2022 une étude comparative complète de l'organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Il ressort de son analyse que « les structures comptables de chaque province sont très hétérogènes, ce qui diminue la comparabilité des chiffres présentés pour la proportion du budget de la santé allouée à la santé publique et pour le budget per capita. »³⁷ En outre, les budgets consacrés à la santé publique au Québec ne comprennent pas les sommes consacrées à l'inspection reliée à la salubrité de l'eau, des aliments et des restaurants, alors que ces sommes sont comprises dans les budgets de santé publique des autres provinces utilisées pour la comparaison³⁸.

La CSBE a donc fait l'exercice d'ajouter ces sommes au budget de santé publique, et conclue que même avec cet ajout, « le Québec consacre le plus faible budget per capita à la santé publique, et de loin : deux fois moins que l'Ontario, trois fois moins que la Colombie-Britannique, et près de quatre fois moins que l'Alberta. »³⁹

4.2 Statistiques sur l'évolution du financement au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes

Selon les données de l'ICIS, de 1975 à 1995, les investissements du Québec en matière de santé publique se comparaient à ceux des autres provinces.⁴⁰ Toutefois, alors que les investissements en santé publique augmentaient ailleurs au pays, doublant même en Ontario et en Colombie-Britannique, ils ont stagné au Québec durant les 20 dernières années.

³⁷ CSBE. « L'organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique », Québec, 2022, p. 23. [En ligne] https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/RapportAssoci%C3%A9s/CSBE_Rapport-organisation-sante-publique-QC-hors-QC.pdf

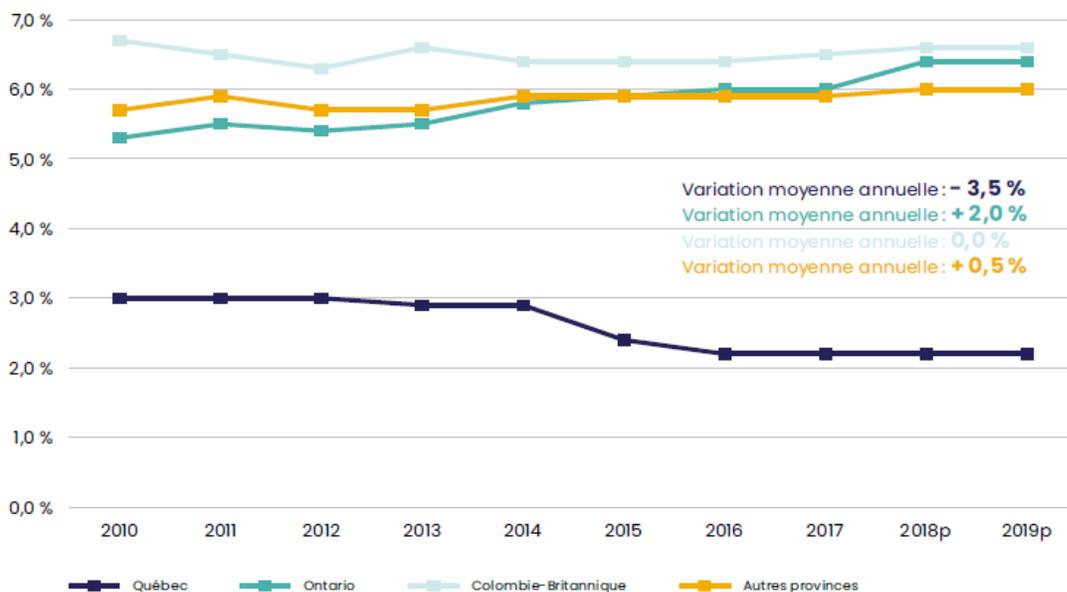
³⁸ *Ibid.*, p. 23

³⁹ *Ibid.*, p. 30

⁴⁰ Borgès da Silva, *op. cit.*, p. 19

En conséquence, la part des dépenses en santé publique du Québec sur les dépenses totales de santé est maintenant la plus faible des provinces canadiennes, et la seule province où cette part a diminué dans le temps, tel qu'en témoigne la Figure 3. (Variation annuelle moyenne de $-3,5\%$)⁴¹

Figure 3 : Part des dépenses en santé publique sur les dépenses totales de santé pour le Québec et d'autres provinces canadiennes de 2010 à 2019



Source : CSBE. « Le devoir de faire autrement — Partie 1 : Renforcer le rôle stratégique de la santé publique », Québec, 2022, p.31 https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1.pdf

Depuis 2004, le Québec a dépensé en moyenne 2,2 % en santé publique, tandis que la moyenne canadienne se situe à 5,4 %.⁴² L’OMS recommande par ailleurs aux gouvernements un investissement minimal de 5 % en santé publique.⁴³

⁴¹ CSBE. « Le devoir de faire autrement — Partie 1 : Renforcer le rôle stratégique de la santé publique », Québec, 2022, p.31. [En ligne] https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1.pdf

⁴² Julie Fiset-Laniet *et al.*, *op. cit.*, p. 18

⁴³ WHO. « Pandemic influenza preparedness and response : a WHO guidance document », [En ligne], https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44123/9789241547680_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Les dépenses du Québec en santé publique par habitant représentent moins de 40 % de celles des autres provinces canadiennes.⁴⁴ Ces dépenses étaient de 150 \$ par habitant en 2019, en comparaison avec 384 \$ par habitant pour la moyenne canadienne. La même année, l'Ontario a dépensé 445 \$ par habitant en santé publique.

4.3 Réflexion des députés

4.3.1 La culture du système de santé québécois

Lorsque questionnés sur les raisons qui pourraient expliquer l'écart entre le financement québécois par rapport à la moyenne canadienne, 4 députés sur 7 ont répondu d'emblée : « ce n'est pas dans notre culture. »

Pour tous les députés interrogés, depuis sa fondation, le système de santé québécois est fortement centré sur les hôpitaux et les médecins, qui disposeraient de « lobbys » très puissants ; les décideurs politiques québécois auraient donc tendance à toujours choisir la solution curative avant la solution préventive, ce qui alimente l'asymétrie entre ces deux vocations du système de santé.

« La vision du réseau est concentrée sur les soins aigus, les médecins spécialistes, le rattrapage salarial ; notre vision est très hospitalo-centrée et on réalise aujourd'hui les lacunes de cette approche. » (député 6)

« Cette culture est le résultat de décennies de lobbyisme médical qui nous ont menés dans le mur dans lequel on fonce présentement. Les lobbys médicaux sont moins puissants dans certaines autres provinces. » (député 7)

Les députés 2 et 3 abondent dans le même sens :

« Le lobby du curatif est largement plus important que celui du préventif au Québec. Le lobby du thérapeutique a réussi à noyauter les décisions du MSSS depuis des décennies » (député 3)

⁴⁴ Erin STRUMPF. « Aspects financiers et réinvestissement en santé publique », *Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO)*, Montréal, 2021, p.7. [En ligne] <https://cirano.qc.ca/files/publications/2020PR-01.pdf>

« Au Québec, on est beaucoup dans le “tout au médecin. On a cultivé le besoin de toujours aller voir un médecin, et les gouvernements ont alimenté cela. » (député 2).

Le député 5 exprime pour sa part :

« Les progrès technologiques, les nouveaux médicaments, il y en a de plus en plus et ça suscite l’espoir chez plusieurs citoyens. Ces nouveautés sont largement médiatisées et certains les perçoivent comme des services de santé courants, et les pressions et les représentations faites pour les inclure dans le panier de services assurés sont très fortes. »

Sans les qualifier de « lobbys », de nombreux experts ayant examiné la place historiquement occupée par les fédérations médicales québécoises dans les multiples débats sur le financement du système de santé ont conclu à une importance « démesurée » accordée aux revendications de ces fédérations médicales.⁴⁵

4.3.2 La place de certains enjeux de santé publique dans les autres provinces

Le député 2 est le seul à avoir avancé l’hypothèse selon laquelle les provinces canadiennes aux prises avec certains enjeux de santé publique très visibles dans les médias auraient un meilleur financement de leur santé publique.

« La crise des opioïdes est un enjeu majeur de santé publique depuis longtemps en Colombie-Britannique. Ça a fait les manchettes pendant plusieurs années et la population a réclamé des investissements ; ça pourrait expliquer en partie pourquoi leur santé publique est mieux financée. » (député 2)

En résumé, en ce qui concerne les raisons qui sous-tendent l’écart de financement de la santé publique au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes, les députés ont mentionné quelques pistes de réflexion qui n’ont pas été explorées par la littérature, telle que la puissance des « lobbys » médicaux au Québec et la place médiatique occupée par certains enjeux de santé publique dans d’autres provinces.

⁴⁵ Voir par exemple. Guillaume HÉBERT et coll. « L’allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : état de la situation et propositions alternatives », Institut de recherche et d’information socio-économique (IRIS), 2017. [En ligne] https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/AltSante_2018.pdf

La littérature scientifique sur le sujet est pratiquement inexistante. La seule piste identifiée concerne la comparabilité des données, qui pourraient être affectées par des méthodes de collecte de données différentes. (Strumpf, 2019 ; Da Silva et coll., 2020). Ce dernier point a été d'ailleurs mentionné par les députés 1 et 7.

Cette absence de littérature pourrait être notamment due au fait que les études démontrant cet écart sont très récentes (moins de 3 années). Il y a fort à parier que d'autres études sur ce sujet seront menées dans les prochaines années.

5. Enjeux et défis du financement en santé publique au Québec — perceptions et réflexions des députés

Les députés interrogés s'accordent tous pour dire que la santé publique québécoise est sous-financée depuis 20 ans. Comment les élus expliquent-ils ce manque de financement ? Leurs réflexions sont-elles en adéquation avec la littérature ?

5.1 Les cycles électoraux

Chaque député interrogé a identifié les cycles électoraux comme étant le plus grand frein au financement de la santé publique québécoise et aux mesures de prévention et promotion.

« Le financement du système de santé est certainement hospitalo-médico-centriste, mais il est surtout politiquement orienté ; les politiciens cherchent généralement des résultats à court terme, et leurs décisions sont conditionnées par cela. Ils vont toujours chercher à financer des mesures qui donneront des résultats dans le mandat, et non dans 2-3 mandats. » (député 1)

« S'occuper de la santé publique, c'est avoir une projection qui dépasse la simple période atrophée qui est une vie de législature. Le financement du réseau, présentement, fonctionne comme si le destin des individus s'était atrophie à une simple législature et qu'on ne voyait pas au-delà. » (député 3)

L'état de la littérature sur ce point reflète les perceptions des députés. En effet, l'impact des cycles électoraux est un aspect qui revient pratiquement dans tous les écrits sur le sujet.

Nicole F. Bernier, spécialiste des politiques de la santé, résume bien l'état de la littérature scientifique à cet égard : « Les programmes de santé publique et de promotion de la santé sont toujours en mauvaise posture d'un point de vue électoraliste, car les actions de prévention et promotion sont habituellement invisibles pour le grand public. Leur réduction ne soulève donc pas de grand mécontentement chez les électeurs ». ⁴⁶ Cela pourrait expliquer en partie pourquoi la réduction du budget de la santé publique en 2015-2016 n'a pas été largement décriée par le grand public.

« Si on avait coupé 30 % du financement accordé à n'importe quel autre secteur de la santé, ça n'aurait jamais passé » (député 5)

De plus, les bénéfices et résultats des programmes de prévention et promotion sont souvent mesurés à moyen ou long terme, alors que leur coût d'implantation, qu'il soit financier ou politique, est immédiat. Par exemple, des chercheurs de l'UQAM étudiant les impacts de la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* ⁴⁷ ont conclu que les avantages substantiels découlant de la baisse du tabagisme engendrée par cette loi ne seront pas entièrement réalisés avant le milieu du 21^e siècle, alors que la loi a été promulguée en 1988. ⁴⁸

Dans une optique électoraliste, donc, les citoyens n'ont pas tendance à récompenser les politiciens d'aujourd'hui « pour la mise en place de programmes qui réduiront leur probabilité de souffrir du diabète de type 2 ou de décéder des suites d'une épidémie dans un avenir lointain. » ⁴⁹ En d'autres termes, le repérage des bénéfices est faible pour l'électeur moyen, pour qui il est difficile de faire le lien entre un résultat précis et un programme de prévention ou de promotion. Il est donc « peu probable que les gouvernements accordent la priorité aux soins préventifs, car il s'agit d'un bien public qui nécessite l'allocation de ressources rares dans le présent pour générer des avantages diffus qui ne se déploient qu'à long terme. » ⁵⁰ C'est notamment pourquoi on assiste souvent à une

⁴⁶ Nicole F. BERNIER dans Michel O'NEIL et coll. « Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques », *Les Presses de l'Université Laval*, 2006, p. 207

⁴⁷ *Loi concernant la lutte contre le tabagisme*. LRQ, 2015, ch. L-6.2

⁴⁸ CRÉMIEUX et coll. « Projet de loi sur le tabac proposé par le Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec : étude d'impact », 1997, p. 3. [En ligne], <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000017183.pdf>

⁴⁹ O'Neil 2006, *op cit.*, p. 208

⁵⁰ Olivier JACQUES et Alain NOËL. « Austerity Reduces Public Health Investments », CIRANO, Montréal, 2022., p. 2. [En ligne] <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2022s-02>

réduction des activités de prévention lorsque s'accroît la pression pour intensifier les activités visant à guérir et soigner.⁵¹

En somme, la CSBE résume bien la difficile conciliation entre les objectifs poursuivis par la santé publique et les objectifs électoralistes des gouvernements : « Le système de santé publique est alimenté par la science et la rigueur et souvent fondé sur des objectifs qui produiront des résultats à long terme. De l'autre côté, la politique est alimentée par plusieurs facteurs, notamment des facteurs sociaux, économiques et réalisables. Ces derniers sont souvent basés sur des objectifs qui produiront des résultats à court terme et à l'intérieur d'un cycle électoral. »⁵²

5.2 Les groupes de pression

Selon les députés 2, 4 et 5, la faible quantité de groupes de pression bien organisés en santé publique est un enjeu de financement.

« La plupart des groupes qui font pression sur le gouvernement veulent des chirurgies, un accès au médecin de famille, etc. Leurs pressions demandent des investissements qui donneront des résultats rapidement, pas dans 10-15 ans, et les gouvernements sont extrêmement sensibles à cela. » (député 3)

« La roue qui crie est celle qu'on huile le plus. » (député 6)

Ces perceptions rejoignent celles de plusieurs auteurs, qui avancent que les avantages de la prévention sont beaucoup moins concrets que les bienfaits immédiats d'un traitement thérapeutique qui permet le soulagement, voire l'éradication d'une maladie actuelle et tangible. Les actions de prévention et promotion produisant des résultats dans le moyen et long terme, elles ont moins tendance à susciter un sentiment d'urgence provoquant un engagement soutenu envers des mesures préventives, particulièrement lorsqu'un changement de comportement personnel est demandé.⁵³

⁵¹ Michel CLAIR *et coll.* « Les solutions émergentes : rapport et recommandations », *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, 2000, p. 11. [En ligne] <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>

⁵² CSBE 2022, *op cit.*, p. 60

⁵³ O'Neil, *op. cit.*, p. 208

Le rapport Clair résume bien l'état de la littérature sur le sujet : « Sachant que la demande de la population porte généralement sur des interventions cliniques et non sur des activités de prévention, l'une des principales tâches des responsables du choix des services prioritaires consiste à établir un équilibre entre les activités de santé publique axées sur toute une population et les activités cliniques destinées à des individus. »⁵⁴

5.3 Les médias

Chacun des députés interrogés a également mentionné l'impact important qu'ont les médias sur les décisions gouvernementales de financer tel programme ou telle mesure.

« Les gouvernements répondent aux médias, au chirurgien cardiaque qui sort dans Le Journal de Montréal pour dire que des patients meurent sur la liste d'attente [...] Dans notre système, l'argent arrive souvent en raison des crises relayées dans les médias, et comme le rôle de la santé publique est justement d'éviter les crises, elle est désavantagée par le système. » (député 2)

« Il est difficile de mettre un visage sur les conséquences d'un manque de financement en santé publique et de faire de la bonne communication avec ça, alors qu'il est beaucoup plus facile de le faire quand les problèmes de financement touchent directement une personne ou un groupe. » (député 5)

« Quand tu es en retard dans le financement, tu ne rattrapes presque jamais ton retard... ça prend une crise pour rattraper ton retard. La crise qui pourrait aider la santé publique, on vient de la vivre avec la pandémie. La santé publique a bénéficié d'une grande couverture médiatique pendant la pandémie, et la question du manque de financement a quand même été souvent décriée dans les médias. Est-ce que le financement sera au rendez-vous ? Est-ce qu'il sera seulement ponctuel ou est-ce qu'il se perpétuera dans le temps ? » (député 1)

« L'importance accordée aux crises dans les médias et la marchandisation du politique atrophie la capacité de la classe politique à se projeter dans le futur. [...] Quand le député se transforme en vendeur, le discours en produit et le citoyen en

⁵⁴ Clair, *op cit.*, p. 7

consommateur, ça devient du clientélisme et la dérive du politique vers le clientélisme qui a cours présentement atrophie la projection dans le temps, et ça nuit grandement à la santé publique, qui réalise ses actions dans le moyen long terme ». (député 3)

Il ne semble pas y avoir de littérature scientifique portant sur l'influence des médias sur le financement accordé à la santé publique. Cependant, l'influence des médias sur le comportement politique a fait l'objet de nombreuses recherches. Par exemple, les travaux d'Iyengar et Kinder⁵⁵ ont permis de « vérifier de façon empirique que les médias contribuent à fixer l'ordre du jour politique en hiérarchisant les événements de l'actualité, et en mettant en relief certains enjeux plutôt que d'autres. Les médias ont donc le dernier mot quant à ce qui sera effectivement retenu et diffusé, et quant aux sujets sur lesquels il convient de s'attarder (phénomène d'*agenda-setting*). »⁵⁶

Ce dernier passage reflète bien l'essence des propos tenus par les députés et relatés ci-haut.

5.4 La Loi canadienne sur la santé

Quatre députés sur sept ont mentionné la *La loi canadienne sur la santé* (LCS)⁵⁷ comme étant un obstacle important au financement des mesures de prévention et promotion mise en œuvre par la santé publique.

Adoptée par le gouvernement canadien en 1984, cette loi définit les conditions et les critères auxquels les provinces et territoires doivent se conformer pour recevoir la totalité de la somme des transferts budgétaires en santé.⁵⁸ Elle prévoit notamment que l'état doit obligatoirement financer les services qui sont « médicalement nécessaires », sans définir la nécessité médicale. La LCS prévoit donc que ce sont les gouvernements provinciaux qui déterminent l'étendue des services « médicalement nécessaires ».

« La LCS a contribué à créer un réseau de la santé qui est essentiellement axé sur le curatif. Historiquement, on a axé les services assurés par l'état principalement sur les soins offerts en hôpitaux pour répondre aux critères de la LCS et obtenir le très

⁵⁵ Shanto IYENGAR et Donald R. KINDER. « News that matters », *The University of Chicago Press*, Chicago, 1987

⁵⁶ Stéphane PAQUIN, Luc BERNIER et Guy LACHAPELLE. « L'analyse des politiques publiques », *Les Presses de l'Université Laval*, Québec, 2010, p. 118

⁵⁷ *Loi canadienne sur la santé*, LRC, 1985, ch. C-6

⁵⁸ *Ibid.*, art. 4

nécessaire financement du provincial. Le réseau était déséquilibré en faveur du curatif dès sa création, partiellement en raison de la LCS. » (député 3)

Le député 5 abonde dans le même sens :

« Les efforts pour implanter une formule plus communautaire, qui serait par exemple axée sur la prévention, ont été gênés par les structures institutionnelles héritées du passé, comme la LCS. [...] Les soins médicaux et les services médicaux ont longtemps dominé, et bien que ça ait certainement évolué, domine encore la réflexion et la prise de décisions autour du financement de la santé. Le terme “médicalement nécessaire” exclut d’emblée la prévention. » (député 5)

Le député 7 affirme pour sa part que les services « médicalement requis » sont moins limités par le manque de ressources puisqu’ils répondent aux critères de la LCS et seront donc toujours priorisés, alors que les services qui ne sont pas couverts par cette définition sont offerts en fonction des ressources disponibles et sont donc constamment en compétition.

« Les services liés à la prévention et la promotion s’en trouvent donc grandement désavantagés, tout comme les services de santé mentale, la physiothérapie, etc. Le panier de services assurés découle d’une conception de la santé qui remonte aux années 70 et qui aurait grand avantage à être revue. » (député 7)

Ces perceptions exprimées par les députés rejoignent un courant de pensée qui est très présent dans la littérature scientifique.⁵⁹

Ainsi, le Québec a inclus dans son panier de services assurés par l’État un nombre de services qui sont « médicalement nécessaires » et qui ont souvent été décriés. « Le caractère hautement curatif du panier de services, son hospitalo-centrisme et son médicocentrisme — qui laissent peu de place à la prévention, aux services sociaux, à la santé mentale et à la prise en charge — ont été soulignés à de nombreuses reprises. », écrivait la CSBE dans un rapport datant de 2016.⁶⁰ Plusieurs rapports de commissions d’étude tirent les mêmes conclusions. Par exemple, le comité Ménard (2005)

⁵⁹ Il est important de dire que j’ai examiné sur ce sujet principalement la littérature scientifique québécoise, et qu’il peut donc y avoir un biais en défaveur d’Ottawa.

⁶⁰ CSBE. « Entendre la voix citoyenne pour améliorer l’offre de soins et services », Québec, 2016, p. 55. [En ligne], http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Rapport/CSBE_Panier_Services_Voix_Citoyenne.pdf

conclut que c'est en grande partie en raison de la LCS que des services importants, tels les services sociaux et la prévention, ne sont pas adéquatement couverts.⁶¹

En résumé, les opinions des députés quant aux raisons qui sous-tendent le manque de financement en santé publique au Québec sont très similaires et sont en adéquation avec la littérature sur le sujet. Ainsi, tous ont mentionné comme principal obstacle les cycles électoraux, qui orientent le financement vers des mesures qui donneront des résultats à court terme, alors que la majorité des mesures de prévention et promotion donnent des résultats à moyen et long terme. Tous ont également mentionné l'impact important des médias, qui relaient des crises ponctuelles que les gouvernements doivent solutionner rapidement, souvent au détriment d'autres enjeux plus « discrets ». Le peu de visibilité médiatique dont bénéficiait la santé publique avant la pandémie est aussi un autre facteur important ayant été mentionné par tous les députés. Le député 6 résume bien l'interaction entre les quatre éléments les plus souvent identifiés par les députés (groupes de pression, médias, cycles électoraux et Loi canadienne sur la santé) :

« Les crises successives observées depuis 25 ans dans le système de santé se sont révélées à travers le temps d'attente aux urgences, le temps d'attente pour une chirurgie, l'accès à un médecin, la pénurie de main-d'œuvre, les soins aux aînés, et souvent dans l'aspect spectaculaire de la chose (nourriture répulsive, un bain par semaine, conditions dégradantes), donc le public a été sensibilisé par des illustrations anecdotiques, mais représentatives d'une certaine réalité qui ont provoqué une onde de choc ; on a commandé des rapports, à la faveur d'une campagne électorale, on s'est engagé à changer les choses, et on a commandé des rapports avec des recommandations qui n'ont jamais été mise en œuvre, car elle nécessite des changements profonds de culture, parfois de structure, parfois d'organisation du travail, de décloisonnement des professions, changement des règles de façons profondes, beaucoup de chapelles ont été protégées par beaucoup de groupes, ce qui fait que peu de constats, de recommandations ont été mise en œuvre, car c'était davantage dans le côté spectaculaire de la chose qu'on était sensibilisé à la crise ; l'ensemble des intervenants, les élus, les médias, la population, collectivement, on a échoué à développer une vision globale du réseau de la santé, de ses travers, ses forces et ses faiblesses, et ses pistes de solution à mettre en œuvre au-delà d'un mandat gouvernemental. » (député 6)

⁶¹ Jacques MÉNARD et coll. « Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations », Québec, 2005. [En ligne], http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf

6. Quelle part des fonds publics devrait être accordée à la prévention et la promotion de la santé ?

S'ils sont tous d'accord sur le sous-financement, les avis des élus divergent quant à la part des fonds publics qui devrait être accordée à la santé publique et, donc, à la place que devraient occuper la prévention et la promotion dans notre système de santé.

6.1 Perception des députés

Pour quatre des députés, il faudrait augmenter le financement de la santé publique québécoise de 1,6 milliard, ce qui lui permettrait de rejoindre la moyenne canadienne qui est de 5 % du budget alloué à la santé et aux services sociaux. Une fois ce rattrapage fait, il faudrait que le budget soit protégé et indexé, ce qui n'est pas le cas présentement. Ce constat rejoint celui fait par la CSBE dans son rapport de janvier 2022 sur la gestion de la pandémie, comme il le sera détaillé dans la section suivante.

« En santé, on répond souvent de manière ponctuelle, lorsque des crises font les manchettes, mais on ne peut pas fonctionner comme ça en prévention et promotion, ça ne fera jamais les manchettes ! Il faut une approche continue, pluriannuelle, avec un budget pluriannuel, qui va demeurer, peu importe les changements de gouvernement [...] La Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS)⁶² est un bon effort, mais le financement qui l'accompagne est largement insuffisant. Le gouvernement ne peut pas adopter des cibles et des objectifs sans y mettre les moyens pour les atteindre ; nos gouvernements souffrent d'une certaine dissonance cognitive ou encore d'un manque de courage politique pour aller au bout de l'exercice... la PGPS regroupe des objectifs tout à fait louables, mais le budget qui l'accompagne est dérisoire et ne permettra jamais d'atteindre ses objectifs. » (député 5)

« Les chiffres sont clairs : l'impact de l'organisation des soins dans la mortalité, c'est environ 20-25 %, la génétique, c'est 30 %, et les habitudes de vie, c'est 50 %. Or, on investit près de 50 milliards dans le 20 %, alors qu'on n'investit même pas 1 milliard

⁶² Pour une description plus complète de cette politique, voir le glossaire au début de ce texte

dans le 50 %. Il y a là une discordance extrême qu'il faut à tout prix chercher à rétablir. » (député 2)

« La prévention et la promotion, ça devrait être le nerf de la guerre. C'est une des avenues qui pourrait nous sortir de l'effondrement du réseau de la santé. Il devrait y avoir un changement fondamental en faveur de la production de la santé et non dans la gestion de la pathologie. On devrait revoir la hiérarchie des préoccupations et placer la prévention et la promotion au cœur des priorités. » (député 3)

Le député 3 aborde alors un thème qu'aucun autre député n'a abordé, mais qui était latent dans toutes les entrevues que j'ai menées :

« Je pense qu'il va falloir qu'on ait éventuellement un débat de société sur la qualité de la vie versus la quantité de la vie... dans un contexte où les ressources sont limitées, jusqu'où il faut aller pour garder le monde en vie ? Je sais que ce n'est pas politiquement sexy ce que je dis, mais tôt ou tard, il va falloir se poser la question. » (député 3)

Les 3 autres députés ont des perceptions plus nuancées de la part des fonds publics qui devrait être accordée à la prévention et la promotion.

Pour le député 1, il est certain que la santé publique a besoin d'une mise à niveau de son financement :

« Je ne peux pas la chiffrer, mais la santé publique a besoin d'une mise à niveau, c'est certain ; on l'a vu très clairement avec la pandémie, on n'était pas prêt... ; donc, on fait la mise à niveau, puis on fixe une enveloppe budgétaire qu'on indexe automatiquement et on y touche plus. Autrement, on ne rattrapera jamais le retard. » (député 1)

Ce constat rejoint donc celui de la CSBE dans son rapport de janvier 2022 et celui des quatre députés mentionnés ci-haut.

Cependant, il ajoute que l'argent de cette mise à niveau devra principalement être investi dans les missions de protection et de surveillance plutôt que dans les missions de prévention et promotion.

« La pandémie a révélé des lacunes au niveau des missions de protection et de surveillance. C'est principalement ça qu'il faut financer. » (député 1)

En ce qui concerne le potentiel économique des investissements en prévention et promotion, les députés 1, 4 et 7 n'y croient pas.

« Essentiellement, ce n'est pas prouvable. Ce sont des vases communicants... par exemple, la personne chez qui on prévient un infarctus, disons qu'elle continue de vivre jusqu'à 80 ans, elle va nécessairement consommer des soins de santé pour un certain coût ; si on n'avait pas prévenu son infarctus, elle serait peut-être morte jeune de son infarctus, et certains autres coûts auraient été évités... c'est vraiment un vase communicant, c'est impossible à chiffrer et à prouver. » (député 1)

Même son de cloche de la part du député 7 :

« La véritable question, ce n'est pas s'il y a de l'argent, c'est à qui j'enlève l'argent. La vraie question, c'en est une de coût d'opportunité ; si je finance tel projet, c'est au détriment d'un autre projet. On peut toujours faire mieux, mais aux dépens de quelque chose. Est-ce qu'on peut se permettre de financer le préventif au détriment du curatif ? Est-ce que la population souhaite ça ? Elle vieillit, la population, et les demandes de soins curatifs augmentent sans cesse, les ressources sont limitées... ce n'est pas réaliste d'investir de façon importante en promotion et prévention... en tout cas, ce n'est pas réaliste d'élever le financement de la santé publique à la hauteur de la moyenne canadienne. » (député 7)

Le député 4 abonde dans le même sens en résumant :

« Les objectifs poursuivis par la prévention et la promotion de la santé sont tout à fait louables, et personne n'est évidemment contre ça. Mais malheureusement, ça ne passe pas le test des finances publiques. Le système est en rationnement perpétuel et s'il est

certainement possible et souhaitable d'augmenter le financement de la santé publique, il faudrait que ce soit surtout pour les missions de protection et de surveillance. »
(député 4)

Il ressort des réponses des députés à cette question un constat fort intéressant : tous les députés en faveur d'un rattrapage massif de l'investissement en santé publique et en prévention et promotion ont toujours été dans l'opposition et n'ont jamais formé le gouvernement, sauf un. Est-ce seulement une question d'idéologie politique ? Les députés ayant formé le gouvernement disposent-ils d'informations que n'ont pas les députés de l'opposition et qui oriente leurs réponses ? Il faudrait une analyse plus poussée pour répondre à ces questions.

Les députés s'inscrivent donc dans deux courants de pensée plutôt différents. Qu'en est-il de la littérature ?

6.2 Brève synthèse de la littérature sur la place de la prévention et la promotion de la santé dans le système de santé

La plupart des constats tirés de ma revue de littérature sur le sujet rejoignent les perceptions des députés en faveur d'une plus grande place de la prévention et la promotion dans le système de santé.

De nombreux experts, qu'ils soient issus du monde de la santé, de l'économie, des politiques publiques, etc., s'accordent sur le fait que les investissements en prévention et promotion de la santé peuvent grandement contribuer à contenir les dépenses publiques de santé, en évitant les coûts liés à d'éventuelles hospitalisations, mais également en maximisant la productivité de la population active⁶³.

Plusieurs études démontrent que des interventions massives et soutenues de prévention et de promotion de la santé à toutes les étapes de la vie contribuent largement à prévenir les maladies liées aux habitudes de vie⁶⁴. Une corrélation positive entre les investissements en prévention et

⁶³ Voir par exemple : Agence de la santé publique du Canada. « Investir en prévention : la perspective économique », Ottawa, 2009, 39 p. [En ligne] <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/preveco-fra.pdf>

⁶⁴ Voir par exemple : Breton *et coll.* « La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone », Les Presses de l'EHESP, 2^e édition, Rennes, 2020, 569 p.

promotion de la santé et l'état de santé d'une population a également été établie par certaines études ; plus les investissements sont importants, meilleurs sont les indicateurs de santé des populations⁶⁵.

Selon l'OCDE, chaque dollar investi en prévention de l'obésité aurait un rendement économique multiplié par six⁶⁶, tandis que chaque dollar investi dans les efforts de réduction du tabagisme permettrait d'économiser jusqu'à 20 \$ en soins de santé⁶⁷. De plus, selon certains experts, les dépenses privées et publiques en médicaments pourraient être réduites de 25 %, soit environ 2 milliards par an, si la population adoptait de meilleures habitudes de vie⁶⁸.

Philippe Couillard, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, reconnaissait d'ailleurs en 2005 l'important de la prévention dans le *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*: « Comme membre du gouvernement chargé de tirer le meilleur parti possible de ressources rares, je ne peux m'empêcher de remarquer qu'une meilleure prévention pourrait, à long terme, contribuer à alléger la pression qui s'exerce sur notre système de services de santé et de services sociaux, procurant à celui-ci une marge de manœuvre dont tous reconnaissent la nécessité. »⁶⁹

Près de 15 ans plus tard, en 2015, Lucie Charlebois, alors ministre de la Réadaptation, de la Protection de la jeunesse, de la Santé publique et des Saines habitudes de vie, faisait un constat similaire dans sa *Politique gouvernementale de prévention en santé* : « [...] des prévisions récentes indiquent que des économies potentielles allant jusqu'à 800 millions de dollars par année en

⁶⁵ Voir par exemple : Glen P. MAYS et Sharla A. SMITH. « Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths », *Health Aff (Millwood)*, 2011, 14 p. [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019932/>

⁶⁶ OECD, *op cit*.

⁶⁷ Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. « Calculs des économies résultant de la baisse de la prévalence du tabagisme au Québec », 2012, [En ligne] http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2012/STAT_12_01_00_Economies_1996_2010_Calculs_GroupeAnalyse.pdf

⁶⁸ « Qu'en est-il de la prévention ? », *La Presse*, 21 février 2016, https://plus.lapresse.ca/screens/196a55a0-164c-4cf1-bb71-5290494d0ece_7C_0.html

⁶⁹ MSSS. « Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec — produire la santé », Québec, 2005, p. 4. [En ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-228-01.pdf>

matière de prévention des maladies chroniques, et ce, en améliorant les habitudes de vie des Québécoises et Québécois. »⁷⁰

La rentabilité des investissements en promotion et prévention est également illustrée dans les conclusions et recommandations des rapports des nombreuses commissions parlementaires, comités et groupes de travail interministériels chargés d'étudier les enjeux liés au système de santé⁷¹. Comme ces forums mandatés par les gouvernements représentent des lieux d'échange où peut s'exprimer une grande variété de points de vue, il est légitime de considérer que les conclusions émanant des discussions entourant une telle démarche représentent la vision commune de plusieurs acteurs⁷².

Ainsi, un consensus émane de plusieurs de ces rapports, notamment des plus importants que sont la Commission Rochon (1985-1988), le Rapport Clair (2000) et le rapport Castonguay (2008). Ces trois importants rapports ont tous statué sur la place rehaussée que devrait comporter la prévention et la promotion de la santé dans notre système de santé⁷³.

Ce passage du rapport Clair résume bien l'esprit qui se dégage de ces rapports quant à la place de la prévention et de la promotion dans notre système de santé :

⁷⁰ MSSS. « Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population », Québec, 2016, p. 7
[En ligne] <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/#:~:text=Avec%20la%20Politique%20gouvernementale%20de,impact%20d%C3%A9terminant%20sur%20la%20sant%C3%A9>

⁷¹ En voici une liste non exhaustive, qui témoigne de l'importance de la question dans le débat public : la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon, 1988); la réforme axée sur le citoyen, promulguée par le ministre Côté (MSSS, 1990); le Conseil médical du Québec, qui a rendu quatre avis liés de près au panier de services en 1994, 1995, 1997 et 1999 ; le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (rapport Arpin, 1999) ; la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Clair, 2000) ; le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, (comité Ménard, 2005) ; le Comité sur l'évaluation du système des services sociaux (2006) ; le Comité de travail sur les frais accessoires (rapport Chicoine, 2007) ; le Groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay, 2008) ; le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients (rapport Thomson, 2014) ; la Commission de révision permanente des programmes (CRPP) (Commission Robillard, 2015) ; de nombreux organismes gouvernementaux, comme le Protecteur du citoyen, le Vérificateur général du Québec (VGQ) et le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) ; des universitaires ou consultants, dont L'Observatoire de l'administration publique — ENAP (2006), Aucoin (2007), Molinari (2007), Castonguay (2011) ainsi que Grenier et Bourque (2014)

⁷² Paquin, *op cit.*, p. 198

⁷³ CSBE 2016, *op cit.*

« Le lien entre la santé et les conditions de vie n'est plus à démontrer. Nous savons aujourd'hui qu'il est possible, voire nécessaire, d'agir collectivement sur les grands déterminants de la santé, notamment sur les habitudes de vie, l'éducation, l'emploi, le revenu et l'environnement. C'est à l'État qu'il revient d'amorcer les activités de prévention, de protection et de promotion de la santé et de mettre en place les conditions susceptibles de développer la capacité des individus et des collectivités à se prendre en charge. Dans ce domaine, les interventions collectives de prévention de même que les pratiques préventives intégrées à la pratique clinique se révèlent souvent efficaces et rentables. Ainsi, les interventions contre les risques infectieux, environnementaux et occupationnels ainsi que celles visant à modifier des habitudes de vie ou des conditions de vie nuisibles à la santé peuvent contribuer directement à améliorer l'état de santé des individus et de la collectivité et à réduire les inégalités de santé que l'on constate encore parmi la population québécoise. Convaincue de la nécessité de soutenir le développement du potentiel-santé de la population, la Commission considère qu'il faut prévoir des modes d'organisation et de financement appropriés en vue de favoriser l'intégration des activités de prévention et de promotion de la santé comme une priorité dans l'ensemble des services offerts par l'État. [...] Un large consensus se dégage de la nécessité d'investir dans les activités de prévention et de promotion de la santé (tabagisme, vaccins, promotion de l'activité physique, etc.) et de les soutenir plus énergiquement. Comme ces services seraient souvent les premières cibles de compressions au profit des services curatifs, certains ont suggéré de leur accorder un budget protégé, permettant ainsi d'éviter le sous-investissement dans ce domaine. »⁷⁴

Dans cette même optique, la CSBE déposait en janvier 2022 son rapport *Le devoir de faire autrement. Partie 1 : Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*, dans lequel elle recommande notamment « d'assurer un budget annuel exclusif et sécurisé de façon à investir dans les activités de promotion, de prévention, de protection, de surveillance, d'évaluation et de recherche en santé publique » ainsi que de « prévoir la possibilité de reporter un budget annuel non utilisé sur une période de trois ans (possibilité de revenu reporté) pour soutenir la programmation à moyen et à long terme nécessaire aux activités de santé publique. »⁷⁵

Comme mentionné ci-haut, c'est ce que souhaiteraient les 4 députés en faveur d'un rattrapage de l'investissement en santé publique.

⁷⁴ Clair, *op. cit.*, p. 7-8

⁷⁵ CSBE 2022., *op cit.*, p. 18

Plusieurs professionnels de la santé recommandent également un plus grand investissement en prévention et promotion. Par exemple, dans une récente lettre ouverte publiée dans *La Presse*, de nombreux présidents de différents ordres et associations en santé ont recommandé au gouvernement de mettre sur pied un « Plan d'urgence en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé. »⁷⁶ Une douzaine d'organismes communautaires œuvrant en santé ont également demandé une plus grande place de la prévention et promotion dans une éventuelle refondation du système de santé⁷⁷.

Cependant, à l'image des députés, certains experts émettent certaines réserves sur la rentabilité des investissements en promotion et prévention de la santé. Selon ces experts, « certaines interventions préventives produisant des résultats peuvent entraîner à long terme des dépenses contre-intuitives, sinon supérieures, pour le système de santé, si les économies réalisées par la prévention d'une maladie potentiellement mortelle à court terme sont englouties par la nécessité de traiter plus de maladies coûteuses qui pourraient accompagner la prolongation de la durée de vie⁷⁸.

6.3 La prévention et la promotion de la santé : une demande de la population ?

Les députés plus sceptiques quant à la place que devrait occuper la prévention et la promotion dans le système de santé ont tous affirmé qu'il fallait un changement de culture dans la population afin que le paradigme du déséquilibre du financement entre les volets curatifs et préventifs du système de santé soit plus équitable.

« Pour que le financement soit au rendez-vous, il faut que ça soit demandé par la population. C'est un two way street, ça prend un émetteur et un receveur. » (député 1)

Même son de cloche du côté des députés 4 et 7, pour qui une mobilisation populationnelle sera nécessaire afin d'amener un virage préventif dans le système de santé.

⁷⁶ « Prévention des maladies et promotion de la santé : pour la mise en place d'un plan d'urgence », *La Presse*, 17 mars 2022, <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2022-03-17/prevention-des-maladies-et-promotion-de-la-sante/pour-la-mise-en-place-d-un-plan-d-urgence.php>

⁷⁷ « Il faut prioriser la santé, pas la maladie ». *Le Devoir*, 15 mars 2022, <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/686010/libre-opinion-il-faut-prioriser-la-sante-pas-la-maladie>

⁷⁸ Pieter VAN BAAN et coll. « Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure », *Plos medicine*, 2008. [En ligne] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18254654/>

Pour les 4 autres députés, il ne faut pas attendre que la population réclame plus d'investissements en santé publique pour augmenter le financement.

« On a une multitude d'acteurs, de scientifiques, d'universitaires qui ont étudié la question et qui sont d'accord pour dire qu'investir en prévention et promotion de la santé est rentable ; il faut faire preuve de courage, les écouter et investir massivement, même si la population n'est pas encore rendue là. Tôt ou tard, elle finira par embarquer, parce que c'est tellement évident que c'est nécessaire. » (député 3)

« Des transformations doivent être opérées dans la mentalité, dans le comportement des gens, et ça prendra plus d'une décennie à le faire, mais il faut que ça parte de l'État, des leaders d'opinion du réseau, pour faire cette sensibilisation. » (député 6)

La population est-elle en faveur d'un plus grand investissement en promotion et prévention de la santé ? Il est évidemment difficile d'obtenir une réponse claire à cette question. Cependant, la CSBE a réalisé en 2016 une vaste consultation citoyenne sur la question du panier de services en santé et services sociaux, soit les services qui sont couverts par le régime public. Près de 6 000 citoyens et organismes ont participé à cette consultation. Les conclusions de cette consultation quant à la prévention et la promotion sont les suivantes :

« La place restreinte de la promotion de la santé et du bien-être et de la prévention préoccupe grandement les citoyens, d'autant plus qu'elle s'amenuise progressivement dans l'offre publique de services. Un consensus social fort et sans équivoque se dégage à propos de l'importance des activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention, ainsi que de la place que ces services devraient occuper au Québec.

Le discours citoyen émanant des discussions, des consultations et des délibérations suggère de faire plus d'espace aux services de promotion de la santé et du bien-être et de prévention dans le panier de services, en plus de recourir davantage à ces services, malgré leurs bénéfices qui se manifestent souvent à moyen et à long terme. En témoignent notamment quelques propos issus des groupes de discussion.

L'importance des services de prévention de la maladie et de promotion de la santé pour améliorer la santé autant physique que mentale et le bien-être des individus et des populations est telle qu'elle est explicitement nommée dans près de 50 % des mémoires reçus. Ceux-ci mentionnent tous — sous diverses nuances, moyens et recommandations — que les activités préventives et celles qui promeuvent la santé contribuent à une société plus active, productive et égalitaire. Ils déplorent toutefois

que leur impact à plus long terme ne joue pas en leur faveur, considérant les visées politiques, qui misent davantage sur les actions à court terme. »⁷⁹

À la lumière de ce passage, il est évident que les citoyens et organismes interrogés durant l'enquête de la CSBE sont en faveur d'une plus grande place de la promotion et prévention de la santé dans le système de santé. Il n'est évidemment pas possible de généraliser ce constat à l'ensemble de la population.

7. La taxation des boissons sucrées, une mesure de financement prometteuse ?

Lorsqu'interrogés sur les nouvelles mesures qui pourraient permettre un meilleur financement de la prévention et la promotion de la santé, quatre députés sur sept ont mentionné d'emblée la taxation des boissons sucrées. Il m'apparaissait donc important de consacrer une petite section à ce sujet.

D'entrée de jeu, près de 50 juridictions à travers le monde ont décidé de taxer les boissons sucrées dans les 15 dernières années⁸⁰. Dans le cadre d'un des chantiers de la PGPS, le gouvernement du Québec s'est d'ailleurs engagé à étudier la pertinence et la faisabilité d'instaurer une taxe sur les boissons sucrées, dont les revenus seraient investis dans la prévention⁸¹.

De plus, il s'agit d'une mesure relativement simple à mettre en place qui permet de générer des recettes qui peuvent être par la suite investies au bénéfice de la population. Cependant, taxer les boissons sucrées soulève des préoccupations éthiques, d'équité et d'acceptabilité sociale.

Ce sont surtout ces préoccupations qui divisent les députés interrogés. En effet, trois d'entre eux ont affirmé être en opposition à l'imposition d'une telle taxe principalement pour des raisons d'équité, car elle affecterait particulièrement les personnes les plus défavorisées. Tous ont affirmé que plusieurs études scientifiques ne démontraient pas de corrélation entre l'imposition d'une taxe

⁷⁹ CSBE 2016, *op cit.*, p. 15

⁸⁰ Notamment : la France, l'Angleterre, la Finlande, le Mexique, le Chili, l'Irlande, le Danemark et, plus près de chez nous, Terre-Neuve-et-Labrador et la Colombie-Britannique.

⁸¹ MSSS 2016, *op cit.*

sur les boissons sucrées et la réduction de la consommation de ce type de boissons. Enfin, les trois se sont affirmés en faveur de plus d'éducation, d'information et de publicité plutôt que d'une taxe.

« L'éducation est le meilleur moyen de modifier les habitudes de vie, bien avant la taxe. Ce n'est pas normal qu'on apprenne le poids atomique des roches au primaire, mais qu'on n'apprenne pas la valeur nutritionnelle des aliments. » (député 3)

« Ce n'est pas une bonne mesure, car c'est une mesure profondément politiquement impopulaire — une élection, ça se décide dans le portefeuille, pas dans la philosophie. » (député 1)

Les quatre autres députés interrogés partagent une opinion tout à fait contraire à celle exprimée par les trois députés opposés à la taxation. Pour eux, le fait que la taxe touche principalement les populations plus défavorisées est justement l'effet recherché :

« À ceux qui disent que c'est une mesure régressive, je dirais que ceux qui sont les plus affectés par les boissons sucrées sont justement les populations défavorisées et ceux chez qui cet outil de taxation sera le plus efficace ; régressif, donc, dans le sens positif du terme, en mon sens » (député 5)

« La taxation est l'outil ultime et de loin le plus efficace pour modifier les habitudes de vie ; dans un système de santé public et universel, taxer les boissons sucrées, c'est diminuer de façon directe les coûts de santé de la population. » (député 7)

Ils ont également tous affirmé que de nombreuses études scientifiques démontraient une corrélation entre une taxe et la diminution de la consommation de boissons sucrées.

Il ressort des réponses des députés à cette question le même constat que celui fait à la section précédente : les députés en faveur d'une taxe n'ont jamais formé le gouvernement au pouvoir, tandis que ceux en défaveur ont tous déjà été dans un gouvernement au pouvoir, sauf un.

Il en ressort aussi que l'état de la littérature sur le sujet n'est pas clair pour les députés, certains affirmant que les études démontrent un lien entre une taxe et une réduction de la consommation, alors que d'autres ne croient pas que de telles études soient d'assez bonne qualité pour établir une corrélation claire entre ces deux facteurs.

L'état de la littérature scientifique est à l'image des perceptions des députés : divisée. Ainsi, nombreuses études ont démontré la corrélation entre l'imposition d'une taxe et la diminution de la consommation, alors que d'autres ont démenti ces études et ont démontré l'absence de corrélation.⁸² L'OMS, qui recommandait de taxer les boissons sucrées en 2016, a retiré cette recommandation 2 ans plus tard, invoquant des « points de vue contradictoires ne pouvant être résolus. »⁸³

Certaines études indiquent enfin que les taxes nutritionnelles n'ont pas la faveur du public en comparaison à d'autres mesures visant à promouvoir une saine alimentation, comme les approches éducatives, l'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire, l'encadrement du marketing visant les jeunes ou l'optimisation de l'étiquetage nutritionnel.⁸⁴ Cela pourrait potentiellement expliquer pourquoi les députés en défaveur d'une taxe ont tous déjà été dans un gouvernement au pouvoir, sauf un.

8. Quelques prescriptions pour la santé publique

Comment améliorer le financement de la santé publique afin que la prévention et la promotion occupent une plus grande place dans le système de santé ?

En réponse à cette question, les députés interrogés ont tous affirmé qu'il y avait présentement un momentum pour la santé publique en raison de la pandémie de COVID-19 qui lui permettrait d'aller chercher un meilleur financement.

*« S'il y a eu un seul aspect positif à la pandémie, c'est qu'elle a révélé toute l'importance de la santé publique québécoise. Il sera potentiellement plus facile d'aller chercher du financement en raison de l'appui du grand public à sa mission. »
(député 5)*

« Qu'ils mettent le paquet et fassent bien leur lobby. » (député 1)

⁸² Yann LE BODO. « Processus politiques et débats associés à la taxation des boissons sucrées en santé publique : du cas français à la situation canadienne », 2020. [En ligne] <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/38110>

⁸³ « L'OMS ne recommande plus de taxer les boissons sucrées », *Radio-Canada*, 1^{er} juin 2018, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1104548/boissons-sucrees-taxe-organisation-mondiale-sante-oms>

⁸⁴ Le Bodo, *op cit.*

La stratégie de communication de la santé publique a été mentionnée par 2 députés.

« Maintenant que le grand public la connaît et qu'elle a son appui, la santé publique doit être plus présente dans les médias. Elle doit se faire entendre plus souvent sur des enjeux variés, comme le tramway par exemple, et sur des enjeux de prévention et promotion. » (député 6)

Le député 4 abonde dans le même sens :

« Il faut que la santé publique trouve un moyen de rendre visibles les gains associés aux investissements en promotion et prévention de la santé. » (député 4)

Les députés 1 et 7 mentionnent également qu'afin d'offrir les meilleurs outils décisionnels aux décideurs publics, les données concernant le financement de la santé publique des provinces canadiennes auraient grand avantage à être harmonisées.

Bien qu'ils semblent tous convaincus que le budget de la santé publique sera appelé à augmenter dans les prochaines années, notamment en raison du retard mis en lumière par la pandémie, certains députés émettent cependant une mise en garde : « Il va vraiment falloir s'assurer que le budget soit investi dans les 4 grandes missions de la santé publique. On a grandement augmenté le budget en surveillance et protection en raison de la pandémie, mais il faut s'assurer que les investissements se fassent aussi en promotion et prévention. »

9. CONCLUSION

L'objectif de cet essai était de documenter, de manière qualitative, les réflexions et les perceptions de députés de l'actuelle législature et d'anciennes législatures sur trois questions, soit le financement de la santé publique québécoise dans les 20 dernières années, les principaux enjeux avec lesquels elle doit composer pour obtenir un financement adéquat, ainsi que la place que devrait occuper la prévention et la promotion dans notre système de santé. Ce faisant, cet essai a permis une incursion au cœur des perceptions et réflexions des députés quant au financement de notre système de santé.

Une mise en perspective de ces réflexions et perceptions avec la littérature scientifique a également été tentée, afin d'établir s'il y avait adéquation ou non avec les courants majoritaires. J'ai

notamment cherché à établir les bonnes pratiques identifiées par la littérature scientifique sur la question du financement de la santé publique québécoise ainsi que la place que devrait occuper la prévention et la promotion dans notre système de santé.

L'analyse des entrevues révèle d'abord que les députés interrogés connaissent bien la structure institutionnelle de la santé publique et les objectifs poursuivis par celle-ci. Ils sont également tous d'accord avec l'existence d'un manque de financement de la santé publique québécoise depuis une vingtaine d'années. Les députés partagent aussi des réflexions très similaires quant aux raisons qui sous-tendent ce manque de financement, soit l'influence des cycles électoraux, des groupes de pression, des médias et de la *Loi canadienne sur la santé*. Sur ces questions, les réflexions et perceptions des députés sont en adéquation avec la littérature scientifique.

Les députés interrogés ne sont cependant pas tous en faveur d'un plus grand investissement en promotion et prévention. En effet, trois d'entre eux préconisent plutôt un investissement dans les missions de protection et de surveillance, qui permettrait notamment d'être mieux préparé lors d'une prochaine pandémie. De plus, ils ne croient pas qu'il soit réaliste d'amener le budget de la santé publique à la hauteur de la moyenne canadienne. En outre, ces réflexions s'éloignent du courant majoritaire de la littérature scientifique, qui préconise plutôt un investissement en santé publique représentant 5 % de l'ensemble des dépenses en santé et d'une plus grande place de la prévention et de la promotion dans le système de santé. Enfin, les députés sont divisés sur la question de la taxation des boissons sucrées, à l'instar de la littérature scientifique.

L'analyse des entrevues a aussi révélé que les députés en faveur d'un meilleur investissement en prévention et promotion, d'un financement de la santé publique à la hauteur de la moyenne canadienne et d'une taxe sur les boissons sucrées n'ont jamais fait parti d'un gouvernement au pouvoir, sauf un. Cela soulève de nouvelles questions, qui pourraient faire l'objet d'une analyse subséquente ; est-ce une question d'idéologie politique ? Les députés ayant formé le gouvernement disposent-ils d'informations que n'ont pas les députés de l'opposition et qui orientent leurs réponses ?

Enfin, les députés rencontrés ont fait part de plusieurs réflexions sur la façon dont la santé publique pourrait améliorer son financement et ainsi accroître la place de la promotion et la prévention dans le système de santé.

Malgré tout le soin qui a été porté à l'élaboration de cet essai, ce dernier comporte certaines limites. D'abord, en raison du temps et des ressources allouées, la revue de littérature n'est évidemment pas complète et exhaustive. Il m'a été certes possible de dégager des tendances générales, mais il est possible qu'un courant de littérature n'ait pas été exploré. En rétrospective, il aurait été intéressant de poser certaines questions aux députés. Par exemple, il aurait été pertinent de les questionner sur les sources qu'ils consultent le plus souvent pour se renseigner sur les questions de financement du système de santé ; j'aurais également souhaité savoir si les perceptions des anciens députés ont évolué depuis la fin de leur mandat. De plus, comme l'essai porte en partie sur des questions de financement, il aurait été intéressant d'interroger des députés ayant occupé des postes en finances afin d'avoir leur perspective sur la question. Enfin, j'aurais aimé présenter une section sur des pays qui ont des pratiques innovantes en matière de promotion et prévention.

Un adage bien connu veut que « chaque crise soit une opportunité ». La crise engendrée par la pandémie de COVID-19 a certainement été une opportunité de repenser le financement accordé à la santé publique. Le financement des missions de protection et de surveillance, qui permettent de faire face à la pandémie, aurait été augmenté d'environ 40 % par rapport au budget de 2018-2019.⁸⁵ De plus, il semble émaner du gouvernement actuel une volonté de repenser la place et le budget accordé à la prévention et la promotion. Aussi, depuis le début de la rédaction de cet essai en octobre 2021 et la fin de la rédaction en mai 2022, certaines actions ont été entreprises en ce sens. Ainsi, le 22 mars 2022, une motion intitulée « Faire de la santé publique une priorité dans la refonte du système de santé » a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale⁸⁶, indiquant notamment clairement la volonté de tous les partis d'accroître la place de la prévention et la promotion dans le système de santé. De plus, dans le « Plan pour mettre en œuvre les changements

⁸⁵ Assemblée nationale du Québec. « Étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, volet Santé, accessibilité aux soins et santé publique », 42^e législature, 2^e session, 27 avril 2022, <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-42-2/journal-debats/CSSS-220427.html#18h>

⁸⁶ Assemblée nationale du Québec. Journal des débats, « Motion sans préavis — faire de la santé publique une priorité dans la refonte du système de santé. », 42^e législature, 2^e session. http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/42-2/journal-debats/20220322/320903.html#_Toc99109324

nécessaires en santé » présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, le 29 mars 2022, il est écrit qu'en « déployant des efforts additionnels pour promouvoir le bien-être et favoriser les saines habitudes de vie, le présent plan témoigne de l'importance de la prévention parmi les préoccupations du gouvernement. »⁸⁷ Ces efforts additionnels se traduiraient notamment par un nouveau plan d'action interministériel de la *Politique gouvernementale de prévention en santé 2015-2025*, par une campagne publique de promotion des saines habitudes de vie et par des gestes concertés pour faire du sport un vecteur de fierté et d'accomplissement individuel et collectif.⁸⁸

Il semble donc y avoir présentement une conjoncture favorable à une meilleure place pour la prévention et la promotion dans le système de santé. Les prochaines années seront certainement déterminantes quant à la véritable mise en application d'un projet de réforme du système de santé qui inclurait une plus grande place pour la prévention et la promotion.

⁸⁷ MSSS. « Plu humain, plus performant : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé », Québec, 2022, p. 65. [En ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-210-216F.pdf>

⁸⁸ *Ibid.*, p. 66

Bibliographie

1. Publications officielles.

Assemblée nationale du Québec. Journal des débats, « Motion sans préavis — faire de la santé publique une priorité dans la refonte du système de santé. », 42^e législature, 2^e session, 22 mars 2022. http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/42-2/journal-debats/20220322/320903.html#_Toc99109324

Assemblée nationale du Québec. « Étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, volet Santé, accessibilité aux soins et santé publique », 27 avril 2022, <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-42-2/journal-debats/CSSS-220427.html#18h>

Ministère des Finances. « Budget 2018-2019 : des services de santé accessibles et de qualité », Québec, 2019. [En ligne] http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/Sante_1819.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). « Contour financier, Dépenses par programme et par région, 2018-2019 », Québec, 2018. [En ligne] <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/>

MSSS. « Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population », Québec, 2016, 112 p.

[En ligne] <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/#:~:text=Avec%20la%20Politique%20gouvernementale%20de,impact%20d%C3%A9terminant%20sur%20la%20sant%C3%A9>

MSSS. « Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec », Québec, 2015, 85 p.

[En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

MSSS. « Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec — produire la santé », Québec, 2005, p. 4. [En ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-228-01.pdf>

MSSS. « Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 », Québec, 2020 [En ligne] https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf

2. Lois québécoises et canadiennes

Loi canadienne sur la santé, LRC, 1985, ch. C-6

Loi concernant la lutte contre le tabagisme. LRQ, 2015, ch. L-6.2

Loi sur la santé publique, LRQ, 2001, ch. S-2.2

3. Rapports de commissions d'étude

Michel CLAIR *et coll.* « Les solutions émergentes : rapport et recommandations », *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, 2000. [En ligne] <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>

Jacques MÉNARD *et coll.* « Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations », Québec, 2005. [En ligne], http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf

4. Livres, thèses et mémoires

Éric BRETON *et coll.* « La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone », *Presses de l'École des Hautes Études en Santé publique*, 2^e édition, Rennes, 2020, 569 p.

George ROSEN. « A History of Public Health », *John Hopkins University Press*, Baltimore, 1958, 280 p.

Michel O'NEIL *et coll.* « Promotion de la santé au Canada et à l'étranger : perspectives critiques », *Les Presses de l'Université Laval*, Québec, 2006, 510 p.

Shanto IYENGAR *et* Donald R. KINDER. « News that matters », *The University of Chicago Press*, Chicago, 1987, 324 p.

Stéphane PAQUIN, Luc BERNIER *et* Guy LACHAPELLE. « L'analyse des politiques publiques », *Les Presses de l'Université Laval*, Québec, 2010, 426 p.

Yann LE BODO. « Processus politiques et débats associés à la taxation des boissons sucrées en santé publique : du cas français à la situation canadienne », 2020. [En ligne] <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/38110>

5. Articles de périodique

Jean ROCHON *et coll.* « Tirer les leçons de la pandémie pour repenser la santé publique au Québec », *Journal canadien de santé publique*, 2020. [En ligne] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7561231/pdf/41997_2020_Article_419.pdf

Julie Fiset-Laniel *et coll.* « Public health investments: neglect or wilful omission? Historical trends in Quebec and implications for Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 2020. [En ligne] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7278767/pdf/41997_2020_Article_342.pdf

Glen P. MAYS et Sharla A. SMITH. « Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths », *Health Aff (Millwood)*, 2011, 14 p. [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019932/>

Pieter VAN BAAN et coll. « **Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure** », *Plos medicine*, 2008. [En ligne] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18254654/>

6. Publications institutionnelles

Agence de la santé publique du Canada. « Investir en prévention : la perspective économique », Ottawa, 2009, 39 p. [En ligne] <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/preveco-fra.pdf>

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). « État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et services sociaux », Québec, 2010. [En ligne] https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_Resume_Tome2_EtatdeSituation.pdf

CSBE. « Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services », Québec, 2016, p. 55. [En ligne] http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Rapport/CSBE_Panier_Services_Voix_Citoyenne.pdf

CSBE. « Le devoir de faire autrement — Partie 1 : Renforcer le rôle stratégique de la santé publique », Québec, 2022. [En ligne] https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1.pdf

CSBE. « L'organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique », Québec, 2022, p. 23. [En ligne] https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/RapportAssoci%C3%A9s/CSBE_Rapport-organisation-sante-publique-QC-hors-QC.pdf

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-canadienne-sur-les-systemes-dinformation-de-gestion>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « L'obésité et l'embonpoint : quels sont les impacts économiques au Québec ? », Québec, 2016. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/publications/2126>

INSPQ. « Données COVID-19 au Québec », Québec, 11 mai 2022. [En ligne], <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

INSPQ. « Portrait de l'ensemble des maladies vasculaires au Québec : prévalence, incidence et mortalité », Québec, 2018. [En ligne] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2446_portrait_maladies_vasculaires.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS). « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé », Ottawa, 1986, 6 p. [En ligne] https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). « The heavy burden of obesity : the economics of prevention », 2019. [En ligne] <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/67450d67-en/index.html?itemId=/content/publication/67450d67-en>

WHO. « Pandemic influenza preparedness and response : a WHO guidance document », [En ligne], https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44123/9789241547680_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Publications scientifiques

Amélie QUESNEL-VALLÉE et coll. « La santé au cœur de la relance économique du Québec », *Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO)*, Montréal, 2020, [En ligne] https://consultations.finances.gouv.qc.ca/RelanceEconomique/propositions/RelanceEconomique_Cirano_Coll.pdf

Association canadienne pour la santé publique. « La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada », 2019, 36 p. [En ligne] <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/phhsr-backgrounddocument-f.pdf>

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). « Profil des systèmes de santé publique au Canada : Québec », Québec, 2022. [En ligne] <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2022-Profiles-des-systemes-de-sante-publique-au-Canada-Quebec.pdf>

Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. « Calculs des économies résultant de la baisse de la prévalence du tabagisme au Québec », 2012. [En ligne] http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2012/STAT_12_01_00_Economies_1996_2010_Calculs_GroupeAnalyse.pdf

CRÉMIEUX et coll. « Projet de loi sur le tabac proposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec : étude d'impact », 1997. [En ligne], <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000017183.pdf>

Erin STRUMPF. « Aspects financiers et réinvestissement en santé publique », *CIRANO*, Montréal, 2021. [En ligne], <https://cirano.qc.ca/files/publications/2020PR-01.pdf>

Guillaume HÉBERT et coll. « L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : état de la situation et propositions alternatives », Institut de recherche et d'information socio-économique (IRIS), 2017. [En ligne] https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/AltSante_2018.pdf

Olivier JACQUES et Alain NOËL. « Austerity Reduces Public Health Investments », *CIRANO*, Montréal, 2022. [En ligne] <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2022s-02>

Roxane BORGÈS DA SILVA et coll. « Évolution de la part des dépenses en santé publique dans le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux entre 2004 et 2019 », *CIRANO*, Montréal, 2021. [En ligne] https://cirano.qc.ca/files/publications/2021RP-09.pdf?fbclid=IwAR2XTtGmGcjreZAoTLd9VyuS4TEd8cJLk1ud_onW7k10kMtb8KQobsbxEye0

8. Articles de journaux

« Il faut prioriser la santé, pas la maladie ». *Le Devoir*, 15 mars 2022, <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/686010/libre-opinion-il-faut-prioriser-la-sante-pas-la-maladie>

« L'OMS ne recommande plus de taxer les boissons sucrées », *Radio-Canada*, 1^{er} juin 2018, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1104548/boissons-sucrees-taxe-organisation-mondiale-sante-oms>

« Prévention des maladies et promotion de la santé : pour la mise en place d'un plan d'urgence », *La Presse*, 17 mars 2022, <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2022-03-17/prevention-des-maladies-et-promotion-de-la-sante/pour-la-mise-en-place-d-un-plan-d-urgence.php>

« Qu'en est-il de la prévention ? », *La Presse*, 21 février 2016, https://plus.lapresse.ca/screens/196a55a0-164c-4cf1-bb71-5290494d0ece_7C_0.html

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTREVUE

Introduction

1. Pourriez-vous me décrire votre expérience dans le système de santé avant d'occuper les fonctions que vous occupez présentement ?
 - a. Avez-vous une expérience dans le domaine de la santé publique ?
 - b. Avez-vous une expérience en prévention et promotion de la santé ?
2. Pourriez-vous définir, dans vos mots, la structure institutionnelle de la santé publique québécoise ?
3. Pourriez-vous définir, dans vos mots, les objectifs poursuivis par la santé publique québécoise ?
 - a. Relance : pouvez-vous me donner des exemples d'activités de promotion et de prévention ?

Bloc 1 : Le financement

Le bloc de questions suivant porte précisément sur le financement alloué à la santé publique québécoise entre 2000 et 2019. Les sommes déployées pour faire face à la pandémie de COVID-19 sont exclues de mon analyse. Je vous demanderais donc de vous concentrer sur le financement alloué avant la pandémie.

1. Comment qualifieriez-vous le financement alloué à la santé publique québécoise entre 2000 et 2019 ?
2. Dans quelle mesure le financement entre 2000 et 2019 a-t-il répondu aux besoins ?
3. Selon vous, y a-t-il une asymétrie entre le financement des vocations curatives et préventives du système de soins ?
4. (Selon la réponse aux questions 1-2-3) Pourquoi affirmez-vous que la santé publique est sous-financée OU pourquoi affirmez-vous que le financement de la santé publique est adéquat ?
5. Selon les données de l'Institut canadien de la statistique, les dépenses du Québec en santé publique par habitant au Québec représentent moins de 40 % de celles des autres provinces canadiennes. Pourquoi cette différence selon vous ?

6. Quelles sont selon vous les mesures ou les stratégies les plus efficaces et porteuses pour financer les programmes de promotion et prévention de la santé ?
7. Quelles nouvelles mesures pourraient être mises en place pour financer de tels programmes ?

Bloc 2 : Perception de la place que devrait occuper la prévention et la promotion

Les prochaines questions portent sur la place que devrait occuper la prévention et la promotion dans le système de santé québécois.

1. Comment qualifieriez-vous la place occupée par la promotion et la prévention de la santé dans notre système de soins ?
2. Selon la réponse à la question 1 : pourquoi cette place est-elle suffisante OU pourquoi cette place est-elle insuffisante ?
3. À votre avis, quels sont les plus grands défis et enjeux concernant le déploiement de mesures de santé publique au Québec, en matière de promotion et de prévention ?
 - a. Relance : quelles pourraient être les solutions ?
4. Quels sont selon vous les acteurs les plus importants qui œuvrent en promotion et prévention de la santé au Québec ? Pourquoi sont-ils importants selon vous ? Précision : Ce peut être autant des acteurs institutionnels qu'issus du milieu communautaire, scientifique, universitaire, etc.
5. Si vous étiez ministre de la Santé et des Services sociaux et pouviez agir rapidement sur un ou deux facteurs qui amélioreraient la santé des Québécois, quels seraient ces facteurs ?
6. Quelles sont selon vous les meilleures mesures et pratiques qui favorisent la promotion et la prévention de la santé au Québec, et pourquoi ? (Est-ce car c'est coercitif ? basé sur la science ? car le public réagit positivement ?)
 - a. Croyez-vous que d'autres mesures devraient être mises en place pour favoriser la promotion et la prévention de la santé au Québec ?
 - b. Si la personne répond oui : lesquelles ?
7. Mes questions sont terminées. Y a-t-il d'autres dont nous n'avons pas discuté et que vous aimeriez mentionner ?

Conclusion et remerciements