

**Voir plus loin que le bout de son nez :  
la contribution de l'investissement en prévention  
au financement de la santé**

Présentation au Groupe de travail sur le financement du système de santé

Pierre Fortin, Université du Québec à Montréal

Luc Godbout, Université de Sherbrooke

André Chagnon et Michel Boivin, Fondation Lucie et André Chagnon

28 septembre 2007

Le Groupe de travail Castonguay sur le financement du système de santé a reçu du gouvernement le mandat de revoir le cadre de financement de la santé au Québec d'ici la fin de l'automne 2007. Il doit notamment : 1) proposer des sources additionnelles de financement (par hausse des revenus ou réduction des dépenses); 2) préciser le rôle que le secteur privé pourrait jouer tout en préservant un système public fort; 3) explorer des moyens de faciliter le financement de la santé à long terme (par ex. : remboursement de la dette, mise en place d'une caisse santé, etc.); et 4) examiner les modifications qui seraient nécessaires à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le Groupe de travail a invité la Fondation Lucie et André Chagnon à lui faire part de toute suggestion utile lui permettant de remplir le mandat qu'il a reçu du gouvernement. La Fondation s'est donné pour mission de contribuer au développement et à l'amélioration de la santé par la prévention de la pauvreté et de la maladie. Elle cherche à accomplir cette mission en se donnant pour cible la réussite scolaire des jeunes Québécois. À cette fin, elle intervient auprès des enfants (et de leurs parents) à partir de la conception jusqu'à l'âge adulte. Stratégiquement, la Fondation s'emploie à mobiliser et à appuyer les communautés locales, de même qu'à développer des partenariats avec certains acteurs clés de la société, afin que la prévention devienne à la longue une norme sociale bien enracinée partout au Québec.

La Fondation a accepté l'invitation du Groupe de travail. Le présent document, préparé conjointement avec les professeurs Pierre Fortin, de l'UQAM, et Luc Godbout, de l'Université de Sherbrooke, contient sa réaction aux questions que lui a posées le Groupe de travail. Même si, dans le passé, M.M. Fortin et Godbout ont surtout abordé le financement de la santé sous l'angle du défi que pose la pérennité du système de santé dans un contexte de vieillissement de la population, leurs échanges avec la Fondation les ont conduit à envisager le problème de la santé sous un angle beaucoup plus large, qui accorde une attention particulière à la prévention.

## **Qu'est-ce que la prévention?**

Nous entendons par « prévention » toute action réduisant le risque d'occurrence d'un accident, d'une maladie ou d'un décès<sup>1</sup>. On définit souvent la prévention comme un ensemble d'interventions de type clinique, c'est-à-dire de nature individuelle qui regroupe, par exemple, les vaccinations, le dépistage (hypertension, cholestérol, obésité, cancers, vision, glycémie, etc.) et diverses prophylaxies (aspirine, préservatifs, etc.) effectuées ou proposées en clinique.

Cette définition exclusivement clinique de la prévention est réductrice. Nous n'entendons pas nous y limiter. La littérature médicale contemporaine et la pratique sur le terrain envisagent aujourd'hui la prévention dans une perspective beaucoup plus large. En font partie non seulement les interventions de type clinique, mais également les initiatives de nature législative, éducative ou communautaire qui font la Promotion de la santé auprès de la population. Ces initiatives comprennent, par exemple, les lois et règlements (sécurité du travail, sécurité routière, code du bâtiment, dispositions relatives au tabac et aux aliments, etc.), les efforts d'éducation (sur l'alimentation, l'activité physique, l'alcool, les drogues, etc.), le soutien communautaire (engagement des parents dans l'école, dans le loisir et le sport, dans l'alimentation saine, etc.) et toute politique (appui à la réussite scolaire, etc.) ou tout programme (éducation physique dans les écoles, renforcement de l'identité des garçons, gestion du stress, développement de l'enfant en milieu difficile, etc.) qui vise à modifier les environnements favorables pour obtenir et maintenir la santé de la population.

## **L'impact de la promotion de la santé : l'exemple de la *Loi sur le tabac***

Il est bien compris par tous que la prévention a un impact majeur sur le financement de la santé. Cet impact est à la fois direct et indirect. D'une part, en améliorant la santé, la prévention permet de réduire directement les dépenses de santé. D'autre part, une population qui vit plus longtemps et en santé est économiquement plus

---

<sup>1</sup> Cette définition équivaut à celle de prévention « primaire » donnée par les chercheurs américains Leavell et Clark à la fin des années 1940. Dans leur terminologie, la prévention « secondaire » comprenait le dépistage et le traitement, et la prévention « tertiaire » visait l'atténuation des séquelles et l'empêchement des récidives. Voir H.R. Leavell et E.G. Clark, *Preventive medicine for the doctor in his community : An epidemiological approach*, 2e édition, McGraw-Hill, 1958.

productive et crée plus de richesse, ce qui facilite indirectement le financement public et privé de la santé.

La *Loi sur le tabac* du Québec (L.R.Q., c. T-0.01), introduite en 1998 et amendée en 2006, est un exemple de mesure de promotion de la santé qui illustre bien ces réalités. Cette Loi a imposé diverses restrictions à la consommation, à la vente, à l'étalage, à l'affichage, à la promotion, à la publicité et à l'emballage des produits du tabac. En 1997, des chercheurs de l'UQAM ont estimé que ces contraintes pourraient faire diminuer la prévalence du tabagisme dans la population adulte du Québec de moitié à long terme<sup>2</sup>. Sur cette base, ils ont calculé que des économies annuelles directes de 630 millions, résultant de coûts de santé réduits, s'ensuivraient, et que la productivité accrue de l'économie ferait augmenter le revenu intérieur du Québec de 1,1 milliard par année. Au total, le gain annuel pour le Québec serait de 1,8 milliard. Si on additionne les économies directes de 630 millions et les impôts et taxes d'environ 400 millions qui seraient versés à l'État québécois à partir du revenu intérieur accru, c'est à 1 milliard par année, ou à l'équivalent de 5 % du budget actuel de la santé, qu'on peut estimer l'impact bénéfique de la Loi sur les finances publiques du Québec.

### **La rétroaction favorable de la santé sur l'emploi, la productivité et le niveau de vie**

Il va de soi qu'il faut d'abord et avant tout chercher à améliorer l'état de santé de nos concitoyens pour le bien-être accru que cela leur procure. Nous insistons toutefois sur la rétroaction particulièrement favorable de l'amélioration générale de la santé de la population sur l'emploi, la productivité et le niveau de vie, que nous venons tout juste de souligner dans l'exemple de la *Loi sur le tabac*. Dans tous les pays, la mauvaise santé est une source importante de sous-emploi de la population. Une moins bonne santé fait diminuer la proportion des adultes qui occupent un emploi, fait augmenter le taux d'absence du travail et réduit la productivité au travail. Par exemple, en 2006 au Québec, l'employé à temps plein s'est absenté du travail pendant 9,3 jours en moyenne pour cause de maladie (maternités exclues). C'est 30% de plus qu'ailleurs au Canada, où le taux

---

<sup>2</sup> P. Ouellette et autres, *Étude d'impact du projet de loi sur le tabac*, Rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1997.

d'absence des employés à temps plein pour cause de maladie a été de 7,1 jours. Il y a donc place pour une hausse sensible de la présence au travail des salariés travailleurs québécois si leur santé peut être améliorée. Une réduction de leur taux d'absence au niveau du reste du Canada amènerait une augmentation du revenu intérieur du Québec de 1,1 milliard de dollars.

### **Combattre le manque de main-d'œuvre par l'amélioration de la santé**

De même, l'allongement de l'espérance de vie en santé pourrait avoir une incidence non négligeable sur le taux d'activité de la population âgée de 55 à 64 ans. En 2006, seulement 48% de cette population occupait un emploi au Québec, contre 58% ailleurs au Canada. Nous ne saurions sous-estimer l'importance de relever le taux d'emploi de cette catégorie d'âge au Québec dans les deux prochaines décennies. D'ici 2030, en effet, la population québécoise âgée de 20 à 54 ans perdra 400 000 personnes et l'emploi baissera de 300 000 environ. Si, dans l'intervalle, une meilleure santé et d'autres mesures faisaient augmenter le taux d'emploi des 55-64 de 48% à 58%, le Québec pourrait alors compter sur 100 000 travailleurs expérimentés de plus et combler ainsi le tiers de la baisse de main-d'œuvre qui va résulter du vieillissement démographique.

### **Un coût immédiat, des avantages éloignés**

Une caractéristique fréquente des mesures de promotion de la santé est qu'elles constituent un investissement à long terme dans le capital-santé de la population. Leur coût en restrictions, en temps et ou en argent est immédiat. Leurs avantages sont très réels (allongement de la vie en bonne santé, réduction des coûts de santé futurs, hausse de la productivité), mais ils sont souvent récoltés plus tard. Dans l'exemple de la *Loi sur le tabac* du Québec, les conséquences néfastes du tabagisme passé s'échelonnent sur plusieurs décennies. C'est pourquoi les chercheurs de l'UQAM ont entrevu que les avantages substantiels découlant de la baisse du tabagisme engendrée par la Loi ne seront pas entièrement réalisés avant le milieu du 21<sup>e</sup> siècle.

## Les maladies et les décès découlent en grande partie de comportements à risque

Il y a une myriade d'autres exemples de prévention, de type clinique comme de type communautaire, dont la rentabilité a été bien établie, en ce sens que les avantages futurs escomptés ont été démontrés plusieurs fois supérieurs aux coûts immédiats<sup>3</sup>. Cela n'est pas surprenant. Dans tous les pays industrialisés, les principales maladies qui entraînent le décès sont les cancers, les maladies cardiaques et cérébrovasculaires, et les maladies respiratoires. Mais les conditions qui mènent au décès (et a fortiori aux maladies non mortelles) sont elles-mêmes fréquemment liées à des comportements humains à risque qu'on peut changer au moyen d'investissements en prévention. Des chercheurs américains<sup>4</sup> ont récemment calculé qu'en 2000, aux États-Unis, près de la moitié des décès étaient associés à de tels comportements. Le **tableau 1** expose les principales causes identifiables de décès.

**Tableau 1 : Principales causes de décès aux États-Unis, 2000**

Origine du décès	Pourcentage de tous les décès
Tabagisme	18,1 %
Mauvaise nutrition et sédentarité	15,2 %
Alcoolisme	3,5 %
Agents microbiens évitables	3,1 %
Exposition à des agents toxiques	2,3 %
Accidents d'automobiles	1,8 %
Armes à feu	1,2 %
Comportement sexuel	0,8 %
Drogues illicites	0,7 %
<b>Total</b>	<b>46,7 %</b>

La situation québécoise n'est sans doute pas exactement la même que celle qui prévaut aux États-Unis, mais il serait surprenant qu'elle en soit radicalement différente. Le **tableau 2** indique que la mauvaise nutrition et la sédentarité s'approchent maintenant

<sup>3</sup> Voir les synthèses suivantes : J.K. Ockene et autres, « Integrating evidence-based clinical and community strategies to improve health, » *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 32, n° 3, mai 2007, pp. 244-252; et S. Zaza, P.A. Briss et K.W. Harris, *The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health?* Oxford University Press, Londres, 2006.

<sup>4</sup> A.H. Mokdad et autres, « Actual causes of death in the United States, 2000, » *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 10, mars 2004, pp. 1238-1245.

de la première place, détenue depuis longtemps par le tabagisme<sup>5</sup>. En 2004, 22 % de la population adulte était obèse au Québec. Si on ajoute les 34 % qui faisaient de l'embonpoint, on atteint un pourcentage de 56 % qui avait un excès de gras. Les taux d'obésité étaient de 24 % ailleurs au Canada et de 31 % aux États-Unis. Son taux d'obésité élevé aurait classé le Québec au dixième rang parmi les 30 pays membres de l'OCDE<sup>6</sup>. Or, les problèmes reliés à l'obésité sont tels que l'Organisation mondiale de la santé considère l'obésité comme une épidémie mondiale<sup>7</sup>.

**Tableau 2 : Obésité et embonpoint, Québec, Canada et États-Unis, 2004**

Population obèse au Québec	22 %
Population avec embonpoint au Québec	34 %
<i>Total : population avec excès de gras au Québec</i>	56 %
Population obèse ailleurs au Canada	24 %
Population obèse aux États-Unis	31 %
Rang du Québec concernant les taux d'obésité si inclus parmi les 30 pays de l'OCDE (1 <sup>er</sup> rang = taux le plus élevé)	10

Ces dernières informations contiennent deux enseignements fondamentaux. Le premier est que la prévention a une importance capitale pour le maintien et l'amélioration de la santé de la population. Parmi les activités de prévention, la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et les drogues illicites, la protection contre les MTS, les incendies et les armes à feu, et la promotion de l'hygiène, de l'alimentation saine, de l'activité physique et de la sécurité au travail, à la maison et sur la route sont potentiellement très rentables. L'école, parmi d'autres institutions, est un lieu privilégié de transmission aux jeunes de normes sociales qui seront ensuite les leurs pour le reste de leur vie.

Le second enseignement, c'est qu'on n'en fait pas assez, puisque la proportion des décès ultimement attribuables à ces facteurs de risque évitables est encore très élevée. Il faut s'engager dans la prévention avec plus de conviction, de ressources et de

<sup>5</sup> Voir Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 17, no 3, publication n° 82-003, août 2006.

<sup>6</sup> OCDE, *Éco-santé OCDE 2007*, Paris, 2007.

<sup>7</sup> Organisation mondiale de la santé, *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, 2003.

persévérance. Dans le langage réservé qu'on lui connaît, l'OCDE en fait comme suit la recommandation expresse dans un document récent :

*Une attention croissante portée à la prévention pourrait entraîner des améliorations de l'état de santé et atténuer les pressions qui pèsent sur les systèmes de soins<sup>8</sup>.*

L'urgence de cette prescription est particulièrement claire dans le contexte actuel de croissance rapide du coût de la santé et d'accélération prochaine du vieillissement de la population, lesquelles, au Québec, ont justement donné naissance au Comité Ménard (2005) et au présent Groupe de travail (2007).

### **Distinguer l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé**

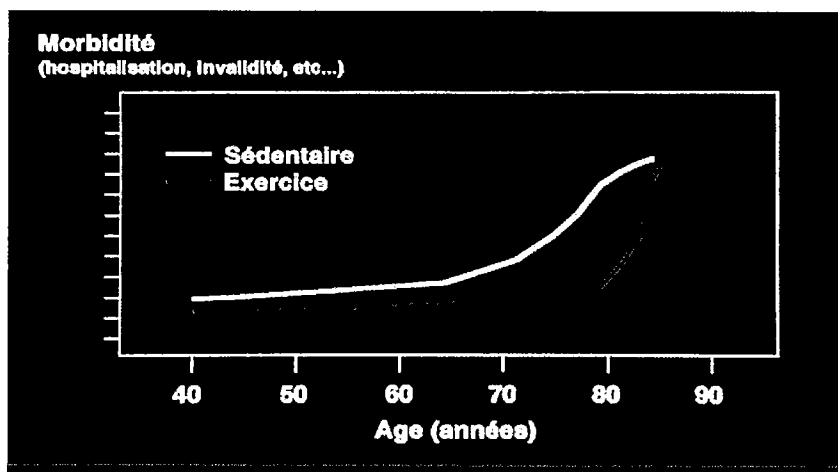
Il est vrai que l'espérance de vie connaît un accroissement depuis quelques décennies, mais qu'en est-il de la qualité de vie des années ajoutées ? Or, les plus récentes observations de la base de données *Éco-santé* indiquent que l'espérance de vie en bonne santé a diminué au Québec de 1992 à 1998, passant de 67,7 années à 66,8 années, même si l'espérance de vie a augmenté au cours de la même période<sup>9</sup>. Une plus grande sédentarité expliquerait en partie ce phénomène. Le **graphique 1** illustre bien qu'un des moyens les plus efficaces de promouvoir la santé, soit l'exercice, fait augmenter l'espérance de vie, mais encore plus l'espérance de vie en bonne santé, réduisant en même temps la morbidité (hospitalisation, invalidité, etc.).

---

<sup>8</sup> OCDE, *Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE 2005*, Paris, 2005, p. 15.

<sup>9</sup> Ministère de la santé et des services sociaux, *Éco Santé Québec 2006*,.

## Graphique 1 : Évolution de la morbidité avec l'âge selon qu'on est sédentaire ou qu'on s'adonne régulièrement à l'exercice



Source: J.F. Fries, « Measuring and monitoring success in compressing morbidity, » *Annals of Internal Medicine*, vol. 139, n° 5 (part 2), septembre 2003, pp. 455-459.

### Plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune

La preuve est également bien établie que de puissants facteurs socio-économiques sont à l'œuvre, même après qu'on ait tenu compte de différences dans des facteurs de risque comme le tabagisme, l'obésité et la consommation d'alcool<sup>10</sup>. Qu'il soit mesuré en termes de niveau de revenu ou d'éducation, le statut socio-économique est très étroitement relié à la santé dans tous les pays<sup>11</sup>. Plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune. Ainsi, bien que plusieurs liens de cause à effet restent à élucider dans ce domaine, les chercheurs sont unanimes à affirmer que l'effort d'amélioration de la santé de la population ne dépend pas seulement du progrès technologique. Il passe, dans une large mesure, par la lutte contre la pauvreté et les inégalités.

### Plus on est instruit, moins on chôme et mieux on est payé

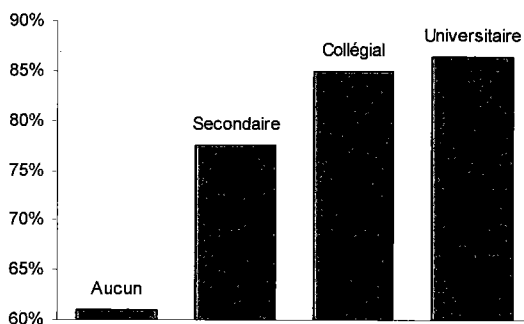
Il est clairement démontré que plus un individu s'instruit, moins il chôme et mieux il est payé. Comment y parvenir? À long terme, la réussite et la persévérance

<sup>10</sup> Voir J.D. Banks et autres, « Disease and disadvantage in the United States and England, » *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, no 17, mai 2006, pp. 2037-2045.

<sup>11</sup> Voir M.G. Marmot et R.G. Wilkinson, *Social Determinants of Health*, 2e édition, Oxford University Press, Londres, 2005; et G. Paquet, *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2005.

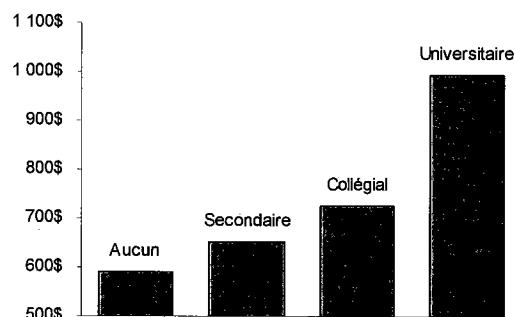
scolaires sont des armes efficaces de lutte contre la pauvreté – et, par conséquent, contre la maladie. Plus on est instruit, moins on chôme, mieux on est payé et moins on est malade. Le **graphique 2** démontre que l’acquisition d’un diplôme d’études secondaires (ou professionnelles) entraîne un bond considérable dans le taux d’emploi de la population adulte et, par conséquent, dans sa capacité de gagner un revenu et de sortir de la dépendance financière. De plus, le **graphique 3** indique que le salaire gagné augmente avec le niveau de scolarité atteint. Les effets du niveau de scolarité sur le taux d’emploi et sur le salaire gagné se conjuguent pour établir une relation très étroite et très forte entre la réussite scolaire et le revenu auquel on peut aspirer au sortir de l’école.

**Graphique 2 : Taux d’emploi de la population âgée de 25 à 54 ans selon le plus haut diplôme obtenu, Québec, 2006**



Source : Statistique Canada

**Graphique 3 : Salaire hebdomadaire moyen de la population de 15 ans ou plus travaillant à temps complet selon le plus haut diplôme obtenu, Québec, 2005**



Source : Statistique Canada

Nous insistons ici sur le fait que la recherche contemporaine accorde une importance considérable à la « littératie » (néologisme qui désigne l’ensemble des compétences de base, comme savoir lire, écrire et compter, qui sont acquises aux niveaux primaire et secondaire) pour l’accession personnelle à l’autonomie financière dans le reste de la vie et pour la croissance économique de l’ensemble du pays. Au Canada, on a pu démontrer qu’une personne pleinement compétente en littératie bénéficie d’un revenu deux fois plus élevé qu’une autre dont les capacités sont faibles<sup>12</sup>. De même, une

<sup>12</sup> Voir D.A. Green et W.C. Riddell, *Les capacités de lecture et de calcul et la situation sur le marché du travail au Canada*, Enquête internationale sur l’alphabétisation des adultes, cat. n° 89-552-MIF, Statistique Canada, Ottawa, 2001.

comparaison des niveaux moyens de littératie des pays industrialisés révèle une association étroite avec leurs niveaux moyens de productivité<sup>13</sup>.

### **L'investissement dans la petite enfance est particulièrement rentable**

Le développement du cerveau humain est loin d'être complété à la naissance. Il se poursuit pendant la petite enfance. Il franchit alors des étapes déterminantes. Le nombre de neurones et la structure du cerveau sont déjà fixés à la naissance, mais les liens entre les neurones (formation des synapses), leur efficacité de fonctionnement (développement de la myéline) et leur système de nutrition et d'entretien (production de cellules gliales) se développent pendant quelques années encore<sup>14</sup>. Les expériences sensorielles du tout-petit et son interaction avec ses parents, les autres adultes et les autres enfants lui font acquérir (ou non) des habiletés cognitives de base comme écouter, observer, parler, dessiner, compter, lire et écrire, et d'autres aptitudes tout aussi importantes pour réussir sa vie comme la patience, la persévérance, la responsabilité, la discipline, l'estime de soi, la capacité d'interagir avec les autres, la générosité et le contrôle des émotions.

La petite enfance est une période de très grande sensibilité aux stimuli de l'environnement et une période critique de l'existence. Le développement humain est un processus cumulatif où il est difficile et coûteux de remédier plus tard à des carences subies au départ. Le développement cérébral, les aptitudes cognitives et autres, ainsi que les expériences vécues pendant la petite enfance ont donc souvent une portée définitive sur le reste de la vie. Plusieurs études font ressortir une étroite corrélation entre l'apparition de maladies à l'âge adulte et les difficultés éprouvées antérieurement pendant la petite enfance<sup>15</sup>. La grande difficulté de corriger les problèmes de comportement qui se développent à cet âge a été particulièrement mise en évidence par les travaux de Richard Tremblay, de l'Université de Montréal, et ses collaborateurs. Ces chercheurs ont trouvé, par exemple, que 25 % ou moins des enfants qui affichent un degré élevé ou chronique

---

<sup>13</sup> Voir S. Coulombe et autres, *Performance en littératie, capital humain et croissance dans quatorze pays de l'OCDE*, Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, cat. n° 89-552-MIF, Statistique Canada, Ottawa, 2004.

<sup>14</sup> Pour une description sommaire de ces processus, voir M. Norrie McCain et autres, *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Council for Early Child Development, Toronto, 2007, chap. 1.

<sup>15</sup> Voir W.J. Wadsworth et D.J. Kuh, « Childhood influences on adult health, » *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 11, n° 1, janvier 1997, pp. 2-20.

