Pour un Québec **en santé, équitable et résilient**

PROGRAMME NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE 2025-2035



Votre gouvernement

Québec

RÉDACTION
Équipe projet ministérielle et Guylaine Boucher (Agence Médiapresse Inc.)

ÉDITION
Cette publication a été réalisée par le **Sous-ministériat à la prévention et santé publique**
en collaboration avec la **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
Québec.ca/publications-santé-services-sociaux.

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE
Ministère de la Santé et des Services sociaux (2025). *Programme national de santé publique 2025-2035. Pour un Québec en santé, équitable et résilient*, Gouvernement du Québec, 100 p.

Pour plus d'information : **Québec.ca/gouv/santé-services-sociaux**

DÉPÔT LÉGAL – 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-555-02638-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2025

Pour un Québec **en santé, équitable et résilient**

PROGRAMME NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE 2025-2035

REMERCIEMENTS

Le Sous-ministériat à la prévention et santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux tient à exprimer sa sincère reconnaissance à toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce programme national de santé publique, y compris celles qui ne sont pas nommées ici.

DIRECTION

Luc Boileau, Directeur national de santé publique, (jusqu'au 28 septembre 2025)

Caroline Quach-Thanh, Directrice nationale de santé publique (à partir du 29 septembre 2025)

Amélie Trépanier, Directrice générale des politiques en santé publique

Mélanie Kavanagh, Directrice de la planification, du développement et des mandats transversaux en santé publique

ÉQUIPE PROJET MINISTÉRIELLE

Emilie Dionne, (coordination), Caroline Boucher, Ali El-Samra, Annie Larouche, Geneviève Lesage, Jana Martic, Mathieu Masse-Jolicœur, Marjolaine Pigeon

APPUIS STRATÉGIQUES À LA DÉMARCHE (comités d'orientation, de conseil et de gestion, et consultations ad hoc)

Philippe Bélanger, Marie-France Boudreault, Camille Bolduc-Boyer, Maude Chapados, Nadia Campanelli, Geneviève David, Annick Des Cormiers, Stéphanie Dion, Sonia Dugal, Pierre-Gerlier Forest, Éric Goyer, Benoit Houle, Anne-Marie Langlois, Marie-Andrée Leblanc, Éric Litvak, Julie Loslier, Anne-Marie Morel, Silvio Manfredi, Marie-Josée Pineault, Patrick Poulin, Denis Roy, Marie-Andrée Roy, Émilie Tremblay, Jean-Pierre Trépanier, Caroline Wong

ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT AYANT ÉTÉ RENCONTRÉES

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

GROUPES THÉMATIQUES ET CELLULES D'EXPERTISE

Parents et jeunes enfants

Peggy Bedon, Julie Deschamps, Louise Catherine De Jordy, Marie-Noëlle Fiset, Ève Fréchette, Annik Gibeau, Catherine Habel, Julie Laforest, Jana Martic, Annie Motard-Bélanger, Annie Pelletier

Jeunes d'âge scolaire et jeunes adultes

Judith Archambault Paterson, Olivier Bellefleur, Emmanuelle Bernard, Caroline Boucher, Marie-Laurence Fillion, Laurence Gervais, Lyne Guérin, Anne-Marie Langlois, Geneviève Laroche, Joanie L'Heureux, Vincent Montpetit, Cat Tuong Nguyen, Isabelle Tremblay

Adultes et personnes aînées

Maryse Caron, Ronaldo Candido, Catherine Denis, Catherine Dufour, Ali El-Samra, Hélène Gagnon, Paule-Émilie Groleau, Fatiha Haouara, Stéphanie Lanthier-Labonté, Dounia Najahi, Diego Pando-Corbeil, Armand Pejwan Pourashraf, Marie-Pascale Sassine, Denise Veilleux

Environnements et modes de vie favorables à la santé

Joanne Aubé-Maurice, Isabelle Demers, Mariane Dion, Claudia Houle, Benoit Hurtel, Yolaine Labbé, Annie Larouche, Mélanie Langlois, Alyson McGinnis, Aurélie Maurice, Catherine Verreault, Marie-Christine Veilleux, Audrey Vézina, Olivier Tessier

Gestion des risques et des menaces à la santé et préparation aux urgences sanitaires

Danielle Auger, Marie-France Boudreault, Frédérique Brouillard, Denis Cormier-Piché, Ariane Courville, Jean-Bernard Gamache, Isabelle Goupil-Sormany, Éric Lampron-Goulet, Mathieu Masse-Jolicœur, Sophie Mokas, Nicole Tremblay, Louise Valiquette, Cherine Zaim, Armand Pejwan Pourashraf

Surveillance de l'état de santé de la population

Marie-Andrée Authier, Marie-Claude Clouston, Geneviève Larouche, Maude Landry, Judith Montminy, Marjolaine Pigeon, Julie Soucy, Mélanie St-Onge, Maggie Vallières

Cellule d'expertise Inégalités sociales de santé

Maude Chapados, Caroline Caux, Élise Landry, Maryse Lefebvre, Julie Pelletier, Marie-Hélène Senay

Cellule d'expertise Changements climatiques

Joanne Aubé-Maurice, Anne-Sara Briand, Angèle-Anne Brouillette, Virginie Noël, Marie-Jo Ouimet, Camille Poirier-Ouellet



MOT DU **MINISTRE DE LA SANTÉ**

Notre société fait face à des défis importants, notamment le vieillissement de la population, la hausse des maladies chroniques et les besoins grandissants des personnes en situation de vulnérabilité. Ces défis exercent une pression croissante sur les dépenses en santé et en services sociaux. Dans ce contexte, la prévention s'impose comme une priorité de notre gouvernement. En effet, il importe d'agir le plus en amont possible des problèmes pour maintenir et améliorer la santé de la population et, ultimement, contribuer à diminuer la demande de soins et de services.

Au cours des dernières années, plusieurs initiatives structurantes ont été mises en œuvre en ce sens, notamment avec le Programme national de santé publique (PNSP) et la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS). Elles ont établi des bases solides sur lesquelles nous pouvons poursuivre l'action avec ambition et cohérence. Les changements dans la gouvernance du système de santé et de services sociaux, avec la création de Santé Québec, et la vision renouvelée du Ministère plaçant la prévention au cœur des priorités, notamment par le déploiement de la toute première Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, sont par ailleurs venus consolider les actions mises en place jusqu'à maintenant.

Le PNSP favorise depuis maintenant deux décennies une plus grande intégration de la prévention dans l'action du système de santé et de services sociaux. Il représente un levier incontournable pour agir efficacement sur les facteurs qui influencent la santé. En continuité des éditions précédentes, le PNSP 2025-2035 se veut porteur d'un engagement renouvelé pour maintenir et améliorer la santé de la population du Québec ainsi que réduire les inégalités sociales de santé.

Avec ce nouveau PNSP, nous nous dotons d'un cadre d'action essentiel afin de bâtir une société et des collectivités en santé, équitables et résilientes, où chacune et chacun peut s'épanouir pleinement.

Christian Dubé
Ministre de la Santé



MOT DE LA **DIRECTRICE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE** ET SOUS-MINISTRE ADJOINTE

La santé publique est un levier essentiel pour améliorer durablement la qualité de vie de la population québécoise. Plusieurs des défis auxquels nous faisons face sont bien connus : le vieillissement de la population, la hausse des maladies chroniques, les effets des changements climatiques, les inégalités persistantes, ainsi que les transformations démographiques et sociales. Ces enjeux exigent une réponse concertée, inclusive et durable.

Le Programme national de santé publique 2025-2035 propose une feuille de route claire et ambitieuse pour maintenir et améliorer la santé de la population, réduire les inégalités sociales de santé et favoriser des milieux de vie plus sains, équitables et inclusifs partout au Québec.

Représentant la continuité et la cohérence de l'action en santé publique, ce programme d'activités est appuyé par la récente Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, qui renforce la capacité collective à agir. Il vise à répondre aux enjeux contemporains et émergents en mobilisant les forces vives du territoire autour d'actions concrètes fondées sur les meilleures données et portées par une volonté commune d'intervenir en amont des problèmes de santé.

Ce vaste programme est le fruit d'un travail soutenu de collaboration entre Santé Québec et plusieurs actrices et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il reflète un engagement commun : faire du Québec un endroit où l'action sur les déterminants de la santé et la prévention deviennent des réflexes collectifs et des responsabilités partagées. Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui y ont contribué de près ou de loin, y compris mon prédécesseur, le Dr Luc Boileau, qui a dirigé l'essentiel des travaux.

Je suis convaincue que le Programme national de santé publique 2025-2035 saura orienter nos actions au cours des dix prochaines années, en plaçant la santé et le bien-être au cœur de nos décisions collectives. Ensemble, nous avons le pouvoir de transformer nos milieux de vie pour les rendre plus favorables à la santé, de soutenir les générations actuelles et futures, et de bâtir un Québec où chaque personne peut s'épanouir pleinement.

Je vous invite à vous approprier ce programme, à en faire un levier de changement et à y contribuer activement, chacune et chacun à votre manière, dans le cadre de cette grande démarche collective.

Dre Caroline Quach-Thanh
Directrice nationale de santé publique et sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES IX

INTRODUCTION 1

1. LA SANTÉ PUBLIQUE, UNE EXPERTISE PARTICULIÈRE 3

- 1.1 Définition générale de la santé 3
- 1.2 Objet de la santé publique 3
- 1.3 Déterminants de la santé 5
- 1.4 Vision intégrée de l'intervention 8

2. LA SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC 10

- 2.1 Cadre légal et structure de gouvernance 10
- 2.2 Fonctions essentielles de santé publique 15
- 2.3 Coordination des actions 16

3. LES FONDEMENTS DU PNSP 2025-2035 17

- 3.1 Vision 17
- 3.2 Contexte organisationnel 17
- 3.3 Tendances sociétales à considérer 19
- 3.4 Enjeux transversaux 20
- 3.5 Réalités de santé variables tout au long du parcours de vie 24
- 3.6 Perspectives citoyennes 25
- 3.7 Réalités des Premières Nations et des Inuit 26

4. LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE 29

- 4.1 Structure des activités 29
- 4.2 Catégorisation et portée des activités 30
- 4.3 Objectifs généraux et spécifiques 31
- 4.4 Présentation des activités 32

AXE 1 – Information et soutien à la prise de décision 33

› Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 33
› Action sur les politiques publiques pour favoriser la santé 36

AXE 2 – Développement et maintien de la santé tout au long de la vie 38

› Parents et jeunes enfants 39
› Jeunes d'âge scolaire et jeunes adultes 44
› Adultes et personnes aînées 50
› Pratiques cliniques préventives 54

AXE 3 – Création d'environnements et adoption de modes de vie favorables à la santé 57

AXE 4 – Gestion des risques et des menaces à la santé et préparation aux urgences sanitaires 63

5. LES PRINCIPES DIRECTEURS ET ORIENTATIONS DE MISE EN ŒUVRE 67

5.1 Principes directeurs 67
5.2 Valeur recherchée 69
5.3 Conditions de réussite 69
5.4 Suivi et évaluation 73

CONCLUSION 74

ANNEXE 1 – SOURCES DES DONNÉES DES FAITS SAILLANTS PAR AXE 75

RÉFÉRENCES 88

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ADS+	Analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle
CBRNE	Incidents chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs
CCSSSBJ	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
DNSP	Directrice nationale ou directeur national de santé publique
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
ICIDJE	Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JHA	Jeux de hasard et d'argent
LSP	Loi sur la santé publique
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAR	Plan d'action régional [de santé publique]
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale ou président-directeur général
PNS	Plan national de surveillance
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
SGEE	Services de garde éducatifs à l'enfance
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SMA	Sous-ministre adjointe ou sous-ministre adjoint
SPA	Substances psychoactives
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION



De nombreux facteurs influencent la santé et le bien-être des individus et des populations. Le Programme national de santé publique (PNSP) constitue l'un des principaux cadres d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de son réseau pour agir sur ces déterminants de la santé. Sa mouture 2025-2035 définit les orientations et les objectifs en santé publique pour la prochaine décennie. Elle structure les activités de santé publique au Québec en guidant leur déploiement et en posant les fondements des plans d'action régionaux de santé publique (PAR) en la matière.

Les activités de santé publique sont orientées selon les besoins prioritaires et les tendances sociétales contemporaines, dont la progression des disparités sociales et économiques et l'accélération des changements climatiques, qui comptent parmi les défis les plus pressants.

Plus concrètement, le PNSP incarne une approche fondée sur la valeur en mettant l'accent sur la capacité des actions à générer des résultats de santé significatifs pour la population. Afin de mesurer la performance et d'ajuster les activités en cours de route, il identifie des objectifs par axes et par activités dont le suivi est susceptible d'éclairer les décisions selon ce qui compte pour la population. Le PNSP mise également sur la participation citoyenne afin de renforcer la pertinence et les retombées de ses activités. Pour maximiser leur effet, les logiques d'intervention, les thématiques et les contributions spécifiques proposées par le PNSP sont alignées avec la Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, élaborée parallèlement.

Le contenu du PNSP prend appui sur les résultats positifs du programme précédent et s'inscrit dans sa continuité, tout en intégrant des bonifications pour accroître son impact sur la santé de la population. La présentation des activités spécifiques aux différents groupes d'âge a notamment été actualisée. Ces activités sont désormais organisées dans un continuum d'interventions selon les parcours de vie et une approche adaptée aux particularités des différents milieux.

Autre nouveauté : un tronc commun d'activités à déployer dans différentes régions sociosanitaires du Québec a été identifié ; il s'agit d'activités jugées essentielles et communes. À celles-ci s'ajoutent des activités stratégiques régionales à déterminer selon les réalités régionales. Par ailleurs, des priorités triennales ont été définies et seront révisées à l'issue des trois premières années du PNSP. Ces priorités permettront d'ajuster plus efficacement l'action de santé publique aux enjeux émergents de santé, à l'évolution des besoins de la population et des contextes régionaux, ainsi qu'à la performance des activités en cours.

Les activités du PNSP sont organisées autour de quatre grands axes d'intervention, qui tiennent compte des fonctions essentielles de santé publique.

Le premier axe, intitulé Information et soutien à la prise de décision, comporte deux volets :

- La surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- L'action sur les politiques publiques pour favoriser la santé.

Les trois autres axes sont spécifiques à des domaines d'intervention ciblés :

- Axe 2 : Le développement et le maintien de la santé tout au long de la vie ;
- Axe 3 : La création d'environnements et l'adoption de modes de vie favorables à la santé ;
- Axe 4 : La gestion des risques et des menaces à la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

L'intégration de faits saillants propres à chaque axe d'intervention et à chaque étape du parcours de vie contribue à illustrer clairement le lien entre les besoins de santé actuels et les actions retenues.

L'ensemble de ces éléments est présenté au chapitre 4 du présent document.

Précédemment, les chapitres 1 et 2 présentent le cadre dans lequel les activités du programme sont déployées.

Le chapitre 3 expose ensuite les fondements du programme, en commençant par sa vision, puis en détaillant les éléments de contexte ayant influencé son élaboration — notamment le contexte organisationnel et les enjeux contemporains en santé publique.

Enfin, le chapitre 5 — dernier du document — décrit les principes directeurs ainsi que les principales conditions de réussite de la mise en œuvre du PNSP.

L'élaboration de ce troisième PNSP a nécessité la mobilisation de nombreuses personnes du Sous-ministériat à la prévention et santé publique du MSSS, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de Santé Québec et des directions de santé publique de ses établissements territoriaux ainsi que des directions de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) et du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ). Des personnes issues de la population, aux profils diversifiés, ont également été mises à contribution dans les travaux d'élaboration.

Le PNSP a en outre fait l'objet d'une évaluation de durabilité et, par sa finalité et ses principes directeurs, s'inscrit en cohérence avec les principes du développement durable. Il adopte une approche visant à prévenir la création ou la reproduction d'inégalités, en tenant compte des besoins différenciés des divers groupes de la population, notamment des femmes et des hommes. L'approche d'universalisme proportionné, préconisée lors de sa mise en œuvre, permet d'ajuster le niveau d'intervention en fonction des réalités propres à chacun des groupes qui composent la société québécoise.

1. LA SANTÉ PUBLIQUE, UNE **EXPERTISE PARTICULIÈRE**

1.1 Définition générale de la santé

Plus qu'un simple état marqué par l'absence de maladie, la santé est une ressource fondée sur le bien-être physique, mental et psychosocial qui permet aux individus de poursuivre leurs buts et leurs aspirations dans la vie (1). Elle est essentielle au dynamisme, à la prospérité ainsi qu'à l'essor des sociétés et se construit ou se renouvelle continuellement dans les environnements où les personnes naissent, grandissent et évoluent (1, 2).

Bien que les individus et les populations aient une certaine responsabilité à l'égard de leur santé, le maintien et l'amélioration de celle-ci exigent qu'ils puissent bénéficier d'environnements physiques et sociaux favorables, comme le quartier, l'école, la famille ou le milieu de travail. Des ressources ou des occasions leur permettant, par exemple, de subvenir à leurs besoins, d'apprendre, de créer des liens affectifs et sociaux, de participer à la vie culturelle ou de poser diverses actions soutenant leur santé, leur bien-être et leur capacité à agir en ce sens, doivent aussi être disponibles et accessibles (3).

1.2 Objet de la santé publique

La santé publique se distingue par son orientation générale vers les populations et son action en amont des problèmes, afin de prévenir ce qui peut l'être et de miser sur les occasions d'améliorer la santé.

Alors que la santé individuelle renvoie principalement aux interventions cliniques auprès de personnes malades ou à risque, dans une visée de guérison, de rétablissement, d'adaptation ou de maintien de la santé, la santé des populations s'intéresse à la répartition des états de santé et de leurs déterminants (fréquence, variation) au sein de la population (4).

Plus spécifiquement, la santé publique porte son attention sur :

- la santé globale de la population ainsi que celle de différents groupes sociaux, définis par exemple selon leur lieu de résidence, leur statut socioéconomique, leur niveau de scolarité, leur origine ou identité ethnoculturelle, leur âge, leur sexe ou leur genre ;
- les inégalités sociales de santé, c'est-à-dire les écarts de santé entre groupes sociaux liés aux conditions de vie et à la position sociale, comme le statut socioéconomique (5).

Ces efforts visent à maintenir et à améliorer la santé de toutes et tous, ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé, en agissant sur les facteurs qui influencent la distribution des états de santé et de leurs déterminants.

Quoique certaines actions soient réalisées de manière directe au profit de la santé de la population générale ou de celle de groupes spécifiques[i], les actrices et acteurs de santé publique — issus des établissements de santé et de services sociaux, de Santé Québec, de la RRSSSN, du CCSSSBJ, du MSSS et de l'INSPQ — agissent le plus souvent en collaboration avec de multiples partenaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population, prévenir les problèmes, réduire les inégalités sociales de santé et promouvoir l'équité[ii].

Réduire les inégalités sociales de santé et améliorer la santé de la population

Sous l'angle populationnel et statistique, à chaque position dans l'échelle sociale correspond un niveau moyen de santé. Ce phénomène est appelé « gradient social de santé ». De manière générale, la santé tend à s'améliorer progressivement à mesure que le niveau socioéconomique augmente — non seulement entre les groupes les moins avantagés et ceux les plus avantagés, mais tout au long du continuum social.

En d'autres mots, plus les groupes sociaux disposent d'un revenu élevé, d'un haut degré de scolarité ou d'un emploi stable, meilleur est leur état de santé (6).

Ces écarts de santé liés à des situations d'avantage ou de désavantage social — écarts de santé injustes et remédiables — peuvent être évités ou réduits par l'adoption et la mise en œuvre de politiques publiques et d'actions ciblées. L'efficacité de celles-ci est renforcée lorsqu'elles tiennent compte de l'ensemble des structures sociales et des systèmes gouvernementaux et institutionnels inscrits dans le contexte politique, social, culturel, économique et démographique d'une société.

Ces structures sont importantes, car elles influencent directement la répartition des ressources, la qualité de vie, l'accès aux services et, par conséquent, les conditions de santé des individus et des communautés. Selon la manière dont elles encadrent les interactions dans la société, elles peuvent favoriser la réduction des inégalités et l'intégration sociale ou, au contraire, renforcer la hiérarchisation et la discrimination (7).

Mettre en œuvre des politiques et des actions ciblées en santé publique implique donc :

- d'avoir une bonne connaissance de l'état de santé et des déterminants de la santé de la population et des groupes sociaux en contexte de vulnérabilité ;
- de rallier, de soutenir et d'accompagner différents partenaires intra et intersectoriels qui détiennent des leviers pour agir sur les déterminants de la santé au-delà du seul secteur de la santé et des services sociaux ;
- de mobiliser l'ensemble des connaissances scientifiques pertinentes, en plus des sciences cliniques, par exemple l'épidémiologie et la science des données, les sciences politiques, la sociologie, les sciences de l'environnement, la psychologie sociale et l'urbanisme, pour n'en nommer que quelques-uns.

---

i. Par exemple, par la vaccination universelle ou le soutien au développement de la petite enfance en contexte de vulnérabilité.

ii. Selon le glossaire de promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (2021), l'équité en santé est l'absence de différences injustes et évitables ou remédiables dans l'état de santé entre des groupes de population définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement (traduction libre).

1.3 Déterminants de la santé

Quelle que soit la nature des activités réalisées, les déterminants de la santé constituent l'objet premier de l'action menée en santé publique. Ils désignent l'ensemble dynamique des éléments personnels, sociaux, économiques, environnementaux ou politiques qui influencent la santé et qui déterminent l'espérance de vie en bonne santé des individus et des populations.

Ces déterminants interagissent de manière complexe pour influencer la santé, que ce soit de façon directe ou par l'intermédiaire de comportements, de décisions ou d'interventions ayant une incidence sur celle-ci. Ils peuvent avoir un effet positif en favorisant ou en protégeant la santé, ou négatif en lui portant atteinte.

Les déterminants de la santé peuvent être regroupés en quatre grands champs (ou niveaux) (8).

Le premier champ renvoie au **contexte global** dans lequel les individus et les groupes évoluent au sein de la société. Il comprend un ensemble d'éléments macroscopiques, notamment :

- **Politiques et législatifs** : appareil et institutions politiques (ex. : normes, valeurs, modes de gouvernance), droit et traités internationaux, politiques publiques et instruments de politiques (ex. : lois, règlements) dans les domaines social, économique, environnemental, de la santé et des services sociaux, de la sécurité publique, etc. ;
- **Économiques** : structure et conjoncture économiques, mondialisation des marchés, emploi, distribution de la richesse et des revenus, pratiques de commercialisation, coût des biens de consommation, etc. ;
- **Démographiques** : structure de la population (ex. : répartition selon l'âge, le sexe, l'origine ethnoculturelle), mouvements populationnels et migratoires, natalité, fécondité, etc. ;
- **Sociaux et culturels** : valeurs et normes sociétales, diversité ethnoculturelle, stratification sociale (selon le revenu, la scolarité, le genre, les origines), situation linguistique, pratiques religieuses, processus d'inclusion et de discrimination, art et culture, médias de masse, etc. ;
- **Scientifiques et technologiques** : avancées scientifiques, innovation, technologies de l'information et des communications, modes d'intervention en santé, nouveaux dispositifs et équipements, etc. ;
- **Environnement naturel et écosystèmes** : contaminants (ex. : air, eau, sol), agents pathogènes, vecteurs biologiques, radiations, climat et changements climatiques, etc.

Le deuxième champ se rapporte aux **systèmes** administrés par l'État et ses partenaires, en lien avec le cadre politique et les valeurs de la société. Il inclut :

- **L'éducation et les services de garde à l'enfance** : financement, structure (ex. : nombre, type, ressources disponibles, accessibilité), organisation et qualité des services du système scolaire (primaire, secondaire, postsecondaire) et des services de garde (ex. : centres de la petite enfance, services privés), etc. ;
- **Le système de santé et de services sociaux** : financement, structure, organisation et qualité des services offerts à l'ensemble de la population et à certains groupes particuliers, etc. ;

- **L'aménagement du territoire** : caractéristiques et règles d'emplacement et de construction en matière d'habitation, de transport, d'espaces publics et communautaires, résidentiels, commerciaux ou industriels, en milieu rural et urbain, etc. ;
- **Le soutien à l'emploi et la solidarité sociale** : programmes et services d'intégration et d'aide à l'emploi, de soutien aux entreprises, régime d'assurance parentale, aide de dernier recours aux personnes les plus démunies, etc. ;
- **D'autres systèmes et programmes** : sécurité publique, services municipaux (ex. : eau potable, déneigement), programmes de surveillance de l'environnement, de santé animale, de salubrité des aliments, d'intégration sociale et de promotion de la diversité ethnoculturelle, etc.

Le troisième champ englobe les facteurs relatifs aux **milieux de vie**, tels que :

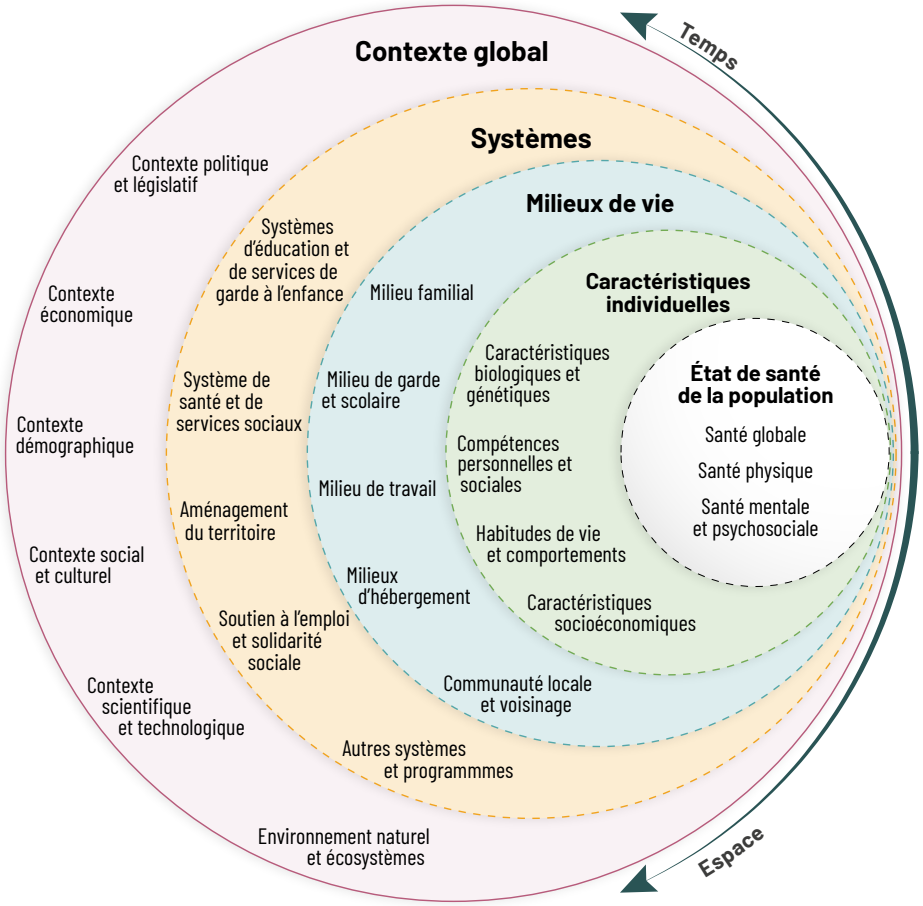
- **Le milieu familial** : aspects socioéconomique et matériel (ex. : revenu, logement), aspects sociaux (ex. : relations, soutien, pratiques), etc. ;
- **Le milieu de garde et scolaire** : conditions et ressources matérielles, activités et services, climat et relations, gouvernance, etc. ;
- **Le milieu de travail** : éléments physiques, conditions et organisation du travail, facteurs psychosociaux, etc. ;
- **Le milieu d'hébergement (pour les personnes de tout âge en situation de vulnérabilité)** : conditions matérielles et sociales, gouvernance, qualité des services et des ressources, etc. ;
- **La communauté locale (plus ou moins étendue) et le voisinage** : caractéristiques socioéconomiques, conditions environnementales (ex. : espaces verts, rues et routes, bâtiments), ressources et organismes divers (ex. : disponibilité, accessibilité), gouvernance locale, sécurité, réseaux associatifs et de loisirs, cohésion et soutien social, etc.

Quant au dernier champ, il regroupe l'ensemble des **caractéristiques individuelles** susceptibles d'influencer l'état de santé d'une personne, dont plusieurs évoluent tout au long de la vie. Pensons notamment aux :

- **Caractéristiques biologiques et génétiques** : âge, sexe, origine, prédispositions génétiques, etc. ;
- **Caractéristiques socioéconomiques** : niveau de scolarité, revenu, type d'emploi, sécurité alimentaire, etc. ;
- **Habitudes de vie et comportements** : alimentation, mode de vie actif ou sédentaire, consommation de substances psychoactives (SPA), y compris les produits de tabac et de nicotine[iii], l'alcool, le cannabis et autres drogues, soins et hygiène personnelle, sécurité, sommeil, etc. ;
- **Compétences** : habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales, connaissances, littératie en santé, sentiment de contrôle, résilience, etc.

iii. Dans ce document, les produits de nicotine réfèrent toujours aux produits de vapotage de nicotine, aux pochettes buccales de nicotine et à d'autres produits émergents à usage récréatif qui contiennent de la nicotine. Ils excluent les thérapies de remplacement de nicotine utilisées pour la cessation tabagique et nicotinique.

La *Carte de la santé et de ses déterminants* ci-dessous positionne chacun de ces champs en couches successives autour du noyau central que constitue l'état de santé de la population. Elle permet, ce faisant, de comprendre en un coup d'œil ce phénomène complexe. Ce modèle est présenté de manière plus détaillée dans le document *La santé et ses déterminants – mieux comprendre pour mieux agir*.



Le modèle proposé n'illustre cependant ni les interactions entre les déterminants ni l'effet de ces interactions sur la santé — voire sur les déterminants eux-mêmes. Or, une approche efficace de la santé des populations exige une prise en compte globale des interactions existantes. Elle doit aussi intégrer les dimensions sociales, économiques et politiques qui influencent de manière structurelle la santé de l'ensemble de la population. Agir sur les inégalités sociales de santé implique également de reconnaître la répartition inégale des déterminants sociaux résultant de l'organisation sociale, ainsi que les mécanismes qui génèrent ces inégalités. Il est aussi essentiel de reconnaître le rôle que joue la stratification sociale dans l'émergence et la persistance des inégalités en santé (7).

L'approche intersectorielle de la Santé dans toutes les politiques (2) offre un cadre général d'intervention cohérent permettant d'intégrer l'action sur les déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé aux différents niveaux de l'action publique. Elle vise à soutenir les décideuses et décideurs de tous les secteurs gouvernementaux dans l'intégration des considérations de santé et d'équité dans leurs politiques. Cette approche favorise la considération des effets différenciés des politiques sur les personnes et la création de privilèges ou de désavantages, associés à une combinaison d'aspects liés aux positions sociales (ex. : sexe, genre, origine ou identité ethnoculturelle, revenu).

Au-delà des principes théoriques, la mise en œuvre efficace d'un ensemble d'actions nécessite une gouvernance claire et un mécanisme de suivi rigoureux afin d'en assurer la portée réelle et l'impact durable.

Au-delà des principes théoriques, la mise en œuvre efficace d'un ensemble d'actions nécessite une gouvernance claire et un mécanisme de suivi rigoureux afin d'en assurer la portée réelle et l'impact durable.

1.4 Vision intégrée de l'intervention

Dans une perspective d'amélioration significative, durable et équitable de la santé de la population, le PNSP agit de manière intégrée sur les déterminants de la santé, à tous les niveaux du modèle conceptuel présenté précédemment. Les interventions reposent sur une diversité d'objets et de moyens d'action complémentaires : lois, politiques, normes, environnements, règles, processus, pratiques et modes de vie, notamment.

Les activités du PNSP mobilisent ainsi différents secteurs et milieux de vie, ainsi que la population de manière directe. Les interventions auprès de la population, de groupes sociaux spécifiques ou d'individus prennent entre autres la forme de programmes et de pratiques cliniques préventifs déployés dans le réseau de la santé et des services sociaux ou en collaboration avec d'autres secteurs.

Les interventions appliquées à l'ensemble de la population, qu'elles soient structurelles ou directes, ont le potentiel de réduire le nombre total de cas de problèmes de santé dans la population, bien que les bénéfices ne soient pas toujours tangibles sur le plan individuel. En santé publique, il est essentiel de distinguer les causes individuelles de problèmes de santé, des causes qui influencent la santé de la population (9). Ce que l'on observe chez des personnes ou même chez des groupes à haut risque ne suffit pas à expliquer les tendances observées dans l'ensemble de la population, notamment en raison de la taille et de la diversité des groupes qui la composent. Cette distinction est essentielle pour comprendre pourquoi certaines interventions ont un impact plus large sur la santé de la population.

Certaines de ces interventions peuvent aussi creuser les inégalités sociales de santé, notamment lorsqu'elles reposent sur des changements de comportements ou des décisions individuelles en matière de santé, qui ne bénéficient pas de manière égale à tous les groupes sociaux (10). La coconception des interventions avec les populations concernées et l'évaluation de leur impact sur les inégalités sociales de santé permettent d'en atténuer les effets négatifs (11).

Pour répondre à ces enjeux d'équité, l'approche de l'universalisme proportionné propose également des interventions universelles ajustées selon le niveau de besoin (12). En répondant de façon adaptée aux divers besoins, elle peut contribuer à réduire les inégalités sociales de santé et la stigmatisation associée à certaines interventions. Par ailleurs, l'analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle (ADS+) permet de mieux saisir les effets différenciés des interventions, des programmes ou des politiques selon le sexe et le genre, mais aussi selon différents facteurs identitaires et sociaux qui interagissent avec ceux-ci. Ces facteurs, tels que la situation socioéconomique, l'origine ethnoculturelle, l'âge, l'orientation sexuelle, le lieu de résidence et un handicap, se recoupent (créent une intersection), s'amplifient mutuellement et peuvent engendrer des formes de discrimination multiples (58).

Qu'est-ce que l'universalisme proportionné ?

L'universalisme proportionné est une approche d'intervention qui favorise l'utilisation de programmes et de services *universels* — adressés à l'ensemble de la population — ajustés de *manière proportionnelle* au niveau de désavantage, c'est-à-dire offerts avec une ampleur et une intensité variables selon le niveau de besoin des individus ou des groupes (5, 12).

La prévention de précision a également le potentiel d'enrichir l'approche d'universalisme proportionné en permettant d'affiner la compréhension des besoins de certains groupes de la population. Reposant sur une analyse soutenue des connaissances issues de la recherche et de la pratique (dont les données et portraits sociosanitaires), cette approche permet de concevoir, de cibler, d'adapter, de prioriser et de mettre en œuvre de manière optimale les interventions afin de gagner en efficacité.

Enfin, l'action de santé publique s'inscrit en cohérence avec la responsabilité populationnelle des actrices et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et de leurs partenaires. Cette responsabilité commune implique de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population d'un territoire donné, en rendant accessibles des services de santé et des services sociaux pertinents, coordonnés et qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population. Cette responsabilité implique aussi d'assurer l'accompagnement des personnes et le soutien requis, et d'agir en amont sur les déterminants de la santé. La responsabilité populationnelle constitue ainsi une assise essentielle à une vision intégrée et cohérente pour une action efficace sur les déterminants de la santé.

L'organisation de la santé publique au Québec ainsi que les pouvoirs et les responsabilités confiés aux différentes instances qui la composent s'appuient sur cette vision. La deuxième partie du document les présente en détail.

2. LA SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC



2.1 Cadre légal et structure de gouvernance

Au Québec, l'action de santé publique repose sur un cadre légal principalement constitué par la *Loi sur la santé publique* (LSP) (RLRQ, c. S-2.2) (13), la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (RLRQ, c. M-19.2) (14), la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS) (RLRQ, c. G-1.021) (15), la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* (RLRQ, c. I-13.1.1) (16) et la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) (RLRQ, c. S-2.1) (17).

Ce cadre légal définit les pouvoirs et les obligations des différentes organisations et autorités[iv] responsables en santé publique que sont :

- le MSSS, par l'entremise de la ou du ministre ainsi que de la directrice nationale ou du directeur national de santé publique (DNSP) et sous-ministre adjointe ou sous-ministre adjoint (SMA) ;
- Santé Québec ainsi que les présidentes-directrices générales et présidents-directeurs généraux (PDG) et les directrices et directeurs de santé publique des établissements territoriaux qui font partie de cette organisation[v] ;
- l'INSPQ.

Les pouvoirs et responsabilités du MSSS

Le MSSS joue un rôle central en matière de santé publique, sur le plan non seulement stratégique, mais aussi législatif et normatif.

La LGSSSS (15) établit en effet qu'il est de la responsabilité de la ou du ministre de déterminer les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec. Elle ou il doit aussi établir les politiques et veiller à leur mise en œuvre, en plus d'en assurer l'évaluation. L'élaboration du PNSP, prévue à la LSP (13), est également sous la responsabilité de la ou du ministre et c'est par ce programme-services[vi] qu'elle ou il encadre les activités de santé publique aux niveaux national et régional.

---

iv. Dans le cadre de la LSP, les autorités de santé publique visées sont la ou le ministre, la ou le DNSP ainsi que les directrices et directeurs de santé publique.

v. Conformément à la LGSSSS, certaines organisations des régions nordiques n'ont pas été intégrées à Santé Québec et maintiennent leur autonomie. C'est le cas du Centre local de services communautaires Naskapi (région de la Côte-Nord), de la RRSSSN, du Centre de santé Inuulitsivik, du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (région du Nunavik) ainsi que du CCSSSBJ (région des Terres-Cries-de-la-Baie-James). Ces organisations sont régies respectivement par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* (RLRQ, c. S-4.2) ainsi que par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (RLRQ, c. S-5). La LSP s'applique cependant dans toutes les régions sociosanitaires.

vi. La configuration des programmes-services fournit un cadre pour la planification, la budgétisation, l'allocation des ressources et la reddition de comptes. Certains programmes-services visent à répondre aux besoins de toute la population, alors que d'autres sont consacrés à des problématiques particulières. Dans le cas du programme-services Santé publique, il vise l'ensemble de la population et se veut transversal et complémentaire aux autres programmes-services.

Les normes et les standards de qualité en santé publique sont aussi établis par cette dernière ou ce dernier. À la lumière des indicateurs et des cibles de performance retenus, la ou le ministre doit évaluer les résultats du PNSP et le mettre à jour régulièrement. Elle ou il en assure également la coordination nationale et interrégionale.

Enfin, la ou le ministre et l'équipe ministérielle de santé publique ont la responsabilité de contribuer aux politiques publiques des autres ministères et organismes gouvernementaux afin de promouvoir et d'adopter des politiques pouvant maintenir et améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

La double fonction de la ou du DNSP et SMA

La *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (14) spécifie que le gouvernement nomme une ou un DNSP pour conseiller les personnes qui occupent les postes de ministre et de sous-ministre et pour les assister dans l'exercice de leurs responsabilités en santé publique. La personne choisie doit être médecin et titulaire d'un certificat de spécialiste en santé publique et médecine préventive ou posséder une expérience de cinq ans pertinente à l'exercice de ses fonctions.

Au moment d'instaurer la fonction de DNSP, il a en outre été jugé opportun d'y associer une fonction de SMA (18). La personne titulaire de cette double fonction détient donc à la fois une expertise professionnelle indépendante et reconnue à l'échelle du gouvernement, en plus d'avoir la maîtrise de leviers de gestion importants à l'intérieur du MSSS et une capacité d'influence accrue auprès des autorités ministérielles et gouvernementales. La LSP (13) confirme le rôle professionnel de la ou du DNSP et précise ses attributions à cet égard, tout en conservant à la ou au ministre sa responsabilité d'élue ou d'élu et son pouvoir de décision en matière de santé publique.

Les pouvoirs et responsabilités de Santé Québec

Santé Québec compte parmi les actrices et acteurs clés du système de santé et de services sociaux depuis décembre 2024. Nouvellement créée par la LGSSSS (15), cette société d'État regroupe la grande majorité des établissements de santé et de services sociaux et est responsable de la prestation des services dans tout le réseau de la santé et des services sociaux.

En matière de santé publique, elle veille à former les directions de santé publique dans les régions sociosanitaires ainsi qu'à organiser les services et à allouer les ressources pour les PAR. Santé Québec voit à la répartition interrégionale des ressources financières du système de santé et de services sociaux. Elle gère les ressources humaines, financières et matérielles qui sont sous sa gouverne, en collaboration étroite avec les PDG de ses établissements territoriaux. Elle s'assure également d'harmoniser les processus et de créer des synergies entre les différents établissements.

C'est par l'intermédiaire de Santé Québec que la reddition de comptes au MSSS est coordonnée. La mise en place de la Table nationale de coordination de santé publique (et des tables de concertation thématiques, créées selon les besoins) figure d'ailleurs au nombre de ses responsabilités.

La Table nationale de coordination de santé publique

La Table nationale de coordination de santé publique découle de la LGSSSS (15), qui en fixe la portée et la composition. Elle est présidée par la ou le DNSP et SMA. Elle est composée des directrices et directeurs de santé publique en plus des personnes représentant le MSSS, Santé Québec et l'INSPQ. Elle a pour rôle de contribuer à la mise en œuvre du PNSP, de soutenir l'implantation d'interventions innovantes, d'harmoniser les grandes orientations, de mutualiser l'expertise et de structurer les concertations thématiques pour renforcer la collaboration entre les autorités et les organisations responsables.

Les pouvoirs et responsabilités des directrices et directeurs de santé publique

Selon la LGSSSS (15), les directrices et directeurs de santé publique sont des médecins titulaires d'un certificat de spécialiste en santé publique et médecine préventive ou ayant une expérience de cinq ans de pratique en santé publique. Elles et ils sont nommés par la ou le ministre sur recommandation de Santé Québec et font d'ailleurs partie intégrante des établissements territoriaux de Santé Québec, à l'exception des directrices et directeurs de santé publique des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James[vii].

La LSP (13) précise qu'elles et ils sont responsables de l'élaboration des PAR, de leur mise en œuvre, de leur évaluation et de leur mise à jour régulière. Ces PAR doivent être conformes aux prescriptions du PNSP et tenir compte des spécificités de la population de chacune des régions. Selon la LGSSSS (15) et la LSP (13), les directrices et directeurs de santé publique surveillent d'ailleurs l'évolution de l'état de santé de la population et de ses déterminants à l'échelle régionale et en informent la population. L'identification des menaces et des mesures de protection pour la santé de la population compte aussi au nombre de leurs responsabilités. Elles et ils assurent en outre une expertise en santé publique et conseillent leur organisation en matière de services préventifs.

Ancrés sur leur territoire, elles et ils jouent un rôle stratégique de proximité en misant sur des approches d'intervention intégrées, intersectorielles et populationnelles. Ainsi, elles et ils veillent à identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les problèmes de santé et elles et ils prennent les mesures qu'elles et ils jugent nécessaires pour favoriser cette action. Elles et ils sont aussi régulièrement appelés à communiquer avec la population au sujet de divers enjeux de santé ainsi qu'avec les décideuses et décideurs et divers partenaires pour promouvoir et adopter des politiques publiques favorables à la santé.

Les pouvoirs et responsabilités de l'INSPQ

En vertu de sa loi constitutive (16), l'INSPQ soutient la ou le ministre, Santé Québec, la RRSSSN, le CCSSSBJ et les établissements dans l'exercice de leur mission de santé publique.

Il accompagne leurs prises de décision en leur fournissant une expertise et un appui scientifique de pointe. L'analyse des politiques publiques et de leurs répercussions sur la santé de la population compte d'ailleurs parmi ses responsabilités. L'INSPQ joue aussi un rôle actif en matière de surveillance, de recherche et de

vii. Conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis*, la directrice ou le directeur de santé publique de la région du Nunavik est nommé par la ou le ministre sur recommandation de la RRSSSN. En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, la directrice ou le directeur de santé publique de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James est, quant à elle ou lui, nommé par le CCSSSBJ, après entente avec la ou le ministre.

développement des connaissances, en plus de soutenir la formation universitaire et continue en santé publique. La gestion du Laboratoire de santé publique du Québec[viii] et du Centre de toxicologie du Québec est également sous sa responsabilité.

Les pouvoirs d'intervention en cas de menaces à la santé de la population

En cas de menaces à la santé de la population[ix], que celles-ci soient réelles ou appréhendées, la LSP (13) attribue aux autorités de santé publique, à savoir la ou le ministre, la ou le DNSP ainsi que les directrices et directeurs de santé publique, des pouvoirs d'intervention auprès de personnes, de groupes ou de l'ensemble de la population.

Cette intervention dite « d'autorité » permet, entre autres, aux autorités de santé publique d'exiger de transmettre l'information qu'elles jugent nécessaire au déroulement d'une enquête épidémiologique et d'ordonner, aux différents niveaux d'intervention, la mise en œuvre de mesures permettant de contrer ou de contrôler une situation de menace à la santé de la population. Les ministères, les organismes gouvernementaux, les municipalités locales et les établissements du réseau ainsi que les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux habilités à poser un diagnostic ou à évaluer l'état de santé d'une personne et les coroners ont d'ailleurs l'obligation de signaler les menaces à la santé de la population, dont ils ont connaissance ou qu'ils soupçonnent, soit à la directrice ou au directeur de santé publique de la région, soit à la ou au DNSP, selon ce qui est requis.

Qu'est-ce qu'une enquête épidémiologique ?

En vertu de la LSP (13), la personne assumant le rôle de directrice ou de directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toutes les situations où elle a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être.

Une telle enquête est une intervention d'autorité qui s'inscrit dans le cadre du mandat de protection de la directrice ou du directeur de santé publique. Elle a pour but de caractériser la situation, ses causes et ses circonstances ainsi que la population atteinte ou potentiellement atteinte, d'évaluer les risques pour la santé de la population et de confirmer ou non la présence d'une menace.

L'enquête permet aussi d'évaluer la possibilité que des mesures de protection soient applicables et justifiables ainsi que l'urgence d'appliquer des mesures de contrôle du risque. Ces mesures peuvent inclure, par exemple, l'isolement et le traitement des personnes atteintes, le dépistage des personnes exposées ainsi que la désinfection ou la décontamination de l'environnement visé.

La démarche d'enquête épidémiologique prend fin lorsque la directrice ou le directeur de santé publique le juge approprié (19).

viii. Le Laboratoire de santé publique du Québec offre des services spécialisés d'analyses de laboratoire et de référence pour le réseau de la santé et des services sociaux. Il participe aussi aux efforts de reconnaissance, de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et d'amélioration de la santé de la population québécoise.

ix. Dans le cadre de la LSP, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

Les pouvoirs et responsabilités relatifs à la santé et à la sécurité des travailleuses et travailleurs

Par ailleurs, c'est la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) qui agit comme maître d'œuvre en matière de santé et de sécurité au travail au Québec. Les activités de santé publique dans ce domaine correspondent donc aux actions préventives prioritaires déterminées par la CNESST, en collaboration avec le MSSS.

Conformément à la LSST révisée[x] (17, 20), la CNESST, en collaboration avec la ou le ministre, élabore des programmes de santé au travail et détermine les priorités en la matière ainsi que les territoires ou les établissements, ou catégories d'établissements, auxquels les programmes de santé au travail s'appliquent. Elle voit aussi à élaborer un cahier des charges précisant les attentes et les exigences, notamment en ce qui a trait à la mise en application des programmes de santé au travail.

La CNESST et la ou le ministre concluent une entente-cadre de gestion et d'imputabilité prévoyant le contenu minimal des contrats devant intervenir entre la CNESST et Santé Québec, la RRSSSN ou le CCSSSBJ, selon le cas, aux fins de la mise en application des programmes de santé au travail.

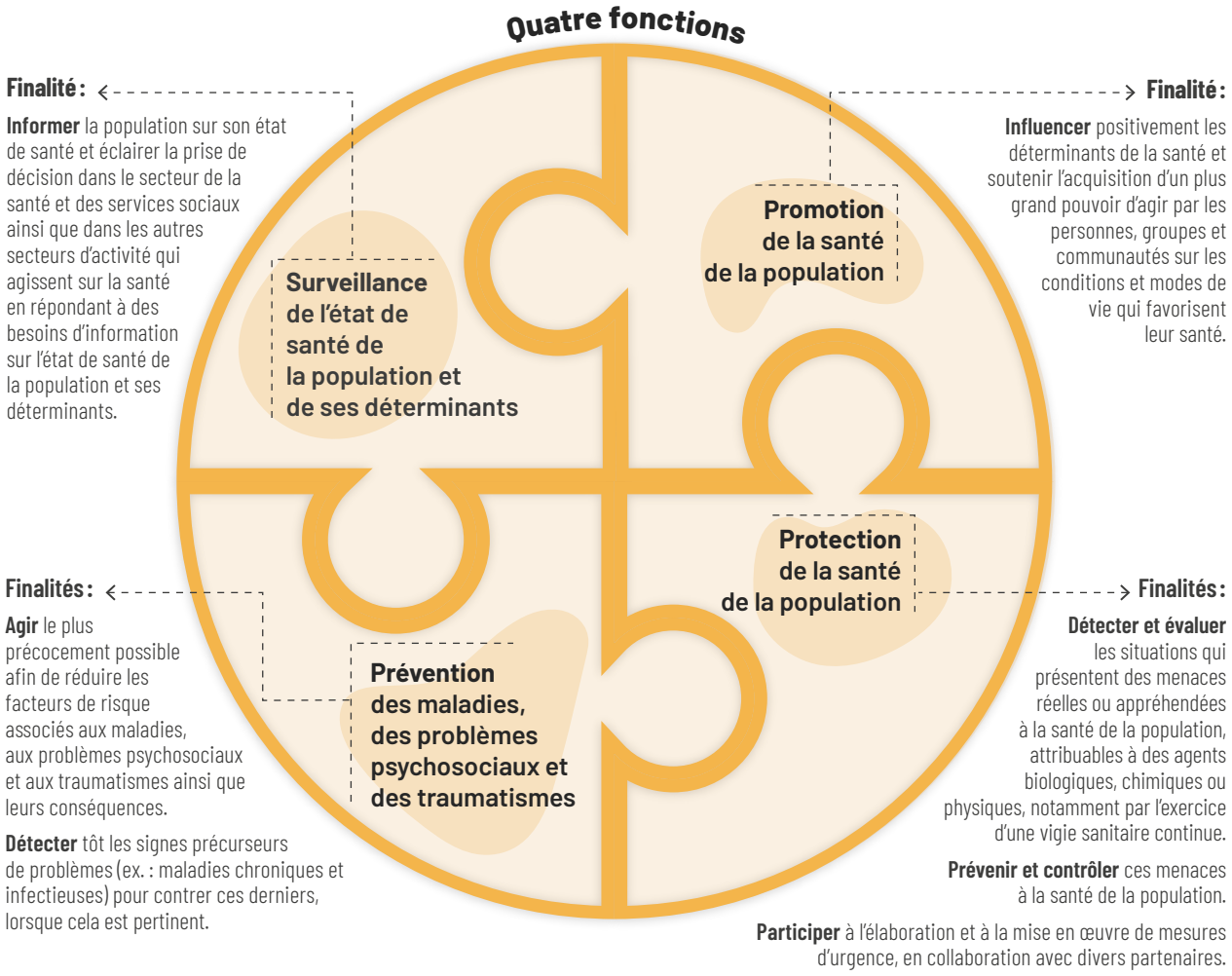
Dans certaines circonstances prévues à la LSP (13), les actrices et acteurs de santé publique peuvent aussi agir directement dans les milieux de travail en vertu de leur mandat de protection de la santé de la population.

x. Il est à noter que la *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail* (2021, c. 27), adoptée en 2021 et révisant certaines dispositions de la LSST, doit être progressivement mise en œuvre jusqu'en 2026.

2.2 Fonctions essentielles de santé publique

Énoncées dans la LSP (13), les fonctions essentielles de santé publique balisent l'exercice des pouvoirs et des responsabilités confiés à chacune des autorités de santé publique. Au nombre de quatre, ces fonctions englobent :

- la **surveillance** de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- la **promotion** de la santé de la population ;
- la **prévention** des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ;
- la **protection** de la santé de la population.



Dans la pratique, ces fonctions sont indissociables et exercées de manière intégrée par l'entremise d'approches globales d'intervention auxquelles sont associées diverses activités de santé publique. Elles forment ainsi un tout cohérent et complémentaire.

2.3 Coordination des actions

Les activités de santé publique menées au Québec — et couvrant les quatre fonctions essentielles de santé publique énoncées précédemment — sont assurées par le PNSP. Encadré par la LSP (13), ce programme représente la contribution spécifique des actrices et acteurs de santé publique au maintien et à l'amélioration de la santé de la population ainsi qu'à la réduction des inégalités sociales de santé.

En cohérence et en complémentarité avec les activités du PNSP, des efforts sont déployés pour renforcer la prévention des problèmes et la promotion de la santé. Ces efforts se traduisent dans la nouvelle Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, *La prévention, c'est la santé* (21). Adoptée en août 2025, la Stratégie succède à la Politique gouvernementale de prévention en santé adoptée en 2016 par le gouvernement du Québec et répond à l'approche intersectorielle de la Santé dans toutes les politiques prônée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2).

La Stratégie nationale de prévention en santé traduit l'engagement du gouvernement du Québec à bâtir un Québec où la santé et le bien-être de la population sont au cœur des choix collectifs et individuels, à chaque étape de la vie.

La Stratégie fait de la prévention une priorité collective et poursuit à ce titre quatre grandes orientations :

- Réduire le fardeau des maladies évitables.
- S'engager pour des générations en santé, aujourd'hui et demain.
- Préserver et bâtir des milieux de vie sains et durables.
- Faire de la prévention un projet de société.

En mobilisant l'ensemble des secteurs de l'action publique ainsi que de nombreux autres partenaires, la Stratégie fournit une assise solide aux actions de santé publique et est susceptible d'augmenter la portée des activités de santé publique du PNSP. Le PNSP, en tant qu'obligation légale et programme d'activités à long terme de la santé publique, et la Stratégie, qui propose des interventions dans des domaines similaires tels que les habitudes de vie et les environnements favorables à la santé, répondent à des impératifs distincts et s'adressent à des publics différents. Ils reposent, par ailleurs, sur des logiques d'intervention convergentes. Ensemble, le PNSP et la Stratégie forment un cadre cohérent et complémentaire visant à améliorer durablement la santé et le bien-être de la population, tout en réduisant les inégalités sociales de santé.

3. LES FONDEMENTS DU PNSP 2025-2035

3.1 Vision

Le PNSP 2025-2035 contribue à bâtir une société et des collectivités en santé, équitables et résilientes, où chaque personne peut s'accomplir pleinement, tout au long de son parcours de vie.

Au terme de sa mise en œuvre, il aura permis de maintenir et d'améliorer la santé de l'ensemble de la population et de réduire les inégalités sociales de santé.

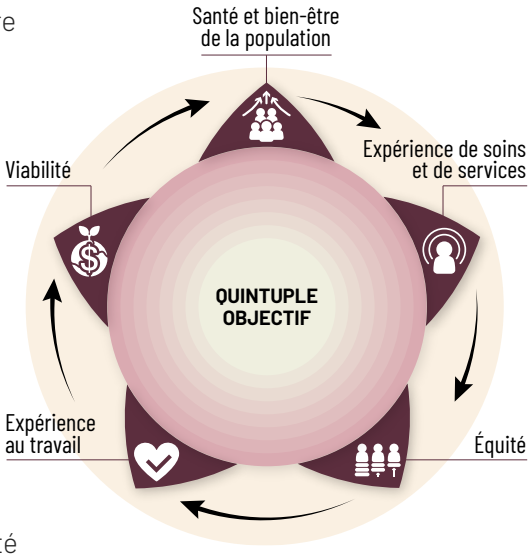
Pour y parvenir, il s'appuie sur des actions qui font une différence pour la population et sur le leadership mobilisateur exercé par les actrices et acteurs de santé publique, tant auprès de leurs diverses organisations partenaires que des citoyennes et citoyens.

3.2 Contexte organisationnel

Le renouvellement du PNSP s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre de la LGSSSS (15). Adoptée en décembre 2023, cette loi a été synonyme d'importantes transformations organisationnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elle a notamment donné lieu à la création de Santé Québec — dont les fonctions en santé publique ont été décrites précédemment — et au recentrage du rôle du MSSS autour de fonctions stratégiques telles que la définition des orientations, l'établissement de priorités, l'élaboration de lignes directrices au regard de la performance du système de santé et de services sociaux et le rôle-conseil auprès du gouvernement pour toutes les questions relatives à la santé.

Le plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, proposé dans la foulée, repose sur la notion phare de « responsabilité populationnelle axée sur la valeur » (22). Son ambition principale est de recentrer le système sur les résultats considérés comme importants pour les usagères et usagers, leurs proches et la population, tout en tenant compte des ressources disponibles. Il propose cinq objectifs interconnectés, soit :

- améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire la maladie ;
- améliorer l'expérience de soins et services des personnes et de leurs proches ;
- réduire les inégalités sociales de santé et promouvoir l'équité ;
- améliorer le bien-être des personnes œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- assurer la viabilité du système de santé et de services sociaux à long terme (22).



Ces cinq objectifs constituent la proposition de « valeur » que le système de santé et de services sociaux du Québec offre à la population et sont au cœur du premier plan stratégique de Santé Québec (23). Ils sont également en toile de fond du PNSP qui précise, pour chaque activité, des objectifs basés sur la création de valeur.

3.3 Tendances sociétales à considérer

Dans le cadre de l'élaboration de son programme scientifique 2024-2029, l'INSPQ a identifié sept tendances susceptibles d'influencer la santé des populations au cours des années à venir (24). Ces tendances, qui permettent de mieux comprendre les transformations profondes qui façonnent la société québécoise, soulèvent également la nécessité de les suivre de plus près et de mieux comprendre leurs effets sur la santé. De plus, elles offrent un cadre d'analyse précieux pour mieux situer les actions, les priorités et les choix stratégiques retenus dans le cadre du PNSP. Le texte qui suit en offre une brève description[xi].



La progression des inégalités sociales et économiques

Accentuées par la COVID-19, les inégalités sociales et économiques continuent de s'aggraver. Certains groupes de la population, dont les femmes, les personnes racisées, les personnes membres des Premières Nations ou Inuit ainsi que les travailleuses et travailleurs à statut précaire, y sont particulièrement vulnérables.



Le vieillissement de la population

Le vieillissement rapide de la population québécoise engendre à la fois des occasions sociales (ex. : engagement citoyen, bénévolat, dialogue intergénérationnel) et d'importants défis. Ces défis concernent notamment la santé, le logement, le transport, l'inclusion sociale, les liens interpersonnels ainsi que le soutien aux personnes aînées et proches aidantes.



L'immigration et la diversification démographique

L'intensification des migrations mondiales a entraîné une hausse de l'immigration au Canada et au Québec. Cette dynamique offre une réponse à la pénurie de main-d'œuvre, au vieillissement de la population, en plus de contribuer à l'enrichissement démographique, économique et culturel. Néanmoins, elle soulève des défis sociétaux, notamment en matière d'accès aux soins, à l'éducation, au logement et aux services publics. En l'absence d'une planification et d'un soutien appropriés, ces défis peuvent fragiliser la cohésion sociale et alimenter des tensions liées à la discrimination et au sentiment de sécurité dans les collectivités.



Les changements climatiques

L'accélération des changements climatiques, particulièrement marquée au Canada, menace la santé et la sécurité de la population québécoise. Elle peut se manifester notamment par une intensification des vagues de chaleur, par l'augmentation des allergènes et des maladies vectorielles[xii], ainsi que par la prolifération des feux de forêt et des sécheresses.

---

xi. Voir le document complet pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3512-programme-scientifique-2024-2029.pdf.

xii. Les maladies à transmission vectorielle sont des maladies humaines provoquées par des parasites, des virus ou des bactéries transmis par des vecteurs. Exemple : la maladie de Lyme transmise par les tiques.



L'augmentation de la fréquence et de l'ampleur des menaces et des urgences sanitaires

L'intensification des menaces sanitaires et environnementales est influencée par plusieurs facteurs, dont les changements climatiques, les mouvements de populations et l'usage répandu des antibiotiques. Ces éléments ont des répercussions majeures sur la santé physique, psychosociale et économique des populations.



Les changements sociaux associés à la transformation numérique

Les réseaux sociaux, l'hyperconnectivité et l'utilisation des nouvelles technologies, dont l'intelligence artificielle, donnent lieu à de nouvelles occasions du point de vue social, de la prise de décision et de la performance. Ces changements engendrent toutefois des défis importants en matière de développement des enfants, d'éducation, de santé physique et mentale, d'inclusion sociale et de sécurité. Elles peuvent également accroître les inégalités sociales de santé en cas d'accès inéquitable aux technologies.



L'évolution du monde du travail

L'évolution rapide du monde du travail, influencée par la transformation numérique, les changements climatiques et le vieillissement de la population, génère des occasions sur le plan social et économique. Elle s'accompagne cependant d'une intensification du travail, d'une précarisation de certains emplois, de risques psychosociaux et d'une aggravation des inégalités sociales de santé.

3.4 Enjeux transversaux

Les tendances sociétales présentées plus haut exercent une influence réciproque les unes sur les autres. Dans le cadre du PNSP, une attention particulière est portée aux inégalités sociales de santé et aux changements climatiques, dont les effets et les interactions sont connus en raison de leurs interrelations étroites et de leur impact combiné sur certains groupes ou populations. Les personnes déjà en situation de vulnérabilité sont souvent les plus touchées par les impacts environnementaux, ce qui contribue à accentuer les inégalités existantes (25, 26).

À titre d'exemple, les ménages à faible revenu peuvent vivre dans des logements mal isolés et situés dans des zones plus exposées aux risques climatiques (ex. : îlots de chaleur, zones inondables) (26). Les personnes isolées socialement n'ont pas non plus facilement accès à un réseau de solidarité (26). Or, cet élément représente un important facteur de protection face aux changements climatiques. Et que dire de la sensibilité particulière des Premières Nations et des Inuit aux effets des changements climatiques sur la santé, compte tenu de leurs liens étroits avec la nature et de leur tendance à vivre dans des zones géographiques où les événements climatiques peuvent grandement réduire les approvisionnements et l'accès à certains services, aggravant le fardeau des inégalités sociales de santé déjà présentes (27).

Pour toutes ces raisons et considérant leur portée, les enjeux relatifs aux inégalités sociales de santé et aux changements climatiques ont été pris en compte simultanément et de manière transversale lors de l'élaboration des activités de santé publique du PNSP 2025-2035.

Les inégalités sociales de santé

Au Québec comme ailleurs, la distribution inégale des ressources au sein de la société se traduit par des inégalités sociales de santé qui minent le portrait de santé de la population. Par exemple, les personnes défavorisées sont plus susceptibles de mourir prématurément que celles plus favorisées et l'ampleur de l'écart entre ces deux groupes persiste dans le temps. Les effets néfastes des inégalités sociales sur la santé peuvent en outre se perpétuer tout au long d'une vie, surtout lorsqu'elles sont présentes dès l'enfance (28).

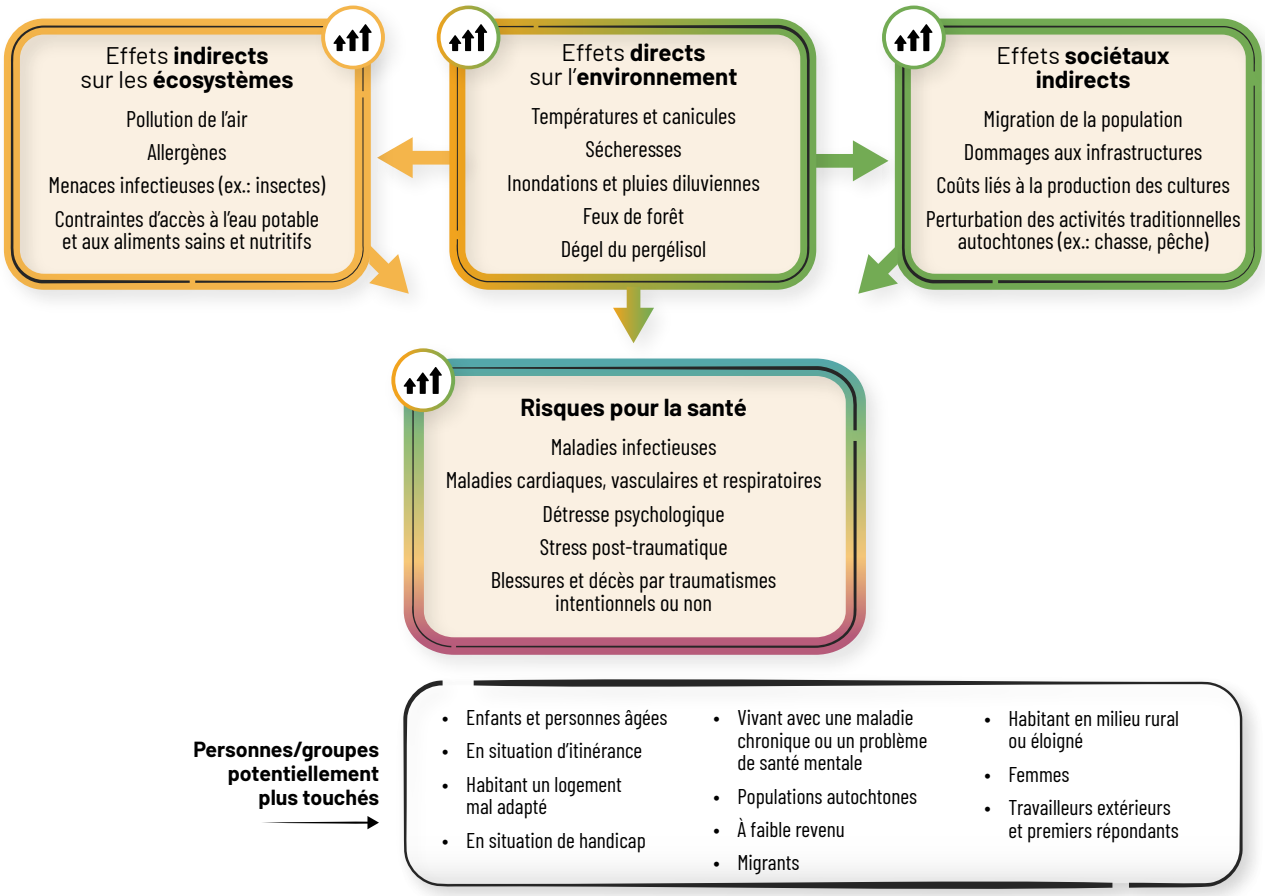
Puisque les inégalités sociales de santé sont coûteuses, évitables et qu'elles nuisent au bien-être collectif et à la cohésion sociale, les réduire est essentiel (28). Pour y parvenir, il est possible de concevoir et de réaliser des activités de santé publique visant certaines populations en contexte de vulnérabilité (approche ciblée). Différents groupes de la population peuvent être considérés à cet égard, tels que les personnes et familles à faible revenu, les personnes en situation d'itinérance, les personnes judiciarisées, les Premières Nations et les Inuit, les communautés ethnoculturelles, les personnes migrantes à statut précaire, les personnes en situation de handicap, les femmes, les personnes LGBTQ+, etc.

Cela dit, parce qu'une grande part des activités de santé publique sont de nature universelle — au sens où elles s'adressent à l'ensemble d'une population définie — il importe aussi de prévoir des modalités de mise en œuvre d'intensité variable afin de répondre aux besoins de groupes particuliers et de leur faciliter l'accès à ces activités (universalisme proportionné). Ces deux aspects de l'intervention ont été pris en compte dans le PNSP.

Les changements climatiques

L'effet des dérèglements climatiques sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des populations est lui aussi établi (28, 29, 30), comme le démontre le schéma présenté à la page suivante. Selon l'OMS, la crise climatique représente d'ailleurs la plus grande menace pour la santé dans le monde au 21e siècle (30, 31). Pour protéger et promouvoir la santé de la population, il est donc impératif de participer à la lutte aux changements climatiques. Cette dernière repose sur deux grands piliers : l'atténuation, visant à réduire ou à limiter les émissions de gaz à effet de serre, et l'adaptation, afin de s'ajuster aux effets actuels et attendus des changements climatiques pour en minimiser les conséquences (28).

Mécanismes à l'origine des risques pour la santé associés aux effets des changements climatiques



Note : listes présentées non exhaustives.

Source : Adapté de *Rapport du directeur national de santé publique 2024 — Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement*, p. 60.

L'atténuation des changements climatiques et l'adaptation offrent l'occasion de rendre les milieux plus propices aux saines habitudes de vie, à la cohésion sociale et à une meilleure santé physique et mentale (28), ce qui constitue un levier important pour améliorer la santé de la population québécoise.

En travaillant avec les autres secteurs de la société, les actrices et acteurs de santé publique contribuent à la résilience et à l'adaptation des communautés (29). Leurs actions à cet égard sont variées et vont de la sensibilisation du public sur divers aspects de sa santé à la mobilisation de l'ensemble des partenaires autour de l'élaboration ou du renforcement de politiques publiques favorables à la création d'environnements résilients et à la lutte contre les inégalités (26). Ils agissent également en soutien au développement de plans climatiques et à la gestion de crises (26).

Ces actions s'inscrivent en cohérence avec l'engagement du gouvernement en matière de lutte contre les changements climatiques, notamment avec son Plan pour une économie verte 2030 (32), et avec la déclaration des autorités de santé publique québécoises lors de la COP28 en novembre 2023 (29). De plus, elles font écho aux objectifs de développement durable véhiculés par les Nations Unies (33).

Déclaration des autorités de santé publique québécoises à l'occasion de la COP28 en novembre 2023

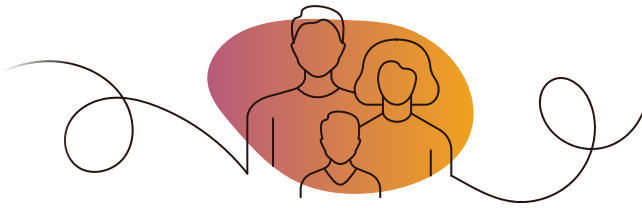
Pour faire face à la crise climatique, les autorités de santé publique se sont engagées, en collaboration avec leurs partenaires, à :

- sensibiliser la population aux effets sur la santé des changements climatiques et aux bienfaits pour la santé de l'action climatique ;
- prioriser les activités de promotion qui sont à la fois bonnes pour la santé, l'environnement et l'équité entre les groupes ;
- contribuer à renforcer la résilience et l'adaptation de nos communautés ;
- faire la promotion d'une transition juste ;
- soutenir la recherche sur les changements climatiques.

Source : *Déclaration des autorités de santé publique du Québec à l'occasion de la COP28 : L'action climatique pour un Québec plus en santé*

L'un des critères utilisés lors de l'élaboration du PNSP a permis d'apprécier le potentiel d'influence des activités proposées relativement aux inégalités sociales de santé et aux changements climatiques. Certaines des activités retenues et mises en valeur apparaissent d'ailleurs particulièrement contributives sur ce plan. Une plus grande place a donc été accordée aux actions intégrées susceptibles de générer des cobénéfices au regard des deux enjeux transversaux (ex. : aménagement favorisant des milieux de vie sains, durables et inclusifs).

De même, lorsque cela était jugé pertinent et applicable selon la nature des activités et des populations visées, les inégalités sociales de santé et les changements climatiques ont été considérés au moment de choisir certains objectifs.



3.5 Réalités de santé variables tout au long du parcours de vie

Les besoins, les expériences, les conditions de vie et les effets d'autres déterminants de la santé varient à différentes étapes de la vie et influencent différemment la santé au fil du temps.

L'enfance, et particulièrement la petite enfance, représente une période charnière pour assurer un bon départ dans la vie, les avantages ou désavantages s'accumulant progressivement et pouvant s'accentuer ou s'atténuer avec le temps. L'action précoce dès la grossesse, durant la petite enfance et auprès des jeunes, offre donc d'importantes retombées tant sur le plan de la santé qu'en matière de réduction des inégalités sociales de santé entre groupes populationnels, puisqu'elle prévient l'accumulation des désavantages tout au long des parcours de vie (7, 34, 35).

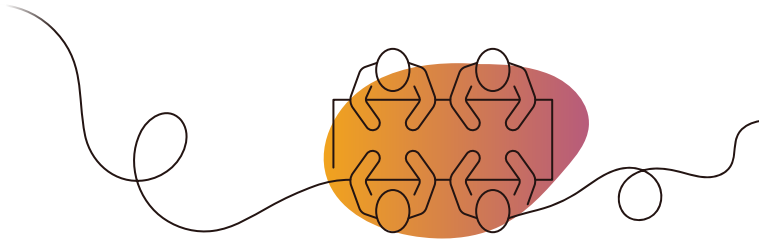
Les périodes de transition de la vie (ex. : passage à l'âge adulte, parentalité, retraite) sont également des moments clés où il est bon d'intervenir pour favoriser la santé et réduire les inégalités sociales de santé (36). La santé peut être plus précaire durant ces transitions, surtout chez les populations en situation de vulnérabilité.

Une approche intégrée considérant les réalités et les besoins changeants au cours de la vie permet donc :

- de concevoir des interventions pertinentes, ciblées en fonction des besoins propres à chaque étape de la vie ;
- d'agir en amont des problèmes, en promotion de la santé et en prévention ;
- de promouvoir la continuité des interventions et la cohérence des actions entre les étapes de vie (enfance, adolescence, vie adulte et vieillissement) tout en portant une attention accrue aux transitions de la vie ;
- de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de groupes vivant en contexte de vulnérabilité ;
- d'agir sur les inégalités sociales de santé qui s'installent et qui évoluent au fil du temps ;
- de soutenir une planification intersectorielle et des politiques publiques intégrées.

Il est en outre nécessaire de tenir compte de certains parcours de vie plus atypiques (ex. : l'itinérance) ou de groupes sociaux pouvant être moins visibles (ex. : les personnes ayant vécu des migrations forcées) afin de déployer des actions de santé publique adaptées à chaque réalité et besoin. Il importe également de veiller à intégrer les principes d'équité en santé dans l'ensemble des actions de santé publique tout au long de la vie, et ce, en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé ainsi qu'à l'adaptation aux réalités régionales. Le contenu du PNSP reflète ces éléments.

3.6 Perspectives citoyennes



Le renouvellement du PNSP s'est avéré une occasion d'expérimenter et d'innover en invitant, pour la première fois, des citoyennes et citoyens partenaires à participer aux travaux menés à l'échelle nationale. Cette démarche s'inscrit en cohérence avec la transformation du système de santé et de services sociaux qui met de l'avant le rôle des citoyennes et citoyens, des usagères et usagers ainsi que des patientes et patients comme véritables partenaires.

L'initiative fait écho à l'engagement pris, à l'échelle internationale, de renforcer la participation sociale dans les systèmes de santé, aux différents niveaux décisionnels, comme en témoigne une récente résolution adoptée par les États membres de l'OMS (37). Cette résolution souligne le potentiel de transformation de la participation sociale qui vise à accroître la confiance dans les systèmes de santé, à faire progresser l'équité et à rapprocher les soins de santé de l'expérience vécue par les personnes, particulièrement celles qui sont en situation de vulnérabilité et de marginalisation.

Dans le contexte du PNSP, les savoirs expérientiels et compétences des citoyennes et citoyens partenaires ont enrichi les réflexions et contribué à identifier les activités les plus porteuses pour la population.

La valeur ajoutée de la participation citoyenne en santé publique

Pertinence. Les citoyennes et citoyens partenaires partagent leur expérience vécue afin de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'actions plus adaptées aux réalités et aux besoins concrets de la population.

Innovation/créativité. Les citoyennes et citoyens partenaires peuvent offrir des perspectives différentes et proposer des solutions innovantes grâce à leur expérience ou à leur regard extérieur. Elles et ils apportent aux démarches des connaissances distinctives et complémentaires à celles des expertes et experts.

Acceptabilité/efficacité. Les projets coconstruits avec les citoyennes et citoyens partenaires sont souvent mieux acceptés et plus facilement mis en œuvre sur le terrain. Cette façon de faire réduit les résistances et augmente l'efficacité des interventions.

Légitimité. Plus globalement, la participation citoyenne améliore la transparence des processus et favorise une plus grande confiance de la population envers les institutions publiques.

Cohérence. L'expérience de la participation donne aux citoyennes et citoyens partenaires un sentiment de compétence et d'utilité sociale. Cette mobilisation contribue au développement du capital social et du sentiment d'appartenance communautaire, tous deux des déterminants importants de la santé (38, 39, 40).

La volonté d'accroître la participation citoyenne à l'échelle nationale est en outre complémentaire aux démarches et aux projets menés dans les différentes régions à l'initiative des directions de santé publique. Ainsi, toutes les actrices et tous les acteurs de santé publique doivent contribuer à l'évolution des pratiques en matière de participation citoyenne. Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des PAR, celles-ci et ceux-ci sont notamment appelés à favoriser une telle participation.

3.7 Réalités des Premières Nations et des Inuit

Le PNSP porte aussi une attention particulière aux diverses réalités et besoins des Premières Nations et des Inuit du Québec[xiii]. Un ensemble de déterminants influencent leur état de santé, et ce, à différents niveaux. Ces déterminants incluent, entre autres, le contexte sociopolitique, culturel, économique et environnemental propre à ces nations. Ils comprennent aussi les modes et les habitudes de vie, le niveau d'éducation ainsi que les traumatismes intergénérationnels issus de l'expérience de la colonisation (28).

Les populations autochtones font face à de multiples défis, y compris au regard de leur santé et de leur bien-être. Bien que les constats puissent varier selon les nations, voire selon les communautés d'une même nation, des écarts de santé notables perdurent entre les Premières Nations et les Inuit[xiv] et le reste de la population québécoise.

Comme le montre le rapport du directeur national de santé publique de 2024 (28), les populations autochtones affichent généralement des taux plus élevés de maladies chroniques et de maladies infectieuses. Ces populations connaissent également davantage de problèmes du point de vue de leur santé mentale et psychosociale ainsi que des traumatismes non intentionnels.

Une vision holistique de la santé

Les conceptions de la santé chez les Premières Nations et les Inuit sont holistiques, tout en présentant des spécificités.

Pour les Premières Nations, la conception de la santé est vue comme un état d'équilibre entre les dimensions physique, émotionnelle, mentale et spirituelle. Cette conception est souvent illustrée par la roue de médecine.

Pour les Inuit, la conception de la santé s'exprime avec trois dimensions : la première est étroitement liée à la santé corporelle, la seconde appelle à un sentiment de bien-être global (mental, physique, social) et la troisième fait référence aux relations entre les personnes. Une dimension clé de l'expérience de la santé pour les Inuit est d'ailleurs la qualité des relations avec les autres (ex. : famille, amies et amis, voisines et voisins), y compris avec les non-Inuit (41).

xiii. À cette fin, des échanges formels ont été menés avec des organisations représentatives des Premières Nations et des Inuit, soit la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, la RRSSSN, le CCSSSBJ et le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec.

xiv. Le Québec compte onze nations autochtones : Abénaquis (Abénakis), Algonquins (Anichinabés), Attikameks (Atikamekw), Cris (Eeyou), Wendat, Innus, Inuit, Wolastoqiyik (Malécites), Micmacs (Mi'gmaq), Mohawks (Kanien'kehà :ka) et Naskapis.

Les réalités vécues par les Premières Nations et les Inuit du Québec ont été mises à l'avant-plan à la suite du dépôt de plusieurs rapports, notamment celui de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (commission Viens). Ceci a contribué à une plus grande prise de conscience collective à l'égard des préjugés, du racisme et de la discrimination que subissent encore les personnes autochtones dans différents contextes. À l'échelle gouvernementale, on reconnaît le besoin de s'assurer que les programmes et les services publics soient culturellement pertinents et sécurisants pour les membres des Premières Nations et les Inuit afin d'en accroître l'accès et la qualité (42)[xv].

La *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux* (RLRQ, c. A-20.1.1)(43), adoptée le 5 décembre 2024, constitue une avancée importante à ce sujet. En vertu de cette loi, Santé Québec et tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux doivent adopter une approche de sécurisation culturelle envers les membres des Premières Nations et les Inuit. Cela suppose qu'ils développent, avec des représentantes et représentants des Premières Nations et des Inuit, des mesures qui précisent les pratiques culturellement sécurisantes qu'ils entendent mettre en œuvre.

Qu'est-ce que l'approche de sécurisation culturelle ?

Selon la *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux* (43), l'approche de sécurisation culturelle consiste à mettre en œuvre un ensemble de pratiques qui visent à assurer, pour les membres des Premières Nations et les Inuit, un accès équitable et sans discrimination aux soins de santé et aux services sociaux. Elle vise à leur permettre de bénéficier du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

Cette approche implique de tenir compte des réalités culturelles, linguistiques, spirituelles et historiques des membres des Premières Nations et des Inuit dans l'organisation des soins et des services et dans toute interaction avec eux. Elle implique aussi de considérer avec respect leurs pratiques ainsi que leurs savoirs traditionnels et contemporains dans le domaine de la santé et des services sociaux.

xv. Il importe ici de noter le contexte particulier quant au financement et à la prestation des services de santé et des services sociaux destinés aux membres des Premières Nations et aux Inuit. Différents paliers de gouvernement sont concernés selon la nature des services offerts et le lieu de résidence des populations, et ce, bien que les membres des Premières Nations et les Inuit puissent bénéficier de tous les services de santé et les services sociaux offerts dans le réseau québécois, comme l'ensemble de la population québécoise. Ainsi, pour les trois nations conventionnées (Inuit, Cris [Eeyou] et Naskapis), bénéficiaires de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois ainsi que de la Convention du Nord-Est québécois, le gouvernement du Québec assure le financement des services de santé et des services sociaux et ces nations gèrent les services offerts sur leurs territoires respectifs. Pour les huit autres nations non conventionnées, les services sont majoritairement financés par le gouvernement du Canada et sont généralement gérés par les conseils de bande, à l'exception de certains services et soins médicaux qui sont couverts par le Programme des services de santé non assurés. Enfin, un nombre croissant d'Autochtones vivent hors communauté et bénéficient alors des services offerts dans le réseau.

Les actrices et acteurs de santé publique doivent également contribuer à l'évolution des pratiques. Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des PAR, celles-ci et ceux-ci sont notamment appelés à tenir compte des spécificités de la population de leur région, dont les membres des Premières Nations et les Inuit, et à intégrer ou à renforcer les pratiques favorisant la sécurisation culturelle (41) dans les activités de santé publique. Pour ce faire, il est impératif de :

- créer des liens soutenus avec les organisations des Premières Nations et des Inuit, en collaboration avec les responsables des dossiers autochtones à Santé Québec et dans les établissements de santé et de services sociaux ;
- participer ou de contribuer, par l'expertise de santé publique, aux lieux de concertation réunissant les organisations des Premières Nations et des Inuit, Santé Québec et les établissements de santé et de services sociaux (ex. : tables locales d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les membres des Premières Nations et les Inuit) ;
- favoriser l'échange des données pertinentes sur l'état de santé des populations autochtones avec les organisations des Premières Nations et des Inuit ;
- documenter les besoins avec ces organisations et de déterminer les améliorations nécessaires aux activités de santé publique en place, de part et d'autre, pour mieux répondre à ces besoins ;
- communiquer au MSSS les informations relatives aux réalités régionales, notamment dans une perspective de bonification des politiques et des orientations ministérielles.

4. LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE



4.1 Structure des activités

Pour atteindre ses objectifs, le PNSP 2025-2035 propose des activités de santé publique réparties en quatre axes.

- **Axe 1 – Information et soutien à la prise de décision.**

Cet axe comporte deux volets de portée globale : 1) la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants et 2) l'action sur les politiques publiques pour favoriser la santé. Il comprend les activités qui se rapportent à l'exercice de la fonction de surveillance dont l'objet est d'apprécier en continu l'état de santé de la population et ses déterminants. Il présente aussi des actions visant à rallier et à favoriser la concertation entre diverses parties prenantes autour d'actions prometteuses ou à influencer le contenu de certaines politiques publiques pour le maintien et l'amélioration de la santé de la population et la réduction des inégalités sociales de santé.

Les autres axes sont spécifiques à des domaines d'intervention :

- **Axe 2 – Le développement et le maintien de la santé tout au long de la vie.**
- **Axe 3 – La création d'environnements et l'adoption de modes de vie favorables à la santé.**
- **Axe 4 – La gestion des risques et des menaces à la santé et la préparation aux urgences sanitaires.**

Afin que l'action de santé publique soit adaptée aux différentes étapes du parcours de vie ainsi qu'aux transitions importantes vécues par les individus, l'axe 2 est d'abord divisé en trois segments correspondant chacun à une période de vie et à un groupe spécifique de population : 1) parents et jeunes enfants ; 2) jeunes d'âge scolaire et jeunes adultes ; et 3) adultes et personnes aînées. À ces trois segments s'intègrent les pratiques cliniques préventives qui soutiennent la prévention tout au long de la vie, de la période périnatale à l'âge avancé.

L'axe 3 comprend les activités qui favorisent la création d'environnements et l'adoption de modes de vie favorables à la santé. Étroitement lié à l'axe 2 du parcours de vie, cet axe regroupe des activités qui s'appliquent à l'ensemble de la population ou à certains groupes, de manière transversale à plusieurs périodes de vie. Dans une perspective de santé, d'équité et de durabilité, les activités présentées contribuent à préserver le bien-être des populations actuelles, des générations futures et des personnes en contexte de vulnérabilité.

L'axe 4 présente des activités qui s'appuient sur une logique de protection de la population face aux menaces à la santé, dont l'apparition est souvent inattendue et les conséquences potentiellement sérieuses. Ces activités tiennent compte de l'interdépendance entre la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes et sont présentées de façon intégrée au regard des domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

Enfin, il convient de souligner que les activités associées aux différents axes d'intervention peuvent être offertes directement à l'ensemble de la population et modulées selon les besoins, ou à des groupes spécifiques d'individus présentant des risques accrus, que ce soit par les actrices et acteurs de santé publique ou par d'autres actrices et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à qui certaines activités sont déléguées. Les activités peuvent également être réalisées en soutien ou en collaboration avec divers partenaires de la santé publique, tels que d'autres ministères, des établissements scolaires, des services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE), des milieux de travail, des organismes communautaires ou des municipalités (44).

4.2 Catégorisation et portée des activités

Le PNSP 2025-2035 marque un virage quant au rôle du MSSS en matière de santé publique. Plus que jamais auparavant, son contenu reflète la fonction d'orientation du MSSS et ses attentes envers Santé Québec et ses établissements territoriaux, de même qu'envers les organisations des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James non intégrées à celle-ci, quant aux normes et aux standards de qualité attendus.

Pour la première fois, les activités retenues sont définies selon deux catégories : les activités essentielles communes et les activités stratégiques régionales. Cette catégorisation, précisée dans le cadre d'une démarche de réflexion structurée impliquant, notamment, des groupes de réflexion thématiques, a pour but de structurer l'action en vue de l'élaboration des PAR. Elle vise à établir clairement la distinction entre les activités devant être implantées dans l'ensemble du Québec et celles laissées à la discrétion des directrices et directeurs de santé publique, appuyés par les PDG des établissements territoriaux et par les directrices générales et directeurs généraux de la RRSSSN et du CCSSSBJ, en fonction des besoins et des réalités de la population de leur région. Ce faisant, cette catégorisation assure une cohérence des activités de santé publique à l'échelle nationale, tout en veillant à ce que la mise en œuvre des activités soit adaptée aux contextes régionaux. La responsabilité de la réalisation et du maintien des activités de santé publique au niveau régional est dévolue aux directrices et directeurs de santé publique, aux PDG des établissements territoriaux et aux directrices générales et directeurs généraux de la RRSSSN et du CCSSSBJ.



Les activités essentielles communes

Les activités essentielles communes constituent le tronc commun des activités de santé publique au Québec. Elles répondent à des enjeux nationaux et doivent par conséquent figurer dans chacun des PAR et être déployées par les établissements de santé et de services sociaux de l'ensemble des régions sociosanitaires, sans exception. Ces activités couvrent toute la durée du PNSP et doivent être réalisées et maintenues de façon continue. Leur mise en œuvre peut être adaptée aux réalités de chaque territoire, mais les résultats attendus sont les mêmes pour toutes et tous. Leur caractère incontournable fait par ailleurs en sorte qu'elles doivent être maintenues, même en contexte de crise ou de ressources limitées.

Les activités stratégiques régionales

Les activités stratégiques régionales sont à déterminer par les directrices et directeurs de santé publique en fonction des enjeux et des besoins propres à leur région. Leur mise en œuvre n'est pas obligatoire, mais recommandée lorsqu'elles répondent à des besoins régionaux et locaux ou à des occasions d'intervention stratégiques, en fonction du contexte. Leur déploiement dépend des priorités des établissements, des ressources disponibles, du contexte régional et de l'expertise des directions de santé publique. Il est flexible et peut se faire progressivement ou à plus petite échelle en fonction de la pertinence et de la faisabilité des activités ciblées. Des objectifs spécifiques sont précisés et doivent être atteints par les établissements qui les ont choisis.

Priorités triennales

En plus des activités essentielles communes et stratégiques régionales qui constituent le PNSP, des priorités triennales[xvi] sont également définies. Ces dernières désignent des activités devant être déployées au cours d'une période de trois ans, en réponse à des enjeux émergents ou nécessitant une intervention à court terme.

4.3 Objectifs généraux et spécifiques

Afin d'assurer une vision intégrée de la performance, le PNSP 2025-2035 présente deux niveaux d'objectifs :

- des objectifs généraux associés aux axes ;
- des objectifs spécifiques associés aux activités.

Les **objectifs généraux** représentent la finalité ultime des actions de santé publique pour chacun des axes. Ils traduisent notamment les changements souhaités à long terme en ce qui concerne l'état de santé de la population, ses déterminants et la réduction des inégalités sociales de santé pour les axes 2, 3 et 4 du PNSP. Ces objectifs s'appuient sur des indicateurs sociosanitaires développés dans le cadre des activités de surveillance.

Les **objectifs spécifiques** du PNSP servent à mesurer les résultats intermédiaires des activités prévues. Chaque activité et priorité est liée à un objectif qui reflète un aspect de la performance que l'on souhaite renforcer au cours d'une période donnée. Ces objectifs s'appuient sur les dimensions de la valeur définies dans le cadre de la performance fondée sur la valeur de Lévesque et Sutherland (2020), notamment la couverture, la pertinence, l'efficacité et l'équité (45). Les objectifs spécifiques orientent les activités de santé publique vers les dimensions de la performance jugées les plus stratégiques pour accroître leur valeur.

En combinant les objectifs généraux et spécifiques, le PNSP vise à assurer une cohérence entre les activités déployées, leur performance selon les dimensions de la valeur et leur impact sur l'état de santé de la population et ses déterminants ainsi que sur l'amélioration de l'équité en santé.

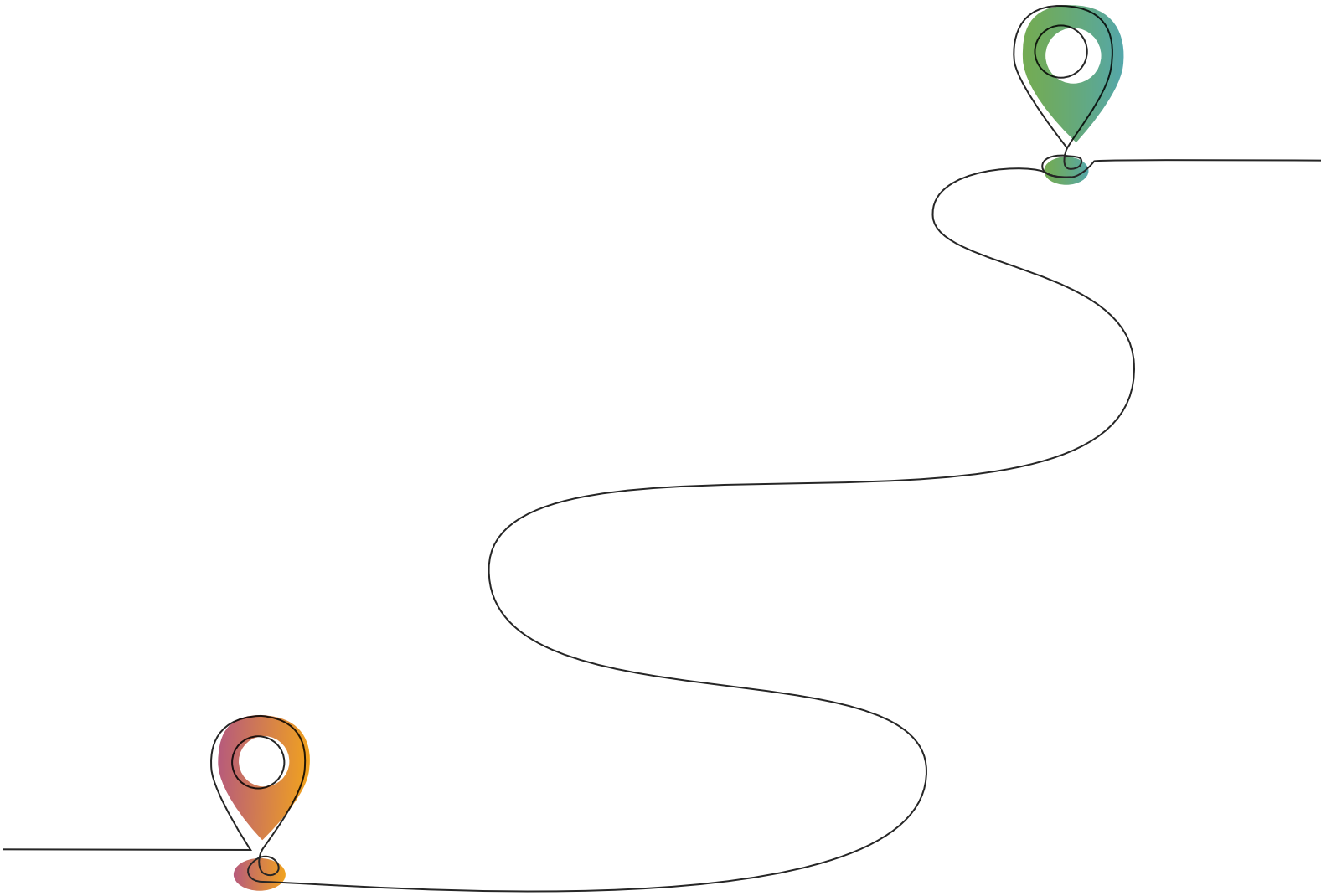
xvi. Les priorités triennales sont présentées dans une publication distincte. Elles ont d'abord été identifiées lors de l'élaboration du PNSP, en 2025. Les priorités sont mises à jour à deux reprises pendant la durée du PNSP 2025-2035.

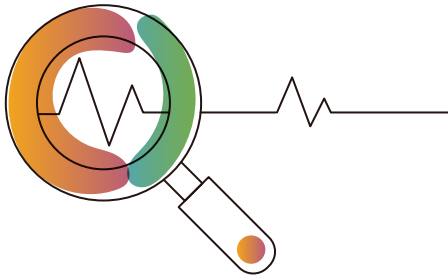
4.4 Présentation des activités

Cette section définit le champ d'action des actrices et acteurs de santé publique dans le cadre du PNSP, c'est-à-dire les orientations sur les activités à déployer pour répondre aux enjeux actuels de santé publique. Ces orientations sont en phase avec les priorités ministérielles. Elles s'inscrivent également en synergie avec celles de la Stratégie nationale de prévention en santé.

Ces activités s'ajoutent par ailleurs aux engagements pris — ou à prendre — par les actrices et acteurs de santé publique en ce qui a trait à d'autres cadres d'intervention intersectorielle structurants ne relevant pas du MSSS, trop nombreux pour être nommés.

Quelle que soit leur catégorisation, toutes les activités incluses dans le PNSP ont été choisies pour leur pertinence et leur valeur, leur impact sur la santé et sur les enjeux transversaux, ainsi que leur alignement avec les fonctions essentielles de santé publique. Les sections qui suivent les présentent en détail.





AXE 1 — Information et soutien à la prise de décision

› Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

La fonction de surveillance renvoie à un processus continu et systématique d'appréciation de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Selon la LSP (13), elle doit être exercée de façon à pouvoir dresser un portrait global de l'état de santé de la population ; observer les tendances et les variations temporelles et spatiales ; détecter les problèmes en émergence ; identifier les problèmes prioritaires ; élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population ; en plus de permettre de suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.

Dans le cadre du PNSP, la fonction de surveillance est transversale, puisqu'elle contribue à la réalisation de chacune des autres fonctions essentielles de santé publique. Elle se partage en quatre grands champs d'action interreliés, soit : l'alimentation en données ; la production de l'information (y compris l'analyse et l'interprétation) ; la diffusion de l'information adaptée aux besoins des différentes utilisatrices et différents utilisateurs et le soutien à la prise de décision. Les activités associées à ce volet reflètent chacun de ces champs d'action.

Au cœur des activités de ce volet se trouve le Plan national de surveillance (PNS). Ce plan fait office de référence en matière de surveillance au Québec et s'avère le principal outil structurant pour l'exercice de cette fonction[xvii]. Il constitue un levier majeur pour accéder aux données requises dans le cadre des activités de surveillance. Au cours des prochaines années, la mise en œuvre et l'évolution de cet outil devront tenir compte du contenu du PNSP pour le choix des thématiques de santé publique et des enjeux transversaux à documenter, particulièrement les inégalités sociales de santé et les changements climatiques, le tout en prenant en considération les nouvelles sources de données potentielles.

Faits saillants

La *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. R-22.1) (46), entrée en vigueur en 2024, offre de nouvelles possibilités d'accéder à certaines données détenues par des organismes du secteur de la santé et des services sociaux ou d'autres ministères et organismes gouvernementaux, le cas échéant.

Au regard de la production de l'information, l'utilisation accrue des technologies innovantes ouvre aussi de nouvelles possibilités lorsqu'il s'agit de rendre disponibles les données en temps opportun et de favoriser l'analyse et l'interprétation par les actrices et acteurs de surveillance. L'automatisation intégrée aux processus de production permet entre autres d'envisager certains gains sur le plan de l'efficience.

La fonction de surveillance doit aussi s'exercer de façon plus proactive en vue de détecter les phénomènes émergents, à savoir des situations nouvelles ou dont l'évolution diffère de ce qui était attendu en fonction des tendances observées. La portée des informations diffusées mériterait également d'être accrue, tout comme l'accompagnement alloué aux différentes actrices et aux différents acteurs pour se les approprier et les utiliser.

xvii. À l'article 35 de la LSP, il est précisé que la ou le ministre et les directrices et directeurs de santé publique, chacune et chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance.

Activités essentielles communes

Sélection et collecte de l'information nécessaire au suivi de l'état de santé de la population et de ses déterminants, notamment au regard des inégalités sociales de santé et des effets des changements climatiques sur la santé.

ACTIVITÉ 1	Mise en œuvre du PNS, en réponse à des besoins d'information prioritaires, et travaux visant à assurer son évolution[xviii].
OBJECTIF 2035	Assurer le développement des indicateurs de surveillance arrimés aux besoins des actrices et acteurs de santé publique et des partenaires intra et intersectoriels.

ACTIVITÉ 2	Réalisation des enquêtes sociosanitaires selon le Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé.
OBJECTIF 2035	Assurer une cohérence entre le contenu des enquêtes et les besoins des actrices et acteurs de santé publique.

ACTIVITÉ 3	Acquisition des données prévues au PNS provenant du MSSS ainsi que d'autres ministères et organismes gouvernementaux et encadrement de leur communication.
OBJECTIF 2035	Accroître l'acquisition des données prévues au PNS provenant de nouvelles sources de données.

Analyse et interprétation appropriées et stratégiques de l'information.

ACTIVITÉ 4	Analyse et interprétation en continu des données à l'échelle nationale, régionale ou locale, selon les besoins, notamment pour documenter l'évolution des inégalités sociales de santé et les effets des changements climatiques sur la santé.
OBJECTIF 2035	Intégrer des angles d'analyse relatifs aux inégalités sociales de santé ou aux effets des changements climatiques dans les productions de surveillance, lorsque pertinent et possible.

ACTIVITÉ 5	Élaboration d'une planification des productions de surveillance sur une base annuelle à l'échelle nationale et régionale, en s'appuyant sur des modalités de participation des équipes de santé publique, des partenaires intra et intersectoriels et des citoyennes et citoyens.
OBJECTIF 2035	Assurer la réalisation de la planification annuelle des productions de surveillance et la prise en compte, dans le cadre de celle-ci, des priorités de santé publique ainsi que des besoins des partenaires intra et intersectoriels et de ceux des citoyennes et citoyens.

xviii. Les directrices et directeurs de santé publique peuvent également élaborer et mettre en œuvre un plan régional de surveillance et en assurer l'évolution, selon les besoins, les particularités territoriales et les capacités à l'échelle régionale.

ACTIVITÉ 6	Réalisation de productions de surveillance à l'échelle nationale et régionale, dont les rapports de la ou du DNSP et des directrices et directeurs de santé publique.
OBJECTIF 2035	Assurer la réalisation des productions de surveillance prévues ainsi que leur alignement sur les besoins prioritaires des actrices et acteurs de santé publique et des partenaires intra et intersectoriels.

Détection de phénomènes émergents et, le cas échéant, interpellation des actrices et acteurs concernés.

ACTIVITÉ 7	Détection des changements inattendus et préoccupants à l'échelle nationale et régionale et réalisation des analyses complémentaires, notamment à l'aide des données disponibles en surveillance.
OBJECTIFS 2035	Assurer une veille systématique des tendances et enjeux émergents de santé publique en structurant l'action des équipes de surveillance pour détecter les phénomènes émergents. Favoriser l'implantation et l'utilisation des moyens identifiés dans la stratégie et les mécanismes de veille, en assurant la complémentarité des rôles et des responsabilités de la surveillance et de la vigie en santé publique.

Diffusion de productions de surveillance adaptées aux besoins des utilisatrices et utilisateurs sur des sujets déterminés à partir des besoins sociosanitaires prioritaires.

ACTIVITÉ 8	Élaboration et mise en œuvre des plans de diffusion pour l'ensemble des productions de surveillance à l'échelle nationale et régionale.
OBJECTIFS 2035	Élaborer et mettre en œuvre un plan de diffusion pour chaque production de surveillance réalisée à l'échelle nationale et régionale. Assurer la pertinence et la portée des productions réalisées auprès des publics visés.

Soutien à la prise de décision par l'accompagnement des actrices et acteurs du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs d'activité dans l'utilisation de l'information à des fins de planification des services.

ACTIVITÉ 9	Soutien à l'appropriation et à l'utilisation de l'information disponible sur l'état de santé de la population et ses déterminants auprès des actrices et acteurs ayant un levier d'influence à l'échelle nationale et régionale afin de favoriser son intégration dans la prise de décision.
OBJECTIF 2035	Mettre en œuvre des activités par les actrices et acteurs de surveillance en réponse au besoin de soutien à l'appropriation et à l'utilisation de l'information disponible sur l'état de santé de la population et ses déterminants.

› Action sur les politiques publiques pour favoriser la santé

Les actions visant à influencer les politiques publiques en faveur de la santé et de l'équité dans divers secteurs d'activité sont largement reconnues comme des stratégies efficaces et rentables (47). À cette fin, la LSP (13) fournit aux actrices et acteurs de santé publique des leviers permettant d'influencer l'ensemble des politiques publiques pour agir sur les déterminants de la santé.

L'article 53 stipule notamment que la ou le ministre, les directrices et directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacune et chacun à leur niveau d'intervention (national, régional et local), peuvent :

- identifier et évaluer les risques pour la santé de la population ;
- mettre en place des mécanismes de concertation entre les intervenantes et intervenants issus de différents secteurs ;
- promouvoir l'adoption de politiques publiques qui favorisent une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des diverses intervenantes et divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes.

L'article 54 renforce également le rôle de la ou du ministre à cet égard. Cette disposition rappelle que la ou le ministre est d'office la conseillère ou le conseiller du gouvernement en matière de santé publique et qu'elle ou il peut par conséquent donner aux autres ministres tout avis estimé opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques susceptibles de favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. Elle prévoit également que les ministères et les organismes gouvernementaux ont l'obligation de la ou de le consulter lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

Dans une logique de veille, les différentes actrices et différents acteurs de santé publique font par ailleurs en sorte d'identifier les enjeux et les situations qui méritent une solution politique (législative, réglementaire ou d'une autre nature) afin d'améliorer ou de préserver la santé de la population ou de groupes particuliers. Ils travaillent aussi à favoriser une vision intersectorielle des enjeux sociaux et de santé au sein des diverses structures de concertation. Une bonne part de leur travail consiste également à influencer les politiques publiques adoptées à différents niveaux d'intervention et, le cas échéant, à contribuer à leur mise en œuvre afin qu'elles soient favorables à la santé et au bien-être (ex. : accès et équité en éducation, lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, normes du travail, soutien aux familles, protection de l'environnement, appui à l'action communautaire, promotion de la diversité ethnoculturelle).

Au niveau national, conformément à l'article 54 de la LSP (13), le MSSS soutient les ministères et les organismes gouvernementaux dans le cadre de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)[xix] des projets de lois et règlements ou d'autres types de projets (ex. : politiques, stratégies, plans d'action), en leur offrant de la formation, des outils d'analyse et l'accès à une expertise pertinente. De la même façon, au niveau régional, les directions de santé publique peuvent soutenir l'EIS des politiques et projets locaux ou régionaux élaborés dans d'autres secteurs d'activité tels que l'aménagement du territoire, le soutien aux communautés rurales, le développement

xix. L'EIS est une démarche d'évaluation prospective des répercussions positives et négatives potentielles d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population ainsi que de la distribution sociale de ses effets. Son objectif est de favoriser une prise de décision éclairée, et ce, dès l'étape de planification, pour minimiser les effets négatifs et maximiser les effets positifs sur la santé de la population. L'EIS constitue un moyen concret et reconnu de contribuer à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé.

économique local ou la sécurité publique. Les actrices et acteurs de santé publique voient ainsi à évaluer les conséquences des politiques publiques — qu'elles soient nationales, régionales ou locales — sur la santé de la population et à recommander des mesures permettant d'en bonifier les effets positifs et d'en atténuer les effets négatifs sur la santé.

Des travaux se poursuivront également en continu pour assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évolution des lois et règlements qui relèvent du MSSS ou pour lesquels la santé publique est étroitement associée. En plus de ces travaux, de nouvelles mesures législatives et réglementaires permettant de répondre à des problématiques émergentes en santé publique pourraient être considérées.

Activités essentielles communes

ACTIVITÉ 10	Sensibilisation et mobilisation des partenaires intersectoriels clés à l'égard de la santé et de l'équité, notamment par l'élaboration d'outils adaptés et le soutien à la réalisation d'EIS, pour influencer les décisions en amont concernant les politiques publiques, en particulier en matière : • de sécurité alimentaire et d'alimentation saine et durable qui valorisent les retombées en matière de lutte intégrée aux changements climatiques ; • d'accès au logement de qualité, sécuritaire, abordable et résilient au climat ; • de mobilité durable et sécuritaire en encourageant des modes de déplacement actifs, collectifs et équitables ; • de santé de la population aînée, notamment d'aménagements plus sécuritaires et favorables aux saines habitudes de vie et à la participation sociale ; • d'équité, d'inclusion sociale et de résilience des personnes et des communautés ; • d'encadrement de la mise en marché et de l'accessibilité des jeux de hasard et d'argent (JHA) et des SPA, y compris l'alcool ; • d'encadrement au regard des enjeux de surinformation, de désinformation et de polarisation dans le contexte de la transformation numérique.
OBJECTIF 2035	Améliorer la capacité des partenaires intersectoriels à identifier les effets potentiels de leurs politiques publiques sur la santé et à intégrer des critères de santé et d'équité lors de leur élaboration.

ACTIVITÉ 11	Veille, documentation, suivi de la mise en œuvre et mise à jour des lois et règlements sous la responsabilité de la ou du ministre de la Santé et des Services sociaux ou pour lesquels la santé publique est étroitement associée, notamment : • l'application et l'évolution de la LSP (13), y compris la réflexion à l'égard de la fluoration de l'eau potable ; • la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* (RLRQ, c. L-6.2)(48) ; • la *Loi encadrant le cannabis* (RLRQ, c. C-5.3)(49) ; • la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (17) ; • les nouvelles mesures législatives et réglementaires permettant de répondre à des problématiques émergentes en santé publique.
OBJECTIF 2035	Favoriser l'adoption et la révision des lois et règlements concernant la santé publique, lorsque requis, afin de répondre de manière opportune aux problématiques actuelles et émergentes en santé publique.

AXE 2 — Développement et maintien de la santé tout au long de la vie

Une attention particulière est accordée au développement optimal des enfants et des jeunes et à l'amélioration et au maintien de la santé tout au long de la vie. Les activités qui sont présentées sous cet axe visent à adapter l'action de santé publique aux réalités propres à chaque étape du parcours de vie, en tenant compte des transitions majeures vécues par les individus. Ainsi, l'axe 2 présente d'abord des activités par groupes correspondant à une période de la vie : les parents et les jeunes enfants, les jeunes d'âge scolaire[xx] et les jeunes adultes, ainsi que les adultes et les personnes aînées. Ensuite, une activité visant à renforcer les pratiques cliniques préventives à intégrer aux interventions des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux vient compléter les activités de cet axe.

L'approche adoptée repose sur une vision intégrée des parcours de vie permettant de développer des interventions qui tiennent compte des enjeux à chaque étape de la vie. Cette approche permet d'intervenir de manière ciblée et adaptée, en tenant compte des besoins spécifiques et des déterminants qui influencent la santé et le bien-être aux différentes étapes du cycle de vie. Elle permet également de favoriser l'intégration des actions auprès des partenaires dans les différents milieux de vie.



xx. Le terme « jeunes d'âge scolaire » inclut les élèves du primaire et du secondaire.

› Parents et jeunes enfants



De la grossesse jusqu'à l'entrée à l'école, l'enfant traverse la période la plus déterminante de son développement. Les expériences vécues et l'environnement dans lequel les enfants évoluent durant cette étape peuvent influencer grandement la santé, l'acquisition de compétences personnelles et sociales, l'éducation, de même que les perspectives socioéconomiques de toute une vie. La santé des jeunes enfants et leur développement global sont aussi intimement associés à la santé de leurs parents, au bien-être et aux conditions de vie de leur famille, et ce, dès le début de la grossesse.

Les activités de santé publique inscrites au PNSP 2025-2035 ciblant les parents et les jeunes enfants reflètent cet état de fait. Certaines sont offertes directement auprès de la population. C'est le cas notamment des activités réalisées en période prénatale et postnatale pour les familles en contexte de vulnérabilité socioéconomique et des activités de soutien aux pratiques parentales. Ces activités ciblent une multitude de déterminants, dont le milieu familial (ex. : relation, soutien, pratiques), la saine alimentation (y compris la sécurité alimentaire), le mode de vie physiquement actif, la cessation tabagique et nicotinique, la santé buccodentaire ainsi que l'utilisation équilibrée des écrans et de l'environnement numérique.

D'autres activités menées en soutien ou en collaboration avec des partenaires de la communauté, des SGEE et des écoles[xxi] favorisent la création d'environnements favorables au développement des jeunes enfants.

La réduction des inégalités sociales de santé est au cœur des interventions prévues. Ces interventions intègrent une combinaison d'activités spécifiques pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité et d'activités à moduler en fonction du niveau socioéconomique des familles ou des milieux de vie. On suggère également que des efforts particuliers soient déployés pour joindre certains groupes de la population, dont les personnes immigrantes et particulièrement celles à statut migratoire précaire, les membres des Premières Nations et les Inuit, de même que les familles en situation d'itinérance cachée. La feuille de route proposée suppose en outre que les parents qui n'utilisent pas de services, que ce soit des SGEE, des services communautaires ou des services de santé et de services sociaux, bénéficient de stratégies et d'approches adaptées et peuvent être joints. En ce sens, la participation des personnes ciblées pour mieux comprendre leurs besoins et leurs réticences est primordiale dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions.

xxi. Les activités en milieu scolaire sont traitées dans la section Jeunes d'âge scolaire et jeunes adultes.

FAITS SAILLANTS



38 % des mères ont **allaité** de façon exclusive pendant au moins 6 mois

8 % des mères ont fumé au moins une cigarette pendant leur **grossesse**, cette proportion étant plus élevée chez celles sans diplôme





La couverture vaccinale complète (2 doses) contre la **rougeole** avant 24 mois est de **89 %**

La proportion des enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement est de **29 %**, une proportion qui a augmenté depuis 2012



61 % des parents estiment que prendre soin de leurs enfants leur demande plus d'énergie et de **temps** qu'ils en ont à donner

La gestion de l'usage des **écrans** est un défi pour **39 %** des parents d'enfants et d'adolescentes et adolescents



56 % des enfants de la maternelle sont considérés comme **pas ou peu actifs physiquement** dans les loisirs



12 % des mères mentionnent avoir bu de l'alcool durant leur **grossesse**

La **mortalité infantile** est de **4 à 5 fois** plus élevée au Nunavik que dans le reste du Québec

41 % des enfants qui n'ont pas fréquenté régulièrement de service de garde avant d'entrer à la maternelle sont vulnérables dans au moins un domaine de développement





Une maladie rare a été diagnostiquée chez plus de **120** enfants en 2023, grâce au **dépistage néonatal sanguin**

Objectifs généraux

- Augmenter la proportion de parents adoptant des pratiques parentales positives et contribuant à un environnement familial favorable au développement de l'enfant.
- Réduire les écarts sur le plan du développement global entre les enfants, selon leur niveau de défavorisation matérielle et sociale.
- Augmenter la proportion d'enfants de maternelle 5 ans qui commencent leur parcours scolaire sans présenter de facteur de vulnérabilité quant à leur développement.
- Maintenir l'absence de mortalité due à la rougeole chez les jeunes enfants.

Activités essentielles communes

ACTIVITÉ 12	Identification, orientation et référencement des femmes enceintes et de leur famille vers l'information et les services appropriés selon leurs besoins (ex. : accès à un suivi obstétrical, orientation vers les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance [SIPPE] et le suivi OIo, orientation vers les rencontres prénatales de groupe) par le biais de l'avis de grossesse provincial informatisé Ma grossesse.
OBJECTIF 2035	Favoriser l'accès en temps opportun aux services prénataux, afin d'optimiser la santé et le bien-être des femmes enceintes et de leur enfant à naître.

ACTIVITÉ 13	Interventions de promotion et de prévention individualisées auprès des familles en contexte de vulnérabilité socioéconomique (ex. : faible revenu, sous-scolarisation et isolement social ou solitude), de la 12e semaine de grossesse jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant, par le biais des SIPPE.
OBJECTIF 2035	Optimiser la qualité des services offerts par le biais des SIPPE en assurant un respect des conditions d'efficacité.

ACTIVITÉ 14	Déploiement du volet promotion et prévention d'Être Parents, visant l'accompagnement des parents en soutien aux pratiques parentales, de la conception jusqu'au passage à la vie adulte des enfants, y compris : • l'information aux parents et la sensibilisation de la population ; • les rencontres prénatales de groupe ; • des rencontres de groupe auprès de parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans, de 6 à 11 ans et de 12 à 17 ans.
OBJECTIF 2035	Favoriser la pertinence et l'efficacité des services d'accompagnement de groupe offerts aux parents et futurs parents, en s'assurant qu'ils répondent à leurs besoins et qu'ils favorisent le développement de compétences parentales positives.

ACTIVITÉ 15	Promotion de la vaccination et protection des jeunes enfants contre les maladies évitables par la vaccination, y compris : • l'information et l'aide à la décision, notamment par le biais du programme provincial de promotion de la vaccination basé sur l'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants ; • l'immunisation des jeunes enfants selon les orientations du Programme québécois d'immunisation.
OBJECTIF 2035	Augmenter la couverture vaccinale pour les jeunes enfants selon le calendrier vaccinal.

ACTIVITÉ 16	Soutien et accompagnement des SGEE dans la planification et la mise en œuvre d'actions de santé publique visant à mettre en place des environnements favorables à la santé, y compris : • les activités de promotion et de prévention visant le développement global des enfants ; • la collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre du cadre de référence Gazelle et Potiron pour la création d'environnements sécuritaires et favorables à une saine alimentation et à la santé buccodentaire, au jeu actif et au développement moteur ; • les activités de prévention et contrôle des infections (PCI) dans les SGEE.
OBJECTIF 2035	Favoriser un accompagnement de la santé publique qui répond aux besoins des actrices et acteurs œuvrant dans les SGEE, particulièrement ceux se situant dans des quartiers moins favorisés.

ACTIVITÉ 17	Élaboration, veille et actualisation des orientations nationales en matière de services de dépistage ciblant les enfants nés ou à naître et les jeunes, promotion des outils et sensibilisation des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, notamment au regard : • du Programme québécois de dépistage néonatal sanguin ; • du Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés[xxii].
OBJECTIFS 2035	Accroître l'efficience du processus d'intégration de nouvelles maladies au dépistage ciblant les enfants nés ou à naître ainsi que les jeunes. Accroître l'utilisation des outils cliniques et la mobilisation des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux dans les milieux de naissance et de première ligne, afin d'assurer une application uniforme et optimale des modalités de dépistage.

xxii. En vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec* (RLRQ, c. I-8), les activités de dépistage sanguin et de la surdité chez les nouveau-nés peuvent être initiées par des infirmières ou des infirmiers dans le cadre d'activités découlant de l'application de la LSP.

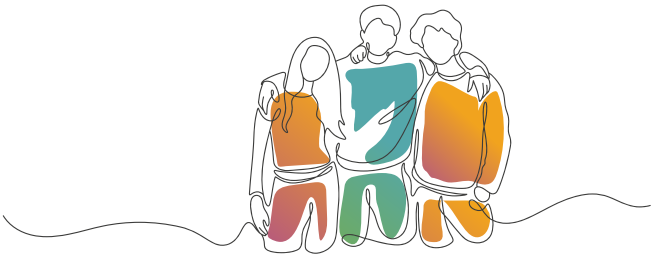
Activités stratégiques régionales

ACTIVITÉ 18	Mise en œuvre de l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE)[xxiii] visant à soutenir le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans et à mieux préparer leur entrée au premier cycle du primaire et leur réussite scolaire, y compris : • le volet intervention : mobilisation et accompagnement des partenaires dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre d'actions concertées en faveur du développement des jeunes enfants dans les différents milieux de vie.
OBJECTIF 2035	Maximiser les retombées et les effets de la structure de concertation intersectorielle de l'ICIDJE sur la mise en œuvre d'actions concertées et pertinentes en faveur du développement des jeunes enfants.

ACTIVITÉ 19	Interventions nutritionnelles et accompagnement des familles vivant en contexte de pauvreté dans l'acquisition et le maintien de saines habitudes alimentaires, de la grossesse aux deux premières années de vie du tout-petit, par le biais du suivi Olo.
OBJECTIF 2035	Accroître la prise en charge précoce au suivi Olo pour maximiser le potentiel d'impact sur le développement et la santé du bébé en période pré et postnatale.

ACTIVITÉ 20	Soutien à la mise en œuvre d'interventions favorisant l'allaitement par le biais de l'Initiative des amis des bébés, y compris : • la promotion dans les établissements de santé et de services sociaux et la formation des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux par des expertes et experts en allaitement ; • la promotion et l'accompagnement dans les milieux de vie pour la création de milieux favorables à l'allaitement.
OBJECTIF 2035	Favoriser des interventions pré et postnatales en matière d'allaitement qui répondent aux normes mises en place par l'Initiative des amis des bébés.

xxiii. Le volet enquête prévu dans le cadre de l'ICIDJE est inclus dans le volet 1 portant sur la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants de l'Axe 1 du présent programme.



› Jeunes d'âge scolaire et jeunes adultes

En continuité avec les interventions mises en œuvre en petite enfance, un large consensus témoigne de l'importance d'agir en amont des problèmes que peuvent vivre les enfants et les adolescentes et adolescents. De l'entrée à la maternelle jusqu'au début de l'âge adulte, ces derniers construisent et consolident leur personnalité, développent leur sens critique et poursuivent le déploiement de leurs compétences personnelles et sociales. Ils adoptent également de nouvelles habitudes de vie et de nouveaux comportements qui peuvent influencer la suite de leur parcours.

Les enfants et les jeunes adultes font aussi face à un certain nombre de transitions qui peuvent poser des défis sur le plan de l'adaptation et de l'intégration sociale, dont le passage à l'adolescence, les changements de niveau scolaire, les relations d'intimité, l'entrée sur le marché du travail et le passage à la vie adulte. Ils peuvent également être exposés à certaines réalités particulières liées à la diversité sexuelle, de genre ou corporelle, exacerbées par le regard des autres et l'omniprésence des réseaux sociaux, lesquels peuvent exercer une forte influence sur leur développement.

Pour les soutenir dans ces périodes charnières de leur vie, le présent PNSP prévoit déployer un ensemble cohérent d'activités ciblant la santé physique et mentale, ainsi que les compétences des enfants, des adolescentes et adolescents et des jeunes adultes et leur réseau social, et ce, en collaboration avec les milieux scolaires (y compris les écoles, les centres d'éducation des adultes et les centres de formation professionnelle) et les établissements d'enseignement supérieur (cégeps et universités). De manière à joindre l'ensemble des jeunes (adolescentes et adolescents et jeunes adultes), notamment ceux qui ne sont plus scolarisés, des actions menées en partenariat avec d'autres milieux communautaires qu'ils fréquentent sont également planifiées. La participation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes eux-mêmes dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités est aussi visée pour renforcer leur pertinence et leur efficacité, sans oublier la nécessaire adaptation des actions aux besoins différenciés des filles et des garçons, ou encore des personnes de minorités sexuelles et de genre, afin de leur permettre de développer leur plein potentiel.

Ces activités ont pour objectif de soutenir le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes et l'adoption de saines habitudes de vie associées notamment à l'alimentation, la santé buccodentaire, l'activité physique, la sédentarité, la santé mentale, l'utilisation des écrans, le sommeil, l'usage de produits de tabac et de nicotine (ex. : produits de vapotage) ainsi que la consommation d'alcool. Elles visent également l'adoption de comportements sains et sécuritaires, notamment en matière de santé sexuelle, de pratique de JHA, de consommation de SPA ainsi que dans une perspective de non-violence. Le développement de leur esprit critique quant aux risques associés à l'environnement numérique et aux déterminants commerciaux qui les influencent est aussi dans la mire. Enfin, ces activités visent la mise en place des ressources favorisant leur réussite éducative, leur santé et leur bien-être dans leurs milieux de vie.

Elles sont complémentaires à celles des autres axes ciblant les déterminants associés à la prévention en milieu de travail, à la prévention de la violence, aux aménagements favorables à la santé, notamment en matière de sécurité et de prévention des traumatismes non intentionnels, à la stabilité résidentielle et à la réduction des effets des changements climatiques.

FAITS SAILLANTS

25 %
des élèves
du secondaire consomment 5 portions ou plus de fruits ou de légumes par jour



27 % des filles et 20 % des garçons
du secondaire sont **inactifs** dans leurs loisirs et leurs transports durant l'année scolaire



52 % des filles et 44 % des garçons
du secondaire **ne dorment pas assez** pendant la semaine d'école

25 % des élèves du secondaire passent 4 heures ou plus par jour devant un **écran** pour des activités de communication et de loisirs





Les **filles du secondaire** sont plus nombreuses que les garçons à subir de la **violence psychologique** (34 % c. 22 %) ou **sexuelle** (20 % c. 7 %) dans leurs relations amoureuses

La cyberintimidation touche
14 %
des jeunes du secondaire



L'usage de la **cigarette électronique** chez les jeunes du secondaire **a augmenté de**
46 %
entre 2016-2017 et 2022-2023



28 %
des jeunes
âgés de 15 à 24 ans ont consommé du **cannabis** au cours des 12 derniers mois

58 %
des jeunes
de 15 à 24 ans présentent un niveau élevé de **détresse psychologique**

La proportion d'élèves du secondaire ayant une **santé mentale florissante a diminué** entre 2016-2017 et 2022-2023, passant de **47 % à 37 %**

La proportion des élèves de 3e secondaire ayant une couverture vaccinale complète **se situe à 67 %,** sous la cible établie



Le **taux d'incidence de la gonorrhée est en hausse** chez les 15 à 24 ans, plus particulièrement chez les femmes de 20 à 24 ans

Objectifs généraux

- Augmenter la proportion de jeunes d'âge scolaire ayant un niveau de compétences sociales et personnelles élevé.
- Augmenter la proportion d'élèves du secondaire ainsi que de jeunes adultes adoptant de saines habitudes de vie, notamment à l'égard de l'alimentation, de l'activité physique, du sommeil et de l'utilisation des écrans.
- Réduire la consommation de SPA chez les élèves du secondaire ainsi que chez les jeunes adultes.
- Augmenter la proportion des élèves du secondaire ayant une santé mentale florissante.
- Diminuer la proportion des jeunes adultes qui vivent de la détresse psychologique.
- Réduire l'incidence des infections gonococciques chez les jeunes adultes.

Activités essentielles communes

ACTIVITÉ 21	Soutien d'expertise et accompagnement des partenaires des milieux scolaires (écoles) et communautaires dans le déploiement d'actions intégrées de promotion de la santé et de prévention chez les jeunes d'âge scolaire, selon l'approche École en santé et le référent ÉKIP, notamment en matière : • de promotion de la santé mentale positive en contexte scolaire, par le biais du projet Épanouir ; • de prévention et de réduction des méfaits en matière de SPA, y compris l'alcool, le cannabis, les autres drogues et les produits de tabac et de nicotine, selon les approches basées sur les meilleures pratiques ; • de promotion de la santé et du bien-être et de prévention liées à une utilisation équilibrée des écrans ; • de création d'environnements favorables à la santé et au bien-être, notamment en matière de saines habitudes de vie ; • d'adoption de comportements sains et sécuritaires ; • de prévention de la violence ; • de promotion d'une sexualité saine et sécuritaire et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).
OBJECTIF 2035	Renforcer l'adhésion des écoles aux actions intégrées de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes d'âge scolaire et soutenir leur l'implantation, y compris en contexte plus défavorisé.

ACTIVITÉ 22	Soutien d'expertise et accompagnement des partenaires des milieux scolaires (centres d'éducation des adultes et centres de formation professionnelle) et d'enseignement supérieur dans le déploiement d'actions intégrées de promotion de la santé et de prévention chez les adolescentes et adolescents et les jeunes adultes, notamment en matière : • de prévention et de réduction des méfaits en matière de SPA, y compris l'alcool, le cannabis et les autres drogues ; • de santé mentale positive (ex. : déploiement du projet Épanouir dans les centres d'éducation des adultes et centres de formation professionnelle et offre élargie et adaptée du projet dans les cégeps et universités, mobilisation, concertation, transfert de connaissances) ; • de création d'environnements favorables à la santé et au bien-être, notamment en matière de saines habitudes de vie ; • d'adoption de comportements sains et sécuritaires ; • de prévention de la violence ; • de promotion d'une sexualité saine et sécuritaire et de prévention des ITSS ; • de programmes et d'outils de prévention de l'usage des produits du tabac et de nicotine ; • de programmes de cessation tabagique et nicotinique.
OBJECTIF 2035	Favoriser le déploiement d'actions intégrées en promotion de la santé et en prévention qui sont adaptées aux réalités et aux besoins du milieu scolaire et du milieu d'enseignement supérieur ainsi qu'à ceux des adolescentes et adolescents et jeunes adultes qui les fréquentent.

ACTIVITÉ 23	Actions de promotion de la santé et du bien-être et de prévention au regard de l'utilisation équilibrée des écrans et de l'environnement numérique chez les jeunes enfants, les jeunes d'âge scolaire, leurs parents et les jeunes adultes[xxiv], y compris : • la veille, la recherche et la documentation sur les effets des écrans et de l'environnement numérique sur la santé ; • la formation des intervenantes et intervenants en milieu scolaire et communautaire ainsi que dans les établissements de santé et de services sociaux ; • l'élaboration, la promotion et le soutien à la mise en œuvre du Cadre de référence sur l'utilisation des écrans en contexte scolaire ; • l'information et la sensibilisation auprès des jeunes et des parents ; • le déploiement d'ateliers de prévention sur des thématiques spécifiques, comme la cyberdépendance, la cyberintimidation, la sextorsion[xxv], les jeux vidéo et les réseaux sociaux.
OBJECTIF 2035	Favoriser chez les jeunes des comportements sains à l'égard des écrans et de l'environnement numérique, à travers leur parcours de vie.

xxiv. En réponse aux recommandations de la Commission spéciale sur les impacts des écrans et des réseaux sociaux sur la santé et le développement des jeunes qui relèvent du domaine de la santé publique, en milieu scolaire, communautaire et familial.

xxv. La sextorsion est un acte de cybercriminalité qui consiste à extorquer de l'argent ou des faveurs sexuelles à une personne jointe par l'intermédiaire du réseau Internet ou de la messagerie texto, sous la menace de diffusion d'un contenu personnel sexuellement explicite.

ACTIVITÉ 24	Promotion de la vaccination et protection des jeunes contre les maladies évitables par la vaccination en milieu scolaire (primaire et secondaire), y compris : • l'information et la sensibilisation auprès des parents et des jeunes en âge de consentir pour aider à la décision en matière de vaccination ; • l'immunisation des jeunes d'âge scolaire selon les orientations du Programme québécois d'immunisation.
OBJECTIF 2035	Augmenter la couverture vaccinale complète des élèves de 3e secondaire.

ACTIVITÉ 25	Activités de prévention des infections en milieu scolaire, y compris : • l'information et la sensibilisation des jeunes et du personnel scolaire quant aux mesures de PCI ; • la formation et l'accompagnement du personnel scolaire quant aux pratiques de PCI ; • l'intervention en cas d'éclosion.
OBJECTIF 2035	Améliorer la mise en application, par le milieu scolaire, des meilleures pratiques en matière de PCI.

ACTIVITÉ 26	Promotion de la santé buccodentaire et prévention de la carie dentaire chez les jeunes d'âge scolaire par le biais du Programme québécois de scellants dentaires à l'école primaire et secondaire.
OBJECTIF 2035	Optimiser la prestation de scellants dentaires pour les élèves ayant un besoin dépisté, en ciblant particulièrement ceux en contexte de vulnérabilité et en assurant une utilisation optimale des ressources.

Activités stratégiques régionales

ACTIVITÉ 27	Soutien d'expertise et accompagnement des partenaires dans le déploiement d'actions intégrées de promotion de la santé et de prévention chez les jeunes adultes (16 ans et plus), dont ceux qui ne sont plus scolarisés, dans les différents milieux de vie – autres que scolaires et d'enseignement supérieur – fréquentés par ceux-ci, notamment en matière : • de prévention et de réduction des méfaits en matière de SPA, y compris l'alcool, le cannabis et les autres drogues ; • de prévention de la violence ; • de création d'environnements sains et sécuritaires, favorables aux saines habitudes de vie ; • d'adoption de comportements sains et sécuritaires ; • de promotion d'une sexualité saine et sécuritaire et de prévention des ITSS. Cela comprend : • les programmes et les outils de prévention de l'usage de tabac et de produits de nicotine en milieux sociaux et communautaires, dont les projets de marketing social ; • les programmes d'intervention ainsi que les services d'aide et de soutien à la cessation tabagique et nicotinique ; • les stratégies de communication et les outils de sensibilisation pour les jeunes adultes (ex. : santé mentale, ITSS, SPA ou autre thématique).
OBJECTIF 2035	Favoriser le déploiement d'actions intégrées en promotion de la santé et en prévention dans les milieux de vie – autres que scolaires et d'enseignement supérieur – qui sont adaptées aux réalités et aux besoins des jeunes adultes qui les fréquentent.

ACTIVITÉ 28	Soutien d'expertise en prévention du suicide auprès des milieux fréquentés par les enfants, les adolescentes et adolescents et les jeunes adultes, notamment en ce qui a trait à : • la sensibilisation, au repérage des jeunes à risque suicidaire et à l'intervention (ex. : formations, outils) dans les milieux scolaires et d'enseignement supérieur, les milieux communautaires et les établissements de santé et de services sociaux ; • la postvention (après qu'un suicide est survenu) en milieux scolaires et d'enseignement supérieur.
OBJECTIF 2035	Augmenter la capacité des intervenantes et intervenants agissant auprès des jeunes et des jeunes adultes (ex. : réseau scolaire, réseau de la santé et des services sociaux, milieu communautaire) à prévenir le suicide, notamment par la sensibilisation, le repérage des jeunes à risque et l'intervention appropriée.

ACTIVITÉ 29	Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de services de type cliniques jeunesse pour les jeunes et leur famille dans les établissements de santé et de services sociaux (centres locaux de services communautaires, Aire ouverte) notamment en matière de santé sexuelle, de santé mentale, d'adaptation sociale, de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires, y compris : • la promotion et l'offre de dépistage[xxvi], l'accès au matériel de prévention, l'information et la sensibilisation sur les risques en matière d'ITSS ainsi que les moyens pour les prévenir, la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, notamment la sensibilisation et l'information visant à contrer la désinformation.
OBJECTIF 2035	Favoriser l'accès à des services de type clinique jeunesse qui sont pertinents, efficaces et adaptés aux besoins des jeunes.

xxvi. En vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec* (RLRQ, c. I-8), les activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang peuvent être initiées par des infirmières ou des infirmiers dans le cadre d'activités découlant de l'application de la LSP.

› Adultes et personnes aînées



Les adultes et les personnes aînées représentent une part importante et croissante de la population québécoise. À l'instar des populations plus jeunes, leur vie est ponctuée de périodes de transitions charnières (ex. : travail, parentalité, retraite, deuils, adaptation fonctionnelle) susceptibles d'influencer leur santé et leur bien-être ainsi que leur participation sociale.

Le fait d'inclure ces deux groupes de la population sous un même axe d'intervention permet d'adopter une vision continue des trajectoires de vie, en agissant dès l'âge adulte pour favoriser un vieillissement actif, autonome et en santé.

Plus concrètement, le PNSP 2025-2035 couvre la santé au travail, la promotion de la santé mentale dans les milieux de vie, le dépistage du cancer, l'immunisation de même que le vieillissement en santé.

Agir sur les déterminants liés au travail est essentiel pour prévenir des problèmes de santé tout au long du parcours de vie. Il est également important de prendre en compte l'évolution récente du monde du travail, marquée notamment par une présence accrue des personnes aînées dans les milieux de travail et l'essor du télétravail, dont l'effet sur la société et le quotidien des gens, voire leur santé, peut être significatif.

De la même manière, l'importance de s'attarder à la santé mentale des adultes et des personnes aînées, en plus de celle des enfants et des jeunes, ne fait aucun doute. Plutôt que de seulement miser sur l'accès à la psychothérapie ou sur la prévention des troubles mentaux courants, le PNSP propose d'instaurer une vision positive de la santé mentale en faisant la promotion du bien-être des populations adultes et aînées dans leurs différentes sphères de vie.

Il en va de même du vieillissement en santé misant sur la préservation des capacités fonctionnelles, la participation sociale et la santé globale. Le vieillissement accéléré de la population québécoise exige en effet qu'une attention particulière soit portée aux personnes âgées de 65 ans et plus. La santé publique doit non seulement favoriser le maintien de l'autonomie de ces personnes, mais aussi intervenir dans leurs différents milieux de vie en tenant compte de l'évolution des besoins à travers les âges, du sexe, du genre, des conditions sociales, du niveau d'autonomie et de l'origine ethnoculturelle.

Cela dit, parce que les inégalités sociales de santé s'accentuent souvent à l'âge adulte et persistent lors du vieillissement, l'action de santé publique proposée cible particulièrement les groupes en contexte de vulnérabilité, notamment les femmes enceintes, les travailleuses et travailleurs à statut précaire, les personnes vieillissantes, ainsi que celles exposées aux aléas climatiques ou à des inégalités sociales de santé. Elle met également de l'avant l'importance de la participation citoyenne dans l'élaboration et la mise en œuvre des différentes interventions.

FAITS SAILLANTS



En 2023, près de 5 personnes de 65 ans et plus sur 10 000 sont hospitalisées pour l'influenza ; pour la **COVID-19**, ce taux monte à **43 sur 10 000**

La proportion de la population de 50 ans et plus ayant reçu le **vaccin** contre la grippe saisonnière est de **52 %** ; elle est de 72 % chez les 75 ans et plus



69 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu le **vaccin contre le pneumocoque**



Les **troubles anxio-dépressifs** atteignent **7,3 %** des 18 à 64 ans et **5,4 %** des 65 ans et plus, les femmes étant plus touchées que les hommes

26 % des 65 ans et plus présentent un **niveau élevé de détresse psychologique**



Les chutes chez les personnes aînées causent près de **24 000 hospitalisations** par an

La proportion de travailleuses et travailleurs de **25 à 64 ans** présentant un **niveau élevé de détresse psychologique liée à l'emploi** a augmenté de **16 %** chez les hommes et de **25 %** chez les femmes entre 2014-2015 et 2020-2021

20 % des travailleuses et travailleurs de 25 à 64 ans affirment être exposés à un **niveau élevé de contraintes physiques au travail**, une proportion qui augmente avec le niveau de défavorisation



Le taux de **participation au programme de dépistage du cancer du sein** chez les femmes de 50 à 69 ans s'élève à **64 %**, un taux qui diminue avec le niveau de défavorisation

18 % de la population **se sent isolée des autres**, une proportion qui atteint **23 %** chez les 25 à 44 ans



Objectifs généraux

- Améliorer la santé mentale des adultes et des personnes aînées.
- Réduire l'exposition à des risques pour la santé des travailleuses et travailleurs, particulièrement celles et ceux en contexte de vulnérabilité.
- Limiter la fréquence des chutes et ses conséquences chez les personnes aînées.
- Réduire le taux d'hospitalisations liées à l'influenza et à la COVID-19 chez les personnes adultes, particulièrement les personnes aînées et celles vivant avec une maladie chronique.

Activités essentielles communes

ACTIVITÉ 30	Promotion de la vaccination et protection contre les maladies évitables par la vaccination chez la population adulte et les personnes aînées, y compris : • la révision et l'optimisation des programmes de vaccination ; • la révision du Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination ; • le soutien au développement et au maintien des compétences en immunisation ; • l'optimisation et la pérennisation des activités de promotion de la vaccination.
OBJECTIF 2035	Augmenter la couverture vaccinale pour la grippe, la COVID-19, le zona et le pneumocoque et tout autre virus respiratoire émergent chez les adultes et les personnes aînées, ainsi que pour la coqueluche chez les femmes enceintes.

ACTIVITÉ 31	Promotion de la santé mentale en collaboration avec les milieux de vie fréquentés par les adultes et les personnes aînées, notamment auprès des parents, des travailleuses et travailleurs ainsi que des personnes aînées.
OBJECTIF 2035	Accroître les actions de promotion de la santé mentale dans les milieux de vie fréquentés par les adultes et les personnes aînées de même que leur adaptation selon la population cible (ex. : personnes aînées, parents, travailleuses et travailleurs) et selon les milieux de vie.

ACTIVITÉ 32	Déploiement, en partenariat avec les personnes aînées, d'un continuum d'actions et de services de prévention des chutes pour les personnes aînées, y compris : • la promotion de la sécurité à l'égard des chutes dans les communautés et dans les milieux de vie des personnes aînées ; • les interventions multifactorielles non personnalisées (notamment Viactive et Programme intégré d'équilibre dynamique [PIED]) ; • les actions de prévention clinique ciblant des personnes présentant des facteurs de risque de chute.
OBJECTIF 2035	Maximiser la couverture des interventions multifactorielles non personnalisées visant à prévenir les chutes, avec un accent particulier sur les personnes vivant dans un contexte de défavorisation ou présentant des facteurs de vulnérabilité relatifs aux chutes.

ACTIVITÉ 33	Contribution à la mise en œuvre du programme Pour une maternité sans danger dans les milieux de travail.
OBJECTIF 2035	Harmoniser l'évaluation du risque des postes de travail de travailleuses enceintes par l'élaboration et l'utilisation accrue des protocoles ou des guides de pratique professionnelle lors des évaluations réalisées par les expertes et experts en santé au travail.

ACTIVITÉ 34	Soutien à l'élaboration, à la mise en application et à l'évaluation des programmes de santé au travail servant à soutenir les milieux de travail dans l'identification, la correction et le contrôle des risques pouvant altérer la santé des travailleuses et travailleurs et plus spécifiquement de certains groupes présentant des facteurs de vulnérabilité.
OBJECTIF 2035	Rehausser l'accompagnement des milieux de travail présentant des risques pour la santé, dans la mise en œuvre de mesures de prévention adaptées aux risques présents et aux réalités des travailleuses et travailleurs et plus spécifiquement celles et ceux en contexte de vulnérabilité.

ACTIVITÉ 35	Contribution aux orientations ministérielles et à la mise en œuvre des programmes et activités de dépistage du cancer[xxvii], y compris le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), le dépistage du cancer colorectal, du col de l'utérus et du poumon, dans une perspective de réduire les inégalités sociales de santé.
OBJECTIFS 2035	Améliorer la fidélisation au dépistage du cancer du sein, particulièrement pour les populations sous-dépistées ou celles vivant en contexte de vulnérabilité ou de défavorisation. Augmenter la couverture des dépistages du cancer colorectal, du col de l'utérus et du poumon, avec un accent particulier sur les populations sous-dépistées ou celles vivant en contexte de vulnérabilité ou de défavorisation.

Activité stratégique régionale

ACTIVITÉ 36	Élaboration et mise en œuvre en coconstruction des actions directes et de soutien afin de développer des communautés bienveillantes, inclusives, favorisant le vivre-ensemble, et valorisant la participation sociale des personnes aînées.
OBJECTIF 2035	Accroître la participation significative des personnes aînées, y compris celles vivant en contexte de vulnérabilité socioéconomique, dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de santé publique, afin de favoriser la coconstruction de milieux de vie bienveillants, inclusifs et adaptés à la diversité de leurs besoins.

xxvii. En vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec* (RLRQ, c. I-8), les activités de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du poumon peuvent être initiées par des infirmières ou des infirmiers dans le cadre d'activités découlant de l'application de la LSP.



› Pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives soutiennent la prévention tout au long de la vie, de la période périnatale à l'âge avancé. Elles visent à accroître les années de vie en bonne santé en agissant le plus tôt possible, avant la phase symptomatique d'un problème de santé. Elles regroupent un ensemble d'interventions réputées efficaces pour améliorer l'état de santé de la population, dont le counseling sur les habitudes de vie, le dépistage[xxviii] ou la détection de certaines maladies et de certains facteurs de risque, l'immunisation ainsi que la chimioprophylaxie, c'est-à-dire la prescription d'une médication à visée préventive. Elles constituent également des leviers efficaces et rentables pour réduire les fardeaux évitables de maladie et d'incapacité ainsi que les décès prématurés (47).

Les pratiques cliniques préventives peuvent être mises en œuvre par le biais de programmes organisés qui visent à offrir des services à l'ensemble des personnes d'une population ciblée, selon des orientations décrites dans un cadre de référence ministériel. Ces pratiques peuvent aussi être mises en œuvre par le biais d'interventions ou de recommandations cliniques déployées par le personnel de santé et de services sociaux, en particulier en première ligne. Dans ce contexte, elles visent à agir de manière « opportuniste », en fonction des caractéristiques individuelles de chaque personne, y compris les facteurs de risque ou la présence d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Elles sont réalisées par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux selon les lignes directrices ou les guides de pratique reconnus.

Puisqu'elles peuvent être mises en œuvre à différents moments de la vie, les activités de promotion et de prévention ciblant les besoins spécifiques à chaque groupe d'âge et mises en œuvre par le biais de programmes organisés ont été présentées précédemment. Par ailleurs, afin de couvrir le large spectre des pratiques cliniques préventives et considérant leur importance pour agir de manière ciblée au niveau des individus, une activité intégratrice est ici présentée. Cette activité vise spécifiquement à renforcer la prévention dans les pratiques cliniques des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux.

La perception des personnes et des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux à l'égard des pratiques cliniques préventives est positive et leur efficacité est bien démontrée (50). Toutefois, leur intégration aux activités courantes des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux demeure un défi. Ceci peut s'expliquer par le manque de temps ou de formation pour les intégrer à leurs pratiques, ou encore par une attention plus marquée accordée aux interventions curatives en présence de comorbidités et de problèmes psychosociaux de plus en plus importants. Or, d'un point de vue populationnel, il ne fait aucun doute que de telles pratiques doivent être encouragées et soutenues (51). L'activité présentée dans ce segment répond à cet objectif.

xxviii. Le dépistage consiste à déceler, au moyen d'un test appliqué de manière normalisée, les personnes qui sont plus à risque de présenter un problème de santé au sein d'une population de personnes asymptomatiques pour ce problème. Pour être utile et efficace, le dépistage doit permettre une intervention précoce. L'objectif est d'augmenter les probabilités de guérison ou de meilleur contrôle de la maladie ou de diminuer les risques de complications qui y sont associées.

FAITS SAILLANTS



L'hypertension artérielle touche plus de **1,5 million de personnes**

Plus de **3,2** millions de personnes de 25 ans et plus présentent une **maladie chronique**, soit près de **1 individu sur 2**



L'incidence du diabète diminue lentement depuis 2001, sauf chez les jeunes **de 1 à 19 ans**

27 % des adultes sont atteints de **multimorbidité**, soit 2 maladies chroniques ou plus, une prévalence qui augmente avec l'âge

Les **cardiopathies ischémiques** touchent près **d'un adulte sur 10**



15 % des adultes sont atteints de multimorbidité complexe, soit 3 maladies chroniques ou plus

La prévalence de la **multimorbidité** est de **56 %** chez les 65 ans et plus





1 Québécois sur 5 souffre de **douleurs buccales persistantes**

Objectif général

Réduire la prévalence de maladies pouvant être prévenues par des pratiques cliniques préventives reconnues efficaces chez les populations les plus concernées.

Activité essentielle commune

ACTIVITÉ 37	Soutien à l'adoption des pratiques cliniques préventives ayant démontré leur efficacité et leur impact sur la réduction du fardeau sanitaire, y compris : • la sensibilisation et la formation des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux à l'égard des pratiques cliniques préventives ainsi que la promotion des outils cliniques dans le but de systématiser leur utilisation auprès de clientèles ciblées ; • l'engagement et la mobilisation des organisations d'expertise, les ordres professionnels et les universités pour la sensibilisation à l'importance des pratiques cliniques préventives.
OBJECTIF 2035	Renforcer l'intégration de la prévention et des pratiques cliniques préventives dans les interventions des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, avec une attention renforcée pour celles destinées aux personnes présentant des facteurs de risque de maladies.

AXE 3 — Création d'environnements et adoption de modes de vie favorables à la santé

Les modes de vie des personnes — soit leurs habitudes de vie, comportements et relations sociales — sont profondément influencés par les environnements dans lesquels elles vivent et interagissent. Un environnement sain et sécuritaire est un milieu qui favorise dans ses différentes dimensions — sociale, économique, physique, politique ou autre — le maintien et l'amélioration de la santé, en rendant les choix favorables à la santé plus accessibles, attrayants et faciles à adopter (52).

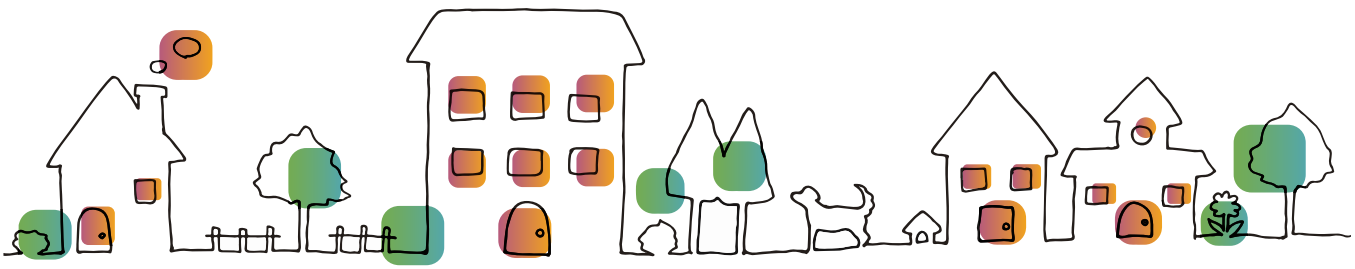
Il est désormais reconnu que combiner des approches ciblant à la fois les modes de vie et les environnements permet de renforcer la capacité des personnes à agir sur leur santé, en particulier celles vivant dans des milieux cumulant plusieurs désavantages (ex. : environnement alimentaire défavorable, pollution, faible canopée, criminalité) (53).

Les activités de cet axe visent à réduire, de manière proactive et éclairée, les écarts de santé entre groupes sociaux, certains étant plus exposés à des environnements nuisibles à leur santé, leur sécurité et leur bien-être. Pour ce faire, elles favorisent une action intégrée en amont de nombreux problèmes de santé évitables et mobilisent divers leviers d'action permettant de joindre des groupes sociaux ou des types d'environnements variés.

Les changements climatiques ont également une incidence sur la santé et la qualité de vie des populations et accentuent certains phénomènes comme les vagues de chaleur, les feux de forêt ou les inondations. Ces phénomènes augmentent notamment les risques d'effets directs sur les personnes (ex. : coups de chaleur, problèmes respiratoires), mais aussi indirects, comme l'insécurité alimentaire, le stress environnemental et l'accroissement des inégalités sociales de santé (54).

Par ailleurs, la hausse des surdoses et de l'itinérance au Québec, qui touchent particulièrement les groupes en situation de vulnérabilité, est associée à la croissance des inégalités sociales de santé. Ces enjeux entraînent des répercussions majeures, d'abord sur la santé et la qualité de vie des personnes touchées, mais aussi sur l'ensemble de la société (28, 55, 56).

Dans une perspective de santé, d'équité et de durabilité, les activités planifiées ont donc pour but de préserver le bien-être des populations actuelles, des générations futures et des personnes en contexte de vulnérabilité. Elles s'inscrivent dans le respect des limites environnementales de la planète et des principes de développement durable, et favorisent l'adoption de modes de vie sains ainsi que la création d'environnements propices à la santé et au bien-être de l'ensemble de la population, tout au long du parcours de vie.



FAITS SAILLANTS

La **pollution atmosphérique** cause environ **4 000 décès prématurés** et **1 300 nouveaux cas d'asthme infantile** par an au Québec

La **chaleur** a des impacts sanitaires importants représentant **plus de 3 G$** par an au Québec, une estimation qui pourrait augmenter de 3 à 5 fois d'ici 2050

Près de **10 % des ménages propriétaires** consacrent **30 % ou plus de leur revenu** aux dépenses de propriété, cette **proportion atteint 25 % chez les ménages locataires**

Environ 16 % des personnes vivent dans des ménages en **situation d'insécurité alimentaire** (plus de 1,3 million de personnes)





23 % des ménages vivent dans un **logement non acceptable**

Environ **10 000 personnes** vivent en situation d'itinérance visible au Québec – une augmentation de **44 %** entre 2018 et 2022

La proportion des personnes de 15 ans et plus ayant fait une **tentative de suicide** au cours des 12 derniers mois **s'élève à 0,5 %** et atteint 1,6 % chez les 15 à 29 ans

Le taux de suicide est **3 fois plus élevé chez les hommes** que chez les femmes (20 c. 7 par 100 000) et touche particulièrement ceux âgés de 50 à 64 ans (30 par 100 000)



34 % de la population est active dans ses loisirs et transports et cette proportion est en diminution

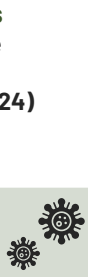


Près de **32 000 hospitalisations** sont **entièrement attribuables à l'alcool** en 2023-2024

L'usage de la cigarette diminue, mais la proportion de fumeuses et fumeurs demeure élevée chez les personnes vivant dans un ménage à faible revenu (14 %) ou celles sans emploi (19 %)

La prévalence de **consommation de cannabis** dans la dernière année **a augmenté** chez les **plus de 15 ans** par rapport à la période avant la légalisation (14 % en 2018 c. 18 % en 2024)

Le **taux annuel de décès** liés à une intoxication suspectée aux **opioïdes** et autres drogues **est de 7,3** par 100 000 personnes



Les taux d'incidence de cas déclarés de **gonorrhée**, de **syphilis** et d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (**VIH**) connaissent une **recrudescence**

Objectifs généraux

- Augmenter la proportion de la population qui évolue dans un milieu de vie favorable à la santé, particulièrement pour les personnes en contexte de vulnérabilité.
- Augmenter le sentiment d'appartenance de la population à sa communauté locale.
- Accroître la proportion de la population adoptant de saines habitudes de vie à l'égard de l'alimentation, de l'activité physique, de la consommation d'alcool et de l'usage des produits de tabac et de nicotine.
- Réduire les décès liés aux surdoses, de même que les surdoses non mortelles.
- Réduire la proportion de ménages vivant en situation d'insécurité alimentaire.
- Réduire l'incidence des ITSS dans la population générale et plus particulièrement chez les populations plus à risque.
- Diminuer la prévalence des tentatives de suicide.

Activités essentielles communes

ACTIVITÉ 38	Soutien à la création de milieux de vie complets et résilients au climat[xxix] par la collaboration entre les décideuses et décideurs, les partenaires de la santé publique et la population, y compris : • la réalisation d'EIS ; • la production d'avis de santé publique sur des projets de développement, par exemple dans le cadre d'évaluations d'impacts environnementaux ou de révisions de schémas d'aménagement ; • le soutien au développement de projets dans les communautés urbaines et rurales, notamment les secteurs défavorisés et les abords des établissements de santé et de services sociaux, pour favoriser la création de milieux de vie complets par la mobilisation de divers partenaires et la prise en compte des inégalités sociales de santé ainsi que des enjeux liés aux changements climatiques ; • la mise en œuvre d'actions de lutte aux changements climatiques.
OBJECTIF 2035	Renforcer l'intégration, dans les projets structurants, les schémas d'aménagement et les plans d'urbanisme, des recommandations de santé publique visant à créer des milieux de vie favorables à la santé, équitables et résilients face aux changements climatiques.

xxix. Selon Labesse et collaborateurs (2021), on entend par « Milieux de vie complets » les « milieux où les services et les activités de la vie quotidienne sont facilement accessibles principalement par la marche, le vélo ou le transport collectif, peu importe l'âge, les capacités ou les origines des résidents. » Ces milieux tiennent compte des réalités des secteurs défavorisés, urbains et ruraux, et visent à favoriser l'inclusivité, la mixité sociale et la diversité des usages, la connexité entre les espaces et les services, des infrastructures propices à un mode de vie physiquement actif, y compris la mobilité durable, la proximité des services essentiels, l'accessibilité physique des aliments à haute valeur nutritive — notamment dans une perspective de lutte contre les déserts et marais alimentaires — l'accès à des parcs, à des espaces verts et naturels protégés, ainsi que l'accès aux logements abordables.

ACTIVITÉ 39	Collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et d'environnements favorables à une alimentation saine, durable et équitable par la concertation entre les décideuses et décideurs et les partenaires de la santé publique en fonction des deux volets : • Sécurité alimentaire et alimentation saine, durable et équitable pour toutes et tous[xxx]. › Collaborations pour favoriser des systèmes alimentaires durables et une offre alimentaire saine et équitable dans les milieux de vie. › Actions favorisant la réduction des inégalités sociales en alimentation. • Alimentation saine et durable pour des milieux ciblés. › Actions dans les établissements de santé et de services sociaux s'appuyant sur les orientations en matière d'alimentation saine et durable (employées et employés et utilisatrices et utilisateurs du réseau de la santé et des services sociaux). › Actions dans les milieux municipaux et les milieux de travail.
OBJECTIF 2035	Maximiser les retombées des projets qui agissent de manière significative sur les déterminants structuraux des inégalités en alimentation et qui contribuent au développement de systèmes alimentaires équitables et durables.

ACTIVITÉ 40	Interventions de prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide en intégrant les meilleures pratiques des guides ministériels dans l'ensemble du continuum de prévention du suicide, y compris : • des activités de sensibilisation destinées à la population québécoise ; • la diffusion d'orientations à propos des communications sécuritaires et préventives au sujet du suicide dans les médias, dont les représentations du suicide dans les œuvres de fiction ; • l'implantation de réseaux de sentinelles dans les milieux de vie, notamment les milieux scolaires et d'enseignement supérieur et les milieux de travail ; • les services d'intervention spécialisés en prévention du suicide disponibles en tout temps (24/7) par téléphone, texto et clavardage.
OBJECTIF 2035	Optimiser le repérage par les sentinelles des personnes, ainsi que leur orientation vers des services d'aide.

ACTIVITÉ 41	Interventions intégrées de prévention des risques, de protection de la santé de la population et de réduction des méfaits ainsi que des inégalités sociales de santé en matière d'usage de SPA — dont l'alcool — et de pratique de JHA, y compris : • des activités de promotion et de prévention portant sur la sensibilisation aux risques et la réduction des méfaits liés à l'alcool (y compris les repères sur l'alcool et la santé) et aux JHA ainsi qu'aux surdoses de SPA ; • la vigie, la prévention et l'intervention, notamment par le renforcement des actions en place et le soutien au déploiement et à l'accessibilité des services de consommation supervisée.
OBJECTIF 2035	Réaliser des interventions en matière d'usage de SPA, dont l'alcool, et de JHA intégrées et adaptées aux besoins et aux réalités des populations en situation de vulnérabilité.

xxx. En complément de l'activité 38. Soutien à la création de milieux de vie complets et résilients au climat.

ACTIVITÉ 42	Interventions de prévention et de réduction des méfaits des ITSS adaptées aux besoins de différentes populations, y compris : • des activités de promotion sur l'adoption de comportements sécuritaires et la réduction des méfaits, notamment par l'accès au matériel de prévention des ITSS ; • la promotion de la vaccination (virus de l'hépatite A, virus de l'hépatite B, virus du papillome humain, mpox) pour la prévention des ITSS auprès des populations en contexte de vulnérabilité ; • l'optimisation de l'offre et de l'accès au dépistage[xxxi] sécuritaire et inclusif, notamment par le biais des Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS ; • des mécanismes permettant de faciliter l'accès au traitement — PrEP et traitements antirétroviraux (VIH et virus de l'hépatite C) — par les personnes en situation de vulnérabilité.
OBJECTIF 2035	Accroître l'accès à des services adaptés de dépistage et de prévention des ITSS, particulièrement pour les populations plus à risque.

Activités stratégiques régionales

ACTIVITÉ 43	Soutien à l'adoption de politiques publiques qui favorisent l'accès à la nature, un environnement bâti sécuritaire pour l'ensemble des usagères et usagers de la route, dont celles et ceux en contexte de vulnérabilité, la mobilité durable, sécuritaire et équitable ainsi que l'adoption de modes de vie et de déplacements actifs et collectifs[xxxii], y compris : • la promotion de mesures d'apaisement de la circulation mettant en relief leurs bénéfices sur la sécurité, le bruit, la qualité de l'air et la mobilité active ; • le soutien aux partenaires (municipalités, secteur des transports) dans le développement et l'appropriation des connaissances liées à la prévention des traumatismes non intentionnels (dont ceux émergents ou associés à l'utilisation des appareils de transport personnels motorisés) ; • le soutien à l'adoption de mesures de réglementation et d'aménagement adaptées à la prévention des blessures liées à l'usage de véhicules hors route ; • le soutien aux établissements de santé et de services sociaux, aux milieux municipaux et aux milieux de travail dans la mise en place d'environnements favorables à un mode de vie physiquement actif et à la diminution de la sédentarité pour les usagères et usagers ainsi que pour les travailleuses et travailleurs.
OBJECTIF 2035	Renforcer l'intégration, dans les projets structurants, les schémas d'aménagement et les plans d'urbanisme, des recommandations de santé publique en matière de mobilité durable, d'accès à la nature et de plein air de proximité.

ACTIVITÉ 44	Soutien des communautés pour le développement de projets mobilisant le pouvoir d'agir individuel et collectif et favorisant la cohésion et l'inclusion sociales, l'équité en santé ainsi que la résilience des individus et des communautés, dans une perspective de participation citoyenne, d'entraide et de solidarité[xxxiii].
OBJECTIF 2035	Mobiliser et soutenir les partenaires de la communauté pour favoriser une participation active de la population à des projets significatifs.

xxxi. En vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec* (RLRQ, c. I-8), les activités de dépistage des ITSS peuvent être offertes par des infirmières ou des infirmiers dans le cadre d'activités découlant de l'application de la LSP.

xxxii. En complément de l'activité 38. Soutien à la création de milieux de vie complets et résilients au climat.

xxxiii. Ces projets peuvent inclure des initiatives de voisinage, des espaces de dialogue interculturel, des activités intergénérationnelles ou toute autre initiative adaptée aux réalités du milieu.

ACTIVITÉ 45	Soutien au développement de projets visant la promotion d'environnements sans fumée ainsi que l'abandon de l'usage de produits du tabac et de nicotine, par le biais des services tels que les Centres d'abandon du tabagisme, dans les milieux de vie fréquentés par des personnes peu jointes par les services du réseau de la santé et des services sociaux[xxxiv].
OBJECTIF 2035	Favoriser l'adéquation entre les services de cessation tabagique et nicotinique offerts et les profils et besoins des personnes, dans l'optique d'optimiser la pertinence de leur utilisation.

ACTIVITÉ 46	Collaboration avec la population et les actrices et acteurs détenant les principaux leviers stratégiques pour l'élaboration de politiques d'accès au logement et la mise en place d'aménagements favorables en matière d'habitation qui visent la qualité, la sécurité, l'abordabilité, la localisation appropriée des logements et leur résilience face au climat[xxxv].
OBJECTIF 2035	Contribuer à l'adoption et à la mise en œuvre d'actions et de politiques publiques favorables à l'accès, la qualité, la sécurité et la résilience climatique des logements, grâce à la collaboration et à la concertation avec des partenaires clés.

xxxiv. Ces projets peuvent mobiliser des partenaires tels que les municipalités, les milieux de travail, les établissements d'enseignement ou les organismes communautaires.

xxxv. En complément de l'activité Contribution à la création de milieux de vie complets.

AXE 4 — Gestion des risques et des menaces à la santé et préparation aux urgences sanitaires

La fréquence et l'intensité accrues des menaces sanitaires effectives ou appréhendées, qu'elles soient d'origines infectieuses, chimiques, physiques ou environnementales, rendent indispensable une intervention de protection proactive et structurée. Les menaces ont effectivement des effets disproportionnés sur les populations déjà en contexte de vulnérabilité et exacerbent les inégalités sociales de santé. La santé publique dispose d'une expertise unique en vigie, en prévention et en gestion des menaces sanitaires. L'expérience récente de la pandémie de la COVID-19 a d'ailleurs mis en lumière toute l'importance de pouvoir compter sur des capacités institutionnelles fortes pour détecter et répondre aux menaces sanitaires à grande échelle, y compris celles liées à la résistance antimicrobienne, qui représente un enjeu croissant de santé publique mondiale. Encadré par la LSP (13) et relevant des responsabilités légales des autorités de santé publique, l'axe de la gestion des risques et des menaces à la santé et de la préparation aux urgences sanitaires est bien défini et structuré autour d'activités essentielles communes.

Cet axe repose sur une logique de protection de la population face aux menaces à la santé dont l'apparition est souvent inattendue et les conséquences potentiellement sérieuses. Il reconnaît l'interdépendance entre la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes et mise, de ce fait, sur des actions coordonnées pour prévenir ces menaces sanitaires. Les activités sont donc présentées selon une perspective intégrée au regard des domaines des maladies infectieuses (humaines et animales), de la santé environnementale et de la santé au travail.

Le PNSP propose une approche systémique et proactive, qui renforce la capacité de réponse des actrices et acteurs de santé publique face aux menaces et témoigne du fort besoin, voire de la nécessité d'une coordination intersectorielle (ex. : santé et services sociaux, sécurité civile, environnement). Cette vision permet non seulement de mieux protéger la population, mais aussi de favoriser une culture de prévention et de préparation durable.

Les activités prévues agissent sur les risques, les menaces et les urgences sanitaires provenant de différentes sources. Elles prennent en compte les maladies infectieuses affectant les humains, les agents physiques et chimiques — y compris les contaminants émergents (ex. : composés perfluorés, microplastiques) — ainsi que les incidents chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs (CBRNE) qui désignent l'émission non contrôlée d'agents chimiques ou biologiques, la contamination radioactive de l'environnement ou les explosions causant des dommages très étendus. La résistance antimicrobienne, en tant que phénomène émergent, est également ciblée par un ensemble d'actions visant à lutter contre celle-ci, notamment par la réduction de l'usage inapproprié des antimicrobiens et le renforcement des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les différents milieux.



FAITS SAILLANTS



841 décès
survenus en 2024
sont attribuables à la **chaleur estivale** au Québec



37 % des personnes touchées par les inondations de 2019 rapportaient une **santé mentale passable ou mauvaise**, une proportion encore élevée un an plus tard (24 % c. 6 % chez les personnes non touchées)



Environ 60 %
des maladies infectieuses émergentes identifiées dans le monde **proviennent d'animaux**, qu'ils soient sauvages ou domestiques

14 000 décès
au Canada ont été associés à la **résistance aux antibiotiques** en 2018

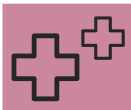


On observe une **résurgence de maladies** antérieurement déclarées éliminées grâce à la vaccination, comme la **rougeole**

Le **nombre d'événements de sécurité civile**[xxxvi] sur 10 ans a presque doublé, passant de **3 566** pour la période 2005-2014, à **6 995** pour la période 2015-2024



Des **maladies transmises par vecteur** sont **en hausse**, comme la maladie de Lyme et l'anaplasmose



Les cas de **tuberculose active** sont en hausse au Québec (464 cas déclarés) et touchent plus fortement les personnes nées à l'extérieur du Canada et celles d'origine autochtone

xxxvi. Un événement de sécurité civile peut être défini comme toute situation pouvant causer de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens, qui exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles et qui nécessite une intervention coordonnée des autorités afin de protéger la vie, la santé, les biens ou l'environnement.

Objectifs généraux

- Limiter l'impact des menaces à la santé, incluant les pandémies de type viral, en assurant une préparation adéquate des actrices et acteurs de santé publique.
- Réduire les conséquences des sinistres sur la santé et le bien-être des personnes, en particulier celles en situation de vulnérabilité.
- Réduire les décès attribuables aux vagues de températures extrêmes, particulièrement chez les personnes en situation de vulnérabilité.
- Limiter le nombre de cas associés à des maladies à transmission vectorielle en émergence au Québec.
- Réduire l'incidence des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.
- Maintenir l'incidence de la rougeole sous le seuil d'élimination dans la population.
- Maintenir l'absence de cas de rage déclaré chez l'humain au Québec.
- Diminuer le taux d'incidence de la tuberculose afin d'atteindre les cibles d'élimination établies pour chacune des régions du Québec.

Activités essentielles communes

ACTIVITÉ 47	Information et sensibilisation de la population et des partenaires à l'égard des mesures de prévention et de contrôle des risques et menaces pour la santé.
OBJECTIF 2035	Joindre efficacement les populations en situation de vulnérabilité ainsi que les partenaires qui leur offrent des services, par des communications adaptées et en temps opportun sur les mesures de prévention et de contrôle des risques et menaces pour la santé.

ACTIVITÉ 48	Vigie, enquêtes, signalements et évaluation du risque et des mesures à prendre pour prévenir et contrôler les menaces réelles.
OBJECTIF 2035	Améliorer l'accès à des renseignements de vigie sanitaire de qualité et au moment opportun, notamment par le développement de l'interopérabilité au Système d'information de gestion des maladies infectieuses (SI-GMI).

ACTIVITÉ 49	Anticipation des risques pour la santé et des menaces appréhendées, notamment par le biais de la vigie, de l'évaluation et de la gestion du risque ainsi que de la préparation face à ce risque[xxxvii].
OBJECTIF 2035	Améliorer les capacités des actrices et acteurs de santé publique à anticiper et à gérer les risques pour la santé et les menaces appréhendées afin d'intervenir plus efficacement lorsque les menaces sont avérées.

xxxvii. Les répercussions sur le réseau de la santé et des services sociaux sont également considérées dans ces risques.

ACTIVITÉ 50	Gestion et mise en place des mesures de prévention et de protection au sein des communautés en présence de signalements, d'éclosions et de maladies à déclaration (ou à traitement) obligatoire.
OBJECTIF 2035	Mettre en place les corridors de services jugés prioritaires afin de faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux requis lors de menaces à la santé de la population.

ACTIVITÉ 51	Élaboration, application, mise à jour et gestion de la conformité de lignes directrices en matière de prévention et de contrôle des risques liés aux agents biologiques, chimiques ou physiques en tenant compte, notamment, des besoins des populations en contexte de vulnérabilité.
OBJECTIF 2035	Favoriser l'intégration des meilleures pratiques d'évaluation de risque, de prévention et de contrôle des menaces, selon le besoin priorisé, et en visant la réduction des inégalités sociales de santé.

ACTIVITÉ 52	Collaboration à la validation et à la révision de valeurs de référence nationales pour divers contaminants dans l'eau, l'air, les sols, les aliments et les milieux de travail.
OBJECTIF 2035	Contribuer activement à la validation et à la révision des valeurs de référence nationales pour divers contaminants jugés comme étant prioritaires, en assurant une analyse rigoureuse des répercussions sur la santé dans la production des avis.

ACTIVITÉ 53	Identification et anticipation des principaux risques, notamment les risques infectieux et CBRNE prioritaires pour l'intervention de santé publique, de même que la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement lors de ces sinistres ou menaces, y compris la préparation à une pandémie de type viral.
OBJECTIF 2035	Améliorer la préparation aux urgences liées aux CBRNE et aux événements de masse, afin de soutenir les expertes et experts de sécurité publique en ce qui concerne la préparation et l'intervention, en tenant compte des réalités locales et des capacités communautaires et citoyennes.

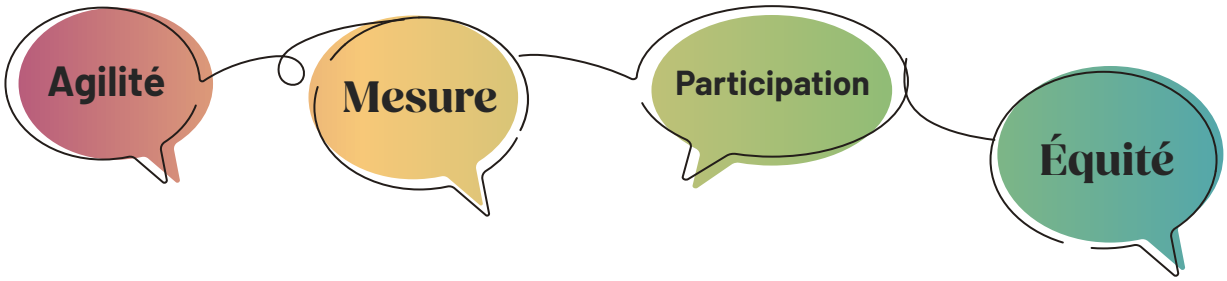
Activité stratégique régionale

ACTIVITÉ 54	Mise en œuvre des initiatives permettant aux populations présentant des vulnérabilités de s'adapter aux événements météorologiques, notamment des services d'alerte.
OBJECTIF 2035	Améliorer la préparation de la population aux événements météorologiques extrêmes, de façon à en réduire les répercussions sanitaires.

5. LES **PRINCIPES DIRECTEURS** ET **ORIENTATIONS** DE MISE EN ŒUVRE

5.1 Principes directeurs

Le PNSP repose sur quatre principes directeurs. Ces principes soutiennent une mise en œuvre harmonisée en favorisant une compréhension commune des fondements qui guident l'action.



L'agilité

La santé publique évolue dans un environnement complexe, dynamique et souvent instable. L'agilité, même en période de crise, est essentielle pour ajuster les interventions aux réalités changeantes, saisir les occasions, réagir rapidement aux enjeux émergents et innover de façon continue.

Ce principe se traduit par :

- des priorités triennales permettant une révision des priorités d'action ;
- des mécanismes de veille, d'analyse et d'apprentissage rapide pour guider les décisions ;
- des processus flexibles et adaptables qui permettent de tester, d'ajuster et de mettre à l'échelle les interventions ;
- une culture organisationnelle ouverte à l'expérimentation et à l'amélioration continue ;
- l'adaptation des pratiques aux contextes régionaux, tant en ce qui concerne les activités essentielles communes que les activités stratégiques régionales (agilité territoriale).

La mesure

La mesure est un levier central pour comprendre les besoins, suivre les effets des interventions, rendre des comptes et améliorer les résultats en santé publique. Elle doit être rigoureuse, pertinente et utile à l'action.

Ce principe présuppose :

- de miser sur des systèmes d'information fiables et intégrés pour documenter les déterminants, l es besoins, les inégalités et les effets en santé ;
- de renforcer la capacité à évaluer les interventions et à utiliser les données pour l'amélioration des pratiques ;
- de favoriser la diffusion et l'utilisation des données probantes chez les actrices et acteurs de santé publique et dans la population ;
- d'assurer la transparence dans la prise de décision dans un souci de communication et afin de préserver la confiance de la population.

La participation

La participation des personnes, des communautés et des partenaires permet des interventions plus pertinentes, acceptables et durables.

Ce principe exige :

- d'impliquer la population dans l'analyse des besoins, le choix des priorités et la mise en œuvre des interventions ;
- de reconnaître et de valoriser le savoir expérientiel des citoyennes et citoyens ainsi que des organismes communautaires ;
- de créer des espaces de dialogue, de coconstruction et de décision partagée, en particulier avec les partenaires intersectoriels qui détiennent des leviers d'action ;
- de favoriser l'engagement des groupes sous-représentés ou marginalisés, par exemple par des incitatifs et des formations.

L'équité

L'équité implique de reconnaître et de corriger au mieux les inégalités sociales qui affectent la santé de la population par des interventions qui tiennent compte des besoins des divers groupes sociaux.

Ce principe implique :

- d'agir selon le principe d'universalisme proportionné, c'est-à-dire d'offrir les activités à toutes et tous, mais d'intensifier les efforts pour celles et ceux qui en ont le plus besoin ;
- de documenter et de réduire les inégalités sociales de santé dans toutes les sphères d'intervention ;
- d'intégrer une ADS+ dans la planification et la mise en œuvre des activités de santé publique ;
- d'être ancré dans les parcours de vie.

5.2 Valeur recherchée

Au-delà de ces principes, le PNSP est guidé par la notion de « valeur » véhiculée par le récent plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux (22).

La notion de valeur trouve son origine dans une approche des soins de santé basée sur l'obtention des meilleurs résultats de santé pour la population, en fonction des ressources investies (value-based healthcare) (57). Le modèle de création de valeur retenu dans le cadre de l'élaboration du PNSP est celui proposé par Lévesque et Sutherland (45).

Appliquée à la santé publique, cette approche suppose d'aller au-delà de la mesure du volume des activités pour s'intéresser à leur impact sur la création de valeur pour la population. Cette précision est essentielle, car elle rappelle que la valeur en santé publique ne se limite pas à l'efficience organisationnelle, mais renvoie d'abord à la capacité réelle des interventions à améliorer la santé et le bien-être de la population. En ce sens, l'approche de la valeur invite à dépasser une logique de moyens pour adopter une logique d'impact, où la pertinence des actions se mesure à leur contribution tangible à la santé de la population et à ses déterminants, ainsi qu'à la réduction des inégalités sociales de santé.

L'utilisation de la valeur pour guider le choix des activités de santé publique présente plusieurs avantages dont ceux d'intensifier les actions en amont des problèmes de santé et de les adapter aux besoins des différents groupes de la population. De plus, cette approche met de l'avant la nécessité d'établir des mécanismes de participation citoyenne afin de connaître et de reconnaître les actions qui ont de la valeur aux yeux de la population, de développer une capacité d'évaluation de l'efficacité et du retour sur investissement des activités et d'accroître la responsabilisation et la transparence grâce à des indicateurs clairs.

Intégrer la notion de « valeur » dans le PNSP signifie opérer un changement de perspective pour que l'action publique soit davantage orientée vers les résultats. Le besoin de démontrer et de mesurer la valeur des activités de santé publique est accentué par des facteurs structurels tels que le vieillissement de la population, la montée des maladies chroniques, les problématiques psychosociales complexes, les attentes citoyennes croissantes et les contraintes budgétaires (24). Cette orientation vers la valeur permet de renforcer la légitimité, la pertinence et l'impact des interventions en santé publique.

5.3 Conditions de réussite

La mise en œuvre fructueuse des activités de santé publique repose sur une collaboration entre le MSSS, l'INSPQ, Santé Québec, la RRSSSN, le CCSSSBJ et les directions de santé publique dans chacune des régions sociosanitaires. Pour assurer la mise en œuvre du PNSP et des PAR dans les prochaines années, certaines conditions facilitantes doivent être réunies. Déjà identifiées lors de l'élaboration du PNSP, ces conditions doivent être prises en compte pour anticiper les obstacles potentiels et mobiliser les ressources nécessaires.

Rôles et responsabilités

Une répartition claire et concertée des rôles et des responsabilités entre les différentes actrices et différents acteurs concernés par les activités de santé publique est requise. Cette répartition repose sur la reconnaissance des expertises, des forces et des capacités propres à chaque actrice ou acteur. Des rôles bien définis permettent d'éviter les chevauchements, de renforcer la coordination et d'assurer une responsabilité partagée, particulièrement dans le contexte de transformation du système de santé et de services sociaux et de la création de Santé Québec. Il importe de préciser que certaines activités du PNSP peuvent être réalisées, au niveau régional, par d'autres intervenants que ceux des directions de santé publique.

Cohérence et concertation

Une vision commune et intégrée de la santé publique est essentielle à la cohérence de l'action aux différents niveaux d'intervention (national, régional et local). Cela se traduit par des recommandations harmonisées, un continuum d'activités de santé publique et une approche interdisciplinaire. Pour y parvenir, les processus d'élaboration des cadres de référence, des guides de pratique et des lignes directrices doivent être clairs, bien établis et connus de l'ensemble des actrices et acteurs concernés.

Compétence et formation

La mise en œuvre optimale du PNSP repose sur des équipes compétentes et adéquatement soutenues. Il est essentiel d'offrir des formations adaptées et accessibles à l'ensemble des actrices et acteurs de santé publique — gestionnaires, professionnelles et professionnels, médecins, techniciennes et techniciens et personnel de soutien — tout en déployant une stratégie de transfert de connaissances et d'expertise pour la relève et les équipes en place. L'accès à des savoirs spécialisés (ex. : universités, INSPQ, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux) de même que la reconnaissance mutuelle et le partage des expertises nationales et régionales constituent des leviers pour permettre aux équipes d'exercer pleinement leur rôle au bénéfice des populations.

L'engagement du MSSS et de ses partenaires à soutenir une expertise forte en santé publique se traduit par leur contribution à des documents structurants, notamment le Plan d'action pour la formation en santé publique au Québec. Issu d'une démarche collective réunissant les autorités de santé publique des 18 régions sociosanitaires, l'INSPQ, les milieux universitaires et le MSSS, ce plan témoigne d'une volonté commune de renforcer les capacités en matière de formation, de développement professionnel et de pérennisation des expertises en santé publique, en cohérence avec les besoins identifiés dans le cadre du PNSP.

Performance et données probantes

Pour que le PNSP déploie tout son potentiel, il est essentiel de maintenir une culture de performance et d'amélioration continue. Cela implique, entre autres, de privilégier le déploiement d'interventions appuyées sur les données probantes, issues de sources et de natures variées (quantitatives, qualitatives, locales et populationnelles). Le suivi et l'évaluation du PNSP sont également des composantes importantes de cette culture de performance qui permettent d'optimiser les pratiques et de favoriser une progression constante des résultats.

Systèmes d'information et technologies

Les technologies et les systèmes d'information efficaces sont des leviers essentiels pour renforcer l'action de santé publique. En effet, l'accès à des données fiables, intégrées et partageables en temps opportun est crucial pour répondre efficacement aux demandes d'information et aux situations qui requièrent une attention urgente. Ceci implique, notamment, une saisie des données de qualité, efficace et exhaustive pour assurer l'utilité des informations produites.

L'utilisation des données est un levier puissant pour orienter les décisions en santé publique, particulièrement lorsqu'elle respecte les principes de responsabilité et de protection des personnes et des collectivités. Le PNSP soutient l'utilisation éclairée des nouvelles technologies, y compris l'intelligence artificielle et le traitement des métadonnées dans une perspective d'amélioration continue de la capacité à identifier des tendances. Il appuie également une prise de décision fondée sur l'utilisation éthique des données et des technologies, dans le but de favoriser la santé de la population et la réduction des inégalités sociales de santé.

Recherche et innovation

La recherche et l'innovation sont des moteurs essentiels de transformation et d'adaptation de la santé publique. La recherche joue en effet un rôle central dans la production de connaissances pertinentes pour la planification et la prise de décision. Elle permet de mieux comprendre les conditions d'efficacité et de transférabilité des interventions en plus d'orienter la mise en œuvre du PNSP. L'innovation est aussi encouragée en soutenant un environnement propice à l'expérimentation, au développement de nouvelles pratiques, à leur évaluation et à leur mise à l'échelle lorsque cela est pertinent.

Le soutien à la recherche et l'innovation impliquent notamment l'identification de priorités de recherche en collaboration avec les parties prenantes concernées. L'innovation en santé publique repose aussi sur l'intégration des avancées technologiques, telles que la génomique et la prévention de précision, pour orienter des interventions plus ciblées et mieux adaptées aux besoins des individus et des populations.

Collaboration

La collaboration est une condition incontournable de la mise en œuvre du PNSP. Elle repose, entre autres, sur des instances intersectorielles solides, des mécanismes formels — comme des ententes — et une responsabilité partagée. La concertation entre les actrices et acteurs de santé publique, les gouvernements, les municipalités, les organismes communautaires et autres partenaires permet de mieux répondre aux enjeux complexes et changeants. La collaboration avec les partenaires, historiquement bien développée en santé publique, devient d'autant plus essentielle depuis la mise en place de Santé Québec qui appelle à une coordination renforcée entre les actrices et acteurs pour assurer la cohérence et l'efficacité des actions. Le PNSP encourage donc des collaborations structurées, pérennes et alimentées par un dialogue ouvert et constant.

Participation

L'implication active des communautés constitue un levier essentiel pour garantir la pertinence et l'efficacité du PNSP. Il est nécessaire de prévoir des modalités concrètes de participation citoyenne (ex. : sélection, formation, reconnaissance) pour permettre une contribution durable et significative de la population tant à la planification qu'à la réalisation des activités de santé publique. De même, des moyens diversifiés doivent être envisagés pour joindre les différents groupes de la population, particulièrement ceux qui sont plus difficilement joints par les moyens traditionnels. L'adhésion des populations, des milieux de vie (ex. : écoles, milieux de travail, municipalités) et des organisations communautaires est indispensable à une mise en œuvre réussie du PNSP.

Communication et sensibilisation

Une communication efficace est essentielle pour favoriser l'appropriation et la mobilisation des actrices et acteurs de santé publique et de leurs partenaires aux activités du PNSP. Une stratégie de communication cohérente, inclusive et adaptée aux réalités des populations, notamment celles en contexte de vulnérabilité, implique de tenir compte des différents niveaux de littératie dans la population. Afin de soutenir cette approche, le PNSP appuie le développement de contenus accessibles et vulgarisés, la formation en communication en santé publique ainsi que la mise à disposition d'outils pratiques.

Adaptation et intégration des grands enjeux transversaux

L'adaptation des activités selon les besoins différenciés des divers groupes de la population (ex. : personnes immigrantes, à faible revenu, en situation de handicap, habitant en milieu rural ou dans des zones plus exposées aux risques climatiques, femmes, hommes, personnes des minorités sexuelles ou de genre) est essentielle pour assurer une réponse cohérente et renforcer la pertinence des interventions. Cette adaptation, qu'elle repose sur l'universalisme proportionné ou sur des approches ciblées, permet d'agir avec plus d'efficacité sur les grands enjeux transversaux.

Dans une perspective de soutien à la mise en œuvre du PNSP, une priorité claire doit être accordée à ces enjeux transversaux que sont les inégalités sociales de santé et les changements climatiques. Plusieurs des conditions énoncées précédemment sont nécessaires pour en assurer une intégration réussie. Parmi celles-ci, pensons à :

- la diffusion des productions de surveillance pertinentes et le soutien à leur utilisation (ex. : présentation des données ventilées selon divers groupes de la population afin de cibler les zones prioritaires et d'adapter les interventions selon les besoins) ;
- le transfert des connaissances utiles à l'action, issues de sources variées (ex. : recherche, évaluation, veille sur les initiatives émergentes, au Québec ou ailleurs) ;
- le développement de compétences et d'expertise en matière d'inégalités sociales de santé et de changements climatiques ;
- l'offre d'outils fondés sur les données probantes et les bonnes pratiques pour soutenir la planification, la réalisation et l'évaluation d'actions contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé ainsi qu'à la lutte aux changements climatiques ;
- la participation des populations et des communautés concernées.

De ce point de vue, le champ des politiques publiques apparaît comme un espace où les actrices et acteurs de santé publique doivent continuer de s'investir en mettant à profit leurs diverses expertises. Cette voie d'action est indispensable pour agir à grande échelle face à des enjeux tels que les inégalités sociales de santé et les changements climatiques.

5.4 Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation du PNSP s'inscrivent dans un cycle d'amélioration continue, fondé sur une vision stratégique élaborée pour la période 2025-2035. Cette vision repose sur des objectifs spécifiques à chaque axe et activité du programme, conçus en cohérence avec le modèle de création de valeur retenu. Ces objectifs constituent des repères essentiels pour orienter le suivi et identifier les ajustements nécessaires.

Le suivi du PNSP repose sur des objectifs clairement définis, accompagnés d'indicateurs existants, tout en prévoyant le développement de nouveaux indicateurs et l'établissement de cibles précises. Il mobilise les données disponibles, notamment celles issues de la fonction de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, et vise à approfondir la compréhension de l'action de santé publique. Cette compréhension est renforcée par la conception d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

L'utilisation régulière et stratégique des données permet d'alimenter la réflexion, d'ajuster la planification et de réactualiser les interventions, assurant ainsi la dynamique du cycle d'amélioration continue.

En complément du suivi, des démarches d'évaluation seront réalisées afin d'analyser en profondeur certaines activités. Elles pourront prendre la forme d'évaluations formatives, pour soutenir l'amélioration en cours de mise en œuvre, ou d'évaluations sommatives, pour juger des résultats obtenus. Les résultats issus de ces démarches contribueront à éclairer, entre autres, les décisions stratégiques et à favoriser l'apprentissage organisationnel.

Le succès du suivi et de l'évaluation du PNSP repose sur la mobilisation des actrices et acteurs de santé publique, chacune et chacun dans le respect de ses responsabilités. Ce travail collaboratif est essentiel pour assurer la pertinence, l'efficacité et l'impact du PNSP.

CONCLUSION

La portée d'intervention de la santé publique sur les déterminants de la santé en fait un champ d'action distinctif du système de santé et de services sociaux. Afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des interventions ainsi que l'intégration de la prévention aux différents continuums de services, il importe que la planification des activités de santé publique soit solidement arrimée à celle de l'ensemble des services de santé et des services sociaux. La structure du PNSP répond à cette exigence. Elle rappelle aussi que les actions requises pour maintenir et améliorer la santé de l'ensemble de la population ainsi que pour réduire les inégalités sociales de santé ne se limitent pas au seul secteur de la santé et des services sociaux.

En raison des répercussions des inégalités sociales de santé sur la prospérité, la qualité de vie et le bien-être collectif, le coût de ces dernières est important, à la fois pour les individus, le système de santé et de services sociaux et la société dans son ensemble. Il est toutefois possible d'y remédier, notamment en mettant de l'avant des politiques publiques axées sur la réduction de l'écart observé entre les différents groupes de la population. Les activités du PNSP 2025-2035 s'inscrivent dans cette logique. Qu'elles aient été pensées pour être déployées sur l'ensemble du territoire québécois, ou laissées à la discrétion des directions de santé publique, les activités du PNSP 2025-2035 s'appuient sur le principe d'agir en amont, ou promptement, ce qui permet à la fois d'éviter l'apparition de problèmes de santé et d'améliorer la santé de la population.

Les milieux où les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent exercent une influence importante sur la santé. Il en va de même des différents systèmes et contextes qui structurent la société. Bâtir une société en santé, équitable et résiliente, où chaque personne compte, peu importe son parcours de vie, exige l'engagement de toutes et de tous. C'est donc une invitation collective à contribuer au dynamisme et à la prospérité de la société québécoise que lance le PNSP 2025-2035.

ANNEXE 1 – SOURCES DES DONNÉES DES FAITS SAILLANTS PAR AXE

Sources des données mentionnées à l'Axe 2 – Développement et maintien de la santé tout au long de la vie

PARENTS ET JEUNES ENFANTS			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
40	38 % des mères ont allaité de façon exclusive pendant au moins 6 mois.	Proportion des mères de 18 ans et plus qui ont allaité exclusivement pendant au moins 6 mois	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2024 Données tirées de [En ligne] [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1310090501] (consulté le 24 septembre 2025)
40	8 % des mères ont fumé au moins une cigarette pendant leur grossesse. Cette proportion est plus élevée chez celles sans diplôme.	Proportion des mères biologiques ayant fumé la cigarette à un moment ou l'autre durant la grossesse	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 2e édition (ELDEQ-2), 2021-2022. Données tirées de [En ligne] [https://statistique.quebec.ca/fr/document/grandir-au-quebec-publications/publication/portrait-enfants-quebec-grossesse-premiers-mois-vie] (consulté le 23 septembre 2025)
		Proportion des mères biologiques ayant fumé la cigarette durant la grossesse selon le plus haut diplôme obtenu par la mère parmi celles vivant avec un enfant d'environ 5 mois	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 2e édition (ELDEQ-2), 2021-2022. Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. *Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement*. [Fichier PDF] Québec. 142 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-228-01W.pdf]
40	12 % des mères mentionnent avoir bu de l'alcool durant leur grossesse.	Proportion des mères biologiques dont la fréquence de consommation d'alcool durant la grossesse correspond à « Une fois par mois ou moins » ou « Plus d'une fois par mois »	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 2e édition (ELDEQ-2), 2021-2022. Données tirées de [En ligne] [https://statistique.quebec.ca/fr/document/grandir-au-quebec-publications/publication/portrait-enfants-quebec-grossesse-premiers-mois-vie] (consulté le 23 septembre 2025)

PARENTS ET JEUNES ENFANTS			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
40	La mortalité infantile est de 4 à 5 fois plus élevée au Nunavik que dans le reste du Québec.	Taux de mortalité infantile	Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. *Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement*. [Fichier PDF] Québec. 2024. 142 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-228-01W.pdf]
40	61 % des parents estiment que prendre soin de leurs enfants leur demande plus d'énergie et de temps qu'ils en ont à donner.	Proportion des parents d'enfants de 6 mois à 17 ans affirmant être « fortement en accord » ou « en accord » avec le fait que prendre soin de leurs enfants leur demande plus d'énergie et de temps qu'ils en ont à donner	Enquête québécoise sur la parentalité, 2022 Lavoie A, Auger A. Être parent au Québec en 2022. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022. [Fichier PDF] Montréal : Institut de la statistique du Québec. 2023. 335 p. [https://statistique. quebec.ca/fr/fichier/etre-parent-quebec-2022.pdf]
40	La gestion de l'usage des écrans est un défi pour 39 % des parents d'enfants et d'adolescents.	Proportion des parents vivant avec au moins un enfant de 2 à 17 ans déclarant « très difficile » ou « difficile » la gestion de l'utilisation que leurs enfants font des écrans	Enquête québécoise sur la parentalité, 2022 Lavoie A, Auger A. *Être parent au Québec en 2022. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022*. [Fichier PDF] Montréal : Institut de la statistique du Québec. 2023. 335 p. [https://statistique. quebec.ca/fr/fichier/etre-parent-quebec-2022.pdf]
40	56 % des enfants de la maternelle sont considérés comme pas ou peu actifs physiquement dans les loisirs.	Proportion d'enfants de la maternelle 5 ans dont le niveau d'activité physique dans les loisirs correspond à « un peu actif », « très peu actif » ou « pratique occasionnelle ou aucune pratique »	Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM), 2022 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
40	La couverture vaccinale complète (2 doses) contre la rougeole avant 24 mois est de 89 %.	Proportion des enfants de la cohorte de 2 ans ayant été vaccinés contre la rougeole (vaccins reçus avant l'âge de 24 mois)	Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an, 2 ans et 7 ans, 2021 Kiely M. et al. *Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an, 2 ans et 7 ans, 2021. Rapport d'enquête auprès de la population*. [Fichier PDF] Québec : Institut national de santé publique du Québec. 2024. 121 p. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3570-etude-couverture-vaccinale-enfants-quebecois-1-2-7-ans-2021.pdf]
40	La proportion des enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement est de 29 %, une proportion qui a augmenté depuis 2012.	Proportion d'enfants de maternelle 5 ans vulnérables dans au moins un domaine de développement	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM), 2012, 2017 et 2022 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025

PARENTS ET JEUNES ENFANTS			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
40	41 % des enfants qui n'ont pas fréquenté régulièrement de service de garde avant d'entrer à la maternelle sont vulnérables dans au moins un domaine de développement.	Proportion des enfants de maternelle 5 ans vulnérables dans au moins un domaine de développement selon la fréquence régulière d'un service de garde avant d'entrer à la maternelle 5 ans	Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM), 2022 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
40	Une maladie rare a été diagnostiquée chez plus de 120 enfants en 2023, grâce au dépistage néonatal sanguin.	N/A	Base de données du Programme québécois de dépistage néonatal sanguin du laboratoire fiduciaire du CHU de Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport annuel 2023 sur le Programme québécois de dépistage néonatal sanguin* [À paraître]

JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE ET JEUNES ADULTES			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
45	25 % des élèves du secondaire consomment 5 portions ou plus de fruits ou de légumes par jour.	Proportion des élèves du secondaire consommant quotidiennement au moins 5 portions de légumes et fruits par jour excluant le jus de fruits pur à 100 %	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
45	27 % des filles et 20 % des garçons du secondaire sont inactifs dans leurs loisirs et leurs transports durant l'année scolaire.	Proportion des élèves du secondaire dont le niveau d'activité physique dans les activités de loisir et de transport durant l'année scolaire correspond à « inactif »	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
45	52 % des filles et 44 % des garçons du secondaire ne dorment pas assez pendant la semaine d'école.	Proportion des élèves du secondaire dont le niveau d'activité physique dans les activités de loisir et de transport durant l'année scolaire correspond à « inactif »	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
45	25 % des élèves du secondaire passent 4 heures ou plus par jour devant un écran pour des activités de communication et de loisirs.	Proportion des élèves du secondaire passant 4 heures et plus devant un écran au cours d'une journée de semaine et de fin de semaine pour leurs activités de communication et de loisirs	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025

JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE ET JEUNES ADULTES			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
45	Les filles du secondaire sont plus nombreuses que les garçons à subir de la violence psychologique (34 % c. 22 %) ou sexuelle (20 % c. 7 %) dans leurs relations amoureuses.	Proportion des élèves du secondaire ayant subi de la violence psychologique de la part de leur partenaire lors de leurs relations amoureuses au cours des 12 derniers mois, parmi ceux ayant eu des relations amoureuses au cours des 12 derniers mois Proportion des élèves du secondaire ayant subi de la violence sexuelle de la part de leur partenaire lors de leurs relations amoureuses au cours des 12 derniers mois, parmi ceux ayant eu des relations amoureuses au cours des 12 derniers mois	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
45	La cyberintimidation touche 14 % des jeunes du secondaire.	Proportion des élèves du secondaire ayant été victimes de cyberintimidation au cours des 12 derniers mois	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
45	L'utilisation de la cigarette électronique chez les jeunes du secondaire a augmenté de 46 % entre 2016-2017 et 2022-2023.	Proportion des élèves du secondaire ayant utilisé une cigarette électronique au cours des 30 derniers jours	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2016-2017 et 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
45	28 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois.	Proportion de la population ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois	Enquête québécoise sur le cannabis 2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
45	58 % des jeunes de 15 à 24 ans présentent un niveau élevé de détresse psychologique.	Proportion de la population se situant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2020 2021 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
45	La proportion d'élèves du secondaire ayant une santé mentale florissante a diminué entre 2016-2017 et 2022-2023, passant de 47 % à 37 %.	Proportion des élèves du secondaire ayant une santé mentale florissante	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2016-2017 et 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025

JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE ET JEUNES ADULTES			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
45	La proportion des élèves de 3e secondaire ayant une couverture vaccinale complète se situe à 67 %, sous la cible établie.	Couverture vaccinale chez les jeunes inscrits en 3e secondaire	Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique, extraction février 2025
45	Le taux d'incidence de la gonorrhée est en hausse chez les 15 à 24 ans, plus particulièrement chez les femmes de 20 à 24 ans.	Taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique	Blouin, K., et coll. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2022 et projections 2023.* [Fichier PDF] Québec : Institut national de santé publique du Québec. 2024. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3533-infections-transmissibles-sexuellement-2022-projections-2023.pdf]

ADULTES ET PERSONNES AÎNÉES			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
51	En 2023, près de 5 personnes de 65 ans et plus sur 10 000 sont hospitalisées pour l'influenza. Pour la COVID-19, ce taux monte à 43 sur 10 000.	Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour influenza Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour la COVID-19	Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2023 Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, 2023 Estimations et projections démographiques, version janvier 2025 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 octobre 2025
51	La proportion de la population de 50 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe saisonnière est de 52 %. Elle est de 72 % chez les 75 ans et plus.	Proportion de la population de 50 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe saisonnière Proportion de la population de 75 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe saisonnière	Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque, le zona et la COVID-19 et sur les déterminants de la vaccination (EQCVIP), 2022 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 15 octobre 2025
51	69 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu le vaccin contre le pneumocoque.	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque	Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque, le zona et la COVID-19 et sur les déterminants de la vaccination (EQCVIP), 2022 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
51	Les troubles anxio-dépressifs atteignent 7,3 % des 18 à 64 ans et 5,4 % des 65 ans et plus, les femmes étant plus touchées que les hommes.	Prévalence des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025

ADULTES ET PERSONNES AÎNÉES			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
51	26 % des 65 ans et plus présentent un niveau élevé de détresse psychologique.	Proportion de la population se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
51	Les chutes chez les personnes aînées causent près de 24 000 hospitalisations par an.	Taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par une chute ou une chute présumée	Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2023-2024 Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, 2023-2024 Estimations et projections démographiques, version janvier 2025 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
51	La proportion de travailleuses et travailleurs de 25 à 64 ans présentant un niveau élevé de détresse psychologique liée à l'emploi a augmenté de 16 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes entre 2014-2015 et 2020-2021.	Proportion des travailleurs de 25 à 64 ans se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique liée à leur emploi principal actuel	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015 (estimations comparables) et 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
51	20 % des travailleuses et travailleurs de 25 à 64 ans affirment être exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail, une proportion qui augmente avec le niveau de défavorisation.	Proportion des travailleurs exposés à un niveau élevé de contraintes physiques du travail	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
51	Le taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans s'élève à 64 %, un taux qui diminue avec le niveau de défavorisation.	Taux de participation au PQDCS	Système d'information du PQDCS (SI-PQDCS), 2021-2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025

ADULTES ET PERSONNES AÎNÉES			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
51	18 % de la population se sent isolée des autres, une proportion qui atteint 23 % chez les 25 à 44 ans.	Proportion de la population ayant eu souvent l'impression d'être isolée des autres	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
55	L'hypertension artérielle touche plus d'un million et demi d'individus.	Prévalence de l'hypertension artérielle chez les 20 ans et plus	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
55	L'incidence du diabète diminue lentement depuis 2001, sauf chez les jeunes de 1 à 19 ans.	Taux d'incidence du diabète	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2001 à 2019 Robert P. et coll. *Portrait du diabète dans la population québécoise âgée d'un an et plus de 2001 à 2019*. [Fichier PDF] Québec : Institut national de santé publique du Québec. 2022. [https://www.inspq.qc.ca/publications/2858-portrait-diabete-population-agee-un-an-et-plus-2001-2019]
55	Les cardiopathies ischémiques touchent près d'un adulte sur 10.	Prévalence des cardiopathies ischémiques chez les 20 ans et plus	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
55	Plus de 3,2 millions de personnes de 25 ans et plus présentent une maladie chronique, soit près de 1 individu sur 2.	Prévalence de la population de 25 ans et plus ayant au moins une maladie chronique	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, le 14 août 2025.
55	27 % des adultes sont atteints de multimorbidité, soit 2 maladies chroniques ou plus, une prévalence qui augmente avec l'âge.	Prévalence de la multimorbidité deux maladies chroniques ou plus pour la population de 25 ans et plus	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
55	15 % des adultes sont atteints de multimorbidité complexe, soit 3 maladies chroniques ou plus.	Prévalence de la multimorbidité trois maladies chroniques ou plus pour la population de 25 ans et plus	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
55	La prévalence de la multimorbidité est de 56 % chez les 65 ans et plus.	Prévalence de la multimorbidité deux maladies chroniques ou plus pour la population de 25 ans et plus	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
55	Un Québécois sur cinq souffre de douleurs buccales persistantes.	Proportion de la population déclarant avoir des douleurs buccales persistantes continues à la bouche, parfois ou souvent	Enquête canadienne sur la santé buccodentaire (ECSB), 2023-2024 Données tirées de [En ligne] [https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-607-x/71-607-x2024028-fra.htm] (consulté le 26 septembre 2025)

Sources des données mentionnées à l'Axe 3 – Création d'environnements et adoption de modes de vie favorables à la santé

PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
58	La pollution atmosphérique cause environ 4 000 décès prématurés et 1 300 nouveaux cas d'asthme infantile par an au Québec.	N/A	Santé Canada. *Les impacts sur la santé de la pollution de l'air au Canada, Estimation des décès prématurés et des effets non mortels : Rapport 2021*. [Fichier PDF] Ottawa : Santé Canada. 2021. [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/2021-health-effects-indoor-air-pollution/hia-report-fra.pdf]
		Taux d'incidence de l'asthme attribuable à la pollution de l'air ambiant pour la population de 1 à 12 ans	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
58	La chaleur a des impacts sanitaires importants représentant plus de 3 G$[xxxviii] par an au Québec, une estimation qui pourrait augmenter de 3 à 5 fois d'ici 2050.	N/A	Boudreault, J., Campagna, C., Lavigne, É., & Chebana, F. (2025). *Projecting the overall heat-related health burden and associated economic costs in a climate change context in Quebec, Canada*. Science of The Total Environment, 958, 178022. [En ligne] [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969724081798]

xxxviii. Estimation basée sur le total des coûts directs de soins de santé, des coûts indirects sur la productivité et des coûts sociétaux intangibles, en fonction des meilleures informations disponibles.

PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
58	Près de 10 % des ménages propriétaires consacrent 30 % ou plus de leur revenu aux dépenses de propriété. Cette proportion atteint 25 % chez les ménages locataires.	Proportion des ménages privés consacrant 30 % ou plus de leur revenu aux frais de logement (locataires, propriétaires)	Recensement de Statistique Canada, 2021 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
58	Environ 16 % des personnes vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire (plus de 1,3 million de personnes).	Proportion des personnes qui vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire	Statistique Canada, Enquête canadienne sur le revenu, 2021,2022 Données tirées de [En ligne] [https://statistique.quebec.ca/vitrine/developpement-durable/strategie-2023-2028/participation-de-tous/insecurite-alimentaire?onglet=faits-saillants-et-graphiques] (consulté le 25 septembre 2025)
58	23 % des ménages vivent dans un logement non acceptable.	Proportion des ménages vivant dans un logement non acceptable[xxxix]	Enquête canadienne sur le logement (ECL), 2022 Donnée tirée de [En ligne] [https://statistique.quebec.ca/vitrine/developpement-durable/strategie-2023-2028/participation-de-tous/besoins-imperieux-logement?onglet=faits-saillants-et-graphiques] (consulté le 25 septembre 2025)
58	Environ 10 000 personnes vivent en situation d'itinérance visible au Québec – une augmentation de 44 % entre 2018 et 2022.	Nombre de personnes en situation d'itinérance visible	Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible, 2018, 2022 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec : Rapport de l'exercice du 11 octobre 2022*. [Fichier PDF] Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. 2023. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-846-05W.pdf]
58	La proportion des personnes de 15 ans et plus ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois s'élève à 0,5 % et atteint 1,6 % chez les 15 à 29 ans.	Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015, 2020-2021 Données tirées de [En ligne] [https://statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/sante/idees-suicidaires-serieuses-tentatives-suicide#note-desc-3] (consulté le 25 septembre 2025)
58	Le taux de suicide est 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (20 c. 7 par 100 000) et touche particulièrement ceux âgés de 50 à 64 ans (30 par 100 000).	Taux de mortalité par suicide	Fichier des décès, Registre des événements démographiques du Québec, 2022 Estimations et projections démographiques, version janvier 2025 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025

xxxix. Pour être acceptable, un logement doit répondre à trois critères : la qualité, l'abordabilité et la taille. À l'inverse, un logement est non acceptable si au moins un de ces critères n'est pas atteint.

PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
58	34 % de la population est active dans ses loisirs et transports et cette proportion est en diminution.	Proportion de la population dont le niveau d'activité physique de loisir et de transport au cours des quatre dernières semaines est « actif »	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020 2021 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 septembre 2025
58	Près de 32 000 hospitalisations sont entièrement attribuables à l'alcool en 2023-2024.	Taux d'hospitalisation en lien avec les troubles liés à l'alcool en diagnostic principal ou secondaire	Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 29 septembre 2025
58	L'usage de la cigarette diminue, mais la proportion de fumeuses et fumeurs demeure élevée chez les personnes vivant dans un ménage à faible revenu (14 %) ou celles sans emploi (19 %).	Proportion de la population ayant fumé la cigarette au cours des 30 derniers jours	Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage (EQTPV), 2020, 2023 Rapport de l'onglet PNS (Plan national de surveillance) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 25 septembre 2025
58	La prévalence de consommation de cannabis dans la dernière année a augmenté chez les plus de 15 ans par rapport à la période avant la légalisation (14 % en 2018 c. 18 % en 2024).	Proportion de la population ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois	Enquête québécoise sur le cannabis 2018, 2024 Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 septembre 2025
58	Le taux annuel de décès liés à une intoxication suspectée aux opioïdes et autres drogues est de 7,3 par 100 000 personnes.	Taux de mortalité relié à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues	Bureau du coroner, 2024 Données tirées de [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee] (consulté le 25 septembre 2025)

PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
58	Les taux d'incidence de cas déclarés de gonorrhée, de syphilis et d'infection par le VIH connaissent une recrudescence.	Taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique Taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse Taux d'incidence des cas déclarés de syphilis congénitale Taux d'incidence des cas déclarés d'infection par le VIH	Blouin, K., et coll. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2022 et projections 2023*. [Fichier PDF] Québec : Institut national de santé publique du Québec. 2024. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3533-infections-transmissibles-sexuellement-2022-projections-2023.pdf] Bitera, R. et coll. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : Rapport annuel 2022*. [Fichier PDF] Québec. Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. 2024. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3532-surveillance-vih-2022.pdf]

Sources des données mentionnées à l'Axe 4 – Gestion des risques et des menaces à la santé et préparation aux urgences sanitaires

PARENTS ET JEUNES ENFANTS			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
64	841 décès survenus en 2024 sont attribuables à la chaleur estivale au Québec.	Nombre de décès attribuables à la chaleur estivale	Institut national de santé publique du Québec. *Vagues de chaleur extrême et chaleur estivale au Québec : impacts sur la santé de 2010 à 2024.* [Fichier PDF] Québec : Institut national de santé publique du Québec. 2025. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3662-vagues-chaleur-extreme-estivale-QC-2010-2024.pdf]
64	37 % des personnes touchées par les inondations de 2019 rapportaient une santé mentale passable ou mauvaise, une proportion encore élevée un an plus tard (24 % c. 6 % chez les personnes non touchées).	N/A	Généreux M. et coll. *Impacts des inondations sur la santé mentale des Québécois : pourquoi certains citoyens sont-ils plus affectés que d'autres ?* Institut national de santé publique du Québec. 2020.
64	Environ 60 % des maladies infectieuses émergentes identifiées dans le monde proviennent d'animaux, qu'ils soient sauvages ou domestiques.	N/A	Organisation mondiale de la santé. Une seule santé, dans Principaux repères, 23 octobre 2023. [En ligne] [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/one-health] (consulté le 26 septembre 2025)
64	14 000 décès au Canada ont été associés à la résistance aux antibiotiques en 2018.	N/A	Conseil des académies canadiennes. *Quand les antibiotiques échouent*. [Fichier PDF] Ottawa (ON) : Comité d'experts sur les incidences socioéconomiques potentielles de la résistance aux antimicrobiens au Canada, Conseil des académies canadiennes. 2019. [https://www.rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2023/05/Updated-AMR-report_FR.pdf]
64	On observe une résurgence de maladies antérieurement déclarées éliminées grâce à la vaccination, comme la rougeole.	Nombre de cas de rougeole par année	Laverdière, É. et al. *Flash Vigie, Coqueluche, rougeole et fièvre dengue.* [Fichier PDF] Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux ; Mars 2024 – Vol 18 nº 2. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol18_no2.pdf]

PARENTS ET JEUNES ENFANTS			
PAGE	DONNÉES	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
64	Le nombre d'événements de sécurité civile[xl] sur 10 ans a presque doublé, passant de 3 566 pour la période 2005-2014, à 6995 pour la période 2015-2024.	N/A	Ministère de la Sécurité publique. Événements de sécurité civile, [Jeu de données], dans Données Québec, 2020, mis à jour le 9 mai 2025. [En ligne] [https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/evenements-de-securite-civile] (consulté le 25 septembre 2025)
64	Des maladies transmises par vecteur sont en hausse, comme la maladie de Lyme et l'anaplasmose.	Nombre de cas humains déclarés de maladie de Lyme Taux d'incidence de maladie de Lyme Nombre de cas humains déclarés d'anaplasmose Taux d'incidence d'anaplasmose	Institut national de santé publique du Québec. Résultats annuels de surveillance des maladies transmises par les tiques : 2023. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/zoonoses/tiques/surveillance/2023] (consulté le 26 septembre 2025)
64	Les cas de tuberculose active sont en hausse au Québec (464 cas déclarés) et touchent plus fortement les personnes nées à l'extérieur du Canada et celles d'origine autochtone.	Nombre de nouveaux cas de tuberculose active déclarés par année	Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique, extraction septembre 2025 Statistique Canada, Système canadien de surveillance en laboratoire de la tuberculose, 2023

xl. Un événement de sécurité civile peut être défini comme toute situation pouvant causer de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens, qui exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles et qui nécessite une intervention coordonnée des autorités afin de protéger la vie, la santé, les biens ou l'environnement.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Health promotion glossary of terms, Genève, OMS, 2021 [En ligne] [https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/96da8799-4938-4d66-b171-04770ed4b243/content].
2. Organisation mondiale de la santé, Gouvernement de l'Australie-Méridionale. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, Adelaïde, OMS, 2010 [En ligne] [https://iris.who.int/items/9cd3ca0f-e04f-4672-b886-43de8055b05a].
3. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa, OMS, 1986 [En ligne] [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf].
4. Baum F. Chapitre 1 - Understanding health : Definitions and perspectives. The new public health. 4e édition. Melbourne : Oxford University Press ; 2016. p. 1-24.
5. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé, Antigonish, CCNDS, 2022 [En ligne] [https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/].
6. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005 ; 365 (9464) : 1099-104.
7. Commission des déterminants sociaux de la santé. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 [En ligne] [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44083/9789242563702_fre.pdf?sequence=1].
8. Ministère de la Santé et des Service sociaux. La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir, Québec, Gouvernement du Québec, 2012 [En ligne] [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf].
9. Rose G. Sick individuals and sick populations. International Journal of Epidemiology. 2001 ; 30 (3) : 427-32.
10. McLaren L, McIntyre L, Kirkpatrick S. Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. International Journal of Epidemiology. 2010 ; 39 (2) : 372-7.
11. Organisation mondiale de la santé. Health in all policies (HiAP) : Framework for country action, Genève, OMS, 2014 [En ligne] [https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3b265511-a9de-4a87-9811-25289d85c9d4/content].
12. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity : A framework for the application of proportionate universalism. International Journal for Equity in Health. 2015 ; 14 : 81.
13. *Loi sur la santé publique* (RLRQ, c. S-2.2), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-2.2].
14. *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (RLRQ, c. M-19.2), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/M-19.2].
15. *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. G-1.021), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021].
16. *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* (RLRQ, c. I-13.1.1), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-13.1.1].
17. *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (RLRQ, c. S-2.1), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-2.1].
18. Ministère de la Santé et des Service sociaux. Mieux comprendre la Loi sur la santé publique : une synthèse des principales questions soulevées lors de sa présentation, de janvier à juin 2002, Québec, Gouvernement du Québec, 2002 [En ligne] [http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/2550402790.pdf].
19. Ministère de la Santé et des Service sociaux. Cadre d'interprétation et de gestion des signalements en santé publique : agents biologiques, chimiques et physiques, Québec, Gouvernement du Québec, 2019 [En ligne] [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-268-02W.pdf].
20. CNESST. Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail en résumé, Québec, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2025 [En ligne] [https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/lois-reglements/modernisation-sst].
21. Ministère de la Santé et des Service sociaux. La prévention, c'est la santé : Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, Québec, Gouvernement du Québec, 2025 [En ligne] [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-04W.pdf].
22. Comité de transition. Plan de transformation : Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2025 [En ligne] [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-127-13W.pdf].
23. Santé Québec. Plan Stratégique 2025-2028 : Prendre soin des gens. Aller de l'avant., Québec 2025 [En ligne] [https://sante.quebec/inc/documents/plan_strategique-complet.pdf].

24. Institut national de santé publique du Québec. Anticiper les enjeux de demain : orientations et priorités de développement scientifique. Programme scientifique 2024-2029, Québec, Gouvernement du Québec, 2024 [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3512-programme-scientifique-2024-2029.pdf].

25. Institut national de santé publique du Québec. Pour une transition juste : tenir compte des inégalités sociales de santé dans l'action climatique, Québec, Gouvernement du Québec, 2023 [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/3342-inegalites-sociales-sante-action-publique.pdf].

26. Aubé-Maurice J, et collaborateurs. Grands constats et quelques recommandations : intégration de l'action climatique dans les grandes planifications de santé publique, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2025.

27. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Changements climatiques et santé des Autochtones du Canada, Prince George, CCNSA, 2022 [En ligne] [https://www.ccnsa.ca/525/Changements_climatiques_et_sant%C3%A9_des_Autochtones_du_Canada.nccih?id=10367].

28. Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement - Rapport du Directeur national de santé publique, Québec, Gouvernement du Québec, 2024 [En ligne] [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-228-01W.pdf].

29. Déclaration des autorités de santé publique du Québec à l'occasion de la COP28. L'action climatique pour un Québec plus en santé, Québec, Gouvernement du Québec, 2023 [En ligne] [https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/SanteEnvironnement/DSPub_declaration-COP28.pdf].

30. Organisation mondiale de la santé. Changements climatiques et santé - Rapport du Directeur général, Genève, OMS, 2023 [En ligne] [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_25-fr.pdf].

31. Petit G, et collaborateurs. Les impacts des changements climatiques sur la santé au Québec : l'exemple de l'Estrie. Le Climatoscope. 2019 ; 1 : 94-9.

32. Gouvernement du Québec. Plan pour une économie verte 2030 : Politique-cadre d'électrification et de lutte contre les changements climatiques, Québec, Ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs, Gouvernement du Québec, 2020 [En ligne] [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/environnement/publications-adm/plan-economie-verte/plan-economie-verte-2030.pdf].

33. Organisation mondiale de la santé. Objectifs de développement durable - Les changements climatiques, Genève, OMS, 2025 [En ligne] [https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/climate-change-2/].

34. Hertzman C, Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. Annual Review of Public Health. 2010 ; 31 : 329-47 3p following 47.

35. Groupe d'experts de la Société royale du Canada et de l'Académie canadienne des sciences de la santé. Le développement des jeunes enfants, Ottawa2012 [En ligne] [https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Le-d%C3%A9veloppement-des-jeunes-enfants-SRC_ACSS_FR_rapport-en-bref.pdf].

36. Organisation mondiale de la santé. The Minsk declaration : The life-course approach in the context of Health 2020, Minsk, OMS, 2015 [En ligne] [https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/54df6997-a597-430e-916d-fa317bf7b243/content].

37. Organisation mondiale de la santé. Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé — Bulletin quotidien : 29 mai 2024, Genève, OMS, 2024 [En ligne] [https://www.who.int/fr/news/item/29-05-2024-seventy-seventh-world-health-assembly---daily-update---29-may-2024].

38. Lebel P, Dufour R. L'expérience citoyenne au service de la prévention : cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population, Montréal, Direction régionale de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2020 [En ligne] [https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_Pub_2022_10_01_ExperienceCitoyenneCadreReference.pdf].

39. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Participation citoyenne et des communautés, Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2025 [En ligne] [https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/inegalites-sociales-sante/participation-citoyenne-communaute].

40. Commission de l'éthique en science et en technologie. Les avantages de la participation citoyenne dans les controverses politiques et scientifiques, Québec, Commission de l'éthique en science et en technologie, 2021 [En ligne] [https://www.ethique.gouv.qc.ca/ethique-hebdo/eh-2021-11-12/].

41. Ministère de la Santé et des Service sociaux. La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux — Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit — Édition mars 2021, Québec, Gouvernement du Québec, 2021 [En ligne] [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf].

42. Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit. Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022-2027 — Ensemble pour les prochaines générations, Québec, Gouvernement du Québec, 2022 [En ligne] [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/srpni/administratives/plan_action/2022-2027/PAGMSCPNI_22-27.pdf].

43. *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux* (RLRQ, c. A-20.1.1), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-20.1.1].

44. Litvak E, Dufour R, Leblanc É, Kaiser D, Mercure SA, Nguyen CT, et al. Making sense of what exactly public health does : A typology of public health interventions. Canadian Journal of Public Health. 2020 ; 111(1) : 65-71.

45. Lévesque JF, Sutherland K. Combining patient, clinical and system perspectives in assessing performance in healthcare : An integrated measurement framework. BMC Health Services Research. 2020 ; 20(1) : 23.

46. *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. R-22.1), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-22.1].

47. Organisation mondiale de la santé. Saving lives, spending less : The global investment case for noncommunicable diseases, Genève, OMS, 2025 [En ligne] [https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c6c7b83d-be1f-424c-8520-50b44bdd3446/content].

48. *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* (RLRQ, c. L-6.2), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-6.2].

49. *Loi encadrant le cannabis* (RLRQ, c. C-5.3), à jour au 27 mai 2025, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2025 [En ligne] [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-5.3].

50. Soto JC, Chauvet ML, Groulx S, Provost S. Pratiques cliniques préventives et besoins pour leur intégration chez des médecins d'un centre hospitalier universitaire à Montréal. Canadian Journal of Public Health. 2010 ; 101(1) : 65-71.

51. Gouvernement de la Colombie-Britannique. Establishing priorities among effective clinical prevention services in British Columbia : Reference document and key assumptions, Victoria, Lifetime Prevention Schedule Expert Committee, 2024 [En ligne] [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/health-priorites/lifetime-prevention-schedule/images/reference-document-2024.pdf].

52. Organisation mondiale de la santé. Healthy environments for healthier populations : Why do they matter, and what can we do ?, Genève, OMS, 2019 [En ligne] [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325877/WHO-CED-PHE-DO-19.01-eng.pdf].

53. Nutbeam D, Muscat DM. Health promotion glossary 2021. Health Promotion International. 2021 ; 36(6) : 1578-98.

54. Demers-Bouffard D, Campagna C. Les aléas affectés par les changements climatiques : effets sur la santé, vulnérabilités et mesures d'adaptation, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2021 [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/publications/2771].

55. Chapados M, Désy M, Senay MG, F., Gamache J, Langlois E, Martel K, et al. L'impact sanitaire des méfaits liés à l'usage d'opioïdes au Québec, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2023 [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-10/3411-impact-sanitaire-mefaits-usage-opioides-quebec_0.pdf].

56. Ministère de la Santé et des Service sociaux. L'itinérance au Québec – Deuxième portrait, Québec, Gouvernement du Québec, 2022 [En ligne] [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-846-09W.pdf].

57. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care : Creating value-based competition on results. Boston : Harvard Business School Press ; 2006.

58. Secrétariat à la condition féminine. Pour des initiatives publiques égalitaires pour toutes et tous, de l'ADS vers l'ADS+, Cadre de référence pour les projets pilotes en analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle (ADS+) 2022-2027, Québec, Gouvernement du Québec, 2023 [En ligne] [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/egalite/Cadre-projets-pilotes-ADS-plus-2022-2027-SCF_01.pdf]

25-297-03W

Santé
et Services sociaux
Québec