



PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

2015-2025

POUR AMÉLIORER

LA SANTÉ

DE LA POPULATION

DU QUÉBEC

ENSEMBLE 
on fait avancer le Québec

Québec 

PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

2015-2025

POUR AMÉLIORER

LA SANTÉ

DE LA POPULATION

DU QUÉBEC

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca**, section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-74037-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-73813-8 (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.

MOT CONJOINT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA MINISTRE DÉLÉGUÉE À LA RÉADAPTATION, À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE ET À LA SANTÉ PUBLIQUE

La santé est essentielle au développement et à l'épanouissement des personnes, de même qu'à la prospérité de notre société. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau sont pleinement engagés à maintenir et à améliorer la santé ainsi que le bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services intégrés de qualité, allant de la prévention à la réadaptation.

Au cours des trente dernières années, le taux de décès évitables associés à des maladies et à des blessures a diminué de près de la moitié au Québec. Il s'agit d'un pas énorme franchi grâce à un ensemble de facteurs, dont des mesures de prévention qui permettent d'éviter que des personnes ne tombent malades, qu'elles développent des problèmes psychosociaux ou qu'elles subissent des blessures.

Par contre, des gains de santé sont encore possibles sur plusieurs plans. Les écarts de santé entre les moins et les mieux nantis de notre société constituent un enjeu de la plus haute importance, notamment en matière de développement global des enfants et des jeunes, d'habitudes de vie et de maladies chroniques. Il importe donc d'agir dès maintenant, et ce, le plus en amont possible des problèmes, pour améliorer la qualité de vie des personnes de tous les âges et de tous les milieux. Par ailleurs, la prévention représente un réel investissement pour notre société puisqu'elle contribue à diminuer les dépenses en soins de santé et en services sociaux.

Le Programme national de santé publique propose des pistes d'action pour agir efficacement sur les déterminants de la santé et pour créer des environnements sains et sécuritaires. Le Programme vise aussi à renforcer les capacités des personnes et des communautés à prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches. Outre ses avenues en matière de promotion et de prévention, le nouveau Programme réaffirme l'importance des fonctions de surveillance et de protection de la santé de la population. L'objectif est de garder la population québécoise en meilleure santé, pour le bien des générations actuelles et futures.



Gaétan Barrette

Lucie Charlebois

MOT DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET SOUS-MINISTRE ADJOINT

Le Programme national de santé publique (PNSP) se veut porteur d'un engagement renouvelé pour maintenir et améliorer la santé de la population du Québec, ainsi que pour réduire les inégalités sociales de santé. Il présente une vision actualisée de l'action de santé publique, incarnée dans une offre de services équitable en réponse aux problèmes de santé évitables prioritaires : les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale, les maladies chroniques et les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses et les menaces pour la santé de la population.

L'offre de services de santé publique vise les personnes et leurs milieux de vie, en portant une attention particulière aux plus vulnérables de notre société. Elle s'articule autour de cinq axes :

- Axe transversal – La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants
- Axe d'intervention 1 – Le développement global des enfants et des jeunes
- Axe d'intervention 2 – L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires
- Axe d'intervention 3 – La prévention des maladies infectieuses
- Axe d'intervention 4 – La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires

Le PNSP détermine un ensemble d'interventions se rapportant à l'exercice des quatre fonctions essentielles de santé publique, soit la surveillance, la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population. Ces interventions s'inscrivent en cohérence et en complémentarité avec les autres services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux.

Le nouveau PNSP est tout à fait en continuité avec la première édition qui remonte à 2003, puis avec sa mise à jour en 2008. Fort de son bilan, il mise sur les composantes qui ont permis de réaliser des avancées importantes, autant sur le plan de la santé de la population qu'au regard de la place qu'occupe la prévention dans l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux. Au cours des dernières années, les acteurs de santé publique ont été à même d'aider la population à maintenir ou à améliorer sa santé et à mobiliser en ce sens un vaste réseau de partenaires provenant du secteur de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs d'activité. L'intention est maintenant de faire du PNSP un outil signifiant pour la poursuite de ces efforts, et ce, tant pour les acteurs de santé publique que pour leurs partenaires et la population québécoise. Il s'agit d'un appel à travailler ensemble, plus étroitement et en complémentarité, afin d'agir avec vigueur sur les facteurs qui influent sur la santé et permettre ainsi à chacun de réaliser son plein potentiel.



Je remercie sincèrement les nombreuses personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration du PNSP. Leur contribution a permis de développer un programme à l'image des préoccupations actuelles et de l'évolution des pratiques en santé publique, tout en considérant à juste titre les défis associés à sa mise en œuvre. À cet égard, la prise en compte des inégalités sociales de santé et l'adaptation des services aux réalités des territoires, notamment par l'intermédiaire des plans d'action thématiques et des plans d'action régionaux, s'annoncent fondamentales pour répondre aux besoins diversifiés de la population québécoise d'aujourd'hui et de demain.



Horacio Arruda

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	8
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 – LES FONDEMENTS DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE	11
1.1 La finalité du Programme	11
1.2 L'état de santé de la population québécoise	12
1.2.1 Les problèmes chez les enfants et les jeunes qui risquent de marquer leurs parcours de vie	15
1.2.2 Les multiples visages des problèmes d'adaptation sociale	16
1.2.3 La santé mentale : une perception positive, mais des fragilités certaines	17
1.2.4 Les problèmes de santé associés au travail	17
1.2.5 Les problèmes de santé préoccupants liés à l'environnement	18
1.2.6 Le fardeau croissant des maladies chroniques	19
1.2.7 Les habitudes de vie des Québécois : des progrès, mais des avancées toujours possibles	21
1.2.8 Les traumatismes non intentionnels en diminution constante	22
1.2.9 Les maladies infectieuses : des gains et des reculs	23
1.2.10 La réalité différente des populations autochtones	25
1.2.11 Les inégalités sociales de santé : un enjeu fondamental en santé publique	27
1.2.12 En bref : les problèmes de santé évitables prioritaires	28
1.3 Pour agir sur les problèmes de santé évitables prioritaires	28
PARTIE 2 – LE CADRE D'ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE	31
2.1 Un cadre légal habilitant les acteurs de santé publique	31
2.2 Les fonctions de santé publique : au cœur de l'action	33
2.3 Des services de santé publique diversifiés	35
PARTIE 3 – L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE	37
3.1 La structure de l'offre de services	37
3.2 Les axes de l'offre de services	38
Axe transversal – La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants	38
Axe d'intervention 1 – Le développement global des enfants et des jeunes	40
Axe d'intervention 2 – L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires	43
Axe d'intervention 3 – La prévention des maladies infectieuses	49
Axe d'intervention 4 – La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires	53
PARTIE 4 – LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET SON ÉVALUATION	57
4.1 Les principes directeurs pour guider l'action	57
4.2 Une stratégie dynamique et mobilisatrice pour soutenir la mise en œuvre du Programme	60
4.3 Une stratégie d'évaluation pour favoriser l'amélioration continue	62
CONCLUSION	65
ANNEXE 1: LISTE DES COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS	67
ANNEXE 2: RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
ANNEXE 3: RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES À LA SECTION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ	77

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CISSS: Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CSST: Commission de la santé et de la sécurité du travail

GMF: Groupe de médecine de famille

INESSS: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ: Institut national de santé publique du Québec

ITSS: Infection transmissible sexuellement et par le sang

LSP: Loi sur la santé publique

LSSSS: Loi sur les services de santé et les services sociaux

LSST: Loi sur la santé et la sécurité du travail

MSSS: Ministère de la Santé et des Services sociaux

OCDE: Organisation de coopération et de développement économiques

OMS: Organisation mondiale de la santé

PNSP: Programme national de santé publique

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

La santé fait partie du quotidien, de la vie des personnes et de leurs proches. Elle permet à chacun de s'accomplir et d'agir dans son milieu, représentant par le fait même un capital essentiel au dynamisme et à la prospérité de la société. Il importe donc d'agir tôt ou promptement pour éviter l'apparition de problèmes de santé lorsque cela est possible, de même que pour maintenir et améliorer la santé, et ce, de manière à ce que tous puissent bénéficier d'une qualité de vie appréciable et participer à l'essor de la société.

Le Programme national de santé publique (PNSP) constitue le principal cadre d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de son réseau pour agir sur les déterminants – ou facteurs – qui influencent la santé de la population. Plus précisément, le PNSP définit l'offre de services de santé publique et oriente son déploiement aux différents paliers d'intervention du réseau. Ces services permettent d'actualiser les fonctions essentielles de santé publique que sont la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, ainsi que la protection de la santé de la population.

L'action de santé publique a grandement évolué au cours des dernières décennies, au fil des transformations structurelles et organisationnelles qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux québécois et des changements survenus dans le contexte global, notamment sur les plans politique et législatif. Son champ d'intervention s'est graduellement élargi, passant de «l'hygiène publique», avec les unités sanitaires et les services municipaux de santé, à une intégration progressive de la prévention dans les pratiques de soins, à partir du début des années 1970. La santé communautaire, comme on la désignait à l'époque, a alors été introduite comme composante du réseau, aux paliers national, régional et local.

Le champ de la santé publique a par la suite été marqué, dans les années 1980, par l'émergence d'une conception globale de la santé qui reconnaissait un rôle fondamental aux déterminants de celle-ci. Ce changement a entre autres été alimenté par la Charte d'Ottawa (1986) promulguée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui a lancé un mouvement international pour la promotion de la santé. L'importance d'agir à l'extérieur du système de soins pour améliorer la santé de la population était un élément phare de ce mouvement, qui a inspiré quelques années plus tard la Politique de la santé et du bien-être (1992-2002) au Québec. Cette politique retenait diverses stratégies à déployer au sein du réseau québécois afin de réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui touchent le plus la population. Elle interpellait également d'autres secteurs d'activité pour agir davantage en amont des problèmes, sur les milieux, les environnements et les conditions de vie. Dans la foulée de cette politique, le MSSS a établi des Priorités nationales de santé publique (1997-2002) afin d'harmoniser les pratiques de santé publique entre les régions sociosanitaires.

En 2001, l'adoption de la Loi sur la santé publique (LSP) a permis de légitimer et d'encadrer l'action de santé publique, non seulement au sein du réseau de la santé et des services sociaux, mais également auprès d'autres secteurs d'activité dont les politiques publiques ont un effet sur la santé de la population. De plus, cette loi a institutionnalisé le PNSP et confirmé les quatre fonctions essentielles de santé publique. Le PNSP 2003-2012, incluant sa mise à jour de 2008, a permis de poursuivre le renforcement de l'action de santé publique, en particulier par le déploiement d'une première offre de services commune à l'ensemble des régions sociosanitaires, la valorisation d'une pratique fondée sur des données probantes, la clarification des rôles et des responsabilités des acteurs de santé publique, ainsi que la légitimation d'un périmètre financier consacré à la santé publique.

Un certain nombre d'enjeux ont toutefois été soulevés dans le cadre du bilan de plus d'une décennie d'implantation du PNSP, notamment sur le plan de la compréhension de son contenu, de son caractère opérationnel, ainsi que de son ancrage et de sa portée dans le réseau de la santé et des services sociaux et auprès des partenaires d'autres secteurs d'activité. Ces enjeux concernent non seulement les attributs du PNSP, mais également les processus relatifs à sa mise en œuvre et à l'environnement dans lequel il se déploie. Ainsi, la consolidation de l'offre de services de santé publique dans le réseau et le renforcement des collaborations intersectorielles pour agir sur les déterminants de la santé demeurent des défis incontournables pour les prochaines années. Afin de surmonter ces défis, il importe entre autres de communiquer plus clairement ce en quoi consiste l'action de santé publique, de simplifier la structure du PNSP et de resserrer son contenu. Les services doivent également s'inscrire en cohérence avec, d'une part, les capacités d'intervention des acteurs de santé publique et, d'autre part, les responsabilités des différents acteurs dont les actions ont un impact sur la santé de la population. Une mise en œuvre bien orchestrée du PNSP s'avère aussi essentielle, et une évaluation rigoureuse de ses résultats dans une perspective d'amélioration continue l'est tout autant. Les travaux de révision du PNSP ont donc été globalement orientés dans ce sens.

D'autres éléments ont aussi été pris en compte pour l'élaboration du nouveau PNSP, dont l'évolution de l'état de santé de la population québécoise des dernières années, de même qu'une compréhension plus fine de l'impact des déterminants sur la santé et de leur influence mutuelle. Les connaissances portant sur les services reconnus efficaces, sur les approches d'intervention et sur les leviers d'action probants se sont également approfondies. Plus largement, on constate que l'action de santé publique a favorisé l'implication d'acteurs de différents secteurs d'activité de la société dans la réalisation d'interventions bénéfiques pour la santé de la population. Les communautés se montrent aussi sensibles à l'impact de leurs environnements physique, socio-culturel, économique et politique sur la santé et la qualité de vie, et elles cherchent à avoir une meilleure emprise sur ceux-ci. Enfin, le PNSP s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance et de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux mises en vigueur en avril 2015. Ces changements impliquent l'abolition des agences régionales de la santé et des services sociaux et l'intégration au sein d'un même établissement des services de santé publique qui étaient auparavant offerts distinctement par les paliers régional et local.

Le premier chapitre du PNSP expose ses fondements, à commencer par une brève description de sa finalité, suivie d'une synthèse de l'état de santé de la population et d'une courte présentation du cadre conceptuel sur lequel il repose. Un deuxième chapitre fait un survol du cadre d'action en santé publique, incluant une explication des principales responsabilités reconnues par le cadre légal, des fonctions de santé publique et des types de services offerts. Le chapitre suivant présente l'offre de services de santé publique à déployer aux différents paliers, plus précisément les objectifs et les services qui s'articulent autour d'un axe transversal et de quatre axes d'intervention.

- Axe transversal: La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants
- Axe d'intervention 1: Le développement global des enfants et des jeunes
- Axe d'intervention 2: L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires
- Axe d'intervention 3: La prévention des maladies infectieuses
- Axe d'intervention 4: La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires

Enfin, le dernier chapitre énonce les principes directeurs qui doivent guider l'action de santé publique. Il décrit ensuite les principales composantes de la stratégie de mise en œuvre du PNSP, notamment les outils complémentaires qui viendront préciser certains volets et soutenir l'opérationnalisation, ainsi que de sa stratégie d'évaluation.

LES FONDEMENTS DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

1.1 LA FINALITÉ DU PROGRAMME

Le PNSP définit l'offre de services de santé publique qui est déployée par le réseau de la santé et des services sociaux, afin de maintenir et d'améliorer la santé de la population. Pour atteindre sa finalité, le PNSP doit donner lieu à une action de santé publique forte, cohérente, accessible, efficace, efficiente et innovante, qui génère des gains de santé appréciables dans la population et en particulier chez les populations en situation de vulnérabilité. Le PNSP contribue par le fait même à réduire les inégalités sociales de santé, c'est-à-dire les différences systématiques qui existent au sein de la population au regard de différents aspects de la santé, et ce, par une surveillance continue des écarts dans ce domaine, des actions adaptées aux populations vulnérables et un soutien au développement de politiques publiques favorables à la santé.

Le PNSP repose également sur une connaissance juste de l'état de santé de la population et des différences entre les divers états de santé chez les groupes qui la composent. Les services qui en découlent sont offerts en temps opportun, en fonction des besoins de la population et des réalités du terrain, avec le souci d'atteindre les plus hauts standards de qualité. Ils sont également déployés soit en amont des problèmes de santé évitables, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, soit en réaction à des risques ou à des menaces pour la santé d'une population. Qu'ils soient individuels ou collectifs, ces services doivent impérativement être offerts au bénéfice de la population ou d'un groupe de personnes particulier.

Par ailleurs, les services de santé publique s'inscrivent en cohérence et en complémentarité avec les autres services de santé et services sociaux offerts par le réseau. De plus, les acteurs de santé publique sont amenés à mobiliser un ensemble d'acteurs provenant de divers secteurs d'activité, à les soutenir et à travailler en collaboration avec eux, afin de contribuer à la prise de décision et à la réalisation d'actions rendant les milieux de vie et les environnements plus favorables à la santé de la population. En somme, le PNSP concourt à actualiser la responsabilité populationnelle¹, un principe partagé par l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de chaque territoire sociosanitaire.

Enfin, l'action de santé publique contribue à la vitalité des milieux de vie et des communautés. Par son approche collaborative et son ancrage sur le terrain, elle soutient la participation des citoyens et l'engagement de divers partenaires dans la réalisation d'actions et de projets qui ont le potentiel d'améliorer la santé de la population et, plus largement, de favoriser le renforcement de sa capacité d'agir afin d'influencer les conditions et la qualité de vie.

La **finalité du PNSP** est de contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé.

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ ?

Au Québec, il est d'usage de définir la santé comme étant « [...] la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». (Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 1)

Cette conception dynamique et positive de la santé englobe trois dimensions indissociables : la santé **physique**, la santé **mentale** et la santé **psychosociale**. Elle inclut également la notion de bien-être de la personne.

¹ La responsabilité populationnelle est un principe fondamental du système de santé et de services sociaux québécois, selon lequel les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire partagent une responsabilité collective à l'égard de celle-ci. Ils rendent accessible un ensemble de services, le plus complet possible, en tenant compte des besoins diversifiés de la population, qu'ils soient exprimés ou non, et assurent la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. (MSSS, 2011)

QU'ENTEND-ON PAR POPULATIONS VULNÉRABLES OU EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ?

Cette notion renvoie aux personnes qui, en raison de leurs caractéristiques communes et selon les contextes, ont une probabilité plus élevée de voir se développer des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux ou de subir des traumatismes.

Cette vulnérabilité est le résultat d'un ensemble de facteurs, incluant des conditions ou des circonstances sociales et économiques (p. ex. : accès à des ressources et à des services), ainsi que des caractéristiques individuelles particulières (p. ex. : âge, sexe, genre, origines ethnoculturelles, conditions de santé préexistantes, conditions de vie, statut socioéconomique, scolarité). Selon la problématique considérée, ces populations peuvent être de nature différente. En outre, une même personne peut cumuler plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Le terme « acteurs de santé publique » fait référence aux décideurs, gestionnaires, professionnels et intervenants du MSSS et de son réseau dont les activités professionnelles sont principalement vouées à l'offre de services de santé publique. Cela inclut les autorités de santé publique que sont le ministre de la Santé et des Services sociaux et le directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint, ainsi que les directeurs de santé publique des différentes régions sociosanitaires du Québec.

Il importe de souligner l'apport considérable de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dont la mission consiste à soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements du réseau dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage. Un ensemble de partenaires provenant du secteur de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs d'activité jouent aussi un rôle déterminant en santé publique, conformément à leurs missions et aux responsabilités qui leur sont attribuées, sans être directement responsables au regard du déploiement de services spécifiques de santé publique. À titre illustratif, ces partenaires ont des responsabilités particulières en matière de prévention clinique², de santé animale, d'inspection des aliments, de sécurité publique, de sécurité routière, d'éducation et de protection de l'environnement. Les organismes communautaires, par les services qu'ils offrent et le soutien qu'ils apportent aux personnes et à différents groupes de la population, contribuent également au mieux-être et au développement social des communautés. Ainsi, la collaboration de tous ces partenaires s'avère essentielle pour mettre à profit un ensemble de leviers afin de maintenir et d'améliorer la santé de la population.

1.2 L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE

Le contexte global dans lequel évolue la société québécoise exerce une influence déterminante sur la santé de sa population. Parmi les grands enjeux à considérer, le contexte démographique et les changements climatiques retiennent particulièrement l'attention en raison du caractère durable de leurs effets pour les générations actuelles et à venir.

Au chapitre de la démographie, les projections indiquent que la population du Québec, estimée à 8 239 910 personnes au 1^{er} janvier 2015ⁱ, continuera de croître au cours des prochaines années, pour atteindre près de 9 millions de personnes en 2025 et un peu plus de 10 millions en 2061ⁱⁱ. Cette croissance, dont le rythme ralentira considérablement au cours de cette période, sera principalement attribuable à l'immigration plutôt qu'à l'accroissement naturel, c'est-à-dire l'excédent des naissances sur les décès.

L'immigration internationale se concentre avant tout dans les régions urbaines, particulièrement celles de Montréal et de Laval. Au cours des prochaines années, l'effet combiné de l'immigration et des mouvements migratoires entre les régions du Québec se traduira par l'augmentation de la population des grands centres urbains et de leurs régions périphériques, au détriment des régions plus éloignéesⁱⁱⁱ. L'ensemble de ces changements démographiques commande une adaptation conséquente de la prestation de services de santé et de services sociaux pour tenir compte à la fois des variations de la population et des besoins de certains groupes particuliers, comme les nouveaux arrivants.

² La notion de prévention clinique renvoie à un ensemble d'interventions (counseling, dépistage, immunisation et chimioprophylaxie) réalisées par un professionnel de la santé – ou clinicien – auprès d'un patient et visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies évitables, les problèmes psychosociaux et les blessures.

En dépit des mesures favorisant l'immigration et de l'augmentation du taux de natalité amorcée à la fin des années 2000, le vieillissement de la population québécoise se poursuivra, à mesure que les cohortes du baby-boom (personnes nées de 1946 à 1966 inclusivement) avanceront en âge et que les cohortes plus jeunes seront composées d'un moins grand nombre de personnes. Ce phénomène, lié à une diminution de la natalité et à l'augmentation de l'espérance de vie, n'est pas exclusif au Québec puisqu'il touche l'ensemble des pays occidentaux de manière plus ou moins importante ou rapide. À ce titre, on estime que le Québec devrait enregistrer au cours des prochaines années l'un des taux d'accroissement du nombre d'ainés les plus élevés parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les projections montrent que la proportion des personnes âgées passera d'environ 18 % en 2015, à 23 % en 2025 et à plus de 28 % en 2061^{iv}.

Par conséquent, ce phénomène demeure préoccupant, et ses implications socioéconomiques méritent que l'on y accorde une attention particulière (p. ex. : baisse de la productivité, augmentation des dépenses publiques en soins de santé, adaptation des infrastructures et des services qui ont un impact sur la qualité de vie des aînés dans les communautés, comme le logement, les transports, les loisirs et l'accès aux bâtiments).

Sur un autre plan, l'environnement naturel et les écosystèmes subiront des transformations au cours de la prochaine décennie et des suivantes, du fait des changements climatiques qui entraînent une augmentation moyenne des températures à l'échelle planétaire. Au Québec^v, les impacts des changements climatiques se manifesteront par une augmentation de la fréquence et de l'intensité des événements météorologiques et climatiques extrêmes. Ces phénomènes variés regroupent autant les vagues de froid que les redoux, les périodes de canicule et les sécheresses, les tempêtes accompagnées de pluies violentes et d'inondations ou la fluctuation des niveaux d'eau relatifs aux crues ou à l'érosion des côtes^{vi}.

Les conséquences^{vii} de ces phénomènes sur la santé de la population et sur la qualité de vie peuvent être directes, entraînant des urgences sanitaires, ou indirectes, par l'intermédiaire des modifications qu'elles provoquent sur les écosystèmes. Ainsi, l'évolution des précipitations et de la température sur certaines portions du territoire québécois a pour effet d'accroître les risques liés aux inondations et aux pluies abondantes, pouvant occasionner des impacts sur la santé humaine tels que des blessures ou des décès, de même que des maladies liées à la contamination de l'eau. De plus, la tendance au réchauffement des températures contribue à augmenter les risques de feux de forêt et possiblement les pics de smog en milieu urbain, de même que les concentrations de pollens allergènes. Ces divers polluants, associés à la présence des îlots de chaleur urbains et à une augmentation des vagues de chaleur, occasionnent des problèmes respiratoires et cardiovasculaires ayant des conséquences négatives sur la mortalité et la morbidité^{viii}. On prévoit une accentuation de ces divers phénomènes dans l'avenir, en raison de leur évolution récente.

Par conséquent, les effets sur la santé de la population se feront sentir. À titre d'exemple, les personnes âgées de 65 ans et plus, en particulier celles souffrant de problèmes de santé chroniques, de même que les bébés et les enfants de moins de 5 ans sont parmi les plus vulnérables durant une vague de chaleur^{ix}. De même, les personnes plus défavorisées sur le plan socioéconomique ne disposent souvent pas des moyens ou du soutien social nécessaires pour se protéger des épisodes de chaleur accablante ou de froid extrême. Or, ces personnes affichent également les moins bons états de santé, ce qui les place en situation de plus grande vulnérabilité.

En outre, dans le sud du Québec, ces conditions climatiques favoriseront la propagation de certaines maladies^x transmissibles par les animaux, incluant les insectes et les tiques. Des maladies déjà présentes sur le territoire deviendront plus fréquentes alors que d'autres pourraient faire leur apparition. Le

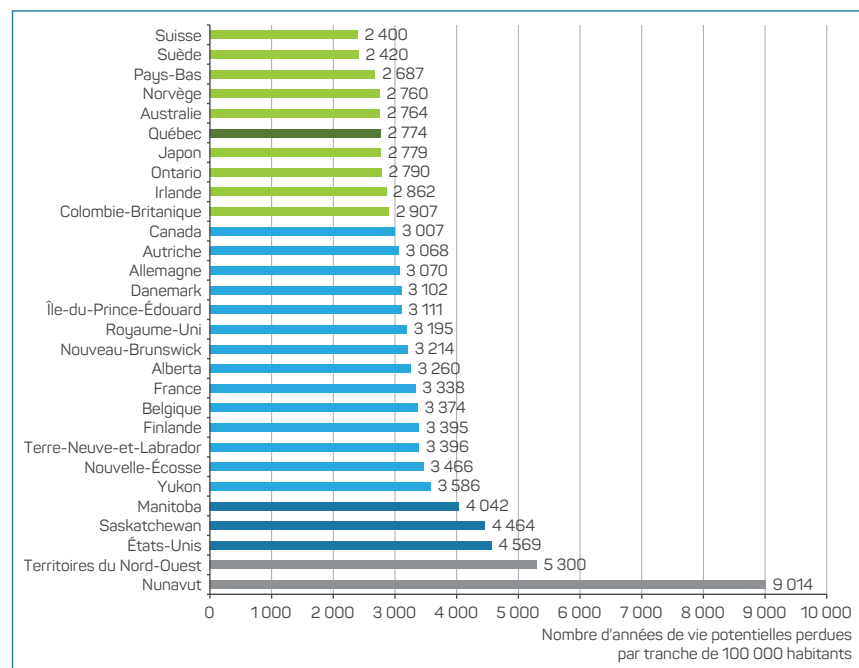
Nord québécois ne sera pas épargné, les changements climatiques touchant de façon particulière les communautés autochtones qui habitent cette partie du territoire, notamment en raison de la fonte du pergélisol et de l'accès à la nourriture traditionnelle (chasse, pêche et piégeage) qui pourrait devenir plus difficile^{xi}.

Les impacts de ces grands enjeux transversaux se manifestent déjà au sein de la population par leurs répercussions directes et indirectes sur le plan sociosanitaire. Il importe donc de s'adapter aux transformations afin de contrer leurs effets négatifs potentiels et de maintenir les gains de santé acquis au cours des dernières décennies. En effet, l'état de santé de la population québécoise n'a cessé de s'améliorer dans son ensemble. L'espérance de vie a augmenté de façon presque continue, en grande partie grâce à la baisse de la mortalité observée pour plusieurs causes de décès évitables, dont certaines maladies chroniques et infectieuses, ainsi que les traumatismes non intentionnels. Un ensemble de facteurs explique cette progression, dont l'amélioration générale des conditions de vie, la diminution du tabagisme, les progrès de la science et des mesures de prévention efficaces telles que la vaccination et la sécurité routière.

D'ailleurs, la mortalité prématurée, qui est un indicateur global de la santé d'une population, rend compte des décès survenus avant l'âge de 75 ans pouvant être évités par des actions en amont (voir la figure 1). Au cours des deux dernières décennies, le Québec est l'une des provinces canadiennes qui ont enregistré le plus de gains de ce point de vue. En 2011, le Québec affiche le plus faible taux de mortalité prématurée de toutes les provinces canadiennes. À l'échelle internationale, il figure parmi les meilleurs, en se situant au sixième rang.

Les comparaisons internationales révèlent des écarts quant aux causes de mortalité évitables. Le Québec présente une position plus favorable pour certaines maladies cardiovasculaires (particulièrement les maladies

FIGURE 1
MORTALITÉ PRÉMATURÉE, PROVINCES, TERRITOIRES
ET PAYS COMPARABLES AU CANADA, 2011



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé, graphique fait à partir des données du Conference Board du Canada. *Mortalité prématurée*, [En ligne], 2011, mis à jour en février 2015. [www.conferenceboard.ca/hcp/provincial-fr/health-fr/premature-fr.aspx] (Consulté le 10 juillet 2015).

cérébrovasculaires, les maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques), ainsi que pour le cancer de la prostate. En contrepartie, il occupe une position moins avantageuse pour les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, les tumeurs, le cancer colorectal, le cancer du poumon, le suicide et la maladie d'Alzheimer^{xii}.

Malgré les améliorations, certaines problématiques évitables demeurent toujours préoccupantes. Un survol de l'état de santé de la population et des principales tendances permet de dégager de grands constats sur différents aspects de la santé.

1.2.1 LES PROBLÈMES CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES QUI RISQUENT DE MARQUER LEURS PARCOURS DE VIE

La période allant de la conception jusqu'à l'entrée à l'école constitue la phase du développement humain la plus marquée. Les expériences vécues et l'environnement dans lequel les enfants évoluent durant cette période peuvent être déterminants et influencer grandement la santé, l'acquisition de compétences personnelles et sociales, l'éducation, de même que les perspectives socioéconomiques de toute une vie.

De nombreux indicateurs sociosanitaires permettent de suivre l'évolution du développement global des enfants et des jeunes au Québec. Certaines conditions présentes à la naissance, telles que la prématurité ou le faible poids pour l'âge gestationnel, augmentent les risques pour les bébés d'avoir des problèmes de santé, d'être hospitalisés à plusieurs reprises et même de décéder pendant leur première année de vie. La proportion des naissances prématurées, qui était en hausse au Québec depuis les années 1980, a légèrement diminué au cours de la dernière décennie^{xiii}. La proportion des naissances vivantes de faible poids pour l'âge gestationnel a, quant à elle, augmenté durant les 10 dernières années après avoir diminué de façon soutenue au cours des décennies précédentes. Néanmoins, en 2011, le Québec se démarque avantageusement par rapport aux quatre provinces les plus peuplées et pour l'ensemble du Canada, avec un taux de mortalité infantile et une proportion de naissances de faible poids parmi les plus basses, ainsi que par une fécondité parmi les plus élevées.

Le taux de grossesse chez les adolescentes âgées de 14 à 17 ans diminue de façon constante depuis les années 1990^{xiv}. La proportion des mères faiblement scolarisées, c'est-à-dire ayant cumulé moins de 11 années de scolarité, a également connu une diminution.

L'allaitement maternel offre de nombreux bienfaits tant pour les bébés que pour les mères. Au cours de la dernière décennie, des progrès ont d'ailleurs été réalisés à ce chapitre : les taux d'initiation et d'allaitement à la sortie de l'hôpital suivent une tendance à la hausse, tout comme la durée de l'allaitement pendant les premiers mois de vie de l'enfant. Le Québec accuse toutefois un retard par rapport aux autres provinces canadiennes en matière d'allaitement exclusif pour au moins six mois^{xv}.

Le développement global des enfants de même que leur réussite éducative constituent des déterminants importants de la santé. En 2012^{xvi}, le quart des élèves québécois de niveau maternelle âgés de 5 ou 6 ans sont considérés comme vulnérables dans au moins un des cinq domaines de leur développement global (santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales). Les garçons sont proportionnellement plus nombreux à être vulnérables dans chacun de ces cinq domaines. Les enfants vulnérables sont aussi plus susceptibles de présenter des difficultés liées à l'apprentissage scolaire.

Le niveau de scolarité exerce une influence majeure sur la santé et sur d'autres déterminants, et ce, tout au long de la vie des personnes. La diminution – légère,

Les mères de moins de 20 ans, de 35 ans et plus et celles vivant dans des conditions défavorables sur le plan socioéconomique sont plus susceptibles de donner naissance à un **bébé prématuré ou de faible poids** pour son âge gestationnel. Les habitudes de vie des mères, notamment le tabagisme, ont aussi une influence à cet égard.

mais constante – du taux de décrochage scolaire depuis le début des années 2000 est encourageante; il se situe à 15 % en 2012-2013^{xvii}. Le phénomène du décrochage scolaire concerne plus les garçons que les filles.

1.2.2 LES MULTIPLES VISAGES DES PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE

QU'EST-CE QU'UN PROBLÈME D'ADAPTATION SOCIALE ?

Les problèmes d'adaptation sociale consistent en des altérations importantes du fonctionnement social, qui prennent source soit dans la personne elle-même, soit dans son environnement social. (MSSS, 2008a)

Bien qu'on observe depuis le milieu des années 2000 une faible diminution des conduites parentales à caractère violent envers les enfants et les adolescents, les données à cet égard demeurent préoccupantes. Dans le cadre d'une enquête menée en 2012^{xviii}, près de la moitié des mères ont rapporté une agression psychologique répétée à l'endroit de leur enfant, le tiers a déclaré de la violence physique mineure, et 5 % ont mentionné de la violence physique sévère au moins une fois durant l'année. Par ailleurs, plus du quart des enfants ont été exposés à des conduites violentes entre conjoints (de nature verbale, psychologique ou physique) au sein du ménage.

Malgré la baisse continue du taux d'infractions contre la personne depuis une dizaine d'années, celles commises dans un contexte conjugal demeurent les plus fréquentes. À elles seules, elles représentent près du quart de l'ensemble des infractions contre la personne^{xix}. Cette situation n'est pas sans répercussions néfastes sur l'ensemble des membres de la famille, particulièrement chez les enfants. Par ailleurs, chez les jeunes qui ont eu au moins une relation amoureuse dans les 12 derniers mois, près du tiers ont subi au moins une forme de violence (psychologique, physique, sexuelle) de la part de leur partenaire, et le quart d'entre eux en ont infligé^{xx}.

En 2013^{xxi}, le nombre d'infractions sexuelles³ a atteint son plus haut niveau depuis 2006, avec 5 526 infractions. Parmi celles-ci, les agressions sexuelles présentent des taux qui varient de façon importante au fil des ans. On note néanmoins une diminution moyenne de ces taux d'environ 1,5 % par année depuis 10 ans. Par ailleurs, une hausse constante moyenne de 5 % par année du nombre des autres infractions d'ordre sexuel est remarquée au cours de la même période, ce qui contribue à l'augmentation du nombre total d'infractions sexuelles. En 2013, les femmes demeurent les principales victimes dans une proportion de plus de 80 %, dont les deux tiers sont âgées de 18 ans et moins.

Depuis 2003^{xxii}, la proportion de jeunes de 12 à 17 ans qui contreviennent au Code criminel et aux lois est en diminution. Certains problèmes n'en demeurent pas moins préoccupants : en 2010-2011^{xxiii}, plus du tiers des élèves du secondaire ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école, et 5 % ont subi de la cyberintimidation, une problématique en émergence.

Les substances psychoactives désignent les substances psychotropes naturelles ou synthétiques qui, en agissant sur le système nerveux central, altèrent le fonctionnement psychique des individus et affectent donc leur comportement. Leur consommation demeure préoccupante au Québec. D'abord, la consommation excessive d'alcool, soit le fait de boire 5 consommations ou plus en une même occasion au moins 12 fois au cours d'une période de 12 mois, a progressé globalement d'environ 10 % entre 2000 et 2012 chez les personnes âgées de 12 à 35 ans^{xxiv}. Bien qu'un léger recul soit observé chez les élèves du secondaire, la consommation élevée d'alcool sur une base régulière ou en une même occasion reste relativement répandue chez les jeunes^{xxv}. La croissance est la plus forte chez la cohorte des jeunes adultes de 22 à 27 ans, avec 22 % d'augmentation. Ce phénomène, qui demeure préoccupant, concerne plus les hommes que les femmes, et ce, peu importe l'âge.

3 Les infractions sexuelles sont composées des agressions sexuelles (voies de fait intentionnelles employant la force et commises dans des circonstances de nature sexuelle) et des autres infractions d'ordre sexuel, incluant les cas de violence sexuelle envers les enfants (p. ex. : contacts sexuels, leurre d'enfant au moyen d'un ordinateur, inceste).

Les liens que les personnes entretiennent dans leurs milieux de vie, de même que leur sentiment de sécurité et de bien-être, exercent une influence sur leurs comportements, leur intégration à la société, de même que sur leur capacité à s'adapter à de nouvelles situations, à traverser certaines périodes de leur vie ou à surmonter des difficultés.

En 2008^{xxvi}, un peu plus d'une personne de 15 ans et plus sur 10 a fait l'usage de drogues au cours des 12 derniers mois. Le cannabis était la plus consommée. Chez les jeunes du secondaire, bien qu'une diminution de la consommation de cannabis ait été observée durant les années 2000, on note une hausse de la prise de médicaments vendus sans ordonnance ou d'autres drogues depuis 2008^{xxvii}. Par ailleurs, une diminution importante du mode de consommation par injection a été constatée.

En 2012^{xxviii}, environ les deux tiers des adultes québécois avaient participé à des jeux de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois. Bien que la pratique de ces jeux soit souvent considérée comme une forme de loisir, elle peut parfois engendrer des conséquences graves. Le risque d'être aux prises avec des problèmes de jeu s'avère plus important chez les hommes et les personnes venant de milieux défavorisés. Chez les élèves du secondaire, la participation aux jeux de hasard et d'argent est en diminution, mais elle demeure à surveiller^{xxix}.

Les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et à la pratique de jeux de hasard et d'argent peuvent avoir un impact important sur la santé physique et mentale des individus, de même que sur leur milieu familial et leur vie sociale.

1.2.3 LA SANTÉ MENTALE : UNE PERCEPTION POSITIVE, MAIS DES FRAGILITÉS CERTAINES

À l'échelle canadienne^{xxx}, c'est au Québec que la perception positive de sa propre santé mentale est la plus répandue. Malgré cela, plus du quart de la population de 15 ans et plus affirme vivre un stress quotidien élevé, et les personnes de 25 à 44 ans sont particulièrement touchées. La détresse psychologique, que l'on perçoit notamment dans le fait de se sentir nerveux, désespéré, agité, déprimé ou épuisé, est plus répandue, à un niveau élevé, chez les femmes que chez les hommes, ainsi que chez les 15 à 24 ans^{xxxi}.

En ce qui concerne les troubles mentaux^{xxxii}, un peu plus d'une personne sur 10, en moyenne, reçoit ce diagnostic annuellement depuis le début des années 2000. Les troubles anxiodépressifs sont de loin les plus fréquents. Ils représentent les deux tiers de l'ensemble des troubles mentaux, et les femmes sont plus touchées que les hommes. Chez les moins de 20 ans, la prévalence des troubles mentaux a presque doublé au cours des 10 dernières années. Cela s'expliquerait notamment par l'augmentation du nombre de diagnostics du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Depuis plus de 20 ans, on observe une tendance à la baisse du taux de suicide^{xxxiii}, en particulier chez les jeunes de 15 à 19 ans. Néanmoins, avec un peu plus de 1 000 décès chaque année, le Québec figure toujours parmi les provinces qui présentent les taux de suicide les plus élevés au Canada. Celui des hommes y est 3,5 fois supérieur à celui des femmes. De plus, les hommes âgés de 35 à 64 ans constituent le groupe le plus à risque en matière de suicide.

1.2.4 LES PROBLÈMES DE SANTÉ ASSOCIÉS AU TRAVAIL

Le travail représente un milieu de vie signifiant, dont les diverses composantes et caractéristiques peuvent exercer une influence sur la santé, notamment quant à l'apparition de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale, de surdité et de traumatismes non-intentionnels. La littérature scientifique récente montre la présence d'inégalités de santé chez les travailleurs selon le statut socioéconomique, le sexe et le statut ethnoculturel. Les contraintes du travail de nature physique, organisationnelle et psychosociale peuvent expliquer une proportion importante de ces inégalités de santé. Ainsi, les lésions et maladies professionnelles s'inscrivent dans les grandes catégories de problèmes de santé prioritaires qui peuvent être évités par des actions préventives.

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ MENTALE ?

Elle se définit comme un état de bien-être et d'équilibre, qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de s'adapter aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive. Elle n'est pas décrite en fonction de la présence ou de l'absence de maladie.

On estime qu'une personne sur quatre vivra un ou plusieurs problèmes de santé mentale au cours de sa vie.

(OMS, 2013a)

Dans le contexte du vieillissement de la population, l'augmentation prévisible du nombre de **travailleurs vieillissants** et l'**allongement de leur durée de maintien en emploi** influenceront certainement sur les actions de santé publique en vue de créer et de maintenir des milieux de travail sains et sécuritaires.

Depuis les années 2000^{xxxiv}, une diminution constante des traumatismes et des problèmes de santé acceptés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail⁴ (CSST) a été observée. Certaines problématiques restent toutefois prépondérantes, surtout en considérant que les données de déclaration et d'indemnisation peuvent offrir un portrait qui sous-estime le nombre de cas réel. Pour l'ensemble des lésions, les hommes sont plus touchés que les femmes, et ce, dans des proportions de deux tiers, un tiers^{xxxv}. En 2013^{xxxvi}, les maladies professionnelles ont été la cause d'un peu plus de 120 décès, surpassant ainsi de près du double le nombre de décès causés par des accidents du travail. Les principales maladies reliées à l'amiante (p. ex. : mésothéliome, amiantose, cancer pulmonaire) sont la première cause de décès parmi les maladies indemnisées par la CSST.

Les travailleurs exposés à des contraintes organisationnelles et psychosociales présentent un risque deux fois plus élevé de détresse psychologique^{xxxvii}, et plus du tiers indiquent vivre un stress quotidien élevé au travail. Selon les dernières données disponibles^{xxxviii}, les problèmes attribuables au stress en milieu de travail affichent un léger recul entre 2010 et 2013. Le choc nerveux (stress post-traumatique) constitue le plus important type de lésions lié à des contraintes organisationnelles avec une proportion de près des deux tiers des cas. En 2013, pour près du tiers de l'ensemble des cas, la durée d'indemnisation excédait 180 jours.

Les contraintes physiques contribuent aussi à l'apparition de problèmes de santé. Les troubles musculosquelettiques sont les plus fréquents et représentent environ un tiers des lésions indemnisées par la CSST^{xxxix}. Près de 40% des travailleurs ont à poser des gestes répétitifs des mains et des bras dans le cadre de leur travail, ce qui les rend plus à risque de souffrir de problèmes d'ordre musculosquelettique non traumatiques liés au travail^{xl}.

La surdité professionnelle est le deuxième problème de santé le plus fréquent après les troubles musculosquelettiques. Entre 2003 et 2013^{xli}, le nombre de nouveaux cas acceptés par la CSST a plus que doublé. La hausse de surdité professionnelle progressive est particulièrement marquée chez les travailleurs âgés de 55 ans et plus.

Les cancers d'origine professionnelle résultent de l'exposition, en milieu de travail, à des agents biologiques, chimiques ou physiques cancérogènes ou encore de conditions inhérentes à une activité de travail. Ils ne se seraient probablement pas produits si les personnes qui en sont atteintes n'avaient pas exercé ce travail. De 3 à 10% de tous les nouveaux diagnostics^{xlii} de cancers seraient liés, en totalité ou partiellement, à des agents cancérogènes présents dans les milieux de travail. Les cancers du poumon, de la vessie et de la peau demeurent les plus fréquents.

1.2.5 LES PROBLÈMES DE SANTÉ PRÉOCCUPANTS LIÉS   L'ENVIRONNEMENT

L'influence de l'environnement physique sur l'état de santé de la population se manifeste notamment par l'exposition à des contaminants présents dans l'air, l'eau et le sol, par la qualité de l'aménagement des territoires urbains et ruraux, par la mixité des usages du territoire, ainsi que par l'emplacement et l'état des bâtiments, en particulier les habitations. De plus, comme mentionné plus tôt, les changements climatiques s'avèrent un enjeu fondamental en raison de leurs répercussions grandissantes sur l'environnement naturel et les écosystèmes et, conséquemment, sur la santé.

4 En vertu de la Loi regroupant la Commission de l'équité salariale, la Commission des normes du travail et la Commission de la santé et de la sécurité du travail et instituant le Tribunal administratif du travail, le nom de la CSST sera modifié au 1^{er} janvier 2016 pour Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

La mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi que les problèmes de salubrité dans certains bâtiments peuvent être à l'origine de l'augmentation de la prévalence ou de l'aggravation de maladies cardiorespiratoires, de manifestations allergiques et irritatives, d'intoxications aiguës et chroniques, de même que de certains cancers^{xliii}.

La présence d'autres contaminants dans les domiciles et les bâtiments peut engendrer des problèmes de santé. Parmi ceux-ci, le radon constitue la deuxième cause de cancer du poumon, après le tabagisme^{xliv}. Par ailleurs, depuis le renforcement, en 2006, de la Loi sur le tabac, comprenant l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés, des gains appréciables ont été enregistrés en matière d'exposition à la fumée secondaire. On observe une diminution de la proportion de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire dans un lieu public, passant de 23 % en 2005 à 12 % en 2014^{xlv}. L'exposition à la fumée secondaire à la maison est aussi à la baisse, passant de 13 à 6 % pour la même période.

La qualité de l'air extérieur joue également un rôle important dans l'apparition ou l'aggravation de maladies respiratoires et cardiovasculaires. Les personnes âgées, les enfants et les personnes ayant des problèmes respiratoires sont plus à risque d'être affectés par les différents polluants atmosphériques. De façon spécifique, les pollens figurent parmi les principales causes de la rhinite allergique et sont associés à l'aggravation de l'asthme. Le pollen de l'herbe à poux contribue à lui seul pour 50 à 90 % des cas d'allergies saisonnières^{xlvi}. En 2008^{xlvii}, plus d'un million de Québécois ont présenté des symptômes de rhinite allergique au cours de l'année. Ce problème de santé est en progression constante depuis plusieurs décennies. Certaines installations industrielles comportent aussi des risques pour la santé des populations qui sont exposées de manière chronique aux contaminants^{xlviii} qu'elles relâchent dans l'environnement dans le cadre de leurs activités courantes.

Omniprésent et de sources nombreuses, le bruit environnemental peut engendrer des problèmes de santé sur les plans physique et psychosocial. Près d'un Québécois sur 10 âgé de 15 ans et plus se trouve exposé à des niveaux de bruit nuisibles, susceptibles de causer un fort dérangement, à l'extérieur du travail^{xlix}. Les quartiers défavorisés sur le plan socioéconomique sont plus bruyants que les secteurs plus favorisés^l.

Les eaux de consommation et récréative sont susceptibles d'être contaminées par des agents biologiques, chimiques ou physiques pouvant entraîner des effets négatifs sur la santé des personnes. Sont plus particulièrement vulnérables aux maladies hydriques (p. ex. : dermatites, gastroentérites, infections aux yeux, aux oreilles et à la gorge) les jeunes enfants, les personnes âgées, ainsi que les personnes atteintes de maladies chroniques^{li}.

Enfin, les sinistres d'origine naturelle (p. ex. : séisme et inondation) et anthropique (p. ex. : incendie, déversement de produits chimiques) peuvent engendrer des conséquences importantes pour la santé physique, mentale et psychosociale des personnes affectées^{lii}.

1.2.6 LE FARDEAU CROISSANT DES MALADIES CHRONIQUES

La lutte contre le cancer constitue un enjeu d'importance dans notre société. Le cancer représente d'ailleurs la première cause de mortalité au Canada^{liii}. Le Québec obtient l'un des taux de mortalité par tumeurs malignes les plus élevés au pays, en particulier en ce qui a trait au cancer du poumon. De plus, les taux enregistrés au Québec pour l'ensemble des cancers sont parmi les plus élevés des pays de l'OCDE^{liv}. Alors que le taux d'incidence du cancer^{lv} a suivi une légère baisse chez les hommes du milieu des années 1980 jusqu'au tournant des années 2010, il a subi une faible hausse chez les femmes au cours de la même période. Ces 20 dernières années, le taux de mortalité par

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE CHRONIQUE ?

Il s'agit d'un problème de santé non transmissible, ayant une évolution souvent lente et irréversible. Les causes des maladies chroniques sont multiples et complexes.

(OMS, 2011a)

cancer a continuellement baissé et semblerait poursuivre cette tendance d'ici 2025, tant chez les hommes que les femmes.

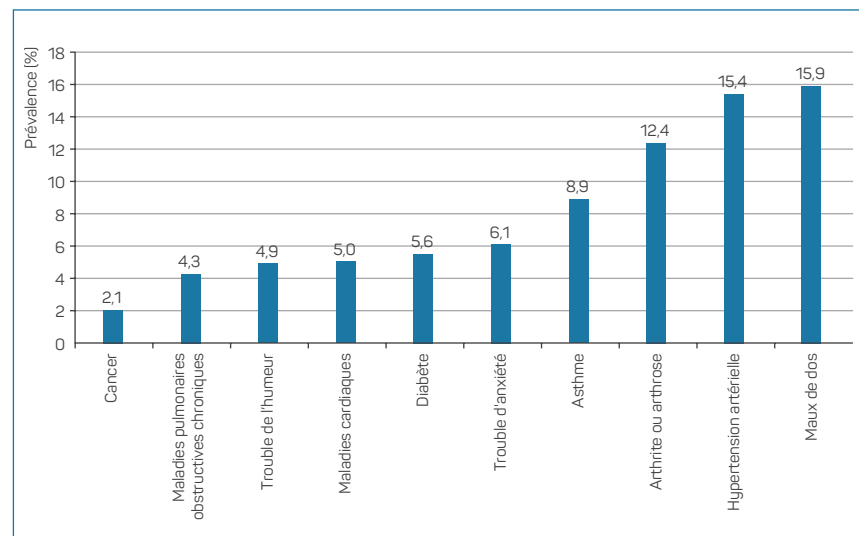
La mortalité liée aux maladies cardiovasculaires a diminué au cours des dernières années^{vi}. Pour l'hypertension artérielle et les cardiopathies ischémiques (troubles dus à l'insuffisance des apports d'oxygène au muscle cardiaque ou myocarde) en particulier, la prévalence a augmenté autant chez les hommes que chez les femmes jusqu'au milieu des années 2000 pour ensuite se stabiliser et diminuer légèrement dans les dernières années^{vii}. Cette tendance est attribuable en partie au recul du tabagisme, à une détection plus précoce de ces maladies, de même qu'à une prise en charge et à des traitements plus efficaces.

Le diabète connaît une progression préoccupante au Québec : la proportion de diabétiques a augmenté de moitié au cours de la dernière décennie. En 2012-2013^{viii}, chez les 20 ans et plus, près d'une personne sur 10 vit avec le diabète, la proportion d'hommes diabétiques étant supérieure à celle des femmes. À l'échelle canadienne, le Québec affiche toutefois l'une des prévalences les plus faibles, aux côtés de l'Alberta et de la Colombie-Britannique^{ix}. La sédentarité trop répandue, combinée à de mauvaises habitudes alimentaires, est en grande partie responsable de la progression de cette maladie.

La prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques^x (MPOC) (p. ex. : bronchite chronique, emphysème) a augmenté depuis 2001. En 2011, un peu moins d'une personne sur 10, âgée de 35 ans et plus, en souffre, et ces maladies sont plus fréquentes chez les femmes. Depuis 2001, la prévalence de l'asthme^{xi} a fortement augmenté. En 2009, elle atteignait 8 % de la population de 20 ans et plus. Par ailleurs, pour la même période, les taux de mortalité et d'hospitalisations n'ont cessé de diminuer pour ces deux maladies respiratoires^{xii} ^{xiii}.

La figure 2 présente des données sur la prévalence des principaux problèmes de santé chroniques au Québec, pour 2011-2012.

FIGURE 2
PRÉVALENCE¹ DES PRINCIPAUX PROBLÈMES
DE SANTÉ CHRONIQUES, ENSEMBLE² DU QUÉBEC, 2011-2012



- 1 Proportion ajustée selon la structure par âge (12 à 24, 25 à 44, 45 à 64, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.
- 2 Les données des régions Nord-du-Québec, Nunavik et Teres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses.

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2011-2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance, produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 14 juillet 2015. Mise à jour de l'indicateur le 26 septembre 2014.

Selon l'OMS^{lxiv}, les problèmes liés au poids constituent un enjeu majeur de santé publique puisqu'ils ont pris des proportions épidémiques dans le monde. L'obésité a de nombreux impacts négatifs sur la santé, et elle augmente considérablement les risques de maladie chronique. Or, l'obésité effectue une progression alarmante chez les Québécois depuis plusieurs années, touchant environ un adulte sur six. Bien que cette proportion soit l'une des plus faibles du Canada, après celle de la Colombie-Britannique, elle est supérieure à celles enregistrées dans la majorité des pays de l'OCDE^{lxv}. Des analyses de projection laissent également présager que la prévalence de l'obésité continuera d'augmenter au cours des 15 prochaines années^{lxvi}. La situation est préoccupante chez les jeunes, puisqu'en 2010-2011, 7% des élèves du secondaire sont obèses^{lxvii}.

La majorité des personnes âgées sont sensibilisées à la prévention et se sentent responsables de leur santé. Elles sont autonomes, ont une vie sociale active et souhaitent demeurer dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible^{lxviii}. En dépit de cette réalité, en 2013^{lxix}, 80% des personnes de 65 ans et plus prenaient régulièrement ou de façon continue au moins un médicament prescrit. Les problèmes de santé et les incapacités deviennent plus fréquents à mesure que l'âge avance, et, dans certains cas, ils nuisent sérieusement à la qualité de vie des individus. Les maladies chroniques et les troubles cognitifs, comme la maladie d'Alzheimer, freinent les aînés dans leurs activités quotidiennes. En 2012^{lxx}, près de 14% des personnes âgées de 65 ans et plus vivent avec une incapacité modérée, sévère ou très sévère, les incapacités liées à la mobilité, à la douleur et à la flexibilité étant les plus répandues. Ainsi, une gamme diversifiée de soins et de services s'avère nécessaire pour répondre à leurs besoins spécifiques et pour favoriser un vieillissement en santé.

1.2.7 LES HABITUDES DE VIE DES QUÉBÉCOIS : DES PROGRÈS, MAIS DES AVANCÉES TOUJOURS POSSIBLES

Les Québécois semblent de plus en plus conscients du lien qui existe entre leur santé et leur mode de vie. Des gains ont d'ailleurs été enregistrés, en particulier en ce qui a trait à l'usage du tabac. En effet, le taux de tabagisme a considérablement diminué depuis les années 1980, pour toutefois atteindre un certain plateau depuis le milieu des années 2000. Malgré les progrès, un Québécois âgé de 12 ans et plus sur cinq fume, et cette proportion est plus élevée chez les personnes qui ont de faibles revenus^{lxxi}. Chez les jeunes, la situation s'est grandement améliorée puisque la proportion d'élèves du secondaire ayant fait l'usage de cigarettes ou de cigarillos est passée de 22% en 2008 à 12% en 2013. Au cours des prochaines années, l'utilisation de la cigarette électronique sera à surveiller. En 2013, plus du quart des élèves du secondaire affirme en avoir déjà fait l'usage^{lxxii}.

Les bienfaits d'une alimentation riche en fruits et légumes sont reconnus et bien documentés. En 2010-2011, la proportion de la population qui consomme au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour a diminué et s'est stabilisée par la suite. En 2014, moins de la moitié des Québécois atteignait ce seuil. Toutefois, parmi les provinces canadiennes, c'est au Québec que l'on en consomme le plus^{lxxiii}. Par ailleurs, la qualité de l'alimentation demeure un enjeu majeur, notamment la surconsommation de gras, de sel et de sucres. Un peu plus du quart des élèves du secondaire consomment au moins une boisson sucrée quotidiennement. En ce qui concerne les boissons énergisantes, 30% des jeunes disent en avoir déjà bu^{lxxiv}.

Sur le plan de l'activité physique, une proportion importante des adultes québécois n'atteint pas le nombre minimal d'heures d'activité physique recommandé. Selon les données de 2011-2012, quatre adultes sur 10 sont actifs et la proportion est moins élevée chez les personnes dont la situation socioéconomique est plus précaire. Un constat semblable s'observe chez les

L'effet combiné du **vieillessement de la population** et des **facteurs de risque** (mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme, etc.) explique l'augmentation du fardeau des maladies chroniques au Québec, comme dans les autres sociétés occidentales. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les Québécois vivront plus longtemps atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques et souffriront davantage d'incapacités.

Dès l'enfance, la présence d'**habiletés motrices** est associée à la pratique d'activités physiques. Selon plusieurs études, les habiletés motrices dont fait preuve l'enfant durant la période de 0 à 9 ans constituent un déterminant important d'un mode de vie physiquement actif à l'adolescence et à l'âge adulte. Le manque d'habiletés est d'ailleurs maintes fois reconnu, à l'adolescence, comme un facteur d'abandon de la pratique d'activités physiques.

(Comité scientifique de Kino-Québec, 2011)

enfants et les jeunes. Quatre adolescents sur 10 âgés de 12 à 17 ans sont actifs; les jeunes filles sont moins actives que les garçons^{lxv}. En comparaison avec les autres provinces, les jeunes Québécois sont parmi les moins actifs^{lxvi}.

En 2011, le Québec affiche une position défavorable parmi les provinces canadiennes en ce qui concerne les habitudes de vie, avec des proportions plus élevées du nombre de fumeurs et de consommation d'alcool par habitant. À l'échelle internationale, le Québec est désavantagé par rapport à des pays comparables en regard de la proportion de personnes obèses^{lxvii}.

La santé buccodentaire est fortement influencée par les habitudes de vie, y compris l'hygiène dentaire, ainsi que par l'utilisation des services dentaires et l'accès à une eau potable fluorée. Dans ce domaine, peu de données sont disponibles pour l'ensemble de la population. Néanmoins, on observe depuis la fin des années 1990 une grande amélioration de la santé des dents permanentes des élèves de la sixième année du primaire, alors que celle des dents temporaires des élèves de la deuxième année du primaire ne s'est pas améliorée de façon significative. Par ailleurs, les inégalités sociales liées à cette maladie persistent. En effet, près du quart des élèves de la deuxième année du primaire cumulent les trois quarts de la carie irréversible en dentition temporaire. On observe une tendance encore plus marquée chez les élèves de la sixième année, alors qu'une minorité d'entre eux cumule une part importante de la carie dentaire irréversible en dentition permanente. Comme d'autres problèmes de santé, la carie irréversible se rencontre plus fréquemment chez les groupes moins favorisés sur le plan socioéconomique^{lxviii}.

Le maintien d'une bonne santé buccodentaire est essentiel à tous les âges de la vie, mais reste mésestimé chez les aînés. Pourtant, les phénomènes associés au vieillissement (maladies chroniques, effets secondaires de la prise de médicaments, perte d'autonomie, etc.) ont non seulement des effets importants sur la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus, mais ils ont aussi des répercussions néfastes sur leur état de santé général. Chez les aînés, on observe généralement une prévalence plus élevée de problèmes buccodentaires cumulatifs et évolutifs tels que la carie de la racine, la gingivite, la parodontite et le cancer de la bouche. De plus, les personnes édentées sont plus nombreuses dans ce groupe d'âge, ce qui les rend plus à risque de développer des problèmes de nutrition^{lxix}.

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ SEXUELLE ?

Il s'agit d'un « état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence ».

(OMS, 2015)

En matière de santé sexuelle, certaines habitudes de vie et certains comportements des adolescents et des jeunes adultes peuvent engendrer des conséquences néfastes sur leur santé, même dans leur vie adulte. Les principales problématiques liées à la santé sexuelle sont les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les grossesses non planifiées, la violence dans les relations intimes, ainsi que les agressions sexuelles, et ce, particulièrement auprès des populations vulnérables. Les jeunes Québécois ont par ailleurs une sexualité active. En 2009-2010, les trois quarts des Québécois âgés de 15 à 24 ans rapportaient avoir eu au moins une relation sexuelle au cours de leur vie. Sur le plan de la planification des naissances, on note qu'une forte proportion (90%) des jeunes âgés de 15 à 24 ans sexuellement actifs utilise habituellement une méthode de contraception^{lxxx}. Depuis les années 2000, on remarque aussi une baisse du taux d'interruption volontaire de grossesses chez les adolescentes et les jeunes adultes^{lxxxi}.

1.2.8 LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS EN DIMINUTION CONSTANTE

Bien que les traumatismes non intentionnels ne soient responsables que d'environ 4 % des décès chaque année, ils représentent de loin la principale cause de mortalité prématurée chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans^{lxxxii}.

Toujours dans ce groupe d'âge, les accidents de véhicule à moteur constituent le traumatisme non intentionnel le plus meurtrier^{lxxxiii}. Les jeunes, plus que les autres groupes d'âge, sont également plus à risque de subir des blessures et des traumatismes d'origine récréative et sportive^{lxxxiv}.

Le bilan routier s'est considérablement amélioré au cours des dernières décennies^{lxxxv}. Une tendance à la baisse de la mortalité sur les routes est observée depuis la fin des années 1970. Bien que l'on puisse saluer ce bilan, il n'en demeure pas moins qu'environ une personne par jour décède sur les routes du Québec. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans affichent encore aujourd'hui le taux le plus élevé de mortalité par accident de véhicule à moteur, malgré une baisse de plus de 50 % entre 2009 et 2014. En 2014, ils comptent pour 20 % des décès en véhicule à moteur et demeurent toujours surreprésentés par rapport aux autres groupes d'âge. Outre les jeunes, les hommes sont plus susceptibles de décéder d'un accident de véhicule à moteur que les femmes^{lxxxvi}. D'autre part, on observe une importante diminution des condamnations pour conduite avec facultés affaiblies depuis 2004. Cette amélioration s'avère particulièrement marquée chez les 35 à 44 ans^{lxxxvii}.

Avec le vieillissement de la population, le nombre d'hospitalisations pour des chutes s'accroît progressivement^{lxxxviii}. Cette augmentation s'explique par le nombre accru de personnes âgées de 65 ans et plus, une population plus à risque d'être hospitalisée à la suite d'une chute. Fait encourageant, toutes proportions d'âges considérées, le risque d'être hospitalisé pour une chute demeure stable dans la population. Les femmes sont plus susceptibles de décéder des suites d'une chute comparativement aux hommes.

Sur le plan des intoxications^{lxxxix}, bien que le nombre d'appels à cet effet au Centre antipoison du Québec soit relativement stable depuis 2009, près de 90 % des appels étaient associés à des médicaments (52 %) et à des produits domestiques (38 %), et plus du tiers concernait des enfants de 4 ans et moins en 2014. Plus de 2 220 intoxications d'origine environnementale ont été déclarées au Québec entre 2006 et 2014^{xc}. La majorité de celles-ci concernait l'exposition accidentelle au monoxyde de carbone et l'exposition aux métaux lourds tels que le plomb et le mercure.

1.2.9 LES MALADIES INFECTIEUSES : DES GAINS ET DES RECULS

On observe une nette diminution de plusieurs maladies infectieuses depuis l'introduction de programmes de vaccination au Québec^{xcii}. Toutefois, tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité, certaines maladies évitables par la vaccination apparaissent tout de même de façon sporadique, ce qui peut représenter d'importants défis sur le plan de l'organisation des services. Au cours des 10 dernières années, des éruptions d'oreillons et de rougeole ont d'ailleurs été observées^{xciii}. Or, les taux de couverture vaccinale enregistrés actuellement au Québec sont considérés comme sous-optimaux par rapport aux seuils recommandés dans la littérature scientifique^{xciii}. Par ailleurs, en dépit de la baisse de l'incidence de l'hépatite B^{xciv}, notamment en raison de l'introduction du programme universel de vaccination, on compte encore de nombreux nouveaux cas, attribuables entre autres à certains comportements à risque. Quant aux virus du papillome humain (VPH)^{xcv}, ils sont responsables de plusieurs types de cancers, notamment celui du col de l'utérus. Un programme de vaccination contre les VPH chez les filles en milieu scolaire a été implanté en 2008. Toutefois, l'impact de la vaccination ne sera observable qu'à plus long terme.

La résurgence des ITSS^{xcvi} retient particulièrement l'attention au Québec depuis le début des années 2000. À elles seules, elles constituent près des trois quarts des cas de maladies à déclaration obligatoire enregistrés sur le territoire québécois. L'incidence de certaines infections bactériennes est en

QU'EST-CE QUE LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS ?

Ils regroupent l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent de façon involontaire et qui sont principalement attribuables à des accidents survenus sur la route, hors route, à domicile et durant la pratique d'activités récréatives et sportives.

Ils se distinguent des **traumatismes intentionnels** qui sont pour leur part infligés sur une base volontaire, sur soi ou sur autrui. Ces derniers englobent les agressions, les homicides, les suicides et les tentatives de suicide.

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE INFECTIEUSE ?

C'est une maladie provoquée par la transmission d'un micro-organisme : virus, bactérie, parasite, champignon, protozoaire.

Les maladies infectieuses englobent :

- les maladies évitables par la vaccination ;
- les ITSS ;
- les maladies transmissibles par les animaux (zoonoses) ou par des vecteurs (p. ex. : moustiques, tiques) ;
- les maladies entériques liées à l'eau et à la consommation d'aliments ;
- les infections respiratoires ;
- les infections nosocomiales.

hausse, comme celles à *Chlamydia trachomatis*, particulièrement chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, ainsi que l'infection gonococcique (gonorrhée), qui affiche une recrudescence. Entre 2006 et 2013, le nombre de cas de gonorrhée a plus que doublé et concerne davantage les hommes âgés de 20 à 29 ans. Au fil du temps, la bactérie à l'origine de la gonorrhée a développé une résistance aux antibiotiques de plusieurs catégories causant ainsi de plus en plus d'échecs aux traitements. Dans un contexte où peu de solutions thérapeutiques alternatives sont offertes, le contrôle de cette bactérie représente un défi majeur.

On observe également une augmentation du nombre de nouveaux cas de syphilis infectieuse et de lymphogranulomatose vénérienne, des infections qui étaient en voie d'élimination au Québec. Quant à l'hépatite C, les nouveaux cas déclarés chaque année, même s'ils sont en diminution, viennent s'ajouter au bassin de personnes infectées et à risque d'être atteintes d'une infection chronique pouvant mener à des complications importantes. L'hépatite C demeure en augmentation chez les personnes qui font usage de drogues par injection.

En ce qui a trait à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les données enregistrées ne donnent pas un portrait réel du nombre de cas, puisqu'une proportion non négligeable de la population infectée n'aurait entre autres jamais été dépistée. Bien que la transmission du VIH ait chuté de façon importante chez les personnes qui consomment des drogues par injection^{xcvii}, ce virus continue de se transmettre au Québec, particulièrement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les progrès thérapeutiques ont non seulement permis d'allonger l'espérance de vie et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du VIH^{xcviii}, mais aussi de réduire considérablement le risque de transmission.

Les infections nosocomiales (p. ex. : infections à *Clostridium difficile*, bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline [SARM], entérocoques résistants à la vancomycine [ERV]), contractées au cours d'un épisode de soins dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, constituent une cause majeure de complication des soins. Elles ont notamment comme impact une augmentation de la morbidité et de la mortalité, une prolongation de l'hospitalisation et une hausse importante des coûts de santé. L'incidence de ces infections a diminué au Québec au cours des dernières années^{xcix}, en raison d'un ensemble d'actions de prévention et de contrôle réalisées de façon concertée pour rendre les milieux de soins et d'hébergement moins propices à leur éclosion^c. Bien que ce bilan soit positif à plusieurs égards, la lutte contre les infections nosocomiales exige une vigilance de tous les instants pour maintenir les acquis. De plus, la multirésistance aux antibiotiques de certaines bactéries (SARM, ERV) demeure une préoccupation constante en raison des options thérapeutiques limitées.

La transmission des maladies entériques se fait par l'ingestion d'eau et d'aliments contaminés (p. ex. : *Listeria*, *Salmonella*, *Escherichia coli*, virus de l'hépatite A). On estime qu'une faible proportion de cas est déclarée, puisque peu de personnes atteintes de ces maladies consultent un médecin. Certains groupes, comme les enfants, les aînés et les personnes dont le système immunitaire est affaibli, sont particulièrement vulnérables à ces infections^{ci}.

Enfin, les maladies infectieuses transmissibles par les animaux (ou zoonoses) ou par des vecteurs (p. ex. : moustiques et tiques) retiennent aussi l'attention. Certaines maladies risquent de s'étendre, notamment en raison de l'impact des changements climatiques. C'est entre autres le cas de la maladie de Lyme^{cii}, qui est en recrudescence, et de l'infection au virus du Nil occidental^{ciii}, dont la présence s'avère récente sur le territoire québécois.

1.2.10 LA RÉALITÉ DIFFÉRENTE DES POPULATIONS AUTOCHTONES

Au Québec, le terme autochtone renvoie spécifiquement aux Inuits et aux Premières Nations, lesquels forment 11 nations, dont certaines sont conventionnées (Inuite, Crie et Naskapie) et d'autres non conventionnées⁵. Il importe de souligner leur réalité qui diffère fortement de celle du reste de la population du Québec.

Le bilan de l'état de santé des populations inuite et crie⁶ révèle des écarts notables par rapport à la moyenne de l'ensemble de la population du Québec pour plusieurs problématiques. Ces écarts sont particulièrement marqués en ce qui concerne l'espérance de vie, les traumatismes intentionnels et non intentionnels, la prévalence de plusieurs maladies chroniques et infectieuses (p. ex. : ITSS et tuberculose), la détresse psychologique et les dépendances. Ces disparités sont liées à un cumul de déterminants sociaux défavorables, que ce soit en matière de revenu, de logement, d'accès à des aliments sains, d'accès aux services de santé et d'éducation.

Le tableau 1 présente différents indicateurs sur l'état de santé des populations du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James et la moyenne de l'ensemble de la population du Québec.

Bien qu'il y ait dans ces constats des similitudes sur le plan socioéconomique entre certaines populations vulnérables au Québec et les populations inuite et crie, ces dernières sont culturellement et historiquement distinctes. Les inégalités sociales de santé observées sont intrinsèquement liées à des circonstances et à des conditions historiques particulières, qui ont engendré des traumatismes importants pour plusieurs générations. Il importe que l'implication des membres de la communauté et les systèmes traditionnels et culturels des nations inuite et crie soient pris en compte dans les actions visant à améliorer la santé de ces populations, et ce, tout en favorisant le renforcement de leur capacité d'agir.

Ces particularités, conjuguées au fait que les populations inuite et crie sont majoritairement très jeunes, bien qu'elles comprennent un segment croissant de personnes âgées, soulèvent des enjeux sociosanitaires distinctifs qui doivent prendre en compte les différents paliers de gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec les partenaires d'autres secteurs d'activité.

Par ailleurs, les données les plus récentes sur l'état de santé des Premières Nations non conventionnées indiquent également des taux plus élevés que dans le reste de la population du Québec pour plusieurs maladies chroniques (diabète, obésité, hypertension) et comportements à risque (tabagisme, consommation excessive d'alcool et consommation de drogues). La réduction des écarts de santé associés à plusieurs déterminants, tels que les conditions de vie, l'éducation, l'accès aux services et les politiques publiques, représentent également des défis importants pour ces populations.

5 Les nations conventionnées sont bénéficiaires de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois. En vertu de ces ententes, le gouvernement du Québec assure le financement des services de santé et des services sociaux auprès de ces nations. Pour les huit autres nations dites non conventionnées (Abénaquis, Algonquins, Attikameks, Innus, Hurons-Wendat, Malécites, Micmacs et Mohawks), les services, à l'exception des services médicaux qui sont couverts par le régime public de l'assurance maladie du Québec, sont majoritairement financés par le gouvernement du Canada et généralement gérés par les conseils de bande.

6 Les données de surveillance présentées dans cette section se rapportent aux régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, où les populations inuite et crie sont largement majoritaires. Elles n'incluent pas la nation naskapie, qui réside dans la région de la Côte-Nord, car les données de surveillance ne permettent pas de discriminer les données spécifiquement pour cette communauté de celles couvrant l'ensemble de la population de cette région. Néanmoins, on observe de façon générale des disparités similaires chez les Naskapis pour les problématiques soulevées.

TABLEAU 1
INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS DU NUNAVIK
ET DES TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES PAR RAPPORT
À LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION DU QUÉBEC

INDICATEURS		NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	QUÉBEC
Espérance de vie à la naissance, 2009 à 2011 ¹	Hommes	65,1	74,4	79,2
	Femmes	71,6	77,9	83,6
	Total	68,1	76,5	81,5
Indice synthétique de fécondité, 2009 à 2011 ¹		3,14	2,95	1,71
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) par 1 000 naissances vivantes, 2009 à 2011 ¹		21,5 *	12,0 *	4,6
Proportion de la population âgée de 25 à 64 ans sans diplôme, 2006 ²		49,5% ^a	46,0%	17,1%
Proportion de fumeurs, 15 ans et plus, 2003 (Nunavik), 12 ans et plus, 2004 (Terres-Cries-de-la-Baie-James), 12 ans et plus, 2009-2010 (Québec) ³		76,5%	45,6%	22,9%
Fréquence de consommation élevée d'alcool, 15 ans et plus, 2003 (Nunavik), 12 ans et plus, 2004 (Terres-Cries-de-la-Baie-James), 2009-2010 (Québec) ³		67,5%	53,9%	18,2%
Taux de prévalence du diabète, 15 à 74 ans, 2004 (Nunavik), 20 ans et plus, 2003 (Terres-Cries-de-la-Baie-James), 2009-2010 (Québec) ⁴	Bruts	4,8%	21,8%	8,3%
	Ajustés / Qc 2001	ND	28,4%	7,6%
Taux de mortalité par suicide par 100 000 personnes, 2009-2011 ¹	Bruts	111,3	22,9 *	14,3
	Ajustés / Qc 2011	85,0	18,7 *	14,3
Taux d'incidence de cas déclarés de <i>Chlamydia trachomatis</i> par 100 000 personnes, 2013 ⁵		4 225,6	1 886,5	275,7
Taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique par 100 000 personnes, 2013 ⁵		2 365,0	267,8	32,8
Taux de faible revenu des familles, 2011 (Québec 2012) ⁴		19,2%	24,2%	8,3%
Proportion de logements privés occupés nécessitant des réparations majeures, 2006 ⁴		39,3% ^a	31,7%	7,7%
Proportion de ménages privés avec plus d'une personne par pièce, 2006 ⁴		32,5% ^a	16,7%	1,0%
Rapport de dépendance démographique, 2014 (0-19 et 65+ / 20-64) ⁴		0,86	0,83	0,61

* Coefficient de variation supérieur à 16,66% et inférieur ou égal à 33,33%. La valeur doit être interprétée avec prudence.

^a Données pour la population autochtone d'Aupaluk et Tasiujaq non disponibles (3,9% de la population totale); taux calculés sur l'ensemble des autres communautés du Nunavik.

Sources:

- 1 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 15 et le 28 juillet 2015.
- 2 Statistique Canada, Recensement 2006.
- 3 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *La santé de la population des communautés du territoire du Plan Nord* [Présentation PowerPoint]. Québec, Gouvernement du Québec, 32 p. [Document interne].
- 4 Directions de santé publique du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.
- 5 Institut national de santé publique du Québec (2014). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Année 2013 (et projections 2014)*. Québec, INSPQ, 95 p.

Note: Les données pour une même année de référence et pour les mêmes groupes d'âge ne sont pas disponibles pour les deux régions et l'ensemble du Québec pour la proportion de fumeurs, la fréquence de consommation élevée d'alcool et la prévalence du diabète. Ces données sont présentées à titre indicatif; elles doivent être interprétées avec prudence et ne peuvent pas être comparées entre elles.

1.2.11 LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : UN ENJEU FONDAMENTAL EN SANTÉ PUBLIQUE

Les gains de santé ne profitent pas de la même manière à toute la population. De façon générale, plus une personne est pauvre, plus elle risque d'être malade et de mourir jeune, ce qui entraîne une espérance de vie inférieure à celle des personnes les plus favorisées. De surcroît, plus la durée de privation socioéconomique est longue, plus les dommages sur la santé s'avèrent importants.

Cet état de fait soulève de sérieuses préoccupations à l'égard des inégalités sociales de santé, qui constituent un enjeu complexe. Celles-ci découlent d'écart dans l'exposition ou la distribution de certains déterminants sociaux qui exercent une influence notable sur la santé (p. ex. : scolarité, revenu, accès à des soins, accès à une alimentation de qualité, sécurité, conditions de logement et de travail, exposition à des agents polluants dans l'environnement). Plus précisément, les inégalités sociales de santé découlent de circonstances ou de conditions dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent^{civ}. Ces circonstances ou conditions sont elles-mêmes influencées en amont par les contextes politique, social et économique, ainsi que par les systèmes de l'État (p. ex. : éducation, santé et services sociaux, soutien à l'emploi et solidarité sociale). Elles interagissent entre elles et se combinent tout au long du parcours de vie des personnes. De nombreux déterminants contribuent aux inégalités sociales. Leur cumul au sein d'un même groupe de personnes peut créer des écarts de santé considérables à tous les âges de la vie, de la naissance à la vieillesse avancée.

Il en est ainsi du statut socioéconomique, qui est associé à plusieurs problèmes de santé. Par exemple, le tabagisme, l'abus de substances psychoactives, la consommation moins fréquente d'aliments sains, la sédentarité et d'autres habitudes de vie ou comportements défavorables à la santé sont plus fréquents chez les populations dites défavorisées^{cv}. De plus, au Québec, 7,5% de la population vit dans un ménage qui a connu une forme d'insécurité alimentaire en 2011-2012^{cvi}. Outre les ressources des personnes, l'environnement joue aussi un rôle important : près de la moitié de la population québécoise vit dans des secteurs urbains ou ruraux offrant un faible accès géographique aux commerces d'alimentation, et environ 5% de la population habite des secteurs pouvant être considérés comme des déserts alimentaires, soit des zones qui procurent un faible accès à des commerces pouvant favoriser la saine alimentation et qui sont défavorisées sur le plan socioéconomique^{cvi}. Cette problématique est plus présente dans les régions éloignées, où l'accès à des commerces pouvant encourager une saine alimentation est plus faible. Enfin, les populations autochtones conventionnées et non conventionnées sont particulièrement touchées par l'enjeu des inégalités sociales de santé, comme le démontrent les écarts mis en exergue précédemment pour plusieurs problèmes sociaux et de santé, en comparaison avec l'ensemble de la population du Québec.

En ce qui concerne la mortalité, les inégalités sociales de santé laissent voir des écarts importants entre les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées, de même qu'entre les hommes et les femmes (voir la figure 3).

Or, les inégalités sociales de santé résultent de déterminants de la santé sur lesquels il est possible d'agir. De fait, on peut réduire les écarts dans l'exposition ou la distribution de ceux-ci, notamment au moyen de politiques publiques. Celles-ci peuvent rééquilibrer la répartition des déterminants au profit des personnes ou des populations désavantagées et réduire les iniquités de santé entre les mieux nantis et les plus pauvres. Il importe de souligner que les inégalités sociales de santé touchent l'ensemble de la société, en raison de leur impact sur la prospérité et le bien-être collectif.

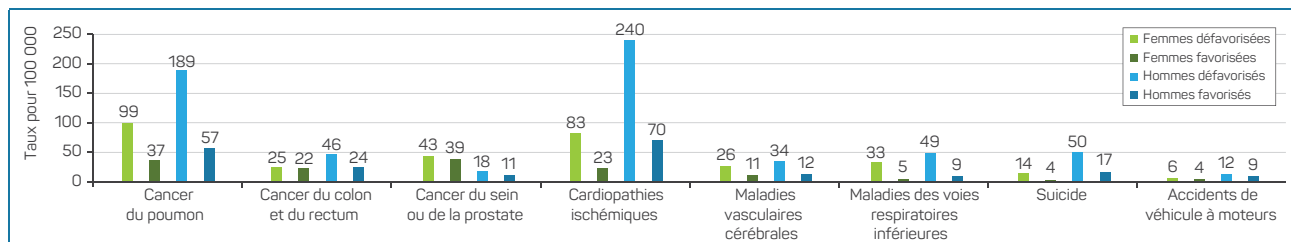
INÉGALITÉS SOCIALES ET ÉCARTS DE SANTÉ

Les inégalités sociales produisent des écarts inévitables entre les hommes et les femmes, les groupes socioéconomiques ou les territoires, qui se déclinent sur un continuum, allant de la position la plus défavorisée jusqu'à la plus favorisée sur les plans matériel et social.

Ainsi, plus les individus sont désavantagés sur ces plans, plus ils le sont au chapitre de la santé. Ces différences ne s'expriment pas uniquement chez les personnes les plus défavorisées ; elles sont également perceptibles entre les classes plus riches de la société et la classe moyenne, par exemple.

(INSPQ, 2012)

FIGURE 3
TAUX¹ DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE CHEZ LES PERSONNES
LES PLUS DÉFAVORISÉES ET LES PLUS FAVORISÉES SUR LES PLANS
MATÉRIEL ET SOCIAL, SELON LE SEXE, QUÉBEC, 1999-2003



1. Taux ajusté selon l'âge et le milieu géographique chez les femmes et les hommes les plus favorisés et défavorisés sur les plans matériel et social (quintiles 1 et 1, quintiles 5 et 5).

Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé, graphique fait à partir des données de Pampalon, R. et collab. (2008). *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?* Québec, INSPQ, p. 18 et 19.

1.2.12 EN BREF : LES PROBLÈMES DE SANTÉ ÉVITABLES PRIORITAIRES

À la lumière des constats tirés de l'état de santé de la population se dégagent quatre grandes catégories de problèmes de santé prioritaires qui peuvent être évités et auxquels répond le PNSP par son offre de services.

- Les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale
- Les maladies chroniques et les traumatismes non intentionnels
- Les maladies infectieuses
- Les menaces⁷ pour la santé de la population

Les enjeux liés au contexte démographique, aux changements climatiques et, plus globalement, aux inégalités sociales de santé, sont également considérés dans l'offre de services.

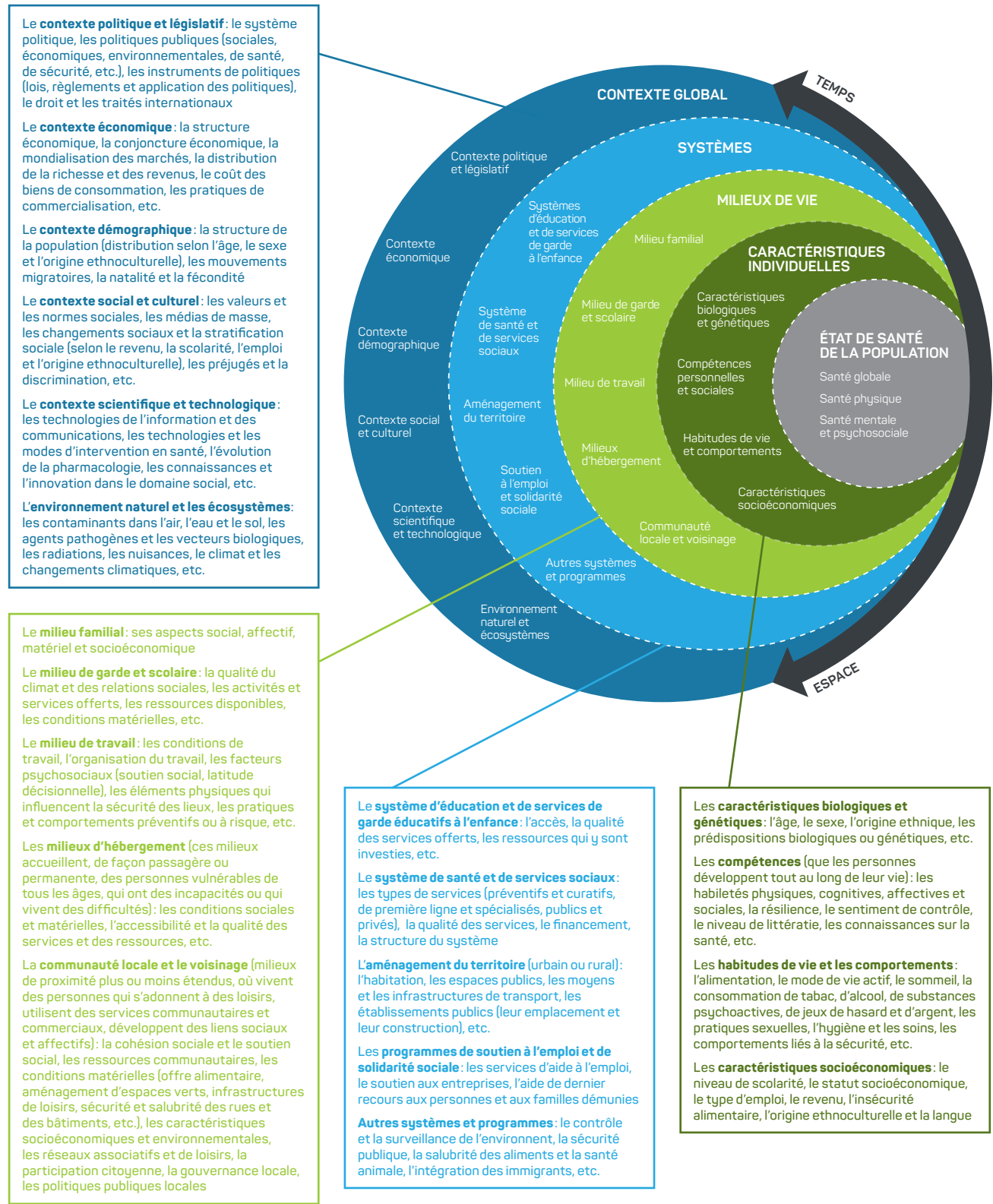
1.3 POUR AGIR SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ ÉVITABLES PRIORITAIRES

La santé d'une personne est influencée par un ensemble de déterminants qui sont en interaction constante et qui se rapportent à quatre grands champs, soit ses caractéristiques individuelles, les milieux de vie dans lesquels elle évolue au quotidien et, plus largement, les grands systèmes administrés par l'État et ses partenaires et le contexte global qui influence la vie en société (voir le schéma 1). Les déterminants de la santé peuvent également être à l'origine d'une maladie, d'un problème psychosocial ou d'un traumatisme; on fait alors référence à des facteurs de risque. À l'inverse, les facteurs de protection exercent une influence positive sur la santé de la personne et favorisent un développement global harmonieux.

Pour maintenir et améliorer la santé de la population, on peut agir par différents moyens sur la majeure partie des déterminants de la santé. Leur modification représente néanmoins un défi important, considérant la complexité des liens qui les unissent, leur évolution constante dans le temps et dans l'espace, de même que la diversité des leviers d'action à mettre à profit ou à influencer, au sein du secteur de la santé et des services sociaux, de même que dans d'autres secteurs d'activité. Ces secteurs sont, à titre d'exemple, la famille, l'éducation, la solidarité sociale, le travail, la sécurité publique, le bioalimentaire, l'aménagement du territoire, les transports, l'environnement, de même que le développement économique.

7 Une menace pour la santé de la population correspond à la présence, au sein de celle-ci, d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie ou d'autres urgences sanitaires si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

SCHÉMA 1 CARTE DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



La complexité des liens de causalité entre les déterminants et les problèmes de santé exige que soient réalisées des actions à de multiples niveaux et dans différentes sphères d'activité. La combinaison d'interventions individuelles et collectives permet également de maximiser les gains de santé. Ainsi, il est reconnu que les interventions visant les habitudes et les comportements individuels sont plus efficaces lorsqu'elles font partie d'une stratégie globale d'intervention, qui cible également des déterminants associés aux milieux de vie et aux systèmes de l'État. Enfin, considérant que la réduction des écarts de santé dans la population est garante d'une meilleure santé globale, il importe d'agir efficacement sur les déterminants qui influencent plus en amont les conditions de vie des personnes, dès la petite enfance et tout au long de la vie. L'effet cumulé des efforts conjoints de différents acteurs s'avère aussi déterminant pour réduire les inégalités sociales de santé et ainsi améliorer de façon globale la santé de la population.

LE CADRE D'ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE

2.1 UN CADRE LÉGAL HABILITANT LES ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Le PNSP prend assise sur un cadre légal déterminé principalement par la Loi sur la santé publique (LSP), la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST). Ce cadre légal fournit les assises et les balises essentielles à l'exercice des fonctions de santé publique. Celles-ci ont été confirmées par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015. Elles énoncent les grands buts au regard de la santé de la population et de ses déterminants, de même que les obligations et les pouvoirs des autorités de santé publique des différents paliers.

En matière de planification sociosanitaire, la LSP prévoit que le ministre de la Santé et des Services sociaux élabore un PNSP qui encadre les activités de santé publique des différents paliers. Il en assure la coordination nationale et interrégionale, évalue ses résultats et le met à jour sur une base régulière. Pour chaque région sociosanitaire, un directeur de santé publique est responsable de concevoir un plan d'action régional de santé publique, de le mettre en œuvre, de l'évaluer et de le mettre à jour régulièrement, et ce, en concertation notamment avec le ou les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)/centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la région ou autres établissements⁸ qui ont la responsabilité d'offrir les services de santé publique. Ce plan doit être conforme aux prescriptions du PNSP et tenir compte des spécificités de la population de la région.

Il importe que la planification des services de santé publique soit bien ancrée dans celle de l'ensemble des services du réseau, afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des interventions, de même que l'intégration de la prévention aux services de santé et aux services sociaux. Pour ce faire, des arrimages doivent être effectués, d'une part, au palier national entre le PNSP et les autres programmes du MSSS. D'autre part, les plans d'action régionaux de santé publique doivent être partie intégrante de la planification des services des CISSS/CIUSSS. Pour effectuer des liens interprogrammes efficaces et assurer une intégration optimale de la prévention aux services offerts, les acteurs de santé publique travaillent en collaboration avec ceux du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, chacun à son palier respectif.

8 Ces autres établissements ne sont pas visés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Au 1^{er} avril 2015, il s'agit du CLSC Naskapi (région de la Côte-Nord), du Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James (région du Nord-du-Québec), du Centre de santé Innulitsivik (région du Nunavik), du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (région du Nunavik) et du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (région des Terres-Cries-de-la-Baie-James). Pour faciliter la lecture du PNSP, ces établissements ne sont pas nommés explicitement chaque fois qu'on y fait référence; ils sont considérés inclus dans l'appellation CISSS/CIUSSS.

QU'EST-CE QU'UNE POLITIQUE PUBLIQUE ?

La notion de politiques publiques est comprise, dans son sens large, comme étant les décisions d'une autorité quant aux objectifs à poursuivre et aux moyens d'action à prendre à l'égard d'une situation donnée, que ces décisions soient exprimées dans un document officiel (p. ex. : énoncé de politique) ou non (politique implicite).

Plusieurs instruments sont couramment utilisés dans le champ des politiques publiques, par exemple les lois et les règlements, un régime public d'assurance collective, des mesures fiscales, un programme d'aide financière ou un programme de services.

(INSPQ, 2008 ; Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [CCNPPS], 2010)

QU'EST-CE QUE L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ ?

Il s'agit d'une démarche d'évaluation prospective des répercussions positives et des risques potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population et 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 leurs effets négatifs et maximiser leurs effets positifs sur la santé de la population.

L'évaluation d'impact sur la santé constitue un moyen concret et reconnu de contribuer à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé.

La LSP confère également aux autorités de santé publique des pouvoirs d'intervention auprès d'individus, de groupes ou de toute la population en cas de menaces pour la santé, qu'elles soient réelles ou appréhendées. Cette intervention dite « d'autorité » permet aux autorités de santé publique d'exiger de l'information qu'elles jugent nécessaire au déroulement d'une enquête épidémiologique et d'ordonner, selon leur palier, la mise en œuvre de mesures permettant de contrer ou de corriger une situation menaçante pour la santé de la population. De plus, les ministères, organismes gouvernementaux, municipalités locales, établissements de santé et de services sociaux et médecins ont l'obligation de signaler les menaces pour la santé de la population dont ils ont connaissance ou qu'ils soupçonnent, soit au directeur national de santé publique ou au directeur de santé publique de la région, selon le cas.

La CSST agit comme maître d'œuvre du régime québécois chargé d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs. Les activités de la santé publique dans ce domaine sont les actions préventives prioritaires déterminées par la CSST, en collaboration avec ses partenaires. À cet effet, une entente est conclue en vertu de la LSST entre le MSSS et la CSST en matière de santé et de sécurité au travail. Celle-ci implique, d'une part, que la CSST établisse les priorités d'intervention dans ce domaine et qu'elle traite toute question jugée prioritaire par le MSSS, et d'autre part, que le MSSS coordonne la mise en œuvre des programmes de santé au travail, qu'il collabore avec la CSST à l'analyse des données en santé et sécurité du travail et qu'il traite toute question considérée prioritaire par la CSST. De même, les acteurs de santé publique interviennent principalement en vertu d'un contrat confié par la CSST aux CISSS/CIUSSS. Dans certaines circonstances prévues à la LSP, ils peuvent également agir en vertu du mandat de protection de la santé de la population.

Par ailleurs, les autorités de santé publique peuvent contribuer à l'élaboration de politiques publiques menées par divers acteurs, dont les décisions ou les actions peuvent avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes. Au palier national, le ministre de la Santé et des Services sociaux a notamment le pouvoir, en tant que conseiller du gouvernement sur toute question de santé, de donner aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun afin de promouvoir la santé et l'adoption de politiques ayant le potentiel de favoriser une amélioration de l'état de santé de la population. Pour leur part, les ministères et les organismes publics ont l'obligation de le consulter au moment de l'élaboration de mesures prévues par les lois et les règlements qui pourraient avoir un impact notable, positif ou négatif, sur la santé de la population. La méthode privilégiée pour actualiser ces obligations légales est l'évaluation d'impact sur la santé.

À l'échelle régionale, le directeur de santé publique peut, lorsqu'une situation particulière présente des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus, interpellier formellement les autorités concernées pour participer à la recherche d'une solution.

Ces pouvoirs en matière de politiques publiques s'avèrent des leviers d'influence et d'intervention importants. Ils favorisent non seulement une meilleure prise en compte des enjeux de santé, le plus en amont possible dans les processus décisionnels, mais également une cohérence accrue des politiques en place à l'échelle gouvernementale.

Enfin, les autorités de santé publique ont des responsabilités particulières en matière d'information à la population. D'abord, le ministre, par l'intermédiaire du directeur national de santé publique, et les directeurs de santé publique des régions doivent, de façon concertée, produire et diffuser périodiquement des rapports portant sur l'état de santé de la population. Ces publications peuvent être l'occasion de diffuser des connaissances, d'éclairer le débat public et d'inciter la population et divers acteurs à agir au

regard de problématiques préoccupantes. Enfin, ils peuvent renseigner la population au moyen de campagnes d'information et de sensibilisation. Lorsqu'elles sont combinées à d'autres actions ou intégrées à des approches globales, ces activités peuvent favoriser non seulement l'acquisition de nouvelles connaissances, mais également la modification de comportements, d'attitudes, de croyances, de normes sociales et de valeurs. Cela peut aussi contribuer ultimement à l'émergence de politiques publiques davantage favorables à la santé.

En somme, les responsabilités qu'assument les autorités de santé publique, avec le concours de leurs équipes de travail, en font des agents de changement essentiels au développement socioculturel et économique. Ceux-ci soutiennent ainsi une action collective significative pour maintenir et améliorer la santé de la population. Leur impact ne serait pas le même sans les liens de collaboration avec leurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activité.

2.2 LES FONCTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE : AU CŒUR DE L'ACTION

Les fonctions essentielles de santé publique que sont la surveillance, la promotion, la prévention et la protection délimitent une grande partie des contours de l'action en santé publique et forment un tout cohérent et complémentaire nécessaire à l'amélioration globale de la santé de la population, en amont des problèmes et en réaction à ceux-ci (voir le tableau 2). Dans la pratique, les fonctions sont exercées de façon synergique et même parfois de manière intégrée, au moyen d'approches globales d'intervention qui incluent plusieurs services complémentaires.

TABLEAU 2
FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ PUBLIQUE

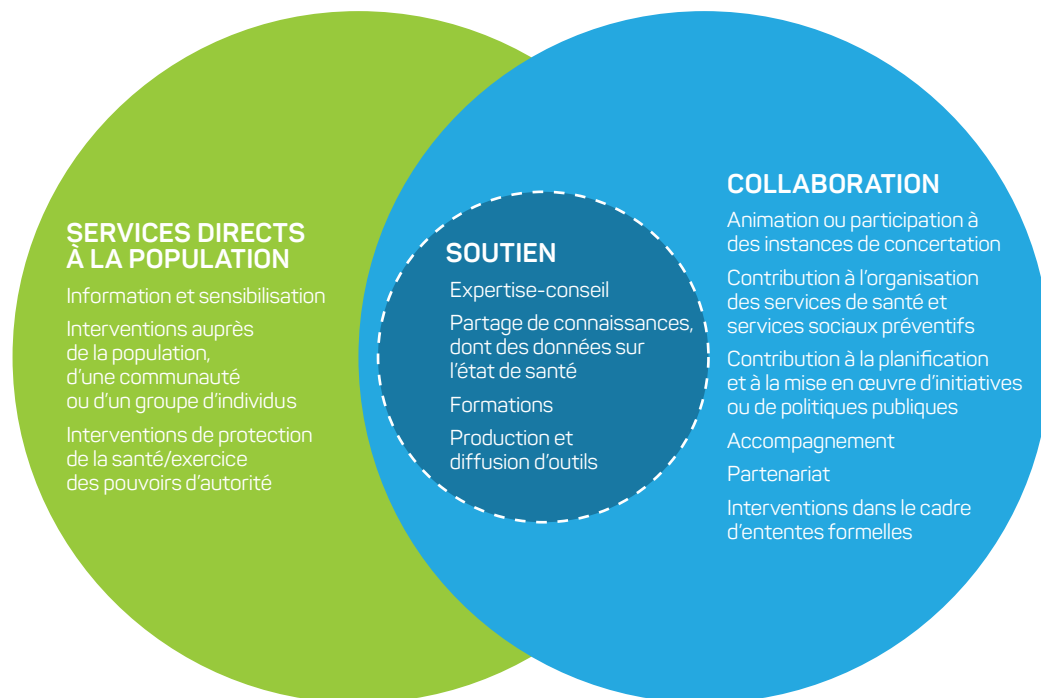
FONCTIONS	BUTS ET EXPLICATIONS
<p>SURVEILLANCE CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET DE SES DÉTERMINANTS</p>	<p>Éclairer la prise de décision dans le secteur de la santé et des services sociaux, ainsi que dans les autres secteurs d'activité qui agissent sur la santé, en répondant à des besoins d'information sur l'état de santé et de ses déterminants, de même qu'informer la population sur son état de santé.</p> <p>La surveillance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la réalisation d'un portrait global de l'état de santé de la population ; • l'observation des tendances et des variations temporelles et spatiales ; • la détection de problèmes en émergence ; • la reconnaissance de problèmes prioritaires ; • l'élaboration de scénarios prospectifs de l'état de santé de la population ; • le suivi de l'évolution, au sein de la population, de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants ; • la diffusion de l'information aux décideurs. <p>La surveillance apporte également :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un soutien en continu à l'exercice des fonctions de promotion, de prévention et de protection, par l'acquisition de données, la production, l'analyse et la diffusion d'une information pertinente et à jour sur l'état de santé et ses déterminants ; • un soutien à la planification et à l'organisation des services de santé et des services sociaux, dans une perspective populationnelle.

FONCTIONS	BUTS ET EXPLICATIONS
PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION	<p>Influencer positivement les déterminants de la santé, de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé, par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie.</p> <p>La promotion se caractérise notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'adoption d'une approche positive de la santé considérée dans toutes ses dimensions (physique, mentale et psychosociale), en cherchant à influencer à différents niveaux les facteurs qui y sont favorables ; • des actions qui mettent l'accent sur l'acquisition et le renforcement des habiletés personnelles et sur le développement d'environnements favorables à la santé (sur les plans physique, économique, politique et socioculturel), dont les milieux de vie, étant donné leur interaction constante ; • un travail de collaboration important avec des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de différents secteurs d'activité pour agir sur les déterminants de la santé, notamment par l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé ; • le soutien d'initiatives locales favorisant le développement de la capacité d'agir des communautés.
PRÉVENTION DES MALADIES, DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET DES TRAUMATISMES	<p>Agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes et leurs conséquences, ainsi que détecter tôt les signes hâtifs de problèmes (p. ex. : des maladies chroniques et infectieuses) pour contrer ces derniers, lorsque cela est pertinent.</p> <p>La prévention s'actualise par l'entremise de services de plusieurs types :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des services qui ciblent des personnes directement ou par l'intermédiaire de partenaires du secteur de la santé et des services sociaux ; • l'information et la sensibilisation de la population et des acteurs de différents secteurs d'activité sur les facteurs de risque de maladies, de problèmes psychosociaux et de traumatismes, ainsi que sur les actions préventives efficaces ; • des interventions visant à alerter les autorités concernées par une situation qui présente des risques de morbidité ou de mortalité évitables pour la population ou pour un groupe de personnes, de même qu'à participer à la recherche de la solution adéquate.
PROTECTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION	<p>Détecter tôt et évaluer les situations qui présentent des risques pour la santé attribuables à des agents biologiques, chimiques ou physiques, notamment par l'exercice d'une vigie continue, contrôler ces risques lorsqu'ils représentent une menace pour des individus, des groupes ou la population, ainsi que participer à la conception et à la mise en place de mesures d'urgence en collaboration avec divers partenaires.</p> <p>La protection joue deux rôles distincts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un rôle proactif qui se caractérise par la capacité d'anticiper des situations qui comportent des risques pour la santé, ainsi que des phénomènes en émergence et d'être vigilant à leur égard ; • un rôle réactif qui se résume, d'une part, à la capacité de détecter précocement les menaces et, d'autre part, au pouvoir d'intervenir rapidement pour les contrôler et à la capacité de mobiliser les ressources requises pour mettre en place, en temps opportun, les mesures nécessaires pour protéger la santé de la population.

2.3 DES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE DIVERSIFIÉS

Les acteurs de santé publique offrent une vaste gamme de services dans le but de maintenir et d'améliorer la santé de la population. Ces services sont à l'image de la diversité des problématiques qui les interpellent, des déterminants en cause et des leviers d'action et d'influence dont ils disposent. Ils sont de deux types : des services directs à la population et des services en soutien à d'autres acteurs ou en collaboration avec eux (voir le schéma 2).

SCHÉMA 2 TYPES DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

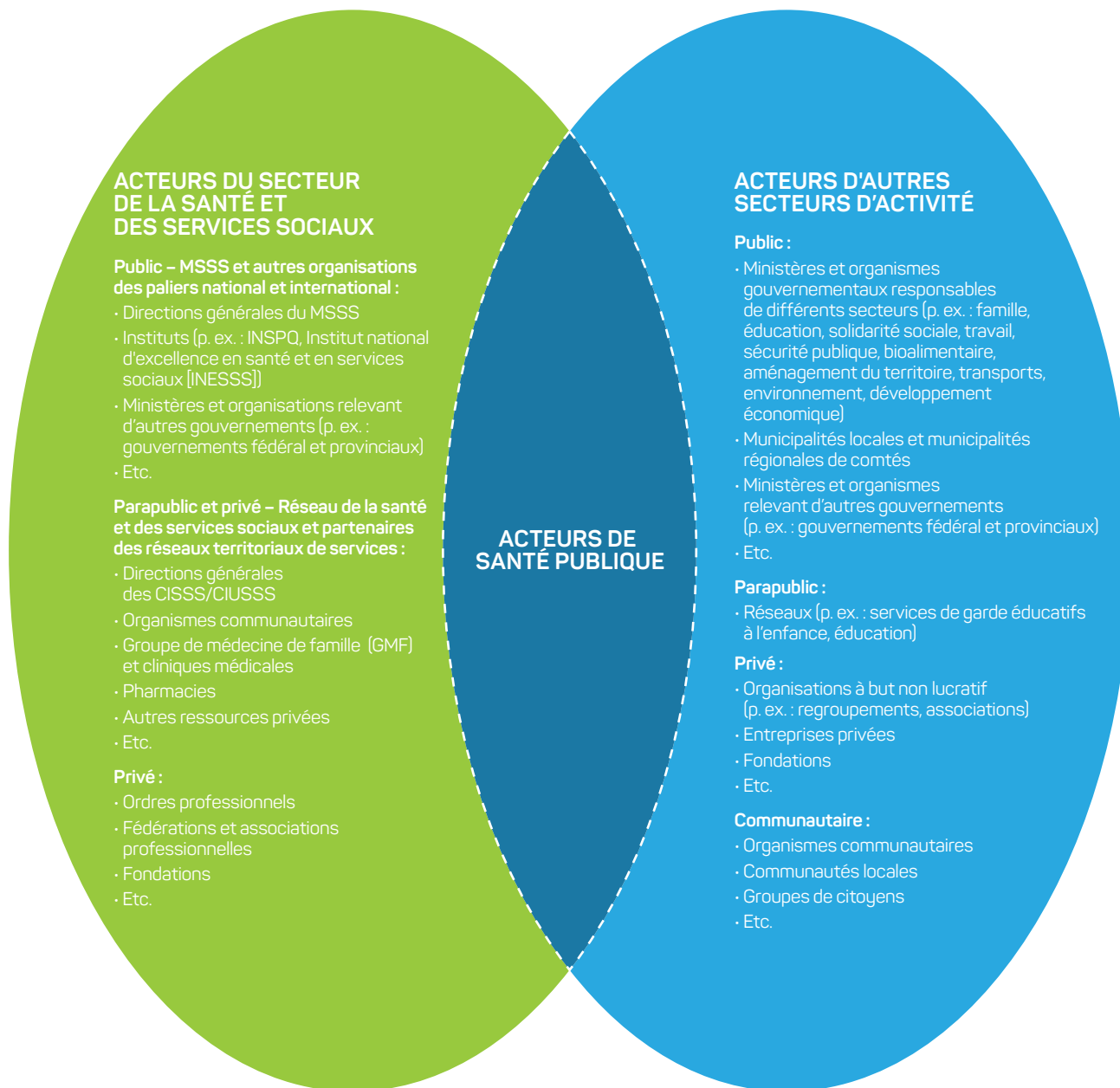


Les services directs à la population visent l'ensemble de la population ou des groupes d'individus qui présentent des déterminants communs à différents problèmes de santé évitables. Ce type de services est important en raison de sa portée populationnelle. Il comprend des interventions dont la responsabilité directe incombe aux acteurs de santé publique.

Par ailleurs, pour agir sur les déterminants dont certains leviers se situent davantage en dehors de leurs champs de pratique, les acteurs de santé publique déploient des services en soutien à des acteurs provenant du secteur de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs d'activité ou en collaboration avec ceux-ci. Les leviers dont disposent ces acteurs pour agir en faveur de la santé sont diversifiés et comprennent notamment des services directs à la population, la réalisation de projets de développement, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques et d'initiatives locales.

Par ailleurs, il importe de souligner que les acteurs de santé publique sont souvent en interaction avec d'autres acteurs provenant du secteur de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs d'activité, peu importe le type de service offert. Il s'agit d'une nécessité dans le contexte où des efforts conjoints doivent être menés pour agir sur des déterminants de la santé, pour lesquels les acteurs de santé publique ne détiennent pas l'ensemble des leviers. Ces partenaires peuvent être d'ordre public ou gouvernemental, parapublic, privé ou communautaire (voir le schéma 3).

SCHÉMA 3 PRINCIPAUX PARTENAIRES DES ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE



L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

3.1 LA STRUCTURE DE L'OFFRE DE SERVICES

Les contours de l'offre de services de santé publique sont définis par quatre axes d'intervention, auxquels se conjugue de façon transversale la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Chacun de ces axes fait référence à ce qui pourrait être décrit comme un grand champ de pratiques en santé publique.

La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants			
1. Le développement global des enfants et des jeunes	2. L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires	3. La prévention des maladies infectieuses	4. La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires

Cette structure de l'offre de services favorise la convergence des efforts pour agir de manière intégrée au regard de déterminants communs à différents problèmes de santé évitables prioritaires. Les services de l'axe transversal portant sur la surveillance de l'état de santé contribuent en amont et de façon continue au déploiement des services des quatre axes d'intervention. Par ailleurs, l'offre de services déterminée pour chaque axe d'intervention peut concourir à l'atteinte d'objectifs inscrits sous d'autres axes. Il importe donc de considérer l'offre de services dans son ensemble, comme un tout cohérent et complémentaire, et d'assurer les arrimages nécessaires entre les services des différents axes pour favoriser une amélioration globale de la santé de la population.

Enfin, les objectifs, de type tactique ou intermédiaire, indiquent le sens de l'action visé et le progrès souhaité en vue d'atteindre des objectifs à plus long terme (p. ex. : amélioration de l'état de santé, changement d'habitudes, modification de politiques publiques).

Les critères sur lesquels les services du PNSP ont été déterminés sont la **pertinence**, l'**efficacité**, la **faisabilité**, l'**acceptabilité** et l'**équité**.

3.2 LES AXES DE L'OFFRE DE SERVICES

AXE TRANSVERSAL – LA SURVEILLANCE

CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA

POPULATION ET DE SES DÉTERMINANTS

Ce premier axe se rapporte essentiellement à l'exercice de la fonction de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Il s'agit d'un processus continu et systématique d'appréciation de l'état de santé et de ses déterminants qui, rappelons-le, a globalement pour finalités d'éclairer la prise de décision dans le domaine sociosanitaire, ainsi que d'informer la population.

L'exercice de la surveillance au Québec s'appuie sur deux principaux leviers. D'abord, la LSP fournit les assises légales essentielles pour encadrer et légitimer l'action. Elle précise la finalité de la surveillance et définit les pouvoirs et les obligations en matière de conduite d'enquêtes sociosanitaires, de collecte de renseignements et de tenue de registres. L'infrastructure développée jusqu'à maintenant pour soutenir l'exercice de la fonction de surveillance constitue le second levier. Elle comprend, d'une part, un Plan national de surveillance qui précise les objets de surveillance, les renseignements requis, les sources de données, ainsi que les analyses envisagées et, d'autre part, une plate-forme technologique qui permet le traitement et la mise à jour continus des données. Cette plate-forme tient lieu d'outil collectif pour les acteurs de surveillance afin qu'ils aient accès aux données et aux analyses. Elle favorise également l'harmonisation des pratiques.

Le dispositif de surveillance comprend quatre activités qui agissent de manière interactive :

- l'alimentation en données ;
- la production de l'information (incluant l'analyse et l'interprétation) ;
- la diffusion de l'information adaptée aux besoins des différents utilisateurs ;
- le soutien à la prise de décision.

L'alimentation en données, qui permet de cibler les besoins et d'assurer l'accès aux sources de données requises, constitue une condition essentielle à la production de l'information. Elle vise à dresser l'état de santé de la population et de ses déterminants, à déterminer les tendances, les variations et les priorités d'action, à détecter les problèmes en émergence, à établir des scénarios prospectifs, de même qu'à suivre des problèmes précis. Par ailleurs, il est nécessaire d'assurer un suivi systématique de l'impact sur la santé de l'évolution des grands enjeux transversaux actuels, dont le contexte démographique et les changements climatiques. Les inégalités sociales de santé requièrent également une surveillance de l'évolution des écarts de santé au sein de la population.

Pour atteindre les buts recherchés en matière d'information et de soutien à la prise de décision, il importe d'assurer une diffusion efficace des productions auprès des différents publics cibles, en temps opportun. À ce titre, l'information doit se traduire par un contenu adapté aux besoins des utilisateurs, vulgarisé et de formats variés. Il en est de même pour le soutien nécessaire à une utilisation optimale de l'information, qui se traduit par un accompagnement afin de favoriser le transfert des connaissances et l'appropriation. Enfin, dans le but de joindre un plus large public, une amélioration de l'accès à l'information de surveillance est prévue.

En somme, l'offre de services sous cet axe s'articule essentiellement autour de la production d'une information utile pour connaître l'ampleur et l'évolution d'un ensemble de problématiques de santé et de leurs déterminants, de la diffusion de cette information et du soutien à son utilisation dans différents contextes. En effet, cette information se révèle précieuse pour soutenir la prise de décision, la planification et le déploiement des services de santé publique, ainsi que des services curatifs et de réadaptation. De plus, cette information contribue au soutien et à la mobilisation d'acteurs provenant de différents secteurs d'activité, pouvant influencer des déterminants de la santé de la population.

OBJECTIFS

- Produire de l'information pertinente et de qualité sur l'état de santé de la population et de ses déterminants
- Diffuser en temps opportun l'information adaptée aux différents utilisateurs
- Soutenir l'utilisation de l'information dans une perspective populationnelle

SERVICES

- S-1 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, ainsi que de l'impact du contexte démographique et des changements climatiques sur la santé
- S-2 Analyse et interprétation appropriées et stratégiques de l'information
- S-3 Détection de phénomènes émergents et, le cas échéant, interpellation des acteurs concernés
- S-4 Diffusion de produits de surveillance adaptés, dans leur forme et leur contenu, aux besoins des utilisateurs sur des sujets déterminés à partir des besoins sociosanitaires prioritaires
- S-5 Soutien à la prise de décision par l'accompagnement des 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

AXE D'INTERVENTION 1 – LE DÉVELOPPEMENT

GLOBAL DES ENFANTS ET DES JEUNES

C'est par des **approches globales et concertées, comme l'approche École en santé**, que des interventions sont effectuées notamment pour prévenir les problèmes d'adaptation sociale, faciliter les transitions, favoriser le sentiment de sécurité et promouvoir des comportements exempts de violence et prévenir les comportements à risque. Par leurs actions intégrées, ces approches contribuent à développer les compétences des enfants et des jeunes et à rendre leurs milieux de vie (p. ex. : l'école, la famille et la communauté) sains, bienveillants et sécuritaires, en favorisant notamment :

- l'exercice de choix responsables en matière d'habitudes de vie et de comportements ;
- les transitions et la conciliation travail/études/vie personnelle ;
 - le sentiment de sécurité, l'appartenance, ainsi que l'engagement des jeunes ;
- les relations harmonieuses et égalitaires.

La santé des jeunes enfants est intimement liée à celle de leur mère, dès le début de la grossesse, et, plus largement, au bien-être de leur famille. Il importe donc d'agir sur plusieurs plans, le plus tôt possible, pour favoriser leur développement. Ainsi, certains services de santé publique visent des déterminants particuliers, comme une alimentation de qualité en période prénatale et postnatale pour les familles défavorisées, l'allaitement, ainsi que les pratiques parentales (pour améliorer les compétences des familles notamment au regard du développement des enfants, des saines habitudes de vie et des comportements sains et sécuritaires). D'autres services s'inscrivent dans une approche d'intervention globale et intégrée abordant un ensemble de déterminants du développement et de l'adaptation sociale des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Enfin, des interventions menées en soutien ou en collaboration avec des partenaires de la communauté et des services de garde éducatifs à l'enfance aident, en particulier, à la création d'environnements favorables au développement des jeunes enfants.

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 jeunes d'âge scolaire, de manière à développer et à mettre à profit leur plein potentiel. Dès l'entrée à la maternelle, et ce, jusqu'au début de l'âge adulte, ces derniers connaissent des changements importants sur les plans physique, émotionnel, cognitif et social. Ils 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, par exemple le passage à l'adolescence, les changements de niveau scolaire, les relations d'intimité et l'entrée sur le marché du travail. Pour les aider dans ces périodes charnières de leur vie, riche d'apprentissages divers, un ensemble d'actions intégrées est déployé en collaboration avec les milieux scolaires et d'enseignement. Ces actions visent à la fois à soutenir le développement des compétences personnelles et sociales, l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires chez les enfants et les jeunes, ainsi qu'à mettre en place des ressources favorisant leur réussite éducative, leur santé et leur bien-être dans leurs milieux de vie. En agissant tôt dans le parcours de vie des personnes, on parvient à influencer différents aspects de la santé et à réduire les écarts liés aux inégalités sociales de santé.

Les services de santé publique en matière de développement des enfants et des jeunes s'inscrivent dans une perspective d'intervention concertée et systémique. Ils constituent un ensemble cohérent d'actions ciblant la santé physique et mentale, ainsi que les compétences des enfants, des jeunes, des familles et du réseau social. Les services visent aussi à agir sur des déterminants associés à leurs milieux de vie, en particulier les services de garde éducatifs à l'enfance, les milieux scolaires et d'enseignement, ainsi que les communautés. Ces services sont complémentaires à ceux des autres axes, plus particulièrement au regard de la santé mentale. Par exemple, les milieux scolaires promoteurs de santé et de bien-être sont reconnus comme des approches privilégiées pour promouvoir une bonne santé mentale.

Les services de santé publique tiennent également compte du fait que la famille joue un rôle prépondérant dans le développement des enfants et des jeunes, d'où l'importance de soutenir les familles dans leur rôle parental et de

veiller à ce que leurs conditions de vie leur permettent de répondre aux besoins de leurs enfants. Étant donné les effets considérables de la pauvreté sur la santé et le développement global des personnes, en particulier au cours des premières années de vie, certains services ciblent spécifiquement les enfants, les jeunes et les familles vulnérables sur le plan socioéconomique.

OBJECTIFS

- Promouvoir, par des approches intégrées, la création de milieux de vie stimulants et bienveillants pour les enfants et les jeunes, y compris en matière de santé mentale et sexuelle
- Prévenir l'apparition des problèmes d'adaptation sociale et leurs conséquences
- Prévenir l'apparition de problèmes de santé buccodentaire

SERVICES

- 1.1 Services de soutien aux pratiques parentales, dès la grossesse, incluant :
 - l'information et la sensibilisation de la population
 - la formation destinée aux parents
- 1.2 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, incluant :
 - l'accompagnement des familles
 - le soutien à la création d'environnements favorables à la santé
- 1.3 Services de nutrition prénatals et postnatals pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité
- 1.4 Soutien à la mise en œuvre d'interventions favorisant l'allaitement dans les établissements de santé et de services sociaux et dans les milieux de vie (Initiative des amis des bébés)
- 1.5 Élaboration des orientations nationales en matière de programme de dépistage et de dépistage opportuniste^{9, 10} ciblant les enfants nés ou à naître et les jeunes :
 - l'analyse de la pertinence
 - les cadres de référence
 - l'information et les outils d'aide à la prise de décision
 - l'évaluation et la reddition de comptes
- 1.6 Soutien à l'intégration de la prévention¹¹ dans les pratiques des professionnels de la santé

La **pauvreté** exerce une influence considérable sur la santé des enfants et des jeunes. Ceux issus de familles défavorisées sur le plan socioéconomique sont proportionnellement plus nombreux à ne pas déjeuner, à être sédentaires, à fumer, à consommer de l'alcool et de la drogue, ainsi qu'à avoir une faible estime d'eux-mêmes.

9 Un « programme de dépistage » est une politique publique nationale visant à offrir des services à l'ensemble des membres d'une population ciblée, selon des paramètres décrits dans un cadre de référence. Dans le cadre d'un « dépistage opportuniste », les cliniciens professionnels de la santé prescrivent un test de dépistage selon les lignes directrices ou les guides de pratique reconnus.

10 En vertu de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec, les activités de dépistage peuvent être offertes par des infirmières dans le cadre d'activités découlant de l'application de la LSP, par exemple le dépistage sanguin et urinaire chez les nouveau-nés.

SERVICES

- 1.7 Services dentaires préventifs adaptés en milieu scolaire auprès des enfants à risque de carie dentaire :
- suivis dentaires préventifs individualisés
 - application d'agents de scellement
- 1.8 Collaboration avec les partenaires des services de garde éducatifs à l'enfance pour la planification et la mise en œuvre d'interventions de promotion et de prévention visant le développement global des enfants, particulièrement en contexte de vulnérabilité, et portant sur :
- les compétences personnelles et sociales
 - les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires
- 1.9 Collaboration avec les partenaires de la communauté dans le cadre du déploiement d'initiatives visant la création d'environnements favorables au développement des jeunes enfants (0-5 ans)
- 1.10 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de services de type cliniques jeunesse¹² pour les jeunes et leur famille, notamment en matière de :
- saines habitudes de vie et comportements sains et sécuritaires, particulièrement au regard de la santé sexuelle
 - santé mentale et psychosociale
- 1.11 Collaboration dans le cadre d'une entente formelle¹³ avec le réseau de l'éducation pour la planification conjointe et la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention (approche École en santé) incluant :
- un volet individuel visant le développement des compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes, ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires
 - un volet milieu visant la création d'environnements favorables à la santé et à la réussite éducative des enfants et des jeunes
- 1.12 Collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes liées notamment :
- aux conditions de vie des familles
 - à l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance
 - à la réussite éducative

11 Les services de soutien à l'intégration de la prévention sont avant tout déployés auprès d'organisations et d'instances qui sont en lien plus direct avec les professionnels de la santé (ou milieux cliniques) et qui ont une influence importante auprès d'eux quant à l'adoption des meilleures pratiques de prévention, comme l'INSPQ, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et les ordres professionnels. Ces services concernent principalement les interventions préventives en matière d'immunisation, de counseling, de dépistage et de chimioprophylaxie.

12 Ces services peuvent être mis en œuvre dans divers milieux (p. ex. : établissements du réseau de la santé et des services sociaux, milieux scolaires et d'enseignement, organismes communautaires, cliniques médicales) et nécessitent la mise en place de corridors de services formels vers les ressources appropriées. En contexte scolaire, il est souhaitable que ces services soient déployés dans le cadre de l'approche École en santé.

13 Au 1^{er} avril 2015, cette entente couvre les niveaux d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire. Le volet « promotion et prévention » est couvert par l'approche École en santé. Par ailleurs, il est souhaitable que des services de santé publique en prévention et en promotion soient aussi déployés dans les établissements d'enseignement postsecondaires, selon les principes de l'approche École en santé.

AXE D'INTERVENTION 2 – L'ADOPTION

DE MODES DE VIE ET LA CRÉATION

D'ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES

Les services de santé publique visant l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires touchent l'ensemble de la population. Ils permettent d'agir, de façon intégrée, en amont de plusieurs problèmes de santé évitables, tels les maladies chroniques, les problèmes liés au poids, les problèmes de santé buccodentaire, les traumatismes non intentionnels, des problèmes associés à l'environnement physique ou aux milieux de travail, ainsi que certains problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale, incluant la violence sous toutes ses formes.

Les modes de vie des individus, comprenant leurs habitudes de vie, leurs comportements, leurs relations sociales et leur qualité de vie, sont influencés par les environnements dans lesquels ils évoluent. On entend par environnements sains et sécuritaires des environnements physique, économique, politique et socioculturel qui présentent des caractéristiques propices à la santé physique, mentale et psychosociale et qui rendent les choix favorables à la santé plus faciles et plus accessibles.

Il est maintenant reconnu qu'une combinaison d'approches, à la fois individuelles et environnementales, contribue à renforcer la capacité des personnes d'agir sur leur santé. Les leviers d'action par lesquels il est possible d'atteindre les différents groupes de la population et milieux de vie sont variés et peuvent avoir un impact simultané sur plus d'un déterminant. Or, plusieurs de ces leviers se trouvent sous la responsabilité d'autres acteurs du secteur de la santé et des services sociaux ou d'autres secteurs d'activité. En effet, les principaux milieux de vie ciblés par les services de santé publique sont les services de garde éducatifs à l'enfance, les milieux scolaires et d'enseignement, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les établissements de détention provinciaux, les milieux de travail, les milieux municipaux et les communautés, en particulier celles qui sont défavorisées sur le plan socioéconomique ou mal desservies sur le plan de certains services et de certaines ressources. Considérant que les milieux de vie sont des environnements sociaux étroitement liés aux modes de vie des individus, il importe de les soutenir pour les rendre plus sains et sécuritaires, et ce, avec la collaboration de divers partenaires.

Sur le plan des saines habitudes de vie, les services de cet axe ont plusieurs visées :

- l'acquisition de connaissances et de compétences en matière de saine alimentation¹⁴, de mode de vie physiquement actif¹⁵ et sécuritaire, ainsi que d'hygiène dentaire ;
- l'amélioration de l'accès physique et économique à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif, ainsi que la bonification de la qualité de l'offre alimentaire ;

14 Les interventions en matière de saine alimentation incluent la consommation d'eau potable, ainsi que la saine gestion du poids et de l'image corporelle, en lien également avec le mode de vie physiquement actif. À cet égard, l'approche du nouveau paradigme sur le poids vise une amélioration de la santé par l'arrêt du recours aux diètes, l'acceptation de soi et l'adoption de saines habitudes de vie sans miser sur la perte de poids.

15 Un mode de vie physiquement actif intègre la pratique de diverses activités physiques de fréquence, de durée et d'intensité variables. Ces activités peuvent être les déplacements actifs (p. ex. : marche, vélo), la pratique de sports et de loisirs actifs.

- l'aménagement d'infrastructures sécuritaires en matière de déplacements actifs (p. ex.: réseaux cyclables), de sports et de loisirs;
- la prévention de l'initiation à l'usage du tabac, la cessation tabagique et la prévention de l'exposition de la population à la fumée du tabac dans l'environnement.

En ce qui a trait aux comportements sains et sécuritaires et à la prévention des problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale, les services de santé publique visent :

- le développement et le maintien de relations personnelles et sociales harmonieuses, respectueuses et égalitaires, exemptes de violence, de contrainte ou de discrimination, incluant la sexualité;
- des choix éclairés en matière de consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, ainsi que dans la pratique de jeux de hasard et d'argent;
- la prévention du suicide.

La qualité et la sécurité de l'environnement physique font notamment référence au bruit environnemental, à la qualité de l'eau potable et récréative, de l'air intérieur et extérieur, à l'usage de pesticides, à la salubrité et à la sécurité des logements et des bâtiments publics, à la cohabitation des usages du territoire et à l'adaptation aux changements climatiques.

Par ailleurs, la qualité de vie et la sécurité dans les milieux de vie constituent des dimensions importantes sur lesquelles les acteurs de santé publique peuvent agir, sur plusieurs plans et par différents moyens. En plus d'offrir des services touchant les habitudes de vie et les comportements, ils soutiennent les différents acteurs concernés pour favoriser le développement des communautés et renforcer leur capacité d'agir à l'égard de leurs conditions de vie et de la qualité de leur environnement. Les conditions de vie sont liées notamment à l'accessibilité au logement, à l'accès à une alimentation de qualité (en référence à la problématique de l'insécurité alimentaire), au revenu, à l'emploi, à la scolarisation et à la solidarité sociale. Elles exercent également une influence sur le plan de l'inclusion sociale des personnes et de groupes de la population.

En complément, d'autres interventions visent à promouvoir et à soutenir le développement de politiques publiques favorables à la santé, notamment en matière de :

- vieillissement de la population en santé;
- conditions de vie;
- qualité et sécurité de l'environnement physique;
- sécurité dans les transports;
- sécurité à domicile et dans les milieux d'hébergement;
- fluoruration de l'eau potable¹⁶.

Les interventions des acteurs de santé publique au regard de l'environnement physique ont beaucoup évolué au cours des dernières années, passant d'une approche principalement toxicologique et épidémiologique à une démarche multidisciplinaire et intersectorielle qui intègre une vision large de l'impact de ce déterminant sur la santé. Cette approche, qui contribue à prévenir¹⁷ des problèmes de santé liés à la présence de risques et de nuisances¹⁸ dans les milieux naturels et bâtis, s'inscrit en cohérence avec de nouveaux paradigmes d'intervention, notamment en matière de développement durable et d'adaptation aux changements climatiques. Afin de conférer aux individus, aux communautés et à différents groupes de la population les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et de l'améliorer, les acteurs de santé publique agissent également plus en amont des problèmes, dans une perspective de promotion de la santé, entre autres par diverses activités d'information et de sensibilisation sur les risques associés à l'environnement physique.

¹⁶ La fluoruration de l'eau potable est une mesure reconnue mondialement, éprouvée et rentable afin de prévenir la carie dentaire. Or, elle est peu répandue dans les municipalités locales au Québec.

¹⁷ Cette approche est complémentaire aux services offerts sous l'axe 4 portant sur la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

¹⁸ Une nuisance se définit comme un effet indésirable possible sur le bien-être ou un effet indirect sur la santé physique à la suite de l'exposition à un facteur du type odeur, bruit, poux, punaises de lit, etc.

En outre, les acteurs de santé publique reçoivent un nombre croissant de demandes d'information et de soutien de la part de la population et d'acteurs d'autres secteurs, de plus en plus sensibilisés aux risques pour la santé liés à leur environnement physique. Une attention particulière est également portée à certaines populations plus susceptibles de subir des effets graves sur la santé attribuables au cumul d'expositions à des risques environnementaux. Ces populations vulnérables sont notamment les jeunes enfants, les personnes dont le système immunitaire est affaibli, les femmes enceintes, les personnes atteintes de problèmes respiratoires ou cardiaques, de santé mentale, d'allergies ou d'asthme, de même que les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique.

Ainsi, une action efficace pour favoriser des environnements naturels et bâtis et un aménagement du territoire sain et sécuritaire doit comprendre plusieurs volets, allant de la promotion à la protection, et s'inscrire en synergie avec les interventions des acteurs des autres secteurs d'activité concernés.

Les acteurs de santé publique, conformément aux mandats légaux que leur confèrent la LSST, la LSP et la LSSSS, accompagnent les milieux de travail afin qu'ils soient en mesure d'assumer leurs obligations en matière de prévention des lésions professionnelles. Pour ce faire, les activités de santé publique se poursuivent, selon les termes de l'entente de partenariat avec le MSSS et des contrats avec les CISSS/CIUSSS. La mise en œuvre de ces activités vise essentiellement à réduire à la source l'exposition des travailleurs à des facteurs de risque générés par le travail (p. ex. : agents toxiques, agents cancérogènes, contraintes ergonomiques, bruit) grâce à des interventions de prévention et de protection¹⁹, lorsque la santé de certains groupes de travailleurs²⁰ est menacée.

Considérant les multiples dimensions du travail sur lesquelles il est possible d'agir pour favoriser la santé et la sécurité des travailleurs (p. ex. : habitudes de vie en milieu de travail, conciliation travail/vie personnelle, environnement sécuritaire), les acteurs de santé publique sont appelés à mener de façon plus systématique des actions globales de promotion et de prévention. Ainsi, des interventions complémentaires à celles qui découlent de l'entente MSSS-CSST sont à déployer par les ressources de santé publique, de manière à atteindre un plus grand nombre de travailleurs provenant de tous les secteurs d'activité, dans une perspective populationnelle. Ces interventions touchent prioritairement trois facteurs de risque associés au travail : les contraintes psychosociales, les contraintes ergonomiques et le bruit. Bien que ces facteurs de risque soient visés, à des degrés divers, par les interventions découlant de l'entente MSSS-CSST, il importe d'intensifier les efforts consentis, en raison de leur fardeau et de l'importance de leurs impacts, notamment au chapitre des inégalités sociales de santé.

Enfin, les services de santé publique de cet axe auront un impact global favorable au regard du vieillissement en santé de la population, puisqu'ils contribuent à ce que la population québécoise vive dans des environnements plus sains et sécuritaires, selon des modes de vie favorables à la santé. La prise en compte de l'enjeu du vieillissement repose également sur la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à prévenir l'apparition et les conséquences des maladies chroniques le plus tôt possible dans la vie des personnes, à favoriser la participation sociale et l'autonomie des aînés, de même qu'à soutenir le développement de leurs compétences à l'égard de la santé. Les municipalités et les organismes communautaires s'avèrent aussi

Le travail est un déterminant de la santé maintenant reconnu, qui influence à la fois les conditions de vie des personnes, leur santé et leur sécurité. Il peut être la source d'accidents et de maladies qui sont pour la plupart évitables. Il peut aussi s'avérer un milieu de vie important pour se développer sur les plans personnel et social.

19 Puisque les interventions découlent d'une entente formelle avec la CSST, il a été privilégié de regrouper sous un seul axe celles qui visent à agir sur les risques pour la santé liés aux milieux de travail. Ainsi, les interventions de protection et de réponse aux menaces associées aux milieux de travail sont regroupées sous l'axe 2 portant sur l'adoption de modes de vie et la création d'environnements favorables à la santé, et non pas sous l'axe 4.

20 Au 1^{er} avril 2015, la réglementation (Règlement sur le programme de prévention) n'assujettit que trois des six groupes prioritaires de secteurs d'activité économique aux mécanismes de prévention reconnus par la LSST.

des partenaires de premier plan pour promouvoir le vieillissement en santé de la population et pour mettre en place des conditions qui y sont propices, comme des services culturels et de loisirs accessibles aux aînés, de l'action bénévole et des ressources d'habitation adaptées à leurs besoins.

OBJECTIFS

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

SERVICES

- 2.1 Information et sensibilisation de la population, particulièrement les populations vulnérables, sur:
 - les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires²¹
 - la saine gestion du poids et l'image corporelle
 - les risques pour la santé liés à l'environnement physique
 - les risques pour la santé liés aux milieux de travail
- 2.2 Services de cessation tabagique, particulièrement auprès des personnes vulnérables, incluant:
 - la ligne téléphonique, le site Web (J'Arrête) et les réseaux sociaux
 - les centres d'abandon du tabagisme
 - l'accessibilité aux aides pharmacologiques
- 2.3 Soutien à l'implantation d'interventions visant à développer la capacité des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives
- 2.4 Interventions multifactorielles non personnalisées pour prévenir les chutes chez les aînés vivant à domicile (Programme intégré d'équilibre dynamique – PIED)

²¹ Les habitudes de vie et les comportements visés par ce service sont principalement l'alimentation, le mode de vie physiquement actif, l'hygiène dentaire, le tabagisme, la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, la pratique de jeux de hasard et d'argent, les comportements sexuels et d'autres comportements liés à la sécurité des personnes.

SERVICES

- 2.5 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre d'une approche intégrée favorisant la santé et le maintien de l'autonomie des aînés vivant à domicile et en hébergement, notamment liée:
- à la création d'environnements physiques sains et sécuritaires
 - aux problématiques psychosociales, incluant la maltraitance et l'isolement
 - à la santé dentaire
- 2.6 Soutien à la mise en œuvre d'interventions en prévention du suicide:
- réseaux de sentinelles dans les milieux de vie, incluant les milieux de travail
 - ligne téléphonique
- 2.7 Élaboration des orientations nationales en matière de programme de dépistage²² et de dépistage opportuniste ciblant les adultes et les aînés:
- l'analyse de la pertinence
 - les cadres de référence
 - l'information et les outils d'aide à la décision
 - l'évaluation et la reddition de comptes
- 2.8 Soutien à l'intégration de la prévention²³ dans les pratiques des professionnels de la santé
- 2.9 Service de réponse²⁴ aux demandes d'information sur les problèmes environnementaux touchant la santé, en collaboration avec les partenaires concernés
- 2.10 Soutien d'initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement
- 2.11 Élaboration et suivi de cibles nationales de composition nutritionnelle des aliments, en collaboration avec les partenaires concernés
- 2.12 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre d'initiatives visant:
- l'aménagement et le développement d'infrastructures favorables à un mode de vie physiquement actif et à la sécurité dans les milieux de vie, particulièrement dans les communautés mal desservies ou défavorisées
 - l'accès physique et économique à des aliments de qualité dans les milieux de vie, particulièrement dans les communautés mal desservies ou défavorisées
 - la prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes
- 2.13 Collaboration à l'évaluation des impacts sur la santé dans le cadre:
- du processus d'évaluation environnementale de divers projets de développement, incluant une dimension psychosociale
 - de la révision de plans et de schémas d'aménagement et de développement du territoire
 - d'autres projets de développement à tous les paliers de gouverne

22 En vertu de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec, les activités de dépistage peuvent être offertes par des infirmières dans le cadre d'activités découlant de l'application de la LSP.

23 Les services de soutien à l'intégration de la prévention sont avant tout déployés auprès d'organisations et d'instances qui sont en lien plus direct avec les professionnels de la santé (ou milieux cliniques) et qui ont une influence importante auprès d'eux quant à l'adoption des meilleures pratiques de prévention, comme l'INSPQ, l'INESSS et les ordres professionnels. Ces services concernent principalement les interventions préventives en matière d'immunisation, de counseling, de dépistage et de chimioprophylaxie.

24 Ce service vise à répondre au nombre grandissant de demandes d'information formulées par des acteurs publics ou gouvernementaux, parapublics, privés ou communautaires, ou par des citoyens. Il devrait faire partie d'un réseau auquel participeraient plusieurs partenaires qui ont les capacités de répondre aux demandes ainsi formulées.

SERVICES

- 2.14 Collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé notamment associées :
- aux saines habitudes de vie et aux comportements sains et sécuritaires²⁵
 - à la qualité et à la sécurité de l'environnement physique
 - aux conditions de vie
 - au vieillissement de la population en santé

SERVICES OFFERTS DANS LE CADRE DE L'ENTENTE MSSS-CSST

- 2.15 Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants (programme Pour une maternité sans danger)
- 2.16 Services relatifs à la mise en application des programmes de santé au travail, en fonction des priorités établies par la CSST (programmes de santé spécifiques à l'établissement et programmes de santé sectoriels), notamment :
- la détermination et l'évaluation des risques pour la santé liés aux milieux de travail
 - l'information et la sensibilisation des employeurs et des travailleurs sur les risques pour la santé et les mesures de prévention et de contrôle de l'exposition des travailleurs
- 2.17 Collaboration à la planification d'interventions en matière de prévention des risques dans les milieux de travail

SERVICES COMPLÉMENTAIRES AUX SERVICES OFFERTS DANS LE CADRE DE L'ENTENTE MSSS-CSST

- 2.18 Information et sensibilisation favorisant la responsabilisation des employeurs et des travailleurs à l'égard de la santé globale
- 2.19 Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures de prévention portant sur des problématiques spécifiques à certains milieux de travail non ciblés par la réglementation en santé et en sécurité du travail et à certains groupes de travailleurs vulnérables
- 2.20 Soutien à des milieux de travail pour la mise en œuvre de démarches de promotion de la santé²⁶ comprenant :
- un volet individuel (habitudes de vie du personnel)
 - un volet organisationnel (équilibre travail/vie personnelle, environnement de travail, pratiques de gestion)
- 2.21 Collaboration aux campagnes d'information sur la prévention des risques dans les milieux de travail

25 Une collaboration soutenue est entre autres apportée à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques en matière de saine alimentation et de mode de vie physiquement actif pour différents milieux de vie, de manière à favoriser la création d'environnements sains et sécuritaires. Les principaux milieux de vie visés par ces politiques, en cohérence notamment avec les cadres de référence et politique-cadre existants, sont les suivants : services de garde éducatifs à l'enfance, milieux scolaires et d'enseignement, établissements du réseau de la santé et des services sociaux, milieu d'hébergement certifiés pour aînés et milieux municipaux.

26 Les démarches visées sont du type *Entreprise en santé*.

AXE D'INTERVENTION 3 –

LA PRÉVENTION DES MALADIES

INFECTIEUSES

La prévention et le contrôle²⁷ des maladies infectieuses sont l'un des fers de lance de l'action de santé publique. Le Québec se démarque d'ailleurs favorablement en cette matière à l'échelle internationale. Sa situation enviable s'explique notamment par la mise en place, de façon soutenue, de mesures préventives efficaces auprès de la population comme la vaccination et le dépistage. La lutte aux maladies infectieuses n'est pas terminée pour autant; les acteurs de santé publique doivent assurer une vigilance constante afin de détecter l'émergence ou la réémergence de maladies ou de phénomènes qui ont ou qui pourraient avoir un impact sur l'évolution des maladies infectieuses et, plus globalement, sur la santé de la population. Par exemple, l'antibiorésistance a évolué à un point où surviennent des impasses thérapeutiques; des traitements complexes sont alors nécessaires pour traiter des infections courantes. De plus, les changements climatiques peuvent avoir une influence sur la prolifération, la propagation, la fréquence et l'intensité de certaines maladies infectieuses.

L'offre de services de santé publique en matière de prévention des maladies infectieuses vise à éviter leur apparition ou à freiner leur transmission dans divers secteurs (p. ex.: bioalimentaire) et milieux de vie (p. ex.: milieux de soins et d'hébergement, services de garde éducatifs à l'enfance, milieux scolaires et d'enseignement, milieux de travail, communautés, milieu carcéral). Elle comporte un ensemble d'actions cohérentes pour informer, sensibiliser et soutenir la population et les acteurs des milieux, organismes et ministères concernés au regard de divers risques infectieux et phénomènes émergents associés, de même que sur les mesures efficaces pour les prévenir.

Entre autres, les acteurs de santé publique collaborent avec ceux des milieux de soins pour que soient mises en place les mesures nécessaires à la prévention des infections nosocomiales²⁸. L'instauration de stratégies de prévention de ces infections permet de réduire considérablement la charge de morbidité qui leur est imputable et, par la même occasion, améliore l'accessibilité et la qualité des soins de santé, qui se traduisent par un impact positif sur les coûts en santé. De plus, ils apportent un soutien aux acteurs du secteur de la santé et des services sociaux afin de rendre disponibles aux professionnels de la santé les informations épidémiologiques nécessaires à la décision clinique, le cas échéant, et d'assurer l'intégration de la prévention clinique à l'égard des maladies infectieuses dans leurs pratiques.

Le PNSP comprend plusieurs services en matière de vaccination, incluant l'acte vaccinal ciblant des groupes particuliers, des interventions visant le contrôle et la sécurité des vaccins et le soutien à l'organisation des services de vaccination auprès des vaccinateurs privés. Chacune de ces composantes

L'**antibiorésistance** renvoie à la capacité d'un microorganisme de résister aux effets des antibiotiques. Ce phénomène mondial prend de l'ampleur depuis des décennies. (Mulvey et Simor, 2009)

L'OMS considère la résistance aux antibiotiques comme l'un des principaux défis pour la santé publique dans le monde entier sur le plan du traitement des maladies infectieuses. (OMS, 2011)

27 Les services en matière de contrôle des maladies infectieuses, dans une perspective de protection de la santé publique, sont inscrits sous l'axe 4 portant sur la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

28 À cet effet, le MSSS a élaboré un plan d'action en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, qui agit comme outil de gestion et de soutien aux acteurs du réseau de la santé et qui comprend un ensemble de cibles et d'actions prioritaires.

Les **nouveaux arrivants et les immigrants** ont souvent des conditions de santé particulières et des besoins qui requièrent une adaptation des services.

Les barrières linguistiques, socioéconomiques et culturelles peuvent parfois limiter l'accès aux services, notamment en matière de prévention des maladies infectieuses. En outre, les taux disproportionnellement élevés de certaines maladies infectieuses, comme la tuberculose et le VIH, reflètent des inégalités importantes sur le plan de la santé chez ces groupes. De plus, les nouveaux arrivants sont souvent plus vulnérables aux maladies infectieuses infantiles étant donné qu'ils n'ont pas été vaccinés dans leur pays d'origine.

(ASPC, 2014 et 2015)

est essentielle pour maintenir la cohérence et l'efficacité des services. De plus, elles permettent ultimement d'obtenir des taux de couverture vaccinale suffisants pour assurer non seulement une protection individuelle contre plusieurs maladies infectieuses, mais également une protection collective, et ce, particulièrement pour les personnes plus vulnérables qui ne seraient pas adéquatement immunisées. Des efforts doivent être consentis afin d'augmenter la participation de certains groupes ciblés par les programmes de vaccination. Des services mieux définis en fonction des besoins et des réalités de la population, plus près de leurs milieux et contextes de vie, peuvent également contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

La progression soutenue des ITSS est préoccupante et exige que soient renforcées les actions à cet égard, le plus en amont possible. Personne n'est à l'abri de ces infections. Des approches intégrées, qu'elles soient globales ou ciblées, sont requises pour assurer une meilleure complémentarité des services de lutte aux ITSS. Elles englobent un large éventail de mesures qui couvrent l'ensemble des fonctions essentielles de santé publique et qui impliquent plusieurs partenaires du secteur de la santé et des services sociaux, incluant les organismes communautaires, et d'autres secteurs, notamment la sécurité publique et la justice. Les interventions préventives auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sont également importantes, puisque le taux d'infection s'avère élevé chez ces derniers, dont un grand nombre demeure asymptomatique ou n'est pas pris en charge par un clinicien.

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres, soit à cause de leur vulnérabilité sociale, soit parce qu'ils adoptent des comportements ou des habitudes de vie plus risqués. Ainsi, les services sont définis de manière à mieux répondre aux besoins de l'ensemble de la population, mais avec une intensité plus grande dirigée vers les groupes vulnérables au regard des ITSS²⁹.

Les services intégrés de prévention et de dépistage des ITSS visent justement à atteindre les populations plus vulnérables en leur offrant des services cliniques préventifs dans différents milieux de vie. Aussi, des services d'injection supervisée par les acteurs de santé publique seront offerts dans les locaux d'organismes communautaires de certains milieux urbains, pour les personnes qui utilisent des drogues par injection, qui sont exposées à un risque accru de contracter le VIH et les hépatites B et C, de surdoses et de décès. Suivant l'approche de réduction des méfaits liée à l'usage de drogues, ces services permettent à la fois de réduire les risques d'infection, d'offrir aux personnes des soins adaptés à leurs conditions physique et psychologique, ainsi que de les adresser à des ressources en réadaptation si elles souhaitent cesser de consommer.

29 Les groupes vulnérables au regard des ITSS sont les suivants : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues par injection ou inhalation, les personnes incarcérées, les jeunes (particulièrement ceux en difficulté), les travailleuses et travailleurs du sexe, les Autochtones, les personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique.

OBJECTIFS

- Prévenir l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie et les milieux de soins
- Prévenir l'apparition des maladies évitables par la vaccination et contribuer à leur élimination
- Prévenir les ITSS

SERVICES

- 3.1 Information et sensibilisation de la population et des partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés, ainsi que les moyens pour les prévenir, notamment :
- les maladies évitables par la vaccination
 - les ITSS
 - les maladies transmissibles par les animaux ou par des vecteurs
 - les maladies entériques liées à la consommation d'eau et d'aliments
 - les infections respiratoires
 - les infections nosocomiales
 - l'antibiorésistance
- 3.2 Vaccination³⁰ des groupes suivants :
- les enfants âgés de 2 à 23 mois
 - les enfants âgés de 4 à 6 ans
 - les élèves de la 4^e année du primaire et de la 3^e année du secondaire, en milieu scolaire
 - les personnes atteintes de maladies chroniques
 - les adultes, incluant les travailleurs à risque
 - les personnes âgées de 60 ans et plus
- 3.3 Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins par :
- la gestion de l'approvisionnement
 - la vigilance des manifestations cliniques inhabituelles après la vaccination et l'intervention appropriée, le cas échéant
- 3.4 Soutien à l'organisation des services de vaccination auprès des vaccinateurs privés incluant ceux qui offrent des services de santé à l'intention des voyageurs³¹, notamment :
- les cliniques privées
 - les cliniques réseaux
 - les GMF
 - les pharmacies

30 En vertu de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec, les activités de vaccination peuvent être offertes par des infirmières dans le cadre d'activités découlant de l'application de la LSP.

31 Au Québec, les services préventifs s'adressant aux voyageurs sont principalement offerts dans des cliniques privées. Ces services ne sont pas assurés par le régime public d'assurance maladie. Toutefois, dans les régions éloignées, le mode d'organisation des services préventifs à l'intention des voyageurs peut différer.

SERVICES

- 3.5 Services intégrés de dépistage³² et de prévention des ITSS auprès des groupes visés, incluant :
- l'information et le counseling
 - la vaccination
 - l'accès à du matériel de prévention
 - le traitement
 - des interventions préventives auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sexuels
- 3.6 Soutien à la mise en œuvre de services d'injection supervisée³³ dans certains milieux urbains
- 3.7 Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans :
- les milieux de soins et d'hébergement
 - les milieux de vie
- 3.8 Soutien à l'intégration de la prévention³⁴ dans les pratiques des professionnels de la santé

32 En vertu de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec, les activités de dépistage peuvent être offertes par des infirmières dans le cadre d'activités découlant de l'application de la LSP, par exemple le dépistage des ITSS.

33 Ces services sont mis en œuvre par des infirmières autorisées du réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec les groupes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux.

34 Les services de soutien à l'intégration de la prévention sont avant tout déployés auprès d'organisations et d'instances qui sont en lien plus direct avec les professionnels de la santé (ou milieux cliniques) et qui ont une influence importante auprès d'eux quant à l'adoption des meilleures pratiques de prévention, comme l'INSPQ, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et les ordres professionnels. Ces services concernent principalement les interventions préventives en matière d'immunisation, de counseling, de dépistage et de chimioprophylaxie.

AXE D'INTERVENTION 4 – LA GESTION

DES RISQUES ET DES MENACES

POUR LA SANTÉ ET LA PRÉPARATION

AUX URGENCES SANITAIRES

Les services de santé publique de cet axe donnent écho aux responsabilités et aux pouvoirs qui sont conférés aux autorités de santé publique, en vertu de la LSP, pour protéger la santé d'individus, de groupes ou de l'ensemble de la population dans une perspective de gestion des risques pour la santé pouvant représenter une menace, qu'elle soit réelle ou appréhendée. Ces risques peuvent être attribuables à l'exposition à des agents biologiques (p. ex. : virus, bactéries, parasites), chimiques (p. ex. : matières dangereuses, substances psychoactives) ou physiques (p. ex. : chaleur accablante, froid extrême, rayons UV).

Les acteurs de santé publique déploient un ensemble de services afin d'évaluer les risques et, lorsqu'ils représentent une menace, mettre en œuvre des solutions adaptées et efficaces et assurer un suivi. Pour ce faire, ils exercent une vigie sanitaire³⁵, afin de reconnaître en temps réel les menaces pour la santé et de pouvoir agir rapidement. La vigie est effectuée au regard des maladies à déclaration obligatoire attribuables à des agents biologiques, chimiques ou physiques, des maladies à traitement obligatoire³⁶, des manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination, ainsi que des signalements de menaces pour la santé que reçoivent les autorités de santé publique. La vigie permet de détecter ces menaces le plus précocement possible, qu'elles soient réelles ou appréhendées, afin de mettre en place les interventions de prévention et de contrôle appropriées.

Certains cas de menaces peuvent également faire l'objet d'enquêtes épidémiologiques. Des recommandations sur les mesures de protection de la santé à mettre en place peuvent aussi être émises dans ce contexte. Des interventions doivent être réalisées auprès d'individus, de milieux de vie et de communautés dans le cas de signalements³⁷ de menaces pour la santé ou d'éclotions de maladies à déclaration ou à traitement obligatoires. Une attention particulière est portée aux populations vulnérables, en raison de cumuls d'exposition possibles, qui accentuent les inégalités sociales de santé.

Comme les acteurs de santé publique doivent régulièrement faire face à des risques systémiques, qui touchent un ensemble d'éléments en relation

Les risques pour la santé de la population qui sont compris sous l'axe d'intervention 4 sont ceux qui justifient le **recours aux pouvoirs d'ordonnance et d'intervention des autorités de santé publique**, dans une perspective de protection de la population.

Quoique complémentaires, les services qui en découlent se distinguent de ceux qui visent à documenter et à prévenir les facteurs de risque ou les facteurs déterminants de la santé de la population dans une perspective de promotion ou de prévention.

35 Un des éléments distinctifs de la vigie, par rapport à la fonction de surveillance, est qu'elle permet de recueillir de l'information en temps réel (heures, jours, semaines) plutôt que sur des cycles temporels longs. La nature des données utilisées et produites est donc différente. Généralement, les autorités au Canada et dans les pays comparables intègrent la vigie sanitaire à la fonction de surveillance. Au Québec, celles-ci se pratiquent distinctement, mais de façon complémentaire.

36 Les maladies à déclaration obligatoire et les maladies à traitement obligatoire sont déterminées par règlement au Québec. La liste de ces maladies peut donc varier dans le temps. Au 1^{er} avril 2015, la seule maladie à traitement obligatoire est la tuberculose.

37 Un signalement est une information fournie par toute personne qui s'identifie de façon vérifiable, sauf exception probante ou légitime, dont elle a une connaissance personnelle, ou à titre de représentant d'une entité organisationnelle, ou par un médecin, et se rapportant à une menace pour la santé réelle ou appréhendée, ou à ce qui est perçu comme étant ou pouvant être une menace pour la santé, et qui n'est pas une ITSS, ni une maladie à déclaration obligatoire pour le signalant. Cette information doit avoir été reçue par une personne en position d'autorité à la santé publique à cet égard, ou par une personne pouvant être raisonnablement perçue comme tel, quel que soit le mode ou le lieu de transmission de cette information.

mutuelle pour lesquels différentes autorités d'autres secteurs sont interpellées, leurs interventions doivent être adaptées selon qu'ils sont dans une position décisionnelle d'autorité ou dans une position où ils conseillent d'autres acteurs qui, eux-mêmes, détiennent des pouvoirs en matière de gestion de risques conférés par d'autres lois. Par exemple, sur le plan des risques liés à l'environnement physique, les acteurs de santé publique travaillent en collaboration avec divers partenaires afin d'analyser et de déterminer les aspects de concentration, d'exposition ou de seuil (p. ex. : hygiène et salubrité des aliments, eaux de consommation ou récréatives, manipulation de produits dangereux au travail, présence d'agents nocifs dans les jouets ou autres biens de consommation), et ce, dans divers milieux de vie (p. ex. : communautés, milieux de travail, milieux de soins). Ils veillent également à ce que soient mises en place les mesures adéquates permettant de faire face, en temps opportun, aux risques associés aux changements climatiques. Dans plusieurs cas, des efforts supplémentaires doivent être déployés pour que les services de protection de la santé soient adaptés à certaines populations vulnérables. On note, entre autres, que les personnes âgées et très âgées sont à la fois plus exposées à des situations où leur environnement présente des risques pour leur santé et moins bien outillées pour y faire face.

Des situations d'urgence infectieuse ou d'autres natures (p. ex. : épidémies, pandémie, terrorisme) ou de sinistres d'origine environnementale (p. ex. : catastrophes écologiques, accidents industriels) peuvent également mettre en danger la santé de la population. Les acteurs de santé publique ont un rôle à jouer dans l'ensemble du cycle de sécurité civile, plus précisément au regard de la prévention de telles situations, de la préparation de l'intervention à effectuer, de l'intervention elle-même et du rétablissement (incluant les dimensions physique, mentale et psychosociale de la santé). Ils exercent ce rôle en cohérence et en collaboration avec des partenaires provenant de divers secteurs d'activité (p. ex. : ministères et organismes publics, municipalités, réseau de la santé et des services sociaux, médias). Différentes politiques et divers plans gouvernementaux viennent d'ailleurs encadrer les actions des partenaires interpellés dans des situations d'urgence, dont le Plan québécois de sécurité civile, la Politique québécoise de sécurité civile et la Politique ministérielle de sécurité civile du MSSS.

OBJECTIFS

- Prévenir les conséquences des urgences sanitaires par la détermination des risques et une préparation adéquate
- Protéger la population par la détection précoce des risques pour la santé et des phénomènes émergents associés pouvant représenter une menace
- Protéger la population par la mise en place des mesures de contrôle des risques et des menaces pour la santé, selon le contexte

SERVICES

- 4.1 Information et sensibilisation de la population et des partenaires sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé, en temps opportun
- 4.2 Évaluation des risques pour la santé liés aux agents biologiques, chimiques et physiques et établissement des mesures à prendre pour les prévenir et les contrôler
- 4.3 Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés, ainsi que recommandations quant aux mesures à prendre pour les contrôler
- 4.4 Services de protection réalisés auprès des individus (les personnes atteintes et leurs contacts), des milieux de soins et des communautés à l'occasion de maladies à déclaration ou à traitement obligatoires, de signalements et d'éclosions
- 4.5 Élaboration des orientations nationales en matière de prévention et de contrôle des risques liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés
- 4.6 Collaboration à l'élaboration, à la validation et à la révision de valeurs de référence nationales pour divers contaminants dans l'eau, l'air, les sols et les aliments
- 4.7 Collaboration à la mise en œuvre de services d'alerte et d'initiatives permettant l'adaptation des populations vulnérables aux événements climatiques extrêmes et aux épisodes de mauvaise qualité de l'air extérieur
- 4.8 Services de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement dans le cas de situations d'urgence sanitaire et de sinistres d'origine environnementale, incluant une dimension psychosociale
- 4.9 Collaboration aux activités de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement, dans le cadre de la mission santé de la Sécurité civile³⁸

38 Ce service fait référence au volet de la Politique ministérielle de sécurité civile (MSSS) dont sont responsables les autorités de santé publique.

LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET SON ÉVALUATION

4.1 LES PRINCIPES DIRECTEURS POUR GUIDER L'ACTION

La mise en œuvre du PNSP doit être guidée par un ensemble de principes directeurs, lesquels caractérisent les approches à privilégier, en cohérence avec la finalité du Programme (voir le tableau 3) :

- la communication ;
- l'ouverture ;
- le renforcement de la capacité d'agir des personnes et des communautés ;
- l'excellence ;
- l'adaptation ;
- l'innovation.

Ces principes directeurs sont actualisés par les acteurs de santé publique par le déploiement des services et avec la collaboration de nombreux partenaires.

TABLEAU 3

PRINCIPES DIRECTEURS ET APPROCHES PRIVILÉGIÉES

Communication	<p>La communication en santé publique doit être pertinente, cohérente, accessible et efficace afin d'informer, de sensibiliser, d'influencer et de soutenir de façon optimale les décisions individuelles et collectives favorables à la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none">→ Miser sur une communication ouverte, stratégique, bien coordonnée, dont la forme et les contenus sont adaptés aux objectifs et aux publics interpellés (p. ex.: population générale, populations vulnérables, groupes ciblés, partenaires)
Ouverture	<p>L'ouverture est l'attitude privilégiée dans les rapports avec les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activité.</p>	<ul style="list-style-type: none">→ Interagir de manière ouverte dans un contexte intersectoriel et interdisciplinaire→ Instaurer et poursuivre des partenariats solides et efficaces, fondés sur la confiance et le respect de la mission, des responsabilités et de la culture de chacune des parties prenantes→ Capitaliser et construire sur ce que les partenaires font déjà et qui influe positivement sur la santé→ Miser sur des approches « gagnant-gagnant », de manière à ce que chaque partenaire se préoccupe aussi de l'intérêt de l'autre, d'une façon également favorable à son propre intérêt
Renforcement de la capacité d'agir	<p>La capacité des personnes et des communautés d'agir sur leur environnement et de prendre en charge leur développement est un souci constant dans les interventions de santé publique.</p>	<ul style="list-style-type: none">→ Considérer les personnes, les groupes et les communautés comme étant des acteurs clés de leur développement; reconnaître leur potentiel et favoriser leur participation aux décisions et aux actions qui les concernent→ Miser sur des approches multisectorielles efficaces et sur des pratiques participatives visant à soutenir l'acquisition des compétences individuelles et collectives permettant aux personnes, aux groupes et aux communautés d'agir sur leurs conditions de vie et sur leurs milieux de vie
Excellence	<p>La recherche de l'excellence doit être au cœur de l'action de santé publique, pour favoriser son amélioration continue.</p>	<ul style="list-style-type: none">→ Offrir le plus haut niveau de qualité de services, en s'appuyant sur les meilleures connaissances et sur des ressources compétentes et engagées→ Viser l'atteinte des objectifs et l'obtention de meilleurs gains de santé pour la population

Adaptation

L'adaptation des approches d'intervention et des pratiques est nécessaire pour tenir compte...

des contextes territoriaux, dans le respect de balises préétablies ;

- Moduler les services, dans leur mise en œuvre, selon des particularités propres aux contextes territoriaux et les besoins qui en découlent, afin de s'assurer de bien joindre les différents groupes (p. ex. : communautés autochtones, communautés ethnoculturelles, populations vulnérables, populations vieillissantes, personnes handicapées)
- Impliquer des groupes de la population et des partenaires dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation pour mieux tenir compte des particularités et améliorer les pratiques en continu

des inégalités sociales de santé, suivant le principe d'universalisme proportionné³⁹ ;

- Promouvoir l'équité en santé et chercher à réduire les écarts de santé dans la population
- Intensifier les efforts de mise en œuvre des services auprès de populations vulnérables pour répondre à leurs besoins particuliers ; mettre en place des mesures d'atténuation, au besoin, lorsque les services ont un impact négatif sur des populations vulnérables et qu'ils peuvent accentuer les inégalités sociales de santé

des enjeux liés à la littératie en santé⁴⁰, autrement dit aux différents niveaux de connaissances et de compétences des personnes et des groupes de la population à l'égard de la santé.

- Adapter les pratiques aux divers niveaux de connaissances et de compétences à l'égard de la santé qu'ont les personnes, que ce soit dans le cadre de services directs à la population ou de communications

Innovation

L'innovation doit trouver sa juste place en raison de la complexité des objets de travail et de la variété d'acteurs qui y sont engagés, de manière à contribuer à l'évolution de l'action de santé publique.

- Suivre avec intérêt et soutenir l'émergence d'initiatives pertinentes, jugées efficaces ou prometteuses pour améliorer la santé de la population ou de populations vulnérables, selon des critères rigoureux, et qui sont cohérentes avec les objectifs du PNSP, et ce, dans une perspective de généralisation

39 L'universalisme proportionné est un principe en vertu duquel des services sont offerts à l'ensemble d'une population sur un territoire donné, avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins de certains groupes, de manière à réduire les barrières de différentes natures qui pourraient limiter l'accès à ces services (Poissant, 2014).

40 La littératie en santé fait référence aux connaissances, à la motivation et aux compétences nécessaires pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé en vue de prendre des décisions dans la vie de tous les jours au regard de l'utilisation des services de santé, des mesures de prévention et de promotion de la santé, cela pour maintenir ou améliorer la santé et la qualité de vie tout au long du parcours de vie des personnes (Traduction libre de Sorensen, K., et collab., 2012; OMS, 2013b).

4.2 UNE STRATÉGIE DYNAMIQUE ET MOBILISATRICE POUR SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le PNSP est un instrument de planification majeur. Il permet de structurer de façon cohérente et efficace l'action de santé publique. Il est implanté aux différents paliers d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux conformément aux rôles et responsabilités prévus dans le cadre légal. Sa mise en œuvre s'échelonne sur une période de dix ans, répartie en deux cycles d'implantation, incluant une mise à jour à mi-parcours.

Une stratégie de mise en œuvre est développée par le MSSS, en collaboration avec les directions de santé publique et l'INSPQ, afin de déterminer les principaux défis à relever au regard du déploiement du PNSP. Cette stratégie s'attarde de façon particulière à l'appropriation du PNSP et à la nécessaire mobilisation autour des leviers d'action, ce qui conduit à mettre l'accent sur les éléments suivants :

- le renforcement de la cohérence et de la complémentarité avec d'autres cadres structurants, intrasectoriels et intersectoriels ;
- la mise à profit des leviers administratifs, comme la planification stratégique, l'allocation des ressources et la reddition de comptes ;
- la consolidation des mécanismes de coordination et de concertation en santé publique ;
- la consolidation des partenariats au sein du réseau de la santé et des services sociaux et avec des acteurs d'autres secteurs d'activité ;
- l'adaptation de l'offre de services aux contextes territoriaux, en prenant en compte la complexité du réseau et les problématiques émergentes et en aménageant un espace pour l'innovation et l'expérimentation ;
- l'évolution des pratiques professionnelles et de gestion, incluant le développement des compétences au sein des organisations ;
- la mise à profit des résultats d'appréciation de la performance de l'action de santé publique, dans une perspective d'amélioration continue.

Enfin, la responsabilité populationnelle s'avère également un levier important pour actualiser le PNSP et améliorer la santé de la population, au sens où elle permet de renforcer l'action sur les déterminants de la santé, autant au sein du réseau de la santé et des services sociaux que dans les autres secteurs d'activité. Cela contribue également à la performance de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Afin d'assurer la mise en œuvre du PNSP de manière structurée et de fournir des balises à son adaptation régionale, d'autres documents sont élaborés, selon une typologie définie (voir le schéma 4). D'abord, le PNSP détermine l'offre de services de santé publique (le « quoi »). Des plans d'action thématiques reprennent les services prévus au PNSP sous les cinq axes et les traduisent de manière opérationnelle (le « comment »). Ces documents précisent notamment le partage des rôles et des responsabilités entre les acteurs des différents paliers, ainsi que les échéanciers prévus pour le déploiement des services. De plus, pour faciliter le suivi et l'évaluation du PNSP, ces plans d'action comprennent des cibles et des indicateurs de résultats, de suivi et de gestion.

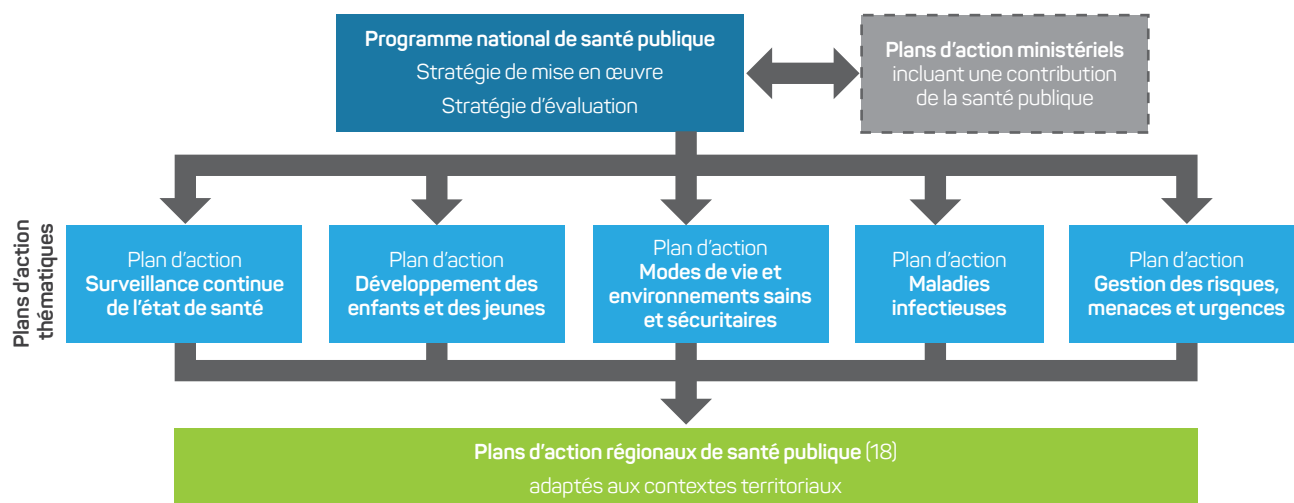
Les plans d'action thématiques sont développés de façon tripartite, par des personnes dûment mandatées provenant du MSSS, des directions de santé publique et de l'INSPQ. Leur élaboration conjointe a l'avantage d'assurer à la fois un meilleur arrimage entre les interventions du palier national et celles relevant des CISSS/CIUSSS, ainsi qu'une meilleure harmonisation de l'action de santé publique entre les régions sociosanitaires. Cela permet également de dégager un certain consensus autour des priorités d'action et des moyens à mettre en place. En outre, la contribution des partenaires de tous les paliers et de différents secteurs d'activité est essentielle pour que soient pris en compte les préoccupations et les enjeux du terrain.

Par ailleurs, les plans d'action thématiques alimentent l'élaboration des plans d'action régionaux de santé publique, en détaillant l'opérationnalisation des services à déployer par les CISSS/CIUSSS. Les plans d'action régionaux, produits pour chacune des régions sociosanitaires, insistent alors davantage sur les caractéristiques régionales qui revêtent une importance stratégique pour la mise en œuvre, incluant les dynamiques d'action propres aux territoires desservis, ainsi que des besoins découlant de contextes sociodémographiques particuliers.

D'autres documents complémentaires sont à concevoir ou à mettre à jour afin d'assurer un meilleur ancrage des principes directeurs du PNSP dans la pratique et de soutenir la prestation de certains services :

- des stratégies, afin de soutenir le déploiement du PNSP ;
- des cadres de référence, pour baliser l'implantation de certaines interventions, notamment celles qui s'inscrivent dans des approches intégrées ou qui concernent des services directs à la population ;
- des guides de pratique et des lignes directrices, portant sur des aspects plus circonscrits des pratiques professionnelles, réalisés en collaboration avec les instances compétentes, dont l'INSPQ et l'INESSS.

SCHÉMA 4 DOCUMENTS ASSOCIÉS AU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE



Enfin, une démarche est mise en place pour reconnaître et suivre les pratiques exemplaires et les initiatives prometteuses, expérimentées sur le terrain, et ce, dans la perspective de partager des connaissances et de faire évoluer l'action de santé publique de façon continue. Elle vise également à soutenir l'adaptation des approches d'intervention et des pratiques aux contextes territoriaux et aux besoins particuliers de différents groupes, incluant des populations vulnérables. Cette démarche se situe dans le contexte de la recherche en santé publique, laquelle s'inscrit en complémentarité avec la stratégie d'évaluation du PNSP.

4.3 UNE STRATÉGIE D'ÉVALUATION POUR FAVORISER L'AMÉLIORATION CONTINUE

Une stratégie d'évaluation est élaborée par le MSSS en collaboration avec les directions de santé publique et l'INSPQ, afin de préciser les questions et les objets de l'évaluation, les approches théoriques et les méthodologies privilégiées, les rôles et les responsabilités des parties prenantes, de même que les livrables attendus et l'échéancier des travaux (voir le schéma 5).

Le PNSP doit être évalué à la fois en tant qu'outil de gouvernance et de planification et comme un ensemble de services qui constitue l'action de santé publique. L'évaluation doit elle-même être basée sur une analyse d'ensemble qui tient compte des composantes inhérentes à l'offre de services de santé publique, ainsi que de leurs retombées sur l'état de santé de la population et ses déterminants. Elle comporte des évaluations multiniveaux portant sur plusieurs objets complémentaires et permettant d'établir une comparabilité entre les régions et dans le temps. Cette stratégie, rigoureuse dans ses fondements, doit aussi laisser place à l'innovation et à la souplesse dans ses méthodes et ses processus, afin de favoriser une adaptation au contexte de mise en œuvre du PNSP, notamment à la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

La stratégie doit tirer profit des données existantes, incluant celles issues de l'exercice de la fonction de surveillance de l'état de santé de la population, en plus de permettre la conception de nouveaux indicateurs pour mieux rendre compte de l'action de santé publique. Un chantier spécifique est lancé à cette fin, dans le but de développer une structure de tableau de bord comprenant à la fois des indicateurs de types quantitatif et qualitatif qui portent sur des ressources, des processus, des résultats et des impacts. Les processus d'agrément qui ont cours dans les CISSS/CIUSSS sont notamment mis à profit pour obtenir des données qualitatives.

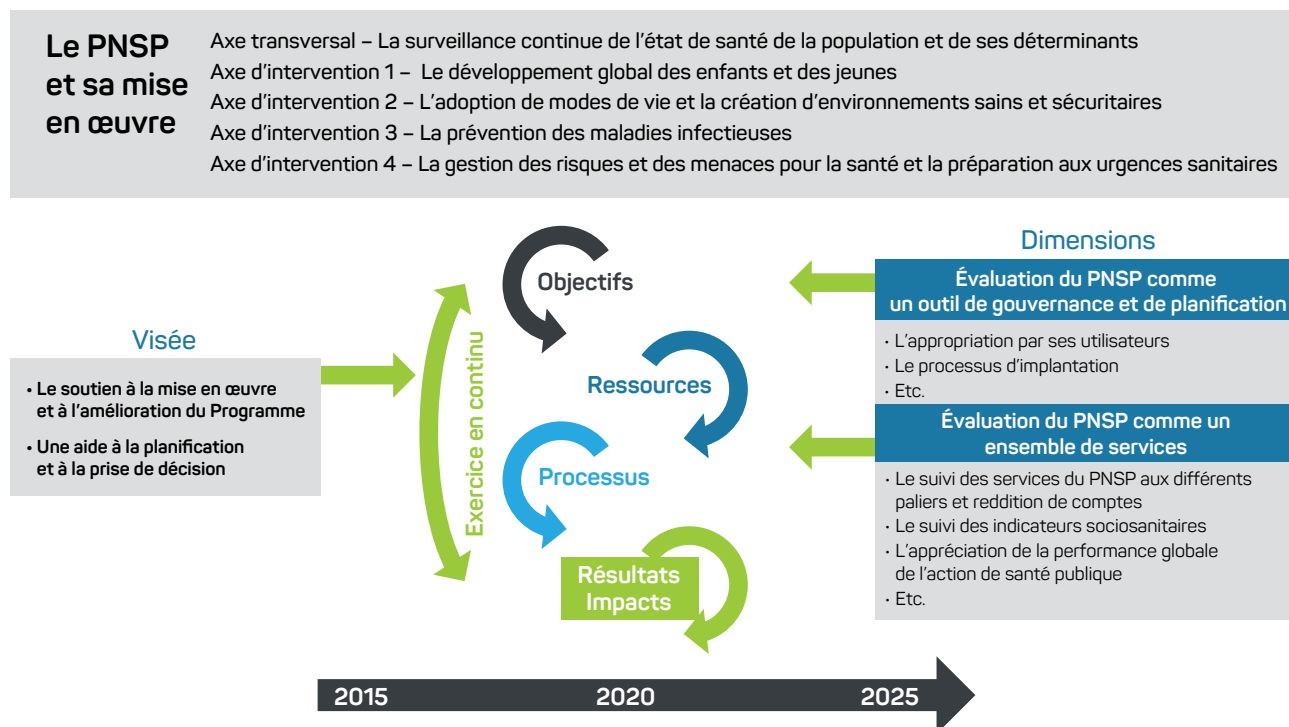
Au-delà de la contribution de l'évaluation à des fins de suivi de gestion et de reddition de comptes, la stratégie doit permettre d'assurer l'amélioration continue de l'action de santé publique en fonction des besoins de la population et des contextes, tout en prenant en compte des éléments relatifs à la performance, conformément aux orientations ministérielles.

La double visée de la stratégie d'évaluation du PNSP consiste à soutenir la mise en œuvre et l'amélioration continue du Programme, de même que la planification et la prise de décision. Les principales composantes de la stratégie s'attardent entre autres aux éléments suivants :

- l'appropriation du PNSP par ses utilisateurs ;
- le processus d'implantation du PNSP ;

- le suivi des services du PNSP aux différents paliers d'intervention et la reddition de comptes;
- le suivi des indicateurs sociosanitaires;
- l'appréciation de la performance globale de l'action de santé publique.

SCHÉMA 5 PRINCIPALES COMPOSANTES DE LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE



Pour approfondir certains éléments plus complexes ou de nature stratégique, la conduite d'études évaluatives particulières apparaît importante. À cet égard, le choix de ces études doit reposer sur des critères établis. Il peut s'agir, par exemple, de critères portant sur les ressources investies ou sur le caractère novateur de certaines activités. Il importe également de se doter de la latitude nécessaire permettant de profiter des projets d'évaluation émergents, dont ceux réalisés par le milieu universitaire.

La stratégie d'évaluation du PNSP doit permettre de suivre et d'apprécier la mise en œuvre et l'atteinte des résultats du Programme et des plans d'action régionaux de santé publique. La production de livrables variés et adaptés aux besoins particuliers des décideurs est au cœur de la stratégie, cela dans le but de favoriser l'utilisation des résultats d'évaluation pour soutenir le changement et de contribuer à mobiliser les partenaires.

Pour terminer, il importe de souligner que les processus relatifs à l'évaluation sont intimement liés à la recherche et à l'innovation, dont les développements sont prévus dans le cadre de la stratégie de mise en œuvre du PNSP. Une rétroaction continue à partir des résultats d'évaluation auprès des acteurs de santé publique, incluant les intervenants, est primordiale afin de faciliter les ajustements nécessaires sur le terrain et de contribuer à l'évolution de l'action de santé publique.

CONCLUSION

La prospérité d'une société est très étroitement liée à l'état de santé de sa population. Tous les secteurs d'activité, que ce soit la famille, l'éducation, la solidarité sociale, le travail, la sécurité publique, le bioalimentaire, l'aménagement du territoire, les transports, l'environnement, ainsi que le développement économique, contribuent à la santé par leurs décisions, leurs politiques et leurs interventions, de même que par leurs actions conjointes. Le PNSP, dans son édition de 2015, représente une part importante de l'engagement du MSSS et de son réseau à cet effort collectif. En effet, la finalité du PNSP est de contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités sociales de santé, en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé. Pour ce faire, la collaboration étroite d'un ensemble de partenaires s'avère essentielle.

Fort de l'expérience acquise depuis l'adoption de la LSP en 2001 et l'implantation du tout premier programme national à compter de 2003, le nouveau PNSP rend plus explicite les contours de l'action de santé publique, lesquels sont délimités en grande partie par les quatre fonctions essentielles que sont la surveillance, la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population. Cet ensemble d'interventions se veut en cohérence et en complémentarité avec les autres services de santé et services sociaux offerts à la population du Québec. En plus des services directs à la population, une série de services est proposée pour améliorer l'intégration de la prévention dans l'action d'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux et de divers secteurs d'activité, par du soutien et de la collaboration. Une préoccupation centrale demeure : atteindre, par des services universels adaptés et par des services spécifiques, les populations les plus vulnérables de notre société. Il importe également que les services soient adaptés aux besoins de la population, en prenant en compte les particularités propres aux territoires.

Par ailleurs, la stratégie de mise en œuvre du PNSP se veut dynamique et mobilisatrice afin de déployer les services de santé publique aux différents paliers, dans un souci d'efficacité et de cohérence. De plus, la stratégie d'évaluation permettra d'assurer une amélioration continue de l'action de santé publique, en portant une attention particulière à sa performance globale. Il importe également de discerner, sur la base de critères reconnus, les pratiques exemplaires et les initiatives prometteuses, de les évaluer et d'en assurer la dissémination, le cas échéant. Une place particulière est ainsi accordée à l'innovation, de manière à contribuer au développement de nouvelles connaissances et à faire évoluer l'action de santé publique.

En somme, le PNSP constitue un instrument d'un grand intérêt pour soutenir l'organisation des services de santé publique aux différents paliers, dans le contexte de la mise en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

ANNEXE 1: LISTE DES COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS

Le MSSS tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration du PNSP. Des comités, des groupes et des sous-groupes de travail ont été spécialement constitués et mandatés pour mener à bien cette démarche. Ces instances regroupaient des décideurs, des gestionnaires et des professionnels provenant de toutes les régions du Québec et œuvrant au MSSS, dans le réseau de la santé et des services sociaux et à l'INSPQ. De nombreuses personnes ont également contribué aux travaux sans toutefois être membres de l'une de ces instances. Les remerciements leur sont également adressés.

Équipe-projet ministérielle

Lyne Jobin, *directrice de projet*
Anne-Marie Langlois
Marie-Rose Sénéchal, *coordonnatrice de l'équipe-projet*
Jean-Pierre Trépanier
Johanne Villeneuve
Annie-Claude Voisine

Comité directeur

Horacio Arruda, *président*
Lyne Jobin, *collaboration à la présidence*
Martin Beaumont
Luc Boileau
Luc Castonguay
Louis Couture
Martine Couture
Nicole Damestoy
François Desbiens
Sylvain Gagnon
Jean Hébert
Sylvain Leduc
Philippe Lessard
Marie-Rose Sénéchal, *soutien professionnel*

Comité stratégique

Lyne Jobin, *présidente*
Caroline Barbir
Michel Beauchemin
André Delorme
Marc Dionne
André Dontigny
Mario Fréchette
Mélicha Généreux
Antoine Groulx
Ginette Lafontaine
Éric Litvak
Denis A. Roy
Jocelyne Sauvé
Marie-Rose Sénéchal, *soutien professionnel*
en collaboration avec les membres de l'équipe-projet

Groupe de travail Surveillance

Richard Grignon, *coprésident*
Julie Soucy, *coprésidente*
Lucie Bédard
Manon Blackburn
Myriam Duplain
Jérôme Martinez
Danielle St-Laurent
Johanne Villeneuve, *soutien professionnel*

Groupe de travail Promotion-Prévention

André Dontigny, *coprésident*
Réal Morin, *coprésident*
Nathalie Cauchon
Frédéric Gagnon
Anne-Marie Grenier
Ak'ingabe Guyon
Anne-Marie Langlois, *soutien professionnel*
Marie-Noëlle Lavoie
Martine Pageau
Julie Rousseau

Sous-groupe de travail Développement adaptation et intégration sociale (lié au Groupe de travail Promotion-Prévention)

Nathalie Cauchon, *coresponsable*
Julie Rousseau, *coresponsable*
Carmen Baciú, *soutien professionnel*
Dalal Badlissi
Marie-Andrée Bossé
Richard Cloutier
Suzanne DeBlois
Marthe Deschesnes
Marcella Kafka
Jean-François Labadie
Nicole Lapointe
Geneviève Poirier
Julie Poissant
Sarah Raymond
Marie-Claude Roberge
Stéphane Ruel
Marie-Ève Thériault

Sous-groupe de travail Saines habitudes de vie, maladies chroniques et traumatismes non intentionnels (lié au Groupe de travail Promotion-Prévention)

Marie-Noëlle Lavoie, *coresponsable*
Martine Pageau, *coresponsable*

Steeve Ager
Louise Marie Bouchard
Yovan Fillion
Hélène Gagnon, *soutien professionnel*
Claire Giguère
Johanne Laguë
France Martin
Pierre Maurice
Lyne Mongeau
Pierre Patry
Anne Pelletier
Nathalie Ratté

Groupe de travail Protection

Horacio Arruda, *coprésident*
Marc Dionne, *coprésident*
Danielle Auger
Daniel Bolduc
André Bouchard
Raynald Cloutier
Isabelle Goupil-Sormany
Patricia Hudson
Renée Levaque
Marlène Mercier
Terry-Nan Tannenbaum
Claude Thellen
Louise Valiquette
Annie-Claude Voisine, *soutien professionnel*

Sous-groupe de travail Maladies infectieuses

(lié au Groupe de travail Protection)
Patricia Hudson, *coresponsable*
Louise Valiquette, *coresponsable*
Marie-Josée Archetto, *soutien professionnel*
Évelyne Fleury
Maryse Guay
Alejandra Irace-Cima
Diane Morin
Nadine Sicard
Cécile Tremblay

Sous-groupe de travail Santé au travail

(lié au Groupe de travail Protection)
André Bouchard, *coresponsable*
Raynald Cloutier, *coresponsable*
Marie Fortier, *soutien professionnel*
Marie-Pascale Sassine
Andrée-Anne Simard
Michel Vézina
Daniel Villeneuve

Sous-groupe de travail Santé environnementale

(lié au Groupe de travail Protection)
Daniel Bolduc, *coresponsable*
Renée Levaque, *coresponsable*
Pierre Ayotte
Claire Laliberté, *soutien professionnel*
Patrick Levallois
Marie-Johanne Nadeau
Stéphane Perron
Linda Pinsonneault
Andréanne Roy
Marion Schnebelen

Groupe de travail ad hoc

Action intersectorielle et Politiques publiques favorables à la santé (lié au Comité stratégique)

Jean-Pierre Trépanier, *coordination*
Dominic Babeux
Maude Chapados
Claude Charland
Caroline Druet
Jean-Pierre Landriault
Michel Lavoie
Donald Massicotte
Marjolaine Pigeon
Louise Saint-Pierre

Groupe de travail ad hoc Littérature en santé (lié au Comité stratégique)

Jean-Pierre Trépanier, *coordination*
Chantale Audet
Ariane Courville
Anne-Marie Langlois
Valérie Lemieux
Réal Morin
Linda Shohet
André Tourigny

Groupe de travail ad hoc

Pratiques cliniques préventives et dépistage

(lié au Comité stratégique)
Jean-Pierre Trépanier, *coordination*
Irma Clapperton
Wilber Deck
Julie Dufort
Valérie Lemieux
Sylvie Morency
Jean Rousseau
Guy Roy
Mark-Andrew Stefan

Groupe de travail *ad hoc***Développement des communautés**

(lié au Groupe de travail Promotion-Prévention)

André Dontigny, *coordination*

Carmen Baciou, *soutien professionnel*

Nathalie Cauchon

Geneviève Chénier

Jean-François Labadie

Anne-Marie Langlois, *soutien professionnel*

Marie-Noële Lavoie

Audrey Leblond

Martine Pageau

Julie Rousseau

Marion Schnebelen

Jean Tremblay

Groupe de travail *ad hoc* Mise en œuvre

(lié au Comité stratégique)

Jean-Pierre Trépanier, *coordination*

Anne Andermann

Suzanne Auger

Mylène Drouin

Sonia Dugal

Michel Huard

Patricia Hudson

Odette Laplante

Josée Morisset

Martine Pageau

Camille Paquette

Annie-Claude Voisine, *soutien professionnel*

Groupe de travail *ad hoc* Évaluation

(lié au Comité stratégique)

Jean-Pierre Trépanier, *coordination*

Dominic Babeux

Geneviève Bustros-Lussier

Lise Côté

Émilie Dionne, *soutien professionnel*

Nathalie Dubois

Danièle Francoeur

Alejandra Irace-Cima

Marc Lemire

Julie Loslier

ANNEXE 2: RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

PRÉAMBULES, INTRODUCTION ET PARTIE I ⁴¹

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2014). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2014 : La santé publique et l'avenir*, Ottawa, ASPC, 124 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2009). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, ASPC, p. 75 et 79.

BOUHAJM, F., et collab. (2014). *Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 74 p.

COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2009). *Comblé 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, 246 p.

DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING (2013). *South Australia: A Better Place to Live: Promoting and protecting our community's health and wellbeing*, Rundle Mall, Government of South Australia, 112 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Tendance des dépenses nationales de santé de 1975 à 2013*, [En ligne]. [https://secure.cihi.ca/free_products/HighlightsFR.pdf] (Consulté le 24 octobre 2014).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Le fardeau économique de l'obésité et de l'embonpoint au Québec : les coûts associés à l'hospitalisation et aux consultations médicales*, Québec, INSPQ [à paraître].

LEMIRE, M. (2014). *Rapport d'analyse sur le déploiement du Programme national de santé publique (PNSP). Perspective sociohistorique et d'innovation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 57 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en coll. avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action : portrait de santé du Québec et de ses régions. Les analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, 153 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2010). *L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 73 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008a). *Plan ministériel de surveillance : thème 3 Environnement social et état de santé mentale et psychosociale*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 11.

41 Les références associées aux données sociosanitaires (section 1.2) sont présentées à l'annexe 3.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec, Gouvernement du Québec, 71 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité*, Québec, Gouvernement du Québec, 51 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2015). *Infractions sexuelles au Québec : faits saillants 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 25 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS) (2013). *Mode de vie physiquement actif : définition commentée*, Québec, Gouvernement du Québec, 6 p.

MORISSET J., et collab. (2009). «La prévention dans le système de santé québécois», dans *Traité de prévention*, sous la dir. de Bourdillon F., Paris, Flammarion, p. 386-393.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2015). *Thèmes de santé - Santé sexuelle*, [En ligne]. [www.who.int/topics/sexual_health/fr/] (Consulté le 10 juillet 2015).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2013a). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, OMS, 50 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 : la santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 172 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)*, Genève, OMS, 5 p.

PAMPALON, R. (2012). *Une stratégie et des indicateurs de surveillance des inégalités sociales de santé : rapport de de recherche*, Québec, Institut national de santé publique, p. 8.

QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* : L.R.Q., chapitre O-7.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique* : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

ROBITAILLE, É., et P. BERGERON (2013). *Accessibilité géographique aux commerces alimentaires au Québec : analyse de situation et perspectives d'interventions*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, p. 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2011a). *Global status report on non communicable diseases 2010*, Geneva, WHO, 176 p.

PARTIE II

JACOB, R., et collab. (2008). *Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé : guide méthodologique*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 120 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Québec, Gouvernement du Québec, 18 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, Gouvernement du Québec, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.

MORESTIN, F., et collab. (2010). *Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques*, Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec, 55 p.

QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* : L.R.Q., chapitre O-7.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur la santé et la sécurité du travail* : L.R.Q., chapitre S-2.1, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique* : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

PARTIE III

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2014). *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral*, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tpc-pct/assets/pdf/tpc-pcta-fra.pdf] [Consulté le 10 juillet 2015].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2014). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 6 – Clientèles spécifiques*, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-1-fra.php] [Consulté le 10 juillet 2015].

BARRY, M. M. et R. JENKINS (2007). *Implementing mental health promotion*, Oxford, Elsevier, Churchill Livingstone, 376 p.

CHOI, B.C.K. (2012). «The past, present and future of public health surveillance», dans *Scientifica*, vol. 2012, 26 p.

DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005). *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, 599 p.

GAUDET, S. (2007). *L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie : implications pour le développement de politiques*, Ottawa, Gouvernement du Canada, Projet de recherche sur les politiques, 33 p.

HUPPERT, F. A. (2009), «A New Approach to Reducing Disorder and Improving Well-Being», dans *Perspectives on Psychological Science*, vol. 4, n°1, p. 108-111

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Guide de gestion des risques à la santé publique*, Québec, INSPQ. [à paraître]

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2014). *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux*, Québec, INSPQ, 63 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2013). *Référentiel de compétences en santé au travail du réseau de la santé publique du Québec*, Québec, INSPQ, 64 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2012). *Référentiel de compétences en santé environnementale pour la santé publique du Québec*, Québec, INSPQ, 61 p.

LEE, L., et collab. (2010). *Principles & Practice of Public Health Surveillance*, New York, Oxford University Press, 443 p.

MANTOURA, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*, Montréal, Québec: Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 54 p.

MILIO, N. (1981). *Promoting Health Through Public Policy*, Philadelphie, F. A. Davis Company, 359 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, document rédigé en coll. avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, Québec, Gouvernement du Québec, 33 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, Gouvernement du Québec, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, 76 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS) (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, Québec, Gouvernement du Québec, 64 p.

MINISTRY OF HEALTH (2013). *Promote, Protect, Prevent: Our Health Begins Here. BC's Guiding Framework for Public Health*, Vancouver, Gouvernement of British Columbia, 57 p.

MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE (2013). *Make No Little Plans: Ontario's Public Health Sector Strategic Plan*, Toronto, Gouvernement of Ontario, 27 p.

MULVEY, M.R., et A.E. SIMOR (2009). « Antimicrobial resistance in hospitals: How concerned should we be? », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180 n° 4, p. 408-415.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2013a). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, OMS, 50 p.

QUÉBEC. *Loi sur la santé et la sécurité du travail* : L.R.Q., chapitre S-2.1, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique* : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur les infirmières et les infirmiers* : L.R.Q., chapitre c. I-8, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

THACKER, S., et collab. (2012). «Public health surveillance in the United states: Evolution and challenges», dans *Morbidity and mortality weekly report*, vol. 61, n° 3, p. 3-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2011b). *Report of the 2nd Meeting of the WHO Advisory Group on Integrated Surveillance of Antimicrobial Resistance (AGISAR)*, Guelph, Canada, 5-7 June 2010, Geneva, WHO, 68 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2003). *Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health-promoting and child-friendly school*, Geneva, WHO, 50 p.

PARTIE IV

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). «Décret 125-2014 du 19 février 2014 concernant la Directive concernant l'évaluation de programme dans les ministères et organismes», *Gazette officielle du Québec*, 146^e année, n° 11.

HOFFMAN-GOETZ, L., L. DONNELLE, et R. AHMED (2014). *Health Literacy in Canada*, Toronto, Canadian Scholars' Press, 247 p.

LEMIRE, M. (2014). *Rapport d'analyse sur le déploiement du Programme national de santé publique (PNSP) : perspective sociohistorique et d'innovation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 57 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2014). *Appréciation de la performance de l'action de santé publique : le Québec et la comparaison entre les régions : des premiers résultats basés sur les indicateurs quantitatifs*, Direction générale de la santé publique, mars 2014, 60 p. [document interne].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2013). *Appréciation de la performance de l'action de santé publique : synthèse des travaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 20 p. [document interne].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Gouvernement du Québec, 25 p. [document interne].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011). *Plan d'action stratégique pour soutenir la mise en œuvre du Programme national de santé publique*, Québec, Gouvernement du Québec, 21 p. [document interne].

POISSANT, J., et collab. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 16 p.

SORENSEN, K., et collab. (2012). «Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models», *BMC Public Health*, 12, 80.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2013b). *Health Literacy: The Solid Facts*, Geneva, WHO (Regional Office for Europe), 86 p.

ANNEXE 3 :

RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES À LA SECTION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

- i INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Mouvement de la population (population totale, naissances, décès, migration nette), Québec, 1971-2015*, [En ligne], 2015, mis à jour le 18 mars 2015. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/1p1.htm] (Consulté le 31 juillet 2015).
- ii INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*, [En ligne], éd. 2014. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2011-2061.pdf] (Consulté le 31 juillet 2015).
- iii INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). « La migration inter-régionale au Québec en 2013-2014 : nouvelle baisse de la mobilité », *Coup d'œil sociodémographique*, n° 37, mars, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 15 p.
- iv INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Le bilan démographique du Québec*, éd. 2014, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, 162 p.
- v LARRIVÉE, C. et collab. *Évaluation des impacts des changements climatiques et de leurs coûts pour le Québec et l'État québécois*, Rapport d'études, Montréal, Ouranos, 2015, 59 p.
- vi MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS (MDDEP). *Le Québec en action vert 2020. Stratégie gouvernementale d'adaptation aux changements climatiques 2013-2020. Un effort collectif pour renforcer la résilience de la société québécoise*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 41 p.
- vii INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Événements climatiques extrêmes et santé. Examen des initiatives actuelles d'adaptation aux changements climatiques au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 28 p.
- viii OURANOS. *Vers l'adaptation. Synthèse des connaissances sur les changements climatiques au Québec. Partie 1. Évolution climatique au Québec*, Édition 2014, Montréal, 2014, 79 p.
- ix INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Vagues de chaleur au Québec méridional : adaptations actuelles et suggestion d'adaptations futures*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 218 p.
- x INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Maladies zoonotiques et à transmission vectorielle. Examen des initiatives actuelles d'adaptation aux changements climatiques au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 24 p.

- xi OURANOS. *Vers l'adaptation. Synthèse des connaissances sur les changements climatiques au Québec. Partie 1· Évolution climatique au Québec*, Édition 2014, Montréal, 2014, 79 p.
- xii CHOINIÈRE, R. . *Faits saillants, Québec et comparaisons internationales, Rang du Québec selon différents indicateurs*, [En ligne], 2015, mis à jour le 24 avril 2015. [comparaisons-sante-quebec.ca/faits-saillants-comparaisons-internationales/] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xiii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Registre des événements démographiques du Québec (RED), fichier des naissances et des décès*, [Base de données]. Québec: 1975 - . [www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?ld=jgS/Os4ab2w=&Source=/dlVmYlVYBQ=] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xiv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Registre des événements démographiques du Québec (RED), fichier des naissances et des décès*, [Base de données]. Québec: 1975 - . [www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?ld=jgS/Os4ab2w=&Source=/dlVmYlVYBQ=] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xv STATISTIQUE CANADA (SC). *Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues*, Tableau CANSIM 105-0501, [En ligne], 2013, mis à jour le 17 juin 2015. [www5.statcan.gc.ca/cansim/a05] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xvi INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012 – Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives (EQDEM)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 104 p.
- xvii MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS). *Les sorties sans diplôme ni qualification, parmi les sortants en formation générale des jeunes, 2012-2013*, [En ligne], 2014, mis à jour en août 2014. [www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/Tableau_taux-officiels-decrochage_CS_2012-2013.pdf] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xviii INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 145 p.
- xix MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (MSP). *Statistique – Criminalité au Québec – Principales tendances 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 25 p.
- xx INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011 – Tome 2 – Le visage des jeunes d'aujourd'hui· leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 141 p.
- xxi MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (MSP). *Statistique – Infractions sexuelles au Québec – Faits saillants 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 25 p.
- xxii DAUVERGNE, M., *Statistiques sur les tribunaux de la jeunesse au Canada, 2011-2012 Jeunes contrevenants 12 à 17 ans*, [En ligne], numéro 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, diffusé le 13 juin 2013, 27 p. [www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11803-fra.pdf] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xxiii INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011 – Tome 2 – Le visage des jeunes d'aujourd'hui· leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 141 p.

- xxiv INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *La consommation excessive d'alcool chez les jeunes québécois· portrait et évolution de 2000 à 2012*, n° 5, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, 10 p. (coll. Surveillance des habitudes de vie).
- xxv INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), 2013 – Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Gouvernement du Québec, 208 p.
- xxvi MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Enquête québécoise sur la santé de la population (2008). Quelques repères – Le Québec et ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 22 p.
- xxvii INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), 2013 – Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Gouvernement du Québec, 208 p.
- xxviii KAIROUZ, S. ET L. NADEAU. *Enquête ENHJEU – Québec Portrait du jeu au Québec· Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*, 19 février 2014, 64 p. [Rapport de recherche], Montréal, QC : Concordia University.
- xxix INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), 2013 – Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Gouvernement du Québec, 208 p.
- xxx STATISTIQUE CANADA (SC). *Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues*, Tableau CANSIM 105-0501, [En ligne], 2013, mis à jour le 17 juin 2015. [www5.statcan.gc.ca/cansim/a05] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xxxi INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois – Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Santé mentale 2012 – Portrait chiffré*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 135 p.
- xxxii INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Surveillance des troubles mentaux au Québec*, n° 6, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 15 p. (coll. Surveillance des maladies chroniques).
- xxxiii INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *La mortalité par suicide au Québec· 1981 à 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 16 p.
- xxxiv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 153 p.
- xxxv COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CSST). *Fichier des lésions professionnelles*, [Base de données]. Québec : 1990 - . [www.portail-rrsstq.com/fiches/FLP_CSST.html].
- xxxvi COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CSST). *Principales statistiques de 2013. Accidents du travail, décès et maladies professionnelles*, [En ligne] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xxxvii VÉZINA, M., et collab. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 986 p.

- xxxviii COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CSST). *Statistiques sur les lésions attribuables au stress en milieu de travail 2010-2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 48 p.
- xxxix COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 36 p.
- xl MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 351 p.
- xli COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST). *Fichier des lésions professionnelles*, [Base de données]. Québec: 1990 - . [www.portail-rrsstq.com/fiches/FLP_CSST.html] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xlii LABRÈCHE, F. et collab. *Y a-t-il des cancérrogènes dans votre milieu de travail? Passez à l'action!*, Montréal, (Québec): IRSST, 2013, RG-790, 14 p., [En ligne], septembre 2013. [www.irsst.qc.ca/dedia/documents/PubIRSST/RG-790.pdf].
- xliii LAJOIE, P. et P. LEVALLOIS. *Environnement et Santé· Air intérieur et Eau potable. (sous la direction de)*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1995, 243 p.
- xliv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Le radon domiciliaire*, [En ligne], mis à jour le 3 juin 2015. [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/ environnement/index.php?radon] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xlv STATISTIQUE CANADA (SC). *Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues*, Tableau CANSIM 105-0501, [En ligne], 2013, mis à jour le 17 juin 2015. [www5.statcan.gc.ca/cansim/a05] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xlvi INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *État des connaissances sur le pollen et les allergies – Les assises pour une gestion efficace*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 87 p.
- xlvii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 351 p.
- xlviii MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS (MDDEP). *Inventaire québécois des principaux contaminants atmosphériques au Québec en 2008 et évolution depuis 1990*, [En ligne], 2011. [www.mddep.gouv.qc.ca/air/inventaire/ rapport2008.pdf] (Consulté le 31 juillet 2015).
- xlix MARTIN, R. et collab. *Analyse de pertinence d'une politique de lutte au bruit au Québec et pour des environnements sonores sains*, document de référence, Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (à paraître).
- I AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL (AFSSET). *Impacts sanitaires du bruit – État des lieux, indicateurs bruit-santé*, Maisons-Alfort, [En ligne], 2004. [www.afsset.fr/upload/bibliotheque/731096103331826363717461694944/ impacts_sanitaires_bruit.pdf] (Consulté le 31 juillet 2015).
- li INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Ressources et maladies hydriques*, [En ligne]. [www.monclimat masante.qc.ca/maladies-hydriques.aspx] (Consulté le 31 juillet 2015).

- lii MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (MSP). *Concepts de base en sécurité civile*, [En ligne], 2008. [www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/securite_civile/publications/concepts_base/concepts_base.pdf] (Consulté le 31 juillet 2015).
- liii STATISTIQUE CANADA (SC). *Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires*, Tableau 102-0552, [En ligne], 2011, mis à jour le 28 janvier 2014. [www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=1020552] (Consulté le 31 juillet 2015).
- liv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *La situation du cancer au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/cancer/17-32situation.pdf] (Consulté le 31 juillet 2015).
- lv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Fichier des tumeurs du Québec*, [Base de données]. Québec: 1961 - 2010 (Consulté le 31 juillet 2015).
- lvi MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Registre des événements démographiques du Québec (RED), fichier des naissances et des décès*, [Base de données]. Québec: 1975-. [www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=jgS/Os4ab2w=&Source=/dIVmYIVYBQ=] (Consulté le 31 juillet 2015).
- lvii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)*, [Base de données]. Québec, 2000-2001 à 2012-2013 (Consulté le 31 juillet 2015).
- lviii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)*, [Base de données]. Québec, 2000-2001 à 2012-2013 (Consulté le 31 juillet 2015).
- lix STATISTIQUE CANADA (SC). *Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues*, Tableau CANSIM 105-0501, [En ligne], 2013, mis à jour le 17 juin 2015. [www5.statcan.gc.ca/cansim/home-accueil?retrLang=fra&lang=fra] (Consulté le 31 juillet 2015).
- lx MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)*, [Base de données]. Québec, 2000-2001 à 2012-2013 (Consulté le 31 juillet 2015).
- lxi MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)*, [Base de données]. Québec, 2000-2001 à 2012-2013 (Consulté le 31 juillet 2015).
- lvii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Registre des événements démographiques du Québec (RED), fichier des naissances et des décès*, [Base de données]. Québec: 1975 - . [www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=jgS/Os4ab2w=&Source=/dIVmYIVYBQ=] (Consulté le 31 juillet 2015).
- lxiii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Fichier des hospitalisations MED-ECHO*, [Base de données], mis à jour le 16 juillet 2015, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 31 juillet 2015).

- Ixiv ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Obésité et surpoids · aide-mémoire N°311*. [En ligne], janvier 2015. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/] (Consulté le 31 juillet 2015).
- Ixv AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Obésité au Canada · rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*, 2011, 70 p.
- Ixvi MARTINEZ, J., *Scénarios prospectifs et calcul de projections – Différentes pratiques pour différentes finalités*. Institut national de santé publique du Québec, 2014 [Présentation PowerPoint d'une communication présentée à la Table de concertation nationale en surveillance le 23 octobre 2014].
- Ixvii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *La santé des jeunes du secondaire au Québec, Santé physique et habitudes de vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 21 p. (coll. Des données à l'action).
- Ixviii INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). « Quelques indicateurs de santé chez les aînés – Que révèle l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 ? », *Zoom santé*, n° 37, Québec, Gouvernement du Québec, avril 2012, 7 p.
- Ixix COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *Médicaments d'ordonnance · état de la situation au Québec*, deuxième version, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, 313 p.
- Ixx STATISTIQUE CANADA (SC). *Adultes avec incapacité, selon la sévérité, le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires*, Tableau CANSIM 115-0004, [En ligne], 2012, mis à jour le 27 juin 2014. [www5.statcan.gc.ca/cansim/a26#customizeTab] (Consulté le 31 juillet 2015).
- Ixxi MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2005 cycle 3.1, 2011- 2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, [Base de données], mis à jour le 4 décembre 2014, Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance, produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 31 juillet 2015).
- Ixxii INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), 2013 – Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Gouvernement du Québec, 208 p.
- Ixxiii STATISTIQUE CANADA (SC). *Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues*, Tableau CANSIM 105-0501, [En ligne], 2013, mis à jour le 17 juin 2015. [www5.statcan.gc.ca/cansim/a05] (Consulté le 31 juillet 2015).
- Ixxiv INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011 – Tome 1 – Le visage des jeunes d'aujourd'hui · leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 258 p.
- Ixxv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2005 cycle 3.1, 2011- 2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, [Base de données], mis à jour le 4 décembre 2014, Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance, produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 31 juillet 2015).

- lxxvi INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ) (2014). *Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2005 cycle 3.1, 2011-2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, [Base de données], Compilation spéciale (Consulté le 31 juillet 2015).
- lxxvii AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Obésité au Canada · rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*, 2011, 70 p.
- lxxviii INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ). *Rapport national de l'Étude clinique de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013*, (à paraître).
- lxxix INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2014). *Zoom santé · Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec · une comparaison avec le reste du Canada*, 12 p.
- lxxx INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2014). *Zoom santé · Relations sexuelles et contraception · un portrait des jeunes au cours des années 2000*, 12 p.
- lxxxi RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ). *Services médicaux rémunérés à l'acte et données d'établissements ou de cabinets où des IVG chirurgicales non rémunérées à l'acte ou des IVG médicamenteuses sont pratiquées*, [Base de données], mis à jour le 28 janvier 2015, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 31 juillet 2015).
- lxxxii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 153 p.
- lxxxiii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 351 p.
- lxxxiv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 153 p.
- lxxxv SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (SAAQ) (2014). *Bilan routier 2014*, Québec, Gouvernement du Québec. 24 p.
- lxxxvi MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 351 p.
- lxxxvii SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (SAAQ) (2014). *Les infractions et les sanctions reliées à la conduite d'un véhicule routier 2004-2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 195 p.
- lxxxviii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 153 p.
- lxxxix CENTRE ANTIPOISON DU QUÉBEC (CAPQ). *Fichier TOXIN*, Québec: 2014 [Base de données], mis à jour le 28 janvier 2015, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec (Consulté le 31 juillet 2015).
- xc MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Système de surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoires (MADO)*, [Base de données]. Québec: 1990 - , (Consulté le 23 juin 2015).

- xcviii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 153 p.
- xcvii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2015). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec. Maladies d'origine infectieuse. Rapport annuel 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 12 p.
- xcvi MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). « Vigie – Interventions. Couverture vaccinale chez les enfants de 2 ans », *FlashVigie Bulletin québécois de vigie, de surveillance et d'intervention en protection de la santé publique*, vol. 10, n° 3, avril, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 4 p.
- xcv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2014). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2013 (et projections 2014)*, Québec, Gouvernement du Québec, 95 p.
- xciv INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2012). *Évaluation de l'implantation du Programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) chez les adolescentes du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 135 p.
- xcviii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2014). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2013 (et projections 2014)*, Québec, Gouvernement du Québec, 95 p.
- xcvii INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2014). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Rapport annuel 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 32 p.
- xcviii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2010). *L'épidémie silencieuse · les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 76 p.
- xcix INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2014). *Surveillance provinciale des infections nosocomiales. Faits saillants, discussions et orientations 2013-2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 14 p.
- c MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011). *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 90 p.
- ci MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 153 p.
- cii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2015). *Portail santé mieux-être* [En ligne], [sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/maladie-de-lyme/](Consulté le 31 juillet 2015).
- ciii LOWE, A.-M., (2013). « Les zoonoses au Québec, une progression sournoise », *Perspectives infirmières*, numéro 4, volume 10, 3 p.
- civ COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2009). *Comblé 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 sur la Santé, Genève, Organisation mondiale de la santé, 246 p.

- cv INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2013). *Suivre les inégalités sociales de santé au Québec · une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé. Rapport de recherche*, Québec, INSPQ, 81 p.
- cvi STATISTIQUE CANADA (SC). *Insécurité alimentaire du ménage, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosociales (limites de 2013) et groupe de régions homologues*, Tableau CANSIM 105-0547, [En ligne], 2011-2012, mis à jour le 11 décembre 2013, [www5.statcan.gc.ca/cansim/a47] (Consulté le 31 juillet 2015).
- cvii INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ) (2013). *Accessibilité géographique aux commerces alimentaires au Québec: analyse de situation et perspectives d'interventions*, Québec, INSPQ, 47 p.

