



Politique
gouvernementale
de **prévention**
en santé

UN PROJET D'ENVERGURE
POUR AMÉLIORER LA SANTÉ
ET LA QUALITÉ DE VIE
DE LA POPULATION



Politique
gouvernementale
de **prévention**
en santé

UN PROJET D'ENVERGURE
POUR AMÉLIORER LA SANTÉ
ET LA QUALITÉ DE VIE
DE LA POPULATION

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 Publications.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-74787-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-75191-5 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2016



MOT DU PREMIER MINISTRE



Existe-t-il pour l'homme un bien plus précieux que la santé ? Cette question, posée par Socrate, est toujours pertinente.

Il suffit d'avoir à un moment ou l'autre un ennui de santé qui affecte notre quotidien, ou de voir une personne chère aux prises avec la maladie pour réaliser en effet à quel point la santé physique et mentale est précieuse.

Parce qu'elle influence directement notre qualité de vie, parce qu'elle influence notre capacité à réaliser nos projets et nos rêves, elle doit être préservée, entretenue, et jamais tenue pour acquise.

Au cours des dernières décennies, le Québec a vu s'accroître l'espérance de vie de sa population alors qu'au même moment, la prévalence de plusieurs maladies infectieuses a diminué.

Aujourd'hui, nous voulons aller encore plus loin. Grâce à la Politique gouvernementale de prévention en santé, le gouvernement et les communautés se mobilisent pour créer un environnement qui favorisera l'adoption de saines habitudes de vie. Cette mobilisation touche tous les secteurs de l'activité gouvernementale en raison de leur impact sur la santé et le bien-être des personnes. Cela inclut la famille, l'éducation, le travail, la solidarité sociale, l'aménagement du territoire, le transport, l'environnement, le milieu agroalimentaire et la sécurité publique.

Avec cette politique innovante, tant par son approche que par sa portée, nous mettons nos efforts en commun pour améliorer notre qualité de vie et celle de nos enfants. Pour un avenir en meilleure santé.

Original signé

Philippe Couillard



MOT DE LA MINISTRE DÉLÉGUÉE À LA RÉADAPTATION, À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, À LA SANTÉ PUBLIQUE ET AUX SAINES HABITUDES DE VIE



La prévention constitue une voie d'action à privilégier pour que la population vive en meilleure santé, plus longtemps. La prévention comporte des avantages sociaux et économiques considérables, maintes fois démontrés. Elle a des effets fort positifs sur la qualité de vie de la population, de même que sur la productivité de notre société, laquelle connaît d'ailleurs des changements sociodémographiques importants.

Dans le contexte où notre système de santé et de services sociaux fait face à d'importants défis, la prévention a un impact d'importance sur la réduction des dépenses de soins. À titre d'exemple, des prévisions récentes indiquent des économies potentielles allant jusqu'à 800 millions de dollars par année en matière de prévention des maladies chroniques, et ce, en améliorant les habitudes de vie des Québécoises et des Québécois.

La Politique gouvernementale de prévention en santé s'avère un outil essentiel pour mobiliser notre société afin de mettre en place des milieux et des conditions de vie qui favorisent davantage la santé et le mieux-être. Cette politique s'inspire d'autres approches adoptées ici et ailleurs dans le monde. Elle s'inscrit dans un courant international alimenté par les travaux de l'Organisation mondiale de la Santé, qui préconise l'intégration de la santé dans toutes les politiques, dans une optique de collaboration pangouvernementale.

Notre Politique poursuit ce même objectif, soit celui d'assurer la cohérence entre les interventions de notre gouvernement qui ont un impact sur la santé. Les orientations ainsi que les mesures qu'elle propose favorisent une plus grande complémentarité entre les divers secteurs d'activité et paliers de gouvernement.

C'est dans un esprit de concertation et de collaboration que mes collègues ministres et moi voulons agir pour, entre autres, offrir aux enfants des services de garde qui stimulent leur développement, encourager l'adoption de saines habitudes de vie dans les écoles et les communautés et soutenir des démarches en matière d'aménagement du territoire qui favorisent les déplacements actifs et la sécurité. Nous voulons également promouvoir des conditions de travail et de logement qui favorisent la santé et renforcer la capacité de notre système de santé et de services sociaux à prévenir les problèmes de santé évitables.

Ensemble, grâce à cette Politique, nous parviendrons à faire du Québec une société en meilleure santé.

Original signé

Lucie Charlebois



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
LES FONDEMENTS DE LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE DE PRÉVENTION EN SANTÉ	3
LA SANTÉ, UNE RESSOURCE ESSENTIELLE AU DÉVELOPPEMENT DES PERSONNES ET DE LA SOCIÉTÉ	3
QU'EST-CE QUI FAIT QU'UNE POPULATION EST EN SANTÉ ?	4
UNE VISION D'AVENIR POUR LE QUÉBEC	6
UN PORTRAIT DE L'ÉTAT DE SANTÉ POSITIF DANS L'ENSEMBLE, MAIS CERTAINES TENDANCES PRÉOCCUPANTES	7
UNE DOUBLE FINALITÉ	12
DES PRINCIPES DIRECTEURS POUR GUIDER L'ACTION	13
DES CIBLES AMBITIEUSES POUR SOUTENIR LA VISION D'UN QUÉBEC EN SANTÉ	16
DES ORIENTATIONS ET DES MESURES ADAPTÉES AUX BESOINS DE LA POPULATION	17
ORIENTATION 1 – LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS DES PERSONNES DÈS LEUR PLUS JEUNE ÂGE	19
ORIENTATION 2 – L'AMÉNAGEMENT DE COMMUNAUTÉS ET DE TERRITOIRES SAINS ET SÉCURITAIRES	31
ORIENTATION 3 – L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE QUI FAVORISENT LA SANTÉ	45
ORIENTATION 4 – LE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	59
LA GOUVERNANCE ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE	73
UNE GOUVERNANCE COLLABORATIVE ET EFFICACE	73
UN DISPOSITIF DE GOUVERNANCE ADAPTÉ AU CONTEXTE	73
UN PLAN D'ACTION INTERMINISTÉRIEL EN VUE D'ASSURER LA MISE EN ŒUVRE, L'ÉVALUATION ET LA MISE À JOUR DE LA POLITIQUE	75
UNE REDDITION DE COMPTES SOUPLE ET FACILITANTE	75
CONCLUSION	77
REMERCIEMENTS	79
RÉFÉRENCES	85



LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ALV	Appareil de loterie vidéo
CPE	Centre de la petite enfance
CTF	Conciliation travail-famille
FTE	Fumée de tabac dans l'environnement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LSP	Loi sur la santé publique
MADA	Municipalité amie des aînés
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PME	Petite ou moyenne entreprise
PNSP	Programme national de santé publique



INTRODUCTION

L'état de santé de la population québécoise est somme toute enviable par rapport à celui de bien d'autres sociétés dans le monde. Cela dit, un certain nombre de problèmes pourtant évitables requièrent une attention accrue, comme en témoignent les plus récentes données sur les problèmes de développement chez les enfants, sur la détresse psychologique, sur la prévalence de l'obésité, en particulier chez les jeunes, sur la prévalence du diabète et de l'hypertension chez les aînés, pour ne nommer que ceux-là. En ce début du 21^e siècle, le Québec doit relever de grands défis en matière de santé, notamment dans le contexte où le portrait sociodémographique évolue et où les écarts de santé persistent entre différents groupes de la société.

La prévention représente un choix rentable pour assurer le développement optimal des personnes, des communautés et de la société dans son ensemble. Elle permet de maintenir la population en santé et active, d'une part, et d'éviter que des problèmes physiques, mentaux et psychosociaux se manifestent, d'autre part. La prévention contribue à l'essor social et économique du Québec. En ce sens, elle ne représente pas une dépense, mais bien un investissement au profit des générations actuelles et futures.

D'importantes améliorations peuvent être apportées si l'on agit individuellement et collectivement sur les facteurs qui influent sur la santé. Un ensemble de politiques et de stratégies gouvernementales et sectorielles y concourent déjà, que ce soit dans le domaine de la famille, de l'éducation, du travail, de la solidarité sociale, de l'aménagement du territoire, du transport, de l'environnement, du bioalimentaire, de la sécurité publique, du développement économique ou de la santé et des services sociaux. Ces politiques et ces stratégies ont des effets bénéfiques. Les bilans effectués, de même que les consultations menées auprès d'acteurs clés, dans les organisations mêmes et sur le terrain, conduisent toutefois au constat qu'une politique intégratrice de prévention en matière de santé, interpellant un ensemble d'acteurs de l'appareil gouvernemental, a le potentiel de donner un nouvel élan à ces efforts.

En effectuant des choix concrets et en assurant une plus grande cohérence des interventions des ministères et de leurs réseaux respectifs, la Politique gouvernementale de prévention en santé (aussi « la Politique » dans le reste du document) contribuera à renforcer les collaborations entre les différents secteurs d'activité. Il s'agit d'une opportunité à saisir afin de mettre en place des mesures structurantes pour les dix prochaines années, tout en mobilisant les partenaires du gouvernement et l'ensemble de la collectivité autour des actions concrètes qui en découleront. L'approche inclusive et transversale de la prévention portée par la Politique est une pierre angulaire permettant d'assurer la durabilité de notre système public de santé et de services sociaux, lequel comptait, en 2015-2016, pour 49% des dépenses budgétaires du gouvernement. La prévention constitue donc une voie d'action incontournable pour faire face aux défis qui se présentent en matière de financement du système, particulièrement dans le contexte du vieillissement

accélération de la population et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques qui y est associée. Cette politique constitue un outil indispensable non seulement à la pérennité du système de santé et de services sociaux, mais aussi à la préservation des acquis du gouvernement du Québec en matière de prévention.

Le présent document a été élaboré dans le cadre d'une démarche collaborative à laquelle ont contribué un grand nombre de personnes. Des décideurs de 15 ministères et organismes ont participé activement aux travaux. Ils avaient pour mandat de cibler les mesures de politiques publiques les plus structurantes et les plus susceptibles de générer les gains de santé escomptés dans le contexte québécois, sur un horizon à court, à moyen et à long terme. Leurs réflexions se sont appuyées sur un état des connaissances à propos des actions jugées efficaces ou prometteuses, issues de la recherche scientifique et de l'expérience acquise sur le terrain, recensées par l'Institut national de santé publique du Québec, des experts du milieu de la recherche ainsi que des professionnels de différents ministères et organismes. Enfin, une consultation ciblée portant sur les principales composantes du projet de politique a été réalisée, au cours de l'automne 2015, auprès de 50 organisations représentatives des grands secteurs d'activité et de groupes de la population. D'autres organisations ont également transmis par écrit des commentaires sur le projet.

La première partie de ce document expose les fondements de la Politique gouvernementale de prévention en santé, à savoir la conception de la santé et les facteurs qui l'influencent, la vision, les principaux constats et défis tirés du portrait de l'état de santé des Québécois, la double finalité de la Politique ainsi que les principes directeurs. S'ensuit une description des orientations, des objectifs, des mesures et des chantiers que le gouvernement s'engage à mettre en œuvre en vue de maintenir et d'améliorer la santé de la population. Enfin, la troisième et dernière partie expose les modalités privilégiées pour assurer la gouvernance, la mise en œuvre et l'évaluation de la Politique.



LES FONDEMENTS DE LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE DE PRÉVENTION EN SANTÉ

LA SANTÉ, UNE RESSOURCE ESSENTIELLE AU DÉVELOPPEMENT DES PERSONNES ET DE LA SOCIÉTÉ

La santé est fondamentale. Il s'agit d'une ressource de la vie quotidienne qui permet à chaque personne de s'accomplir et d'agir dans son milieu, que ce soit en tant qu'étudiant, parent, travailleur, citoyen engagé dans sa communauté, etc. Elle se construit tout au long du parcours de vie, mais les premières années sont cruciales. Elle représente donc un capital personnel qui a une portée individuelle et collective de grande importance, puisqu'elle favorise la participation à la vie en société.

La santé constitue ainsi une ressource nécessaire au développement de la société, à son dynamisme et à sa prospérité. Une population en bonne santé contribue à la création et au partage de la richesse collective, notamment par le travail, la production et la consommation de biens et de services ainsi que par l'engagement social et l'action bénévole de ses membres. Tous en bénéficient, d'où l'importance d'agir non seulement individuellement, mais aussi collectivement, pour maintenir et améliorer la santé de la population.

Au Québec, il est d'usage de définir la santé de façon beaucoup plus large et positive que par la simple absence de maladie ou d'incapacité. On la présente ainsi dans l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

« [...] 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 ».

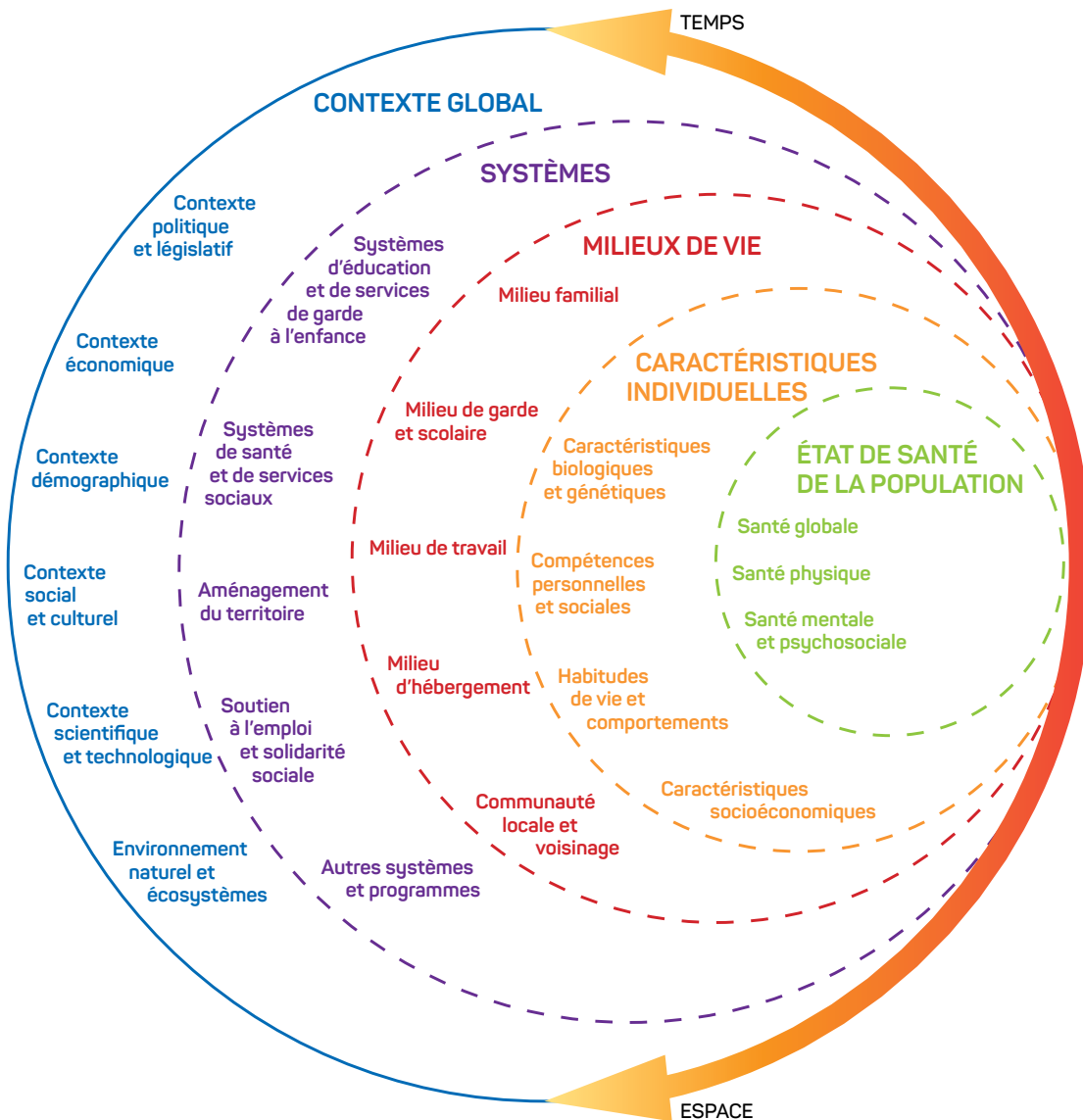
Cette définition englobe la santé physique, la santé mentale et la santé psychosociale, trois dimensions indissociables. Elle inclut aussi le bien-être de la personne. La santé est également associée à la notion de « qualité de vie », laquelle sous-tend l'idée d'un équilibre entre les besoins de la personne, d'une part, et les ressources et les moyens dont elle dispose pour les satisfaire, d'autre part. Ces derniers sont fortement influencés par les environnements physique, économique, politique et socioculturel dans lesquels elle vit, et inversement.

En somme, cette conception globale, dynamique et positive de la santé, considérée comme une ressource essentielle au développement des personnes et de la société, constitue un fondement important de la Politique gouvernementale de prévention en santé.

QU'EST-CE QUI FAIT QU'UNE POPULATION EST EN SANTÉ ?

Une diversité de facteurs (ou déterminants) influent sur l'état de santé de la population sur différents plans, comme le montre le schéma 1 ci-dessous.

SCHÉMA 1
CARTE DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



Parmi ces facteurs se trouvent les caractéristiques individuelles, à savoir les caractéristiques biologiques et génétiques (âge, sexe, origine ethnique, prédispositions biologiques ou génétiques, etc.), les compétences personnelles et sociales (habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales), les habitudes de vie et les comportements (alimentation, mode de vie,

consommation de tabac, d'alcool et de drogues, pratiques sexuelles, comportements relatifs à la sécurité, etc.) ainsi que les caractéristiques socioéconomiques (scolarité, type d'emploi, revenu, etc.). Cette dernière catégorie de facteurs concerne, entre autres, le statut socioéconomique des individus, lequel exerce une très grande influence sur leur santé.

Par ailleurs, les individus vivent et interagissent quotidiennement dans différents milieux de vie, dont le milieu familial, le milieu de garde, le milieu scolaire, le milieu de travail, le milieu d'hébergement, la communauté locale et le voisinage. Ils y entretiennent des relations sociales qui influencent leur développement personnel et leur façon de vivre en société. Dans ces milieux, les individus sont aussi exposés à des conditions matérielles et socioéconomiques particulières.

Les systèmes régis par l'État ont également une incidence sur la santé et sur la qualité de vie des personnes. Ces systèmes regroupent l'ensemble des organisations des divers paliers d'intervention (national, régional et local) de même que les ressources humaines, matérielles et financières qui permettent, entre autres, d'offrir des services à la population et de veiller à l'application des lois et des règlements. Il s'agit, par exemple, des services de garde éducatifs à l'enfance, du système d'éducation, du système de santé et de services sociaux, de l'aménagement du territoire ainsi que des programmes de soutien à l'emploi et de solidarité sociale.

Le contexte global agit sur la vie en société et sur les conditions de vie des personnes et des groupes de la population. Il comprend le contexte politique et législatif, le contexte économique, le contexte démographique, le contexte social et culturel ainsi que l'environnement naturel et les écosystèmes.

Ces multiples facteurs interagissent et génèrent un ensemble complexe d'effets sur la santé de la population. Ils sont tous modifiables, à l'exception de la majorité des caractéristiques biologiques et génétiques. Des leviers permettant d'agir sur ces facteurs sont présents dans différents secteurs d'activité et à divers paliers d'intervention. On entend par «secteurs» les grands champs d'activité où interviennent le gouvernement et les partenaires des domaines parapublic et privé, du milieu municipal, et de la société civile. Les secteurs de la famille, de l'éducation, du travail, de la solidarité sociale, du transport, de l'environnement, de l'aménagement du territoire, de la sécurité publique, du bioalimentaire, du développement économique, ainsi que de la santé et des services sociaux sont des exemples de champs d'activité qui disposent de leviers importants permettant de maintenir et d'améliorer la santé de la population.

Il importe que les acteurs des différents secteurs d'activité partagent la même compréhension des facteurs qui influencent la santé et qu'ils activent les leviers dont ils disposent pour les modifier, par des actions structurantes qui s'inscrivent en cohérence et en complémentarité. Ils doivent également travailler en collaboration et mettre en commun des ressources et des savoir-faire, afin d'agir avec une plus grande efficacité sur ces facteurs. Ainsi, l'action intersectorielle se situe véritablement au cœur de la Politique gouvernementale de prévention en santé.

UNE VISION D'AVENIR POUR LE QUÉBEC

La Politique gouvernementale de prévention en santé s'inscrit dans un courant international influencé par les travaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) portant sur les déterminants sociaux de la santé et l'intégration de « la santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies*). Le Québec fait déjà figure d'exemple dans ce domaine, notamment grâce à l'institutionnalisation, dans la Loi sur la santé publique, de l'évaluation des impacts sur la santé des politiques élaborées par le gouvernement et aux efforts consacrés à promouvoir l'adoption de politiques publiques saines. En s'appuyant sur une démarche pangouvernementale structurante et mobilisatrice sans précédent dans le domaine de la prévention en santé, la présente politique confirme la place du Québec comme chef de file.

Le gouvernement aspire à ce que le Québec devienne l'une des sociétés ayant la meilleure santé et que sa population jouisse d'une qualité de vie notable. En ce sens, la Politique énonce une vision rassembleuse et inspirante pour guider les actions actuelles et futures de prévention en santé.

VISION

« Une population québécoise en santé, dans laquelle chaque personne a la capacité et les conditions pour réaliser son plein potentiel et participer au développement durable de la société.

Une politique à l'avant-garde en matière de prévention, qui inspire et mobilise un ensemble de partenaires afin de favoriser davantage la santé, dans un souci d'équité ».

Le rôle du gouvernement est fondamental pour assurer l'actualisation de cette vision. Voilà pourquoi il s'engage à en faire la promotion auprès de ses partenaires et de la collectivité dans son ensemble, de même qu'à les rallier et à les soutenir, afin qu'ils participent activement au mouvement, selon leurs forces et les moyens dont ils disposent. Il importe également qu'une attention particulière soit portée aux populations plus vulnérables¹, afin de favoriser l'égalité des chances. L'équité en matière de santé est considérée comme essentielle au développement durable de la société, à une meilleure qualité de vie et au bien-être de tous.

1 On entend par « populations vulnérables », les « personnes qui, en raison de leurs caractéristiques communes et selon les contextes, présentent un risque plus élevé de développer des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux ou de subir des traumatismes. Cette vulnérabilité est le résultat d'un ensemble de facteurs, y compris des conditions ou des circonstances sociales et économiques (ex. : accès à des ressources et à des services) ainsi que des caractéristiques individuelles particulières (ex. : âge, sexe, genre, origines ethnoculturelles, conditions de santé préexistantes, conditions de vie, statut socioéconomique, scolarité) » (MSSS, 2015a, p.12). Selon la problématique considérée, la nature des facteurs de vulnérabilité peut différer d'une population par rapport à une autre. De plus, une même personne peut cumuler plusieurs facteurs de vulnérabilité à la fois.

UN PORTRAIT DE L'ÉTAT DE SANTÉ POSITIF DANS L'ENSEMBLE, MAIS CERTAINES TENDANCES PRÉOCCUPANTES

L'état de santé de la population québécoise s'est globalement amélioré au cours des dernières décennies. L'espérance de vie s'accroît de façon continue et, en grande majorité, la population québécoise se perçoit en excellente ou en très bonne santé, y compris les aînés. Le recul de la mortalité par maladie cardiovasculaire est sans doute le progrès le plus remarquable enregistré au cours des vingt dernières années.

La santé de la population est toutefois à risque d'être fragilisée à court et à moyen terme, entre autres par le fardeau croissant des maladies chroniques. Celles-ci peuvent être définies comme des problèmes de santé physique non transmissibles ayant une évolution lente, souvent irréversible et de longue durée (ex. : cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies musculosquelettiques, maladies mentales). La prévalence du cancer, première cause de mortalité évitable au Québec, est importante. En 2015, on estime qu'environ 50 000 nouveaux cas de cancer seraient diagnostiqués chez les Québécois (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2015). La proportion de diabétiques a également augmenté d'un peu plus de 50 % au cours des années 2000 et près de 1 adulte québécois de plus de 20 ans sur 4 souffre d'hypertension (INSPQ, 2016).

QUELQUES DONNÉES SUR LES HABITUDES DE VIE DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE ET LEURS CONSÉQUENCES

En 2013-2014, 29 % des adultes de 20 à 34 ans fumaient tous les jours ou à l'occasion. Les jeunes adultes sont proportionnellement plus nombreux à fumer comparativement aux autres groupes d'âge (Statistique Canada, 2014a).

En 2011-2012, au Québec, près de 58 % des personnes âgées de 18 ans et plus atteignaient le niveau minimal d'activité physique recommandé, en tenant compte seulement de l'activité physique de loisir. Concernant les jeunes de 6 à 11 ans et de 12 à 17 ans, ces proportions atteignent respectivement 59 % (données de 2009-2010) et 41 % (Nolin, 2015).

De 2005 à 2014, la proportion d'adultes obèses est passée de 14 % à 18 % (Statistique Canada, 2014b).

Le vieillissement de la population alourdira le fardeau des maladies chroniques et entraînera une augmentation du nombre de personnes souffrant d'incapacités. Or, 80 % de ces maladies peuvent être évitées par la modification des facteurs de risque (OMS et ASPC, 2006), y compris les habitudes de vie. Celles-ci exercent une influence considérable sur le développement de problèmes de santé chroniques et d'incapacités. À ce chapitre, certaines améliorations ont été enregistrées au cours des dernières années au Québec, mais des défis majeurs restent à relever. Par exemple, le taux de tabagisme a considérablement diminué depuis les années 1980. Toutefois, il apparaît que le rythme de réduction du tabagisme a ralenti et a même stagné pour une partie de la dernière décennie. Dans le groupe d'âge des 12 ans et plus, il est passé de 24 % en 2007-2008 à 21 % en 2013-2014 (Statistique Canada, 2014a). Sur le plan de l'alimentation, la consommation de fruits et de légumes est insuffisante chez une grande proportion d'adultes et elle l'est encore plus chez les jeunes. La surconsommation de gras, de sel et de sucre est un problème nutritionnel majeur. Sur le plan de l'activité physique, bien que les adultes québécois soient plus nombreux qu'auparavant à bouger régulièrement, une proportion importante d'entre eux n'atteint pas le nombre minimal d'heures d'activité physique recommandé par jour, ce que l'on constate également chez les jeunes. Cette inactivité trop répandue, combinée à de mauvaises habitudes alimentaires, est en grande partie responsable de l'épidémie d'obésité qui touche le Québec.

Les problèmes liés au poids constituent l'un des facteurs les plus importants de mauvaise santé, selon l'OMS. L'embonpoint et l'obésité augmentent considérablement les risques de développer une maladie chronique

(diabète, certaines maladies cardiaques et certains cancers). La multimorbidité associée à la présence concomitante d'au moins deux maladies chroniques chez un même individu est de plus en plus fréquente en raison du vieillissement de la population. Il est à noter qu'elle est deux fois plus élevée chez les personnes obèses que chez celles qui ont un poids normal.

En ce qui a trait aux traumatismes non intentionnels (c'est-à-dire accidentels, communément appelés « blessures »), il faut souligner l'amélioration substantielle du bilan routier depuis la fin des années 1970. Une baisse significative du nombre de décès sur les routes est observée, soit une réduction de 80 % de 1978 à 2015. Le groupe d'âge composé des jeunes de 14 ans et moins est celui où l'on enregistre la plus forte réduction du nombre de victimes décédées depuis 1978. Par contre, le groupe des jeunes de 15 à 24 ans affiche toujours le taux le plus élevé de personnes accidentées de la route (SAAQ, 2016). Les traumatismes d'origines récréative et sportive, dont les commotions cérébrales, constituent également un problème important (MSSS, INSPQ et ISQ, 2011a).

Les troubles de santé mentale touchent une proportion importante de la population. On estime que 1 personne sur 5 vivra un ou plusieurs problèmes de ce type au cours de sa vie (ISQ, 2015a). En 2013-2014, environ 7 % de la population québécoise a reçu un diagnostic de trouble anxiodépressif (Statistique Canada, 2014a). En 2013, le taux ajusté de suicide se situait à un peu plus de 13 décès pour 100 000 personnes. Cette donnée suggère que la baisse des taux de suicide au Québec, débutée en l'an 2000, semble s'estomper, particulièrement chez les hommes de 35 ans et plus. Des données provisoires de 2014 ne laissent pas présager de diminution du taux moyen (Légaré et autres, 2016).

Les problèmes d'adaptation sociale revêtent de multiples aspects. Les dépendances aux drogues et à l'alcool nuisent à la santé physique des individus, en plus d'augmenter leurs risques de développer, entre autres, certaines maladies chroniques. Comme dans le cas du jeu pathologique, ces dépendances ont des conséquences importantes sur la santé mentale ainsi que sur la vie familiale et sociale des personnes atteintes.

En matière de consommation d'alcool, on rapporte qu'en 2013, 8 % des élèves du secondaire avaient, pendant au moins un épisode au cours de leur vie, eu une consommation régulière d'alcool (ISQ, 2014). Au chapitre de la violence, le taux annuel d'infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal a augmenté de façon continue de 2008 à 2012, et a alors atteint son sommet des 20 dernières années (280 infractions pour 100 000 personnes). On observe toutefois une tendance à la baisse depuis. Les voies de fait constituent de loin la catégorie d'infractions la plus fréquente, suivie des menaces et du harcèlement criminel (MSP, 2015).

Par ailleurs, selon une enquête menée en 2008 auprès des parents, 34 % des enfants et des jeunes âgés de 3 à 14 ans éprouveraient des difficultés socioémotionnelles (Gouvernement du Québec, 2008). Leurs difficultés sont parfois si grandes qu'elles nuisent à leur développement et à leur capacité de s'intégrer dans la société.

QUELQUES DONNÉES SUR LA SANTÉ MENTALE

Plus du quart de la population âgée de 15 ans et plus affirme vivre un stress quotidien élevé. Les personnes de 35 à 44 ans sont particulièrement touchées (Statistique Canada, 2014b).

Au secondaire, une plus grande proportion de filles que de garçons présente un niveau élevé de détresse psychologique, soit respectivement 28 % et 14 % (MSSS, 2016).

Comparativement aux élèves du secondaire provenant d'un milieu très favorisé sur le plan socioéconomique, les élèves provenant d'un milieu très défavorisé sont proportionnellement plus nombreux à avoir une faible estime de soi (21 % et 16 %) (MSSS, 2016).

De 2011 à 2013, les taux de suicide les plus élevés étaient observés chez les hommes de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans, ainsi que chez les femmes âgées de 50 à 64 ans. (Légaré et autres, 2016).

QUELQUES DONNÉES SUR LES PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE

En 2013, parmi les élèves du 2^e cycle du secondaire, près de la moitié ont pris au moins 5 consommations d'alcool ou plus en une même occasion au cours de l'année (Gouvernement du Québec, 2013).

En 2014-2015, l'abus physique et la négligence sont des motifs de rétention qui représentaient chacun 23 % des signalements retenus conformément à la Loi sur la protection de la jeunesse, suivis des mauvais traitements psychologiques (15 %), des risques sérieux de négligence (13 %), des troubles de comportement sérieux (10 %), des risques sérieux d'abus physique (7 %), des abus sexuels (5 %), des risques sérieux d'abus sexuels (4 %) et de l'abandon (0,2 %) (Association des centres jeunesse du Québec, 2015).

Sur un autre plan, la résurgence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) retient particulièrement l'attention depuis le début des années 2000. L'incidence de certaines infections est en hausse, une situation davantage présente chez les jeunes adultes. Après une diminution de 60 % de l'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* de 1990 à 1997, une hausse constante est observée. La progression de l'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique est de 488 % de 1998 à 2014. On trouve près de 7 fois plus de cas en 2014 qu'en 1998 (Venne, Lambert et Blouin, 2015).

QUELQUES DONNÉES SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ ASSOCIÉS AUX FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

En 2008, au Québec, 17 % des personnes de 15 ans et plus ont eu des symptômes de rhinite allergique, soit un peu plus de 1 personne sur 6 (Canuel et Lebel, 2012).

En 2002, l'exposition à des contaminants (particules fines, ozone et oxydes d'azote) dans certaines régions couvrant environ la moitié de la population du Québec serait à l'origine de 1 974 décès prématurés, de 452 visites aux services des urgences pour des problèmes respiratoires ou cardiaques et de 246 705 journées de symptômes d'asthme (Bouchard et Smargiassi, 2008).

En 2014, près de 1 personne sur 10 âgée de 15 ans et plus est exposée à des niveaux de bruit nuisibles dans son environnement, à l'extérieur de son milieu de travail (Martin, Deshaies et Poulin, 2015).

Il est reconnu que l'environnement joue un rôle dans l'apparition de plusieurs maladies ainsi que dans le développement de certains cancers, dont la leucémie (MSSS, INSPQ et ISQ, 2011a). Par exemple, bien que ce phénomène soit difficile à mesurer précisément, on sait que la pollution atmosphérique influence l'apparition ou l'aggravation de maladies cardiaques et respiratoires. Certaines régions demeurent plus touchées par la pollution atmosphérique (Montréal, Montérégie, Laval, Lanaudière, Capitale-Nationale). La moyenne du nombre de jours de mauvaise qualité de l'air ambiant (extérieur) observé chaque année a diminué de près de la moitié de 2004 à 2014 dans l'ensemble du Québec. Néanmoins, au cours de la même période, 9 régions sur 14 ont enregistré plus de 20 jours par année durant lesquels la qualité de l'air ambiant était mauvaise et 11 régions sur 14 ont connu, au moins une fois au cours d'une même année, plus de 10 jours de smog. Dans l'ensemble du Québec, le nombre moyen d'épisodes et de jours de smog a aussi connu une baisse (MDDELCC, 2015a). De 1990 à 2008, les émissions des principaux contaminants atmosphériques ont diminué du tiers. Cette importante baisse est attribuable en grande partie aux secteurs des transports et, dans une moindre mesure, aux industries (MDDEP, 2011).

Par ailleurs, plusieurs facteurs associés à la qualité de l'air intérieur des bâtiments, dont l'exposition à la fumée de tabac, à une humidité excessive et à la moisissure, présentent un risque pour la santé, en particulier chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. La qualité de l'air intérieur constitue un élément fondamental concernant la qualité des logements. En 2011, on estimait que 7 % des logements au Québec nécessitaient des réparations majeures (Statistique Canada, 2011a).

Enfin, les changements climatiques s'avèrent un enjeu d'importance, dont les aléas sont en croissance au Québec et peuvent avoir des répercussions considérables sur la santé de la population, la qualité de vie et les écosystèmes (ex. : vagues de chaleur, inondations, glissements de terrain, érosion, contamination de l'eau et de la nourriture, maladies transmises par des insectes).

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ÉTROITEMENT LIÉES AUX CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

Les améliorations enregistrées au regard de l'état de santé de la population sont inégalement partagées. Les personnes les plus favorisées sur le plan socioéconomique sont celles qui en bénéficient le plus de manière générale. En contrepartie, les personnes plus pauvres sont davantage à risque

de mortalité précoce, de développer certains problèmes de santé physique, mentale et psychosociale ainsi que de vivre longtemps en ayant des maux chroniques. On observe également que l'écart se creuse quant à l'espérance de vie entre les personnes les plus favorisées et celles qui le sont le moins ; il s'agit d'une tendance inquiétante qu'il faut renverser. À titre illustratif, en 2011, l'écart relatif à l'espérance de vie entre les hommes moins avantagés sur le plan matériel et social et ceux plus favorisés était de 6 ans ; cet écart était de 2 ans chez les femmes (MSSS, 2015b).

On observe également des écarts de santé chez les populations autochtones par rapport à l'ensemble de la population du Québec, notamment sur le plan de l'espérance de vie, de la prévalence de plusieurs maladies chroniques (ex. : diabète) et infectieuses (ex. : ITSS et tuberculose), des traumatismes intentionnels et non intentionnels, de la détresse psychologique, des comportements à risque et des dépendances (ex. : tabagisme, consommation excessive d'alcool, consommation de drogues). Ces écarts s'expliquent largement par des conditions de vie moins favorables à la santé, ainsi que par des circonstances et des conditions historiques particulières, qui sont à l'origine de traumatismes importants subis par plusieurs générations. Ces réalités soulèvent des défis importants dans les populations autochtones elles-mêmes, mais aussi dans la société québécoise dans son ensemble, d'où l'importance d'agir le plus possible à la source des problèmes. Par ailleurs, par rapport à la population de l'ensemble du Québec, les populations autochtones vivent aussi des réalités différentes. Par exemple, sur le plan sociodémographique, elles sont nettement plus jeunes, de façon générale. Sur le plan socioculturel, les normes sociales et les modes de vie sont également différents. Les réalités sont aussi distinctes d'une communauté autochtone à une autre, ce qui incite à nuancer le portrait que l'on peut dresser à leur sujet.

Les écarts de santé ainsi soulignés mettent en lumière la problématique vaste et complexe des inégalités sociales de santé, dont les causes sont multiples. Ces inégalités sociales sont les différences systématiques qui existent dans la population au regard de différents aspects de la santé. Elles découlent d'une répartition inéquitable des facteurs qui influent sur la santé, dont les conditions de vie des personnes (ex. : revenu, travail, scolarité, alimentation, logement). Ces facteurs sont eux-mêmes influencés en amont par des éléments plus structureux, dont le contexte global qui marque la vie en société, sur le plan politique, social et économique notamment, ainsi que les systèmes administrés par l'État. Ces facteurs interagissent et se combinent tout au long du parcours de vie des personnes.

Les inégalités sociales de santé constituent donc un défi incontournable auquel la société québécoise doit faire face avec plus de force. Toutefois, elles ne constituent pas un phénomène inéluctable, bien au contraire. Diverses actions, qu'elles soient d'ordre général ou axées sur des facteurs précis, peuvent contribuer à les réduire considérablement ou à atténuer les effets de la pauvreté sur les personnes, les familles et les communautés. Ce défi interpelle non seulement le gouvernement, mais aussi l'ensemble de la société.

QUELQUES DONNÉES SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS PLUS VULNÉRABLES SUR LE PLAN SOCIOÉCONOMIQUE

Dans la population québécoise, il y aurait 93 % plus de personnes ne se percevant pas en bonne santé, 88 % plus de fumeurs quotidiens, 54 % plus de personnes insatisfaites de leur vie sociale et 28 % plus de personnes obèses dans le groupe le plus défavorisé sur le plan socioéconomique que dans le groupe le plus favorisé (Lambert et autres, 2014).

Environ 20 % de la population québécoise âgée de 45 à 64 ans à faible revenu est atteinte d'au moins deux maladies chroniques, comparativement à 7 % chez les plus aisés (Statistique Canada, 2013a).

La mortalité chez les moins de 65 ans est près de 2 fois plus élevée chez les personnes les moins favorisées que chez celles les plus avantagées (MSSS, 2013a).

DES CHANGEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES QUI SOULÈVENT DES PRÉOCCUPATIONS AU REGARD DE LA SANTÉ

Le portrait sociodémographique du Québec a également beaucoup changé au cours des dernières décennies. Il se caractérise actuellement par plusieurs phénomènes, dont le vieillissement de la population. Celui-ci est attribuable au recul constant de la mortalité au cours du 20^e siècle et à une hausse soutenue de la natalité, amorcée durant la Deuxième Guerre mondiale et interrompue abruptement dans les années 1960. Le taux de fécondité étant actuellement faible, il ne suffit pas à assurer le renouvellement des générations. L'apport soutenu en immigration internationale contribue néanmoins, depuis un demi-siècle, à la progression démographique. Ce faisant, le Québec devrait enregistrer, au cours des prochaines années, l'un des taux d'accroissement du nombre d'âinés les plus élevés parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Une analyse prospective prévoit que, dans le contexte du vieillissement de la population, la proportion d'âinés ayant besoin d'aide et de soins devrait bondir de 71%, entre 2015 et 2026, au Canada.

Les résultats montrent que les coûts de soins de santé offerts aux âinés auront alors plus que doublé, pour atteindre 62,3 milliards de dollars (Conference Board du Canada, 2015).

Selon les dernières projections, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus, qui était de 16 % en 2011, passera à 25 % en 2031. En outre, le nombre de personnes de 75 ans et plus doublera durant cette période, passant de 560 000 à 1,2 million (MSSS, 2015c). Les effets du vieillissement de la population sont multiples et nécessitent une planification différente des actions gouvernementales dans divers secteurs, notamment en matière de santé et de services sociaux, de travail, de solidarité sociale, de logement et de transport.

Un autre phénomène mérite une attention particulière, soit la modification de la structure familiale. La proportion de familles monoparentales est en hausse continue depuis plusieurs années. Le taux de familles monoparentales qui comptent au moins 1 enfant de 24 ans et moins est passé de 18 % en 1986 à 26 % en 2011 (ISQ, 2013a). Ce type de situation familiale peut poser des défis importants, entre autres sur le plan financier et de la planification des activités quotidiennes (ex. : travail, études, repas, loisirs). Le soutien social s'avère essentiel pour composer avec les nouvelles réalités familiales, et ce, tant pour les parents que pour les enfants et les jeunes. D'autres membres de la famille, soit des grands-parents, des oncles ou des tantes, ainsi que des amis peuvent être amenés à jouer un rôle plus important à cet égard. Il faut aussi préciser que parmi les familles ayant au moins 1 enfant de 24 ans ou moins, un peu plus de 19 % sont des familles monoparentales sous la responsabilité d'un parent de sexe féminin, contre 6 % sous la responsabilité d'un parent de sexe masculin (ISQ, 2013a).

Le portrait sociodémographique du Québec a également changé au cours des dernières décennies, du fait que la proportion de personnes immigrantes dans la population totale s'est accrue, passant de 9 % en 1991 à 12 % en 2011. Dans la région métropolitaine de Montréal, au cours de la même période, cette proportion est passée de 17 % à 23 %. La proportion de nouveau-nés dont au moins un parent est né à l'étranger a doublé de 1990 à 2014, passant de 15 % à 30 % (ISQ, 2013b). Par ailleurs, les personnes immigrantes sont en général plus susceptibles de vivre dans des conditions de vie plus précaires (ex. : revenu, logement, alimentation). Des défis peuvent également se poser sur le plan de l'insertion professionnelle et de l'intégration sociale.

En conclusion, ces quelques constats sur l'évolution sociodémographique du Québec soulèvent une diversité de préoccupations à considérer dans le cadre de la présente politique. À cette fin, la participation pleine et entière des personnes de tout âge, sexe, origine, religion, classe sociale, genre et orientation sexuelle constitue une valeur phare.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ ÉVITABLES PRIORITAIRES

À la lumière du portrait général de l'état de santé de la population, les quatre grands problèmes de santé évitables ci-dessous sont ciblés prioritairement en raison notamment de leur prévalence, du fardeau sanitaire et économique qu'ils imposent, des écarts importants qu'ils peuvent créer entre différents groupes de la population et des gains potentiels encore réalisables :

- les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale ;
- les maladies chroniques et les incapacités ;
- les maladies infectieuses ;
- les blessures.

Les grands enjeux transversaux qui retiennent l'attention dans ce portrait, qui sont pris en compte dans le choix des mesures et qui seront aussi mis en exergue dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique sont les suivants :

- Les changements sociodémographiques, y compris les défis que posent le vieillissement de la population, l'immigration et les nouvelles réalités familiales.
- La pauvreté et les inégalités sociales de santé, notamment dans les populations autochtones et dans les communautés défavorisées sur le plan socioéconomique.

UNE DOUBLE FINALITÉ

La finalité de la Politique gouvernementale de prévention en santé est définie à partir des grands constats du portrait de santé.

FINALITÉ

« Agir sur un ensemble de facteurs en vue d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population du Québec et de réduire les inégalités sociales de santé ».

L'atteinte de cette finalité repose sur une prise en compte des enjeux transversaux, particulièrement les inégalités sociales de santé. De plus, la Politique vise quatre grandes catégories de facteurs qui influent sur la santé, sur la base du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : les capacités des personnes, les milieux, les conditions de vie et le système de santé et de services sociaux. Ces grandes catégories délimitent les orientations de la Politique, desquelles découle un ensemble de mesures structurantes et de chantiers.

DES PRINCIPES DIRECTEURS POUR GUIDER L'ACTION

Quatre principes directeurs ont guidé le choix des orientations, des mesures et des chantiers de la Politique; ils devront également être pris en considération dans sa mise en œuvre. Ces principes font écho à des conditions essentielles à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé, telles que la cohérence, l'ouverture, l'écoute, la capacité d'agir et la collaboration.

LA PRISE EN COMPTE DU CARACTÈRE INDISSOCIABLE DES DIMENSIONS SOCIALE, ÉCONOMIQUE ET ENVIRONNEMENTALE, EN RESPECT DES PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE

La Politique gouvernementale de prévention en santé s'appuie sur une vision à long terme du développement de la société québécoise qui prend en compte le caractère indissociable de ses dimensions sociale, économique et environnementale. Fondées sur le concept de développement durable, ces trois dimensions concernent les objectifs suivants :

- Maintenir l'intégrité de l'environnement physique pour assurer la santé et la sécurité des communautés et préserver les écosystèmes qui entretiennent la vie.
- Assurer l'équité sociale pour le plein épanouissement de tous, l'essor des communautés et le respect de la diversité.
- Viser l'efficacité économique pour créer une économie innovante et prospère, de même qu'écologiquement et socialement responsable.

Les actions découlant de la Politique devront permettre de répondre aux besoins actuels de la population, tout en prenant en considération ceux anticipés pour les générations futures.

DES MESURES EFFICACES QUI TOUCHENT LES PERSONNES, LES COMMUNAUTÉS ET LES ENVIRONNEMENTS

La Politique mise sur l'implantation d'un ensemble de mesures éprouvées, susceptibles de procurer des gains de santé appréciables aux personnes, aux communautés ainsi que des populations considérées comme étant vulnérables. Ces mesures visent également à agir sur les environnements physique, économique, politique et socioculturel qui influent sur la santé et la qualité de vie de la population.

Outre l'efficacité, d'autres critères d'analyse ont été pris en compte dans le choix des mesures de la Politique, notamment l'équité, la faisabilité et l'acceptabilité.

UNE ACTION ADAPTÉE AUX CONTEXTES ET AUX BESOINS DES DIFFÉRENTS GROUPES DE LA POPULATION

Il est primordial de prendre en considération les réalités des milieux et d'être à l'écoute des besoins des différents groupes de la population. Ainsi, l'adaptation constitue une voie à privilégier en vue de maximiser les gains de santé dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique et d'assurer une meilleure équité. Cette adaptation peut prendre différentes formes.

D'abord, il faut souligner que la plupart des mesures énoncées dans la Politique sont universelles, au sens où elles s'adressent soit à l'ensemble de la population québécoise ou à toute personne faisant partie d'un groupe particulier ayant des caractéristiques communes (ex. : les enfants, les jeunes, les adultes, les aînés). Dans leur actualisation, les mesures peuvent toutefois être adaptées selon des modalités ou une intensité permettant de mieux répondre aux besoins de certaines populations vulnérables (ex. : communautés autochtones, personnes ayant des incapacités diverses, minorités ethnoculturelles, groupes défavorisés sur le plan socioéconomique), de manière à réduire les barrières de différentes natures qui pourraient limiter l'accès aux actions qui découlent de ces mesures. Cette forme d'adaptation est une application du concept d'universalisme proportionné.

Le principe d'adaptation peut aussi être actualisé par la modulation des actions, des approches d'intervention et des processus de travail en fonction des contextes des milieux de vie et des territoires, notamment des besoins des populations qui les occupent, des ressources et des réseaux de collaboration en place.

En somme, il importe de faire preuve de sensibilité, d'ouverture et de souplesse afin de favoriser l'atteinte des objectifs de santé pour tous. L'adaptation répond à un souci d'équité, en vertu duquel des efforts doivent être déployés pour éviter que des milieux ou des populations vulnérables soient défavorisés par rapport à d'autres, par exemple en matière d'accès à des ressources ou à des services. La recherche d'un équilibre dans le partage des responsabilités entre les personnes, les familles, les communautés, la société civile, le gouvernement et ses partenaires est également nécessaire.

DES PARTENAIRES DE LA PRÉVENTION QUI TRAVAILLENT EN COHÉRENCE ET EN SYNERGIE AU SEIN DU GOUVERNEMENT ET AVEC DES ACTEURS PROVENANT DE DIVERS SECTEURS D'ACTIVITÉ

Considérant l'interdépendance qui existe entre les différents secteurs d'activité et les divers paliers d'intervention, il apparaît nécessaire que tous les acteurs interpellés par la mise en œuvre de la Politique travaillent en synergie, dans un esprit de collaboration et de complémentarité, pour mener à bien les actions privilégiées en matière de prévention. Ils doivent se donner des objectifs communs et se partager les actions à entreprendre, selon leurs domaines de compétence, leurs savoir-faire, les leviers et les ressources dont ils disposent, et ce, de manière à agir plus efficacement au regard du maintien et de l'amélioration de la santé de la population.

Il importe par ailleurs de mettre en valeur le potentiel des personnes et des communautés et de les soutenir afin qu'elles acquièrent une plus grande maîtrise des moyens leur permettant de se développer, d'améliorer leurs conditions de vie et leur environnement. La mise à contribution des forces vives des communautés et le renforcement des liens sociaux sont essentiels au dynamisme des différents milieux de vie. Ainsi, les personnes et les communautés sont plus intéressées et aptes à prendre en charge leur

développement et à s'investir dans des projets ; elles sont également plus à même de faire preuve d'initiative et d'innovation. Leur participation constitue une pierre angulaire de l'instauration de changements favorables et durables dans leur vie, à la fois sur le plan individuel et social. Cette participation et l'émergence d'initiatives locales sont donc primordiales.



DES CIBLES AMBITIEUSES POUR SOUTENIR LA VISION D'UN QUÉBEC EN SANTÉ

La Politique gouvernementale de prévention en santé est un projet d'envergure visant à faire du Québec l'une des sociétés les plus en santé. En vue de donner une impulsion à sa mise en œuvre et de quantifier les résultats concrets qui sont attendus, neuf grandes cibles² ont été identifiées. Celles-ci indiquent le sens à donner aux actions afin d'obtenir un impact significatif sur la santé et la qualité de vie de la population, en continuité avec tout le travail réalisé jusqu'à aujourd'hui en matière de prévention et de promotion de la santé.

Le gouvernement s'appuie déjà sur un ensemble de lois, de règlements, de politiques et de programmes qui ont été adoptés au cours des dernières années ou décennies et qui constituent des piliers du développement de la société québécoise. À plusieurs égards, ces initiatives contribuent déjà à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des Québécois. Avec la Politique gouvernementale de prévention en santé, il est souhaité de poursuivre les actions qui ont un effet bénéfique sur la santé et qui sont mises en œuvre dans différentes sphères d'activité, mais aussi d'aller plus loin en matière de politiques publiques en vue d'obtenir des gains additionnels, en particulier dans les populations plus vulnérables. L'inscription de cibles ambitieuses dans un cadre d'action à large portée et englobant comme la Politique gouvernementale de prévention en santé constitue un engagement clair à faire converger les efforts en vue de tendre vers une société qui offre à sa population les conditions essentielles à son développement, à sa santé et à sa qualité de vie.

Ainsi, les cibles sont mobilisatrices et constitueront des repères pour l'ensemble des acteurs des divers secteurs d'activité gouvernementale appelés à agir en synergie dans le cadre de la Politique. Elles soutiennent l'esprit de cohérence, de synchronisation et de complémentarité des interventions en faveur de la santé qui y est mise de l'avant.

D'ICI 2025 :

- Augmenter à 80 % la proportion d'enfants qui commencent leur scolarité sans présenter de facteur de vulnérabilité pour leur développement.
- Faire en sorte que 90 % des municipalités de 1000 habitants et plus adoptent des mesures afin d'aménager des communautés favorables à la sécurité et à la mobilité durable, aux saines habitudes de vie ainsi qu'à la qualité de vie de leurs résidents.
- Accroître l'offre de logements abordables, sociaux et communautaires de 49 %.
- Faire passer à 10 % la proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels.
- Atteindre un niveau élevé de bien-être émotionnel et psychosocial chez au moins 80 % de la population.
- Augmenter de 18 % le nombre d'aînés recevant des services de soutien à domicile.
- Atteindre une consommation minimale de cinq fruits et légumes chaque jour, chez plus de la moitié de la population.
- Faire bondir de 20 % la proportion de jeunes âgés de 12 à 17 ans actifs durant leurs loisirs et déplacements.
- Réduire de 10 % l'écart de mortalité prématurée entre les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées sur le plan socioéconomique. (La mortalité prématurée fait référence aux décès qui surviennent à un âge relativement jeune.)

² Les cibles ont été déterminées sur la base des données les plus récentes disponibles ainsi qu'en fonction des dernières tendances observées.



DES ORIENTATIONS ET DES MESURES ADAPTÉES AUX BESOINS DE LA POPULATION

La Politique s'articule autour de quatre orientations définies à partir de grandes catégories de facteurs qui influent sur la santé de la population et pour lesquels des leviers permettent d'agir davantage en amont sur les problèmes de santé. Chaque orientation cible des objectifs déterminés en fonction des améliorations escomptées au regard de facteurs que l'on vise à modifier.

ORIENTATION 1 **Le développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge**

- | | |
|------------|---|
| Objectif 1 | Soutenir et améliorer le développement global des enfants |
| Objectif 2 | Soutenir et améliorer le développement des jeunes d'âge scolaire |
| Objectif 3 | Améliorer la capacité des personnes à prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches |

ORIENTATION 2 **L'aménagement de communautés et de territoires sains et sécuritaires**

- | | |
|------------|---|
| Objectif 1 | Améliorer la qualité de vie dans les communautés |
| Objectif 2 | Réduire les risques pour la santé associés à l'environnement, au transport et à l'aménagement du territoire |

ORIENTATION 3 **L'amélioration des conditions de vie qui favorisent la santé**

- | | |
|------------|---|
| Objectif 1 | Améliorer l'accès à une saine alimentation |
| Objectif 2 | Accroître la mise en place de conditions de travail qui favorisent la santé |
| Objectif 3 | Améliorer les conditions de vie des populations plus vulnérables |
-

ORIENTATION 4 Le renforcement des actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux

Objectif 1	Renforcer l'implantation de l'offre de services préventifs destinés à la population générale et aux populations plus vulnérables
Objectif 2	Réduire et contrôler les risques associés à l'antibiorésistance afin de prévenir plus efficacement les infections
Objectif 3	Rehausser les capacités professionnelles et organisationnelles au regard de la détection précoce des problèmes et de l'intervention en temps opportun

La progression de l'atteinte de ces objectifs sera mesurée dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la Politique et de son évaluation, avec l'instrumentation nécessaire.

Enfin, ces orientations et ces objectifs se traduisent par 28 mesures à mettre en œuvre et 5 chantiers à réaliser. La plupart de ces mesures sont universelles, bien que certaines soient ciblées, c'est-à-dire qu'elles visent spécifiquement des personnes ou des populations plus vulnérables au regard de la santé. Les chantiers visent pour leur part à examiner, au préalable, la pertinence et la faisabilité d'éventuelles actions d'intérêt jugées prometteuses, mais sur lesquelles l'information disponible au moment de l'adoption de la Politique est incomplète ou qui apparaissent à première vue difficilement applicables dans le contexte québécois. Les résultats de ces chantiers permettront aux décideurs concernés de prendre position sur la concrétisation ou non de ces actions, que ce soit lors d'une phase ultérieure d'implantation de la Politique ou dans un autre contexte.



Chaque 1\$ investi dans la santé et le développement de la petite enfance permet d'économiser jusqu'à 9\$ en services de santé, sociaux et juridiques (Administrateur en chef de la santé publique, 2009; Grunewald et Rolnick, 2006).

ORIENTATION 1 – LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS DES PERSONNES DÈS LEUR PLUS JEUNE ÂGE

L'individu est au cœur même de son propre développement. Les connaissances et les compétences personnelles et sociales qui lui permettent d'agir concrètement et de façon autonome pour assurer le maintien de sa santé et de sa qualité de vie s'acquièrent et se développent au fil de ses expériences. À cette fin, il importe qu'il évolue dans un environnement qui lui offre les conditions pour réaliser son plein potentiel et pour participer activement à la société.

La naissance et la petite enfance constituent une période cruciale dans le développement des personnes sur le plan physique et moteur, social, affectif, cognitif et langagier. Or, un trop grand nombre d'enfants présentent des vulnérabilités ou connaissent des retards dans l'un ou l'autre des domaines de leur développement. Bien que la proportion des enfants vulnérables soit plus élevée dans les milieux défavorisés sur le plan socioéconomique, le plus grand nombre d'entre eux se trouve dans les milieux socioéconomiques moyens ou favorisés (Poissant et autres, 2014). Il est donc essentiel de partager une vision globale des besoins des enfants et de leur famille et de reconnaître l'apport de la communauté à leur développement, en complément du rôle parental, et ce, afin de leur assurer un bon départ dans la vie et de favoriser leur plein épanouissement.

Un large consensus se dégage sur la nécessité d'agir davantage en amont des problèmes auprès des jeunes d'âge scolaire, en continuité des interventions réalisées dans le domaine de la petite enfance. Une proportion appréciable de jeunes est confrontée à des problèmes psychosociaux et de santé physique pouvant les affecter dans leur développement et leur vie future : intimidation, grossesse à l'adolescence, sévices corporels, agressions sexuelles, itinérance, etc. Dans une perspective d'égalité des chances, il importe de mettre en place des actions visant non seulement à renforcer les facteurs de protection qui sont bénéfiques à tous les jeunes, mais aussi à réduire les facteurs de risque qui peuvent affecter leur cheminement et les placer dans une situation de vulnérabilité.

Comme la grande majorité des enfants et des jeunes y évoluent au quotidien, les milieux de garde et les milieux scolaires et d'enseignement sont des environnements de choix pour mener des interventions qui auront un effet positif sur leur santé et leur bien-être. Ces dernières années, d'importantes avancées ont été réalisées pour améliorer et soutenir le développement des enfants et des jeunes, notamment grâce à la mise en place d'un réseau de services de garde éducatifs à l'enfance, l'Entente de complémentarité de services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, l'approche École en santé et la Politique-cadre *Pour un virage santé à l'école*. En s'appuyant sur ces acquis, il faut chercher à faire un pas de plus en vue de rendre ces milieux encore plus sains et bienveillants. Les interventions requièrent la participation des parents et d'autres membres significatifs de l'entourage, des intervenants des services de garde éducatifs à l'enfance, des établissements scolaires et d'enseignement, du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires de la communauté.

Par ailleurs, les personnes doivent aussi être bien informées et outillées pour être à même de prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches, en particulier au regard de certains groupes vulnérables, dont les aînés. À cette fin, il faut renforcer leurs connaissances et leurs compétences en matière de santé. C'est dans cette optique que les cadres d'action gouvernementaux axés sur la prévention prévoient des activités visant à informer et à sensibiliser la population, ou des groupes particuliers, sur des problématiques relatives à la santé et sur les moyens de les prévenir. Ces cadres portent sur des domaines aussi variés que la santé mentale, la violence sous toutes ses formes (ex.: violence conjugale ou familiale, négligence, maltraitance), les dépendances, les saines habitudes de vie et les comportements sécuritaires.

La diffusion d'une information compréhensible et adaptée aux publics visés constitue un levier fondamental pour promouvoir la santé et opérer des changements durables au regard des comportements, des attitudes, des normes sociales et des valeurs qui ont cours dans la société.

OBJECTIF 1

SOUTENIR ET AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL DES ENFANTS

1.1 Favoriser l'accès à des services éducatifs à l'enfance aux familles défavorisées sur le plan socioéconomique

- Services de garde éducatifs à l'enfance
 - Maternelle 4 ans
-

Les résultats de la recherche sont très clairs : agir tôt au cours de la petite enfance et mieux préparer les enfants de milieux défavorisés et leurs parents à une entrée scolaire réussie sont des moyens reconnus pour favoriser la persévérance scolaire. Les enfants peuvent ainsi acquérir de précieuses compétences qui leur permettront de développer les capacités nécessaires à leur réussite scolaire. Il est également reconnu que la fréquentation d'un service de garde éducatif de qualité favorise le développement global des jeunes enfants, particulièrement ceux qui n'ont pas reçu une stimulation optimale dans leur milieu familial. Les enfants qui évoluent dans un milieu de garde stimulant sont moins vulnérables lors de leur entrée à la maternelle. Or, les premiers apprentissages et les premiers pas dans le milieu scolaire ont un effet déterminant sur le parcours scolaire des enfants.

Bien que le Québec ait réalisé d'importants progrès en ce qui a trait à l'accessibilité des services de garde éducatifs à l'enfance, des efforts restent à faire pour favoriser la fréquentation des services de garde éducatifs par les enfants issus d'un milieu défavorisé. En effet, une enquête révèle que les familles vivant en contexte de vulnérabilité sur le plan socioéconomique sont proportionnellement moins nombreuses à recourir à un service de garde de manière régulière ; la proportion diminue à mesure que les conditions passent des plus favorables aux plus défavorables, selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale (ISQ, 2011). Les résultats d'une

autre enquête portant sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle montrent par ailleurs que «[...] des services éducatifs préscolaires de qualité ont un rôle important à jouer dans le développement des enfants et la lutte aux inégalités sociales de santé». Ces résultats indiquent également qu'en milieu défavorisé, les enfants qui fréquentent exclusivement un centre de la petite enfance (CPE) durant la période préscolaire courent trois fois moins de risque d'être vulnérables dans au moins un domaine de leur développement, comparativement à ceux qui n'ont fréquenté aucun service éducatif (ISQ, 2013c). Plus précisément, il est observé que la fréquentation exclusive d'un CPE durant la période préscolaire constitue un facteur de protection qui contribue à la réduction des effets des inégalités sociales sur le développement des enfants de famille à faible revenu.

Bien que les services de garde éducatifs soient offerts à toutes les familles, la mesure cible de façon particulière les enfants des familles vivant en contexte de vulnérabilité sur le plan socioéconomique dans le but de favoriser leur accès à des places en services de garde éducatifs subventionnés de qualité. De nouvelles places doivent être créées d'ici 2020-2021.

La collaboration entre les services de garde, les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et d'autres organisations, particulièrement les organismes communautaires, est essentielle pour repérer les enfants des familles vivant en contexte de vulnérabilité sur le plan socioéconomique et qui démontrent des difficultés sur le plan de leur développement. Il importe d'agir le plus rapidement et le plus efficacement possible auprès d'eux et de leurs parents.

Le gouvernement élaborera une stratégie visant à offrir aux enfants vulnérables et à leur famille le soutien et l'accompagnement dont ils ont besoin, dans des délais raisonnables, afin que les services de garde éducatifs à l'enfance puissent en accueillir davantage. Les acteurs du secteur de la petite enfance et du secteur de la santé et des services sociaux participeront à l'exercice.

Depuis 2013, la maternelle 4 ans à temps plein en milieu défavorisé permet d'assurer aux enfants un accès à des services éducatifs de qualité et d'accroître leurs chances de bien entreprendre leur parcours scolaire. Le mandat de la maternelle 4 ans est triple : offrir des chances égales à tous les enfants, s'assurer que chaque enfant se développe dans tous les domaines et faire en sorte qu'il croie en ses capacités et découvre le plaisir d'apprendre. Cela devrait leur offrir la possibilité d'entrer en maternelle 5 ans avec des chances égales à celles de tous les enfants. Ce service éducatif est appelé à être offert à un plus grand nombre d'enfants, en tenant compte des besoins et des réalités des différents milieux ainsi que de l'étendue des territoires à couvrir.

Les réseaux de la petite enfance et de l'éducation assureront la complémentarité des services d'accueil et d'éducation aux enfants de 4 ans, ce qui permettra de desservir ceux qui ne sont pas touchés par les services de garde éducatifs à l'enfance, mais qui pourraient fréquenter la maternelle 4 ans.

1.2 Soutenir l'amélioration de la qualité des services de garde éducatifs à l'enfance

- Outillage des services de garde afin de créer des environnements favorables au développement physique et moteur, social, affectif, cognitif et langagier des enfants
 - Encadrement des services de garde en milieu familial subventionnés
-

Les services de garde éducatifs à l'enfance représentent des milieux de vie de grande importance pour de nombreux enfants québécois. En effet, en 2015, 57% des enfants de moins de 5 ans fréquentent un service de garde régi par le gouvernement. On estime que ces enfants passent en moyenne 7,5 heures par jour dans leur milieu de garde (MFA et ISQ, 2014a). Également, une proportion importante de ces enfants fréquente les services de garde en milieu familial.

La recherche révèle que, selon leur niveau de qualité éducative, les services de garde peuvent favoriser le développement des jeunes enfants ou encore le freiner, ces effets étant plus marqués chez les enfants les plus vulnérables. Un niveau élevé de qualité éducative favorise le développement physique et moteur, social, affectif, cognitif et langagier des jeunes enfants qui fréquentent ces services. Des études associent également les soins et les relations de grande qualité pendant la petite enfance – qu'ils soient offerts par les parents, par la famille ou par le personnel des services éducatifs – à une meilleure santé physique et psychologique, à moins de problèmes de comportements, ainsi qu'à une meilleure réussite scolaire et sociale, à long terme.

Actuellement, la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance et le règlement qui y est associé s'appliquent aux trois types de services de garde subventionnés offerts au Québec, soit les CPE, les garderies et les services de garde en milieu familial ; ils fixent des balises permettant d'assurer la qualité des services. La mise en place de normes de qualité propices à stimuler le développement des enfants sur tous les plans s'avère essentielle, quel que soit le type de service.

Ainsi, tous les services de garde éducatifs à l'enfance doivent notamment appliquer un programme éducatif comportant des activités qui ont pour objet de favoriser le développement global de l'enfant en lui permettant de développer toutes les dimensions de sa personne. Ce programme doit également comprendre des activités de promotion et de prévention en matière de santé visant à fournir à l'enfant un environnement qui favorise l'acquisition et le développement de saines habitudes de vie et de comportements qui influencent de manière positive sa santé et son bien-être.

En ce qui a trait à la formation des responsables de services de garde en milieu familial, des dispositions de la Loi rendent obligatoire la réussite d'une formation d'une durée d'au moins 45 heures portant notamment sur le développement de l'enfant. Pour parfaire leur formation, les responsables de services de garde en milieu familial doivent également suivre au moins 6 heures de perfectionnement par année. En comparaison, dans un CPE ou dans une garderie, au moins 2 membres du personnel de garde

sur 3 doivent être titulaires d'un diplôme d'études collégiales en techniques d'éducation à l'enfance ou l'équivalent. Bref, plusieurs formations sont aussi offertes aux responsables des services de garde en milieu familial pour leur permettre de respecter cette exigence en matière de formation continue. Ces formations ne font toutefois pas l'objet d'une validation de la part du gouvernement.

La mesure vise donc à soutenir le maintien et l'amélioration de la qualité des services de garde afin qu'ils soient propices au développement global des tout-petits. Elle comporte les deux volets suivants :

- Le premier volet prévoit d'outiller davantage les intervenants des services de garde éducatifs à l'enfance et de les accompagner pour renforcer leurs pratiques. À cette fin, le programme éducatif Accueillir la petite enfance – qui est la principale référence de 82 % des services de garde – sera révisé. De plus, le gouvernement élaborera et mettra en œuvre deux nouveaux cadres de référence visant à soutenir la mise en place de conditions et de pratiques qui influencent positivement le développement des enfants. L'un portera sur le développement socioaffectif et l'autre, sur le développement cognitif et langagier. Les travaux relatifs à l'élaboration et à la mise en œuvre s'appuieront sur l'expérience positive de Gazelle et Potiron – Pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur, diffusé en 2014. Enfin, l'arrimage entre l'offre de formation continue destinée au personnel éducateur et les contenus des cadres de référence apparaît incontournable.
- Le deuxième volet vise à renforcer l'encadrement des services de garde en milieu familial subventionné. À cette fin, des contenus de formation continue seront élaborés en vue d'être offerts à distance. L'amélioration de la formation et de l'offre d'accompagnement pédagogique devra respecter le contexte spécifique de ce type de service de garde. La formation continue devra être suffisamment souple pour répondre aux besoins des responsables de services de garde et, notamment, s'adapter à leur horaire. La possibilité de rehausser la formation initiale par différents moyens, dont la formation à distance, sera également examinée.

Par ailleurs, dans un souci constant d'assurer la qualité et la sécurité des services de garde et à la suite de certaines situations récentes qui ont été portées à sa connaissance, le gouvernement s'est engagé à revoir les règles qui encadrent les services de garde en milieu familial. À cet effet, un resserrement du cadre légal et des normes est envisagé afin de s'assurer que les enfants qui fréquentent ce type de service bénéficient d'un milieu sécuritaire.

1.3 Offrir un programme de soutien aux pratiques parentales adapté aux besoins des différents groupes de population

Il revient d'abord aux parents de pourvoir aux besoins de leurs enfants, d'assurer leur éducation et de les préparer progressivement à la vie adulte. Les pratiques parentales sont reconnues comme étant de puissants

facteurs de développement de l'enfant. Cependant, la réalité des familles évolue et comporte des défis importants, notamment en matière de conciliation des activités professionnelles et familiales. De façon générale, les parents sont préoccupés par le manque de temps pour assurer une présence de qualité auprès de leur enfant. Dans certaines situations, ils peuvent se trouver désemparés face au soutien qu'ils doivent apporter à leur enfant, surtout lorsque ce dernier présente des difficultés relatives à son développement.

Au Québec, plusieurs actions visant à soutenir les parents et à renforcer leurs capacités d'éduquer leurs enfants et de leur prodiguer les soins et le soutien adéquats sont actuellement réalisées par des intervenants de différents milieux (ex. : institutionnel, communautaire, municipal, philanthropique, des affaires). Que ce soit par de l'information ou de la formation, par des services d'écoute, d'accompagnement, d'entraide ou par des mesures d'amélioration des conditions de vie générales, ces actions visent l'acquisition et le renforcement de connaissances et de compétences ainsi que le soutien social et le bris de l'isolement. Certaines de ces actions sont universelles, c'est-à-dire qu'elles visent l'ensemble des parents québécois (ex. : guide *Mieux-vivre avec notre enfant*, campagnes sociétales, ateliers de groupe). D'autres visent plus particulièrement les parents et les enfants considérés comme vulnérables (ex. : services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, interventions en stimulation et en prévention auprès des enfants et de leurs parents dans les communautés, programme Passe-Partout).

Il n'existe toutefois pas, au Québec, de programme structuré, largement accessible et visant spécifiquement le renforcement des pratiques parentales, et ce, à toutes les étapes du développement (naissance, entrée à l'école, passage à l'adolescence, etc.). Un tel programme doit chercher à valoriser le rôle des mères et des pères et développer leur confiance en soi pour favoriser leur implication dans l'éducation, la stimulation et les soins de leur enfant.

Des programmes de soutien aux pratiques parentales visant à prévenir les troubles de comportement des enfants sont présentement offerts dans une douzaine de pays, dont le Canada. Ces programmes abordent les facteurs connus pour favoriser le développement global de l'enfant, soit de fournir un environnement sécuritaire et plaisant, de créer des occasions d'apprentissage, d'adopter une discipline affirmative, d'avoir des attentes réalistes et de prendre soin de soi. Ces programmes proposent un continuum d'interventions adaptées en fonction du degré de vulnérabilité des enfants et des familles.

Certains programmes (ex. : *Incredible Years*, *Triple P: Positive Parenting Program*) ont été évalués au Québec ou sont en cours d'évaluation. Au terme de ces exercices, le gouvernement souhaite, par la présente mesure, retenir les approches reconnues efficaces et les composantes de programme les mieux adaptées aux contextes et aux besoins des familles

québécoises (ex. : conférences, coaching parental, formations et consultations). Il devra assurer le soutien à l'implantation d'un tel programme auprès des parents de tous les milieux socioéconomiques, que leurs enfants présentent ou non des vulnérabilités de développement ou des besoins particuliers. Les enfants qui sont susceptibles de subir de la maltraitance, d'éprouver des difficultés d'adaptation ou de développer des problèmes de comportement ou des troubles mentaux pourraient toutefois être considérés de façon particulière, permettant ainsi une modulation adéquate de l'intensité du soutien requis.

La mise en œuvre et le choix des modalités d'application de cette mesure devront se faire de concert avec les partenaires afin que le programme puisse s'inscrire en cohérence et en complémentarité par rapport aux actions en cours et en conformité avec les meilleures pratiques ; l'objectif est de valoriser et d'outiller les parents dans leur rôle et de renforcer leur capacité d'agir. Un soutien continu, dont la forme et le degré varieront en fonction des besoins, devrait pouvoir être offert dans différents milieux de vie.

OBJECTIF 2

SOUTENIR ET AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DES JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE

1.4 Soutenir la réalisation d'actions favorisant la santé et le bien-être des jeunes en contexte scolaire

- Acquisition et renforcement de compétences permettant d'effectuer des choix éclairés
 - Diversification des occasions offertes aux jeunes d'être actifs physiquement et de manger sainement
-

L'école est l'un des principaux milieux de vie des jeunes. Il s'agit par le fait même d'un lieu privilégié pour la mise en œuvre d'un ensemble d'actions favorisant leur santé et leur bien-être et, par conséquent, leur réussite éducative.

D'une part, le développement global et la santé des jeunes passent principalement par l'acquisition et le renforcement de leurs compétences personnelles et sociales. De leur entrée à la maternelle jusqu'à la fin de leurs études, les jeunes connaîtront des changements importants sur divers plans. Ceux-ci surviennent souvent de façon simultanée ou s'enchaînent rapidement. Ainsi, leur capacité de raisonnement et de gestion des émotions arrive graduellement à maturité, alors qu'ils peuvent être soumis à un stress élevé au quotidien. Leur univers social s'étend progressivement, avec l'importance grandissante accordée aux pairs et aux relations amoureuses à l'adolescence. C'est par cette évolution que leur identité se construit et qu'ils parviennent à prendre des décisions déterminantes pour leur parcours de vie.

Alors qu'ils vivent ces transformations, les jeunes doivent également faire face aux défis que peuvent poser un certain nombre de transitions, tels que le passage du primaire au secondaire, le début des études postsecondaires, l'entrée sur le marché du travail et l'apprentissage de l'autonomie par rapport à la famille d'origine. L'acquisition et le renforcement des compétences personnelles et sociales contribuent à prévenir différents comportements à risque et divers problèmes de santé. Ces compétences favorisent également la réussite éducative et scolaire. Elles outilleront les jeunes afin qu'ils puissent faire face à différentes situations relatives à leur développement, par exemple en matière de sexualité, d'habitudes de vie (usage du tabac, hygiène, sommeil, etc.), de sécurité dans les comportements (consommation d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent, pratique d'activité physique, etc.), de santé mentale et de violence.

D'autre part, les jeunes sont davantage capables de réaliser leur plein potentiel lorsqu'ils fréquentent des écoles qui offrent un environnement sain, sécuritaire et bienveillant, propice à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.

L'adoption d'un mode de vie physiquement actif et de saines habitudes alimentaires chez les jeunes d'âge scolaire pose un défi important. Les problèmes reliés au poids augmentent les risques de développer certains problèmes de santé (ex. : maladies cardiovasculaires, certains cancers, diabète de type 2). L'OMS recommande que les jeunes de 5 à 17 ans pratiquent, en moyenne, un total d'au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée. Or, les données québécoises révèlent que les jeunes n'atteignent pas le niveau minimal d'activité physique de loisir recommandé. Cependant, les filles ont réalisé des gains importants de 1994-1995 (21 %) à 2005 (32 %) mais depuis, la proportion est demeurée stable. Chez les garçons, les pourcentages sont demeurés sensiblement les mêmes pour cette période (Nolin, 2015). À l'échelle du Canada, on estime que les jeunes consacrent 62 % de leur temps d'éveil à des activités passives et en moyenne, les jeunes d'âge scolaire passeraient de 6 à 8 heures par jour devant un écran (Leatherdale et Ahmed, 2011). Au Québec, le cours d'éducation physique et à la santé a le statut de matière obligatoire au programme d'études du primaire et du secondaire. Le temps indicatif recommandé est de 2 heures par semaine pour chaque année du primaire et de 50 heures par année au niveau secondaire.

Ailleurs dans le monde, comme en Angleterre, en Écosse, en Australie, en Suisse, aux Pays-Bas et en Irlande du Nord, plusieurs ont mis sur pied des projets ou des plans d'action gouvernementaux destinés à offrir à leur population, notamment les jeunes, davantage d'occasions de pratiquer des activités physiques. Ils y abordent entre autres la création d'environnements favorisant les transports actifs vers l'école (ex. : marche, vélo, patins à roues alignées), l'utilisation optimale de la cour d'école de même que la pratique de sports et de loisirs actifs pendant ou après les heures de classe. Au Canada, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont établi des exigences d'activité physique quotidienne en milieu scolaire (concernant les élèves du primaire en Ontario et ceux du primaire et du secondaire en Colombie-Britannique).

De 2009 à 2013, 26 % des enfants québécois de 6 à 11 ans étaient en surplus de poids. Pour le même groupe d'âge, la proportion canadienne était de 21,8 % (Lamontagne et Hamel, 2016).

Près du quart des élèves du secondaire présentent un surplus de poids ; 14 % font de l'embonpoint et 7 % souffrent d'obésité (Cazale, Paquette et Bernèche, 2012).

Des données qui examinent l'évolution de la prévalence de l'obésité et du surplus de poids chez les jeunes de 6 à 17 ans indiquent qu'elle a considérablement augmenté depuis les années 1978-1979, mais qu'elle est restée stable depuis 2004. En comparaison, les jeunes sont aujourd'hui plus lourds de 3,6 kg en moyenne. Pour la période 2007-2011, 14 % des adolescents avaient une adiposité abdominale qui les plaçait à risque accru ou élevé de problèmes de santé (Lamontagne et Hamel, 2016).

Par ailleurs, le Guide alimentaire canadien émet des recommandations sur l'apport quotidien minimal relatif aux quatre groupes alimentaires. Chez les jeunes, l'atteinte de ces cibles apporte des avantages substantiels pour la santé et le bien-être et favorise la persévérance et la réussite scolaire. Or, en 2012, seulement 32 % des écoles primaires et 6 % des écoles secondaires offraient des menus du midi correspondant aux critères d'un repas sain et équilibré (Plamondon et autres, 2013; 2012). De plus, les résultats d'une enquête révèlent qu'un peu moins de la moitié des élèves du secondaire (46 %) avaient consommé de la malbouffe au moins une fois au cours de la semaine précédente. La proportion de jeunes qui consomment de la malbouffe au moins deux fois par semaine est significativement plus élevée chez les élèves des écoles qui se trouvent à proximité de deux ou trois restaurants-minute, soit dans un rayon de 750 mètres, comparativement à ceux des écoles situées à proximité d'un seul ou d'aucun restaurant-minute (Robitaille et autres, 2015).

En Australie, dans certains États des États-Unis, en Colombie-Britannique et au Manitoba, plusieurs encouragent les jeunes à adopter de saines habitudes alimentaires, à l'école comme à la maison, et à développer leurs compétences en la matière. Divers programmes (ex. : *De la ferme à l'école*, *Fruits and Vegetables program*, *Urban Gleaners*) sont implantés dans les écoles afin notamment de soutenir l'approvisionnement des cafétérias scolaires en produits frais, locaux et régionaux. Ils comprennent aussi un volet éducatif (ex. : notions de nutrition et d'agriculture, visites à la ferme, jardins scolaires et compostage).

Au Québec, plusieurs initiatives favorisent le développement et la santé des jeunes en contexte scolaire. Elles sont le fruit d'une concertation de plus en plus importante entre les partenaires des milieux institutionnels, communautaires et associatifs.

La présente mesure vise à consolider les actions en cours et à faciliter l'élaboration de différentes initiatives adaptées aux besoins des jeunes d'âge scolaire en vue d'assurer leur santé et leur bien-être. Elle consiste d'une part à favoriser l'acquisition et le renforcement de compétences personnelles et sociales et des connaissances des jeunes d'âge scolaire afin qu'ils soient en mesure de faire des choix éclairés, par exemple en matière de sexualité, d'alimentation et de consommation d'alcool et de drogues. Elle contribue d'autre part à leur offrir davantage d'occasions de bouger et de manger sainement.

Cette mesure s'inscrit en cohérence avec les ententes et les politiques déjà en vigueur. Elle repose sur une volonté d'ouvrir davantage les écoles à ces actions en levant certaines barrières. À cette fin, les acteurs du milieu scolaire pourront s'associer à divers partenaires (réseau de la santé et des services sociaux, organismes communautaires et associatifs, parents, etc.). Parce qu'un grand nombre de jeunes fréquentent régulièrement des services de garde en milieu scolaire, certaines actions découlant de la mesure pourront être étendues à ces services, en fonction des capacités. Il en est de même pour les établissements d'enseignement postsecondaires, en particulier les cégeps, qui desservent une clientèle de jeunes adultes qui ont des besoins différents.

OBJECTIF 3

AMÉLIORER LA CAPACITÉ DES PERSONNES À PRENDRE SOIN DE LEUR SANTÉ ET DE CELLE DE LEURS PROCHES

1.5 Implanter une stratégie visant à améliorer les connaissances et les compétences des personnes en matière de prévention en santé

- Communications sur la santé, vulgarisées et adaptées à la population
 - Soutien aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux
-

La capacité des personnes à prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches, notamment en tant que parent ou aidant naturel, est fortement influencée par leur niveau de « littératie » en santé³.

Les personnes qui affichent un faible niveau de littératie en santé ont de la difficulté à comprendre et à utiliser l'information sur la santé, couramment disponible, et à laquelle elles sont exposées au quotidien dans divers milieux (milieux de soins, épiceries, pharmacies, écoles, médias, etc.) ainsi que dans leur communauté et à la maison. Selon les données d'une enquête d'envergure internationale sur l'alphabétisation, menée en 2003, environ 66 % des adultes québécois et 95 % des personnes âgées de 66 ans et plus affichent un faible niveau de littératie en santé (Bernèche, Traoré et Perron, 2012). C'est donc dire qu'une majorité de Québécois ne présente pas le niveau de compétences jugé souhaitable pour suivre le rythme des changements dans la société actuelle. L'OMS avance également que la faible littératie en santé entraînerait des coûts importants pour les systèmes de santé (Eichler, Wiser et Bruegger, 2009).

Il importe donc que l'information sur la santé soit adaptée au niveau de littératie des personnes pour entraîner des changements d'habitudes, de comportements, de valeurs ou de normes sociales qui favorisent la santé. Le contenu et la forme privilégiés doivent faciliter la compréhension du public visé. L'information communiquée doit aussi être juste, c'est-à-dire qu'elle doit reposer sur les plus récentes connaissances scientifiques, tout en étant rédigée dans un langage accessible. Elle doit également mettre de l'avant des valeurs associées notamment au respect des personnes et de leur environnement, à l'égalité entre les hommes et les femmes, à l'intégration sociale et à l'autonomie des personnes.

La prise en compte de la littératie en santé est essentielle à toute stratégie de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé. La capacité des organisations et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux à adapter leurs communications en fonction des besoins des personnes joue un rôle considérable à cet égard.

3 La « littératie » en santé désigne les connaissances, la motivation et les compétences nécessaires pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information en matière de 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, et ce, afin de maintenir ou d'améliorer la santé et la qualité de vie tout au long du parcours de vie des personnes. (Adapté de MSSS, 2015a; traduction libre de Sorensen, K. et autres, 2012).

Actuellement, au Québec, une multitude d'initiatives (sites Web, campagnes de communication, diffusion de dépliants, etc.) visent à améliorer les connaissances de la population ou de groupes particuliers sur la prévention en matière de santé. Ces initiatives ne font toutefois pas partie d'une stratégie d'ensemble qui met de l'avant des moyens innovants permettant de mieux communiquer et d'outiller les personnes.

La présente mesure vise donc à établir une stratégie grâce à laquelle les différentes communications en santé seront davantage accessibles et adaptées aux niveaux de littératie en santé de la population et de différents groupes visés, le cas échéant. La mise en œuvre de la mesure doit reposer sur des principes reconnus en matière de littératie en santé, soit le respect du droit à une information exacte et compréhensible, la détection des barrières, la culture de la littératie, la dynamique engageante et l'innovation. Elle implique de systématiser la détermination et la prise en compte des caractéristiques et des compétences des publics visés. Une telle stratégie en faveur d'une meilleure littératie en santé doit mener à la fois à :

- La consolidation des compétences des personnes leur permettant de mieux prendre en charge leur santé et celle de leurs proches, dans une perspective de renforcement de leur autonomie dans le domaine de la santé. Les moyens les plus adaptés pour communiquer avec la population ou les groupes ciblés varieront selon les contextes.
- L'adaptation des organisations du réseau de la santé et des services sociaux par un soutien apporté aux intervenants. Ce soutien pourrait prendre la forme notamment de guides de bonnes pratiques, d'outils et de formation afin que les professionnels de la santé et des services sociaux puissent mieux composer avec le faible niveau de littératie et renforcer l'autonomie des personnes. Des changements appréciables sur le plan des pratiques et de l'approche privilégiée par les professionnels auprès de leurs patients apparaissent nécessaires.

Enfin, cette stratégie devra impérativement prendre en compte les besoins particuliers des personnes qui présentent des facteurs de vulnérabilité, et ce, afin de ne pas accentuer les inégalités sociales de santé. En effet, le faible niveau de littératie est plus marqué dans certains groupes et populations vulnérables, dont les aînés, les populations autochtones, les personnes à faible revenu, les personnes ayant des incapacités, les personnes peu scolarisées et les immigrants récents (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008 ; Statistique Canada, 2005).

Chantier Analyser la pertinence et la faisabilité de diverses mesures permettant de soutenir les proches aidants afin de préserver ou d'améliorer leur santé et leur qualité de vie

Toute personne qui apporte à un membre de son entourage (ex. : parent, ami) ayant une incapacité un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, est considérée comme un proche aidant.

L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a publié, en 2015, les résultats d'une étude sur les caractéristiques des proches aidants et les répercussions de leur relation d'aide sur différents aspects de leur vie. D'après les résultats, le quart de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, soit environ 1,6 million de personnes, a fourni de l'aide ou des soins à une personne en raison d'un problème de santé de longue durée, d'une incapacité physique ou mentale ou de problèmes associés au vieillissement (ISQ, 2015b). L'aide fournie comprenait notamment le transport, les travaux domestiques, l'entretien de la maison, les soins personnels, les traitements médicaux, l'organisation des soins, les opérations bancaires et d'autres activités diverses. Les responsabilités assumées par les proches aidants peuvent aussi avoir des conséquences importantes sur la vie familiale et sociale, le mode de vie (ex. : des habitudes alimentaires moins saines, une diminution de la pratique d'activité physique et de loisirs), la santé physique et la santé mentale, ce qui se traduit souvent par de l'épuisement.

Une enquête réalisée en 2012 auprès des proches aidants à l'échelle canadienne conclut que les conséquences financières de la prestation de soins sur les proches aidants peuvent être importantes. Les jours de travail perdus peuvent faire diminuer le revenu du ménage. De plus, des dépenses directes (ex. : achat d'appareil ou de matériel spécialisé, coûts du transport, embauche de professionnels) peuvent être engagées par les personnes qui s'occupent d'un proche. Or, en 2012, seulement 7 % des proches aidants ont reçu un soutien financier provenant de programmes gouvernementaux et 5 %, des crédits d'impôt fédéral (ex. : crédit d'impôt pour aidants familiaux, crédit d'impôt pour personnes handicapées à charge, crédit d'impôt pour frais médicaux) (Statistique Canada, 2012a).

Par ailleurs, un manque de coordination entre les instances gouvernementales, ou entre celles-ci et les acteurs de la société civile, est constaté lorsqu'il est temps de soutenir les proches aidants. Souvent, les services, les mesures ou les programmes gouvernementaux sont non seulement insuffisants, ils sont aussi inaccessibles ou peu adaptés aux besoins des proches aidants, tandis que ceux offerts par les acteurs de la société civile, par exemple les organismes communautaires, sont peu connus et donc peu coordonnés avec les actions gouvernementales. Les programmes sont donc souvent réalisés « à la pièce » et sont peu ou pas intégrés, ce qui peut constituer une source de problèmes additionnelle pour les proches aidants (Laverdière, 2009).

Les mesures actuelles de soutien aux proches aidants sont majoritairement mises en place selon une approche sectorielle reflétant les réalités d'un groupe de proches en particulier (ex. : personnes âgées ou personnes handicapées). À la lumière d'études récentes et considérant le nombre grandissant de personnes qui assumeront le rôle de proches aidants dans les prochaines années, le soutien à leur égard et leur famille doit s'inscrire dans une approche gouvernementale multisectorielle qui prend en compte tous les aspects de la vie des aidants (ex. : la vie familiale, sociale et professionnelle, l'habitation, le transport, le revenu). Il est par conséquent essentiel de soutenir dans ce rôle capital les proches aidants des personnes

ayant un problème de santé de longue durée, une incapacité ou des problèmes associés au vieillissement. Ces aidants pourront ainsi préserver ou améliorer leur santé et leur qualité de vie.

Le présent chantier vise, d'une part, à documenter les mesures qui ont le plus grand potentiel d'impact sur le plan de la pertinence et de l'efficacité, en vue de soutenir les proches aidants et de prévenir la détérioration de leur santé physique et mentale. Ces mesures, qui peuvent être offertes par une diversité d'acteurs, doivent prendre en compte les besoins de services des proches aidants, dans une perspective de reconnaissance et de valorisation de leur rôle. Les travaux devront, en outre, permettre de déterminer les facteurs qui facilitent et qui limitent l'accès à ces mesures. D'autre part, ce chantier vise à définir une vision commune des mesures à privilégier et à coordonner afin que l'action gouvernementale soit concertée et soit soutenue par la société civile.



ORIENTATION 2 – L'AMÉNAGEMENT DE COMMUNAUTÉS ET DE TERRITOIRES SAINS ET SÉCURITAIRES

Les territoires, de même que les communautés qui les occupent et les dynamisent, sont des lieux d'appartenance que partagent des groupes d'individus dans leur quotidien et tout au long de leur parcours de vie. Ces milieux de proximité offrent des occasions privilégiées d'agir de manière à favoriser la santé et la qualité de vie, et ce, de façon proactive.

La communauté peut être définie comme un système social structuré, formé de personnes vivant à l'intérieur d'un territoire ou d'un espace géographique donné, soit le village, la ville, le quartier ou l'arrondissement. Elle comprend les endroits fréquentés au quotidien, par exemple pour se loger, pour se rendre à l'école ou au travail, pour s'adonner à des loisirs ou pour utiliser des services communautaires ou commerciaux (ex. : centres communautaires, de loisirs et d'activité physique, bibliothèques municipales, épiceries, dépanneurs, restaurants, pharmacies, points de services des établissements de santé et de services sociaux). C'est principalement dans la communauté que la cohésion sociale et les réseaux communautaires se créent. La gouvernance territoriale de même que la participation des membres de la communauté et des organisations du milieu constituent des facteurs importants qui influencent la capacité d'une communauté à résoudre ses problèmes et à favoriser la santé des citoyens.

L'aménagement du territoire se rapporte à l'organisation de l'environnement naturel et bâti dans une perspective de développement durable des communautés. Les diverses formes de planification de l'aménagement du territoire orientent, en fonction de normes, de règles et de politiques adoptées par différents paliers d'intervention (national, régional et local), les modifications physiques qui résultent de l'activité humaine (ex. : parcs, routes, bâtiments réservés à des usages résidentiel, commercial, industriel).

Plusieurs facteurs propres aux territoires et aux milieux de vie peuvent être pris en compte dans la planification et la coordination des interventions en matière d'aménagement afin de réduire les risques et de favoriser l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des communautés, dans une perspective d'équité et de solidarité intergénérationnelle. Les organismes municipaux (municipalités, municipalités régionales de comté (MRC) et communautés métropolitaines), de même que divers acteurs du milieu (ex. : organisations communautaires et associatives, secteur privé), jouent un rôle fondamental dans le développement de communautés et l'aménagement de territoires sains et sécuritaires. Plusieurs cadres d'action gouvernementaux, touchant divers secteurs d'activité, y contribuent également en orientant et en appuyant ces actions (ex. : des programmes de soutien financier réservé aux infrastructures et aux installations relatives au transport, aux loisirs et aux sports, la Stratégie gouvernementale de développement durable, le Plan d'action sur les changements climatiques, la Politique québécoise de sécurité civile, le Programme national de santé publique). De plus, les orientations gouvernementales en matière d'aménagement du territoire constituent des cadres décisionnels par lesquels le gouvernement véhicule ses préoccupations en matière d'aménagement du territoire et indique les problématiques auxquelles les organismes municipaux doivent répondre dans leurs documents de planification adoptés conformément à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme. Ainsi, le travail de collaboration intersectorielle et interpalier apparaît essentiel pour favoriser une meilleure coordination des actions et la mise en commun des efforts en vue de faire des communautés et des territoires des milieux de vie de qualité.

OBJECTIF 1

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DANS LES COMMUNAUTÉS

2.1 Augmenter l'offre de logements sains et abordables en poursuivant le rythme de rénovation du parc de logements sociaux

Le logement constitue un milieu de vie de première importance, dont la qualité a une incidence sur la santé de ses occupants. Le Québec est la province où l'on trouve le taux le plus élevé de ménages locataires, soit près de 40 %, et près du tiers des logements auraient besoin de réparations mineures ou majeures (Statistique Canada, 2013c). La salubrité et la sécurité semblent constituer des problèmes préoccupants si l'on considère que 28 % des locataires des régions métropolitaines de recensement déclarent au moins un problème de salubrité et que 20 % mentionnent des problèmes de sécurité (SHQ, 2013). L'accessibilité physique des logements constitue également un critère important pour les personnes qui ont des incapacités physiques ou une mobilité réduite. Un logement inadéquat comporte donc des risques pour la sécurité et pour la santé.

L'accès à un logement abordable est essentiel pour les personnes et les familles dont la situation socioéconomique est précaire. Un logement est considéré comme abordable si le ménage y consacre moins de 30 %

de son revenu avant impôt. Dans le cas des locataires, les frais de logement comprennent le loyer et les coûts de l'électricité, du combustible, de l'approvisionnement en eau et des autres services municipaux.

Le maintien d'une offre locative abordable et de qualité représente un enjeu social important. Le gouvernement du Québec est intervenu en la matière au cours des dernières décennies, par exemple par la création de la Régie du logement, l'application du Règlement sur les critères de fixation de loyer et la mise en place des programmes de soutien à la rénovation et à la construction de logements abordables. Il offre également le programme Habitations à loyer modique, lequel permet à des ménages à faible revenu, qui répondent à des critères particuliers, de payer un loyer correspondant à 25% de leur revenu. Il supervise ainsi la gestion d'un vaste parc immobilier qui comprend, en 2015, quelque 73 000 logements à loyer modique.

La présente mesure vise à augmenter l'offre de logements sains, sécuritaires et abordables au Québec, en poursuivant la rénovation du parc de logements à loyer modique. Dans le cadre du Plan québécois des infrastructures 2015-2025, des sommes importantes ont été consenties par le gouvernement du Québec, conjointement avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement, afin de rénover ces immeubles.

En somme, cette mesure aura des retombées importantes sur la qualité de vie de nombreux ménages à faible revenu, en leur assurant un environnement sain et sécuritaire. L'amélioration de l'état général des immeubles aura également un impact majeur sur leurs coûts d'exploitation à long terme, et ce, tout en contribuant à la revitalisation de certains quartiers.

2.2 Favoriser les actions du milieu visant à maintenir et à améliorer la qualité de vie dans les quartiers et les communautés

Les caractéristiques des quartiers influencent la santé des personnes qui les occupent et leur qualité de vie de façon globale. Ainsi, des facteurs de risque présents dans un quartier, sur le plan environnemental et social, peuvent avoir des effets néfastes sur la santé et être des facteurs de vulnérabilité chez les personnes et les familles. De même, une gestion proactive du développement du quartier et de la communauté, fondée sur une juste connaissance des facteurs qui l'influencent et des moyens permettant d'améliorer la situation, aura l'effet inverse.

Un quartier qui offre un environnement favorable à la santé et une qualité de vie appréciable pour ses occupants peut présenter une diversité d'attraits. Par exemple, l'offre d'une variété d'activités et de services communautaires peut dynamiser la vie sociale et le sentiment d'appartenance. L'offre de services de proximité, y compris une alimentation de qualité, de même que l'aménagement d'infrastructures et d'installations récréatives et sportives accessibles, par exemple des voies cyclables, des parcs et des terrains de sport, favorise l'adoption de saines habitudes de vie. La cohabitation harmonieuse des multiples usages du territoire (ex. : activités industrielles

et commerciales, habitation, circulation motorisée), la qualité des milieux bâtis ainsi que la préservation de milieux naturels ont également un impact sur la santé physique et le sentiment de bien-être et de sécurité des occupants.

Aux paliers d'intervention local et régional, des intervenants du milieu municipal, communautaire, de l'éducation, de la santé et des services sociaux, entre autres, mettent en commun leurs efforts pour favoriser le développement d'environnements favorables à la santé. C'est d'ailleurs ce que vise la démarche « Prendre soin de notre monde », qui a récemment été instaurée en appui aux municipalités. De nombreuses autres initiatives inspirantes sont mises en place depuis plusieurs années afin d'améliorer la qualité de vie dans les communautés, en agissant au regard de différents facteurs, de façon intégrée et concertée.

Ces initiatives mettent en lumière la manière dont les décisions et les actions du milieu municipal et de divers acteurs locaux peuvent influencer significativement sur l'émergence et le renforcement d'environnements favorables à la santé. Elles montrent également que, dans un contexte de ressources limitées, le milieu doit pouvoir s'appuyer sur des réseaux de collaboration solides, impliquant des acteurs qui travaillent dans divers secteurs d'activité. À cet égard, une attention particulière doit être accordée à la coordination des actions des différentes parties prenantes.

Le gouvernement et le milieu municipal sont pleinement conscients de ce défi. Pour cette raison, il est envisagé d'entreprendre des actions visant à favoriser la conduite d'interventions davantage concertées lorsqu'elles concernent ou ciblent les milieux locaux. À cette fin, la présente mesure comprend les trois volets suivants, à réaliser de façon successive :

- Répertorier les interventions gouvernementales en matière de santé visant les organismes municipaux (ex. : programmes, campagnes de promotion, mesures incitatives et de soutien, etc.) en vue de brosser un portrait clair de l'action gouvernementale auprès du milieu.
- Déterminer les possibilités de maillages et de partenariats afin de favoriser l'arrimage et l'intégration des interventions gouvernementales ayant des visées similaires ou complémentaires, que ce soit au palier national, régional ou local.
- Effectuer les arrimages nécessaires et l'intégration des interventions gouvernementales en appui aux organismes municipaux, dans le cadre d'actions visant le développement d'environnements favorables à la santé et la qualité de vie dans les quartiers et les communautés.

Le renforcement de la coordination et de l'intégration des actions favorisera une utilisation plus efficace des ressources et une mobilisation plus grande des parties prenantes vers l'atteinte d'objectifs communs. Ainsi, le milieu sera mieux outillé pour maintenir et améliorer la santé et la qualité de vie dans les quartiers et les communautés.

2.3 Favoriser l'accès de l'ensemble de la population à des activités et à des installations extérieures et intérieures contribuant à l'adoption et au maintien d'un mode de vie physiquement actif en toute saison

L'adoption et le maintien d'un mode de vie physiquement actif ont un effet majeur sur l'état de santé des personnes, sur leurs capacités fonctionnelles et sur leur qualité de vie de façon générale. C'est pourquoi l'OMS recommande un volume minimal d'activité physique d'intensité moyenne ou élevée, selon l'âge, à pratiquer dans le contexte quotidien, familial ou communautaire (OMS, 2010). L'activité physique peut être pratiquée de multiples manières, soit par le jeu, les sports, la mise en forme, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives et l'éducation physique. Autrement dit, il est important d'avoir un mode de vie physiquement actif à tout âge.

Or, les données révèlent qu'une proportion notable de la population québécoise n'intègre pas suffisamment l'activité physique à son quotidien. Pour renverser cette tendance, il importe non seulement de valoriser le plaisir de bouger et de mieux faire connaître les bienfaits d'être actif, mais aussi de soutenir la création et le maintien d'environnements physique, socioculturel, politique et économique qui favorisent un mode de vie physiquement actif. Le concept global de tels environnements exige la mise en place de diverses stratégies. Il peut s'agir d'activités telles que des programmes récréatifs et sportifs offerts dans des milieux associatifs, éducatifs, municipaux, du travail, de la santé ou du secteur privé. L'aménagement d'installations de toutes sortes de même que l'accès à des espaces naturels propices à la pratique d'activités de plein air peuvent également contribuer à la pratique d'activités physiques, aux loisirs et au jeu libre, par exemple des voies cyclables, des parcs récréatifs et récréotouristiques, des gymnases, des piscines publiques, des patinoires ainsi que des sentiers de marche, de ski et de raquette.

La présente mesure a pour objet de favoriser l'accès de tous à des activités, à des services, à des programmes et à des installations extérieures et intérieures favorables à l'adoption et au maintien d'un mode de vie physiquement actif, et ce, en toute saison. À cette fin, le gouvernement entend appuyer les communautés et soutenir le développement de partenariats avec une diversité d'acteurs des différents paliers d'intervention et secteurs d'activité, afin que soient réalisées des initiatives en ce sens et que les installations en place soient utilisées de façon optimale. Cela implique également d'informer davantage la population sur l'importance d'adopter un mode de vie physiquement actif et de faire la promotion des activités et des installations disponibles. Les nouvelles orientations gouvernementales en matière d'aménagement du territoire contribueront également à la création d'environnements favorables à l'adoption et au maintien d'un mode de vie physiquement actif. Enfin, il importe que tous les groupes d'âge soient visés et que les services et les aménagements offerts tiennent compte du profil et des capacités des personnes. Une attention particulière doit aussi être portée à l'accès économique à ces activités et à ces installations, de manière à ce que les personnes plus vulnérables puissent en bénéficier.

2.4 Soutenir les initiatives associées à la santé et au bien-être des aînés dans le cadre de la démarche Municipalité amie des aînés

Inspirée du concept du vieillissement actif prôné par l'OMS, la démarche intersectorielle Municipalité amie des aînés (MADA) est implantée au Québec depuis 2008. Elle a pour objet d'aider les municipalités et les MRC à encourager la participation active des aînés dans leur communauté et à concrétiser la vision d'une société inclusive pour tous les âges. Pour ce faire, ces instances élaborent une politique et un plan d'action visant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation sociale et de sécurité pour les aînés, et améliorent par le fait même la qualité de vie de ceux-ci. La démarche MADA vise une diversité de domaines, tels que l'habitation, la santé, les loisirs, la participation sociale, l'aménagement urbain et le transport.

La démarche MADA s'inscrit donc dans une optique de promotion de la santé et de prévention, puisqu'il s'agit de travailler de façon concertée, notamment avec les aînés et les intervenants de leurs milieux de vie, sur un ensemble de facteurs importants pour le soutien à l'autonomie. La démarche MADA permet de mieux répondre aux besoins des aînés, en appuyant notamment le développement, par un ensemble d'acteurs de la communauté, de services appropriés, abordables et accessibles. Elle doit également être mise en œuvre en cohérence ou de façon plus intégrée avec d'autres démarches, notamment des politiques familiales ou de loisirs.

Le gouvernement du Québec soutient le développement et la consolidation de cette démarche et, dans ce contexte, l'implication du réseau de la santé et des services sociaux s'avère une contribution importante. La présente mesure vise à développer et à consolider les projets MADA, en favorisant l'implication des établissements de santé et de services sociaux à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques municipales des aînés de leur territoire, ainsi que des plans d'action qui en découlent, et ce, en collaboration avec les divers partenaires concernés.

2.5 Favoriser l'accès à des bâtiments publics proches des milieux de vie qui offrent un environnement sain et salubre

- Élaboration d'orientations gouvernementales en matière d'aménagement du territoire concernant la localisation des bâtiments publics
- Élaboration d'outils permettant de soutenir l'intégration des enjeux de santé dans le contexte de la construction, de l'entretien et de la transformation des bâtiments publics

La population a plus facilement accès aux services publics lorsqu'ils sont offerts proche des milieux de vie. Des bâtiments publics situés dans des environnements urbanisés plus denses et diversifiés favorisent les déplacements en transport actif ou collectif. Certains aménagements intérieurs ou extérieurs peuvent aussi favoriser l'adoption d'un mode de vie physiquement actif chez les occupants (ex. : stationnement pour les vélos, douches et salles aménagées pour la pratique d'activités physiques).

PRINCIPAUX BÂTIMENTS PUBLICS CONCERNÉS PAR LA MESURE :

- immeubles de bureaux gouvernementaux ;
- points de services publics (ex. : Société de l'assurance automobile du Québec, centres locaux d'emploi) ;
- établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- établissements scolaires et d'enseignement (primaire, secondaire, collégial, universitaire et professionnel) ;
- édifices municipaux (ex. : hôtels de ville, bureaux d'arrondissement, palais de justice, bibliothèques, centres sportifs et de loisirs).

L'accessibilité universelle des bâtiments publics constitue un principe de base. Elle peut être facilitée par des parcours permettant des déplacements sécuritaires (ex. : rues piétonnières ou traverses de piétons, absence de dénivelés), au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées dont la mobilité est réduite ou difficile, mais également pour les enfants et l'ensemble de la population. Plus globalement, la localisation des bâtiments publics peut influencer sur l'aménagement du territoire, parce que leur présence attire d'autres types d'activités qui vont le structurer, le densifier et le diversifier, bref, l'animer.

Les orientations visant à encadrer la localisation des bâtiments doivent être revues afin de mieux répondre aux besoins d'accessibilité actuels et futurs. Les décisions des gestionnaires et des mandataires du gouvernement doivent s'appuyer sur ces orientations.

Par ailleurs, la façon dont les bâtiments sont conçus, construits et entretenus, ainsi que l'environnement dans lequel ils se trouvent (ex. : présence ou absence de couvert forestier, de bâtiments en hauteur à proximité), influe sur la santé des occupants de même que sur la qualité des milieux environnants. Par exemple, l'entretien inadéquat ou l'occupation trop dense d'un bâtiment peut entraîner une détérioration de la qualité de l'air intérieur et l'insalubrité. Ces problèmes peuvent occasionner l'exacerbation de maladies respiratoires, des manifestations allergiques et irritatives ainsi que des intoxications.

La conception et la construction des bâtiments publics sont soumises aux exigences du Code de construction du Québec et du Code national du bâtiment du Canada modifié, alors que leur utilisation et leur entretien sont encadrés par le Code de sécurité du Québec. Ces cadres normatifs intègrent bien les grands défis de santé et de sécurité. Ils sont appelés à évoluer continuellement, notamment en fonction des nouvelles normes reconnues par d'autres instances à l'échelle canadienne, nord-américaine et internationale.

Il apparaît néanmoins opportun de renforcer la prise en compte des défis de santé et de sécurité dans la pratique, en soutenant les différents intervenants impliqués. Des initiatives intéressantes sont mises en œuvre depuis plusieurs années, ici et ailleurs dans le monde, en vue de faire des bâtiments publics des milieux plus sains et accueillants. Des guides et des capsules d'information sur la construction et la rénovation responsables peuvent contribuer à l'amélioration des milieux bâtis. Le guide sur les toitures végétalisées est un bon exemple. Ce type de toiture permet à la fois de réduire la formation d'îlots de chaleur et d'améliorer l'aspect esthétique des bâtiments.

Considérant leur usage par la population, les bâtiments publics doivent constituer des milieux de vie de qualité. La présente mesure comprend deux volets :

- Établir des orientations gouvernementales en matière d'aménagement du territoire qui guideront le choix des emplacements des bâtiments publics, qu'ils soient nouveaux ou existants (lors d'un agrandissement ou d'une reconstruction). Ces orientations favoriseront leur emplacement

dans des secteurs urbanisés, facilement accessibles par transport collectif ou actif, à proximité de centres d'activité importants et de quartiers résidentiels. L'emplacement des bâtiments publics devra également être établi en tenant compte des risques de sinistres d'origine naturelle ou anthropique⁴.

- Élaborer des outils d'information, notamment des guides de bonnes pratiques, à l'intention des responsables de la conception, de la construction, de l'entretien et de la transformation des bâtiments publics, afin de soutenir l'intégration des concepts, des normes, des exigences et des pratiques reconnus au regard de facteurs environnementaux et sociaux qui ont des effets sur la santé et sur la sécurité des personnes. Ces outils prendront en considération les connaissances les plus à jour relativement aux défis en matière de santé, de sécurité et de développement durable des communautés. Les divers aspects des bâtiments, tels que leur aménagement intérieur et extérieur, ainsi que les procédés de construction pourront intégrer ces nouvelles pratiques.

Par cette mesure, le gouvernement souhaite améliorer l'accès de la population aux services publics, selon les besoins des personnes et des communautés, et donner l'exemple à l'égard de pratiques favorables à la santé. Enfin, il faut encourager les organismes municipaux à adapter leur réglementation et le secteur privé à investir dans des pratiques semblables.

OBJECTIF 2 RÉDUIRE LES RISQUES POUR LA SANTÉ ASSOCIÉS À L'ENVIRONNEMENT, AU TRANSPORT ET À L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

2.6 Outiller le milieu municipal afin qu'une analyse des effets potentiels sur la santé soit intégrée de façon plus systématique dans les démarches de planification territoriale

Les décisions des municipalités locales, des MRC et des communautés métropolitaines en matière d'aménagement du territoire peuvent avoir des effets sur la santé et sur les facteurs qui l'influencent. Par exemple, ces organismes municipaux peuvent favoriser la mobilité durable et le dynamisme des communautés en agissant sur le plan de l'accessibilité aux services, de la densité et de la mixité des usages du territoire (ex. : résidentiel, commercial, récréatif). Il est également possible de considérer en amont la présence de facteurs environnementaux pouvant représenter des risques pour la santé et la sécurité de la population (ex. : résidences situées près de zones inondables, quartiers résidentiels à proximité d'activités industrielles pouvant entraîner l'émission de contaminants dans

⁴ La notion de «risque d'origine anthropique» réfère à toute la gamme d'immeubles, d'ouvrages et d'activités qui résultent de l'intervention humaine et qui sont susceptibles, dans certaines circonstances (ex. : défaillance technologique, explosion, contamination), de mettre en péril la santé, la sécurité ainsi que le bien-être des personnes et de causer des dommages importants aux biens situés à proximité (MAMOT, 2015).

l'environnement). Cela dit, il est souhaitable que les décisions relatives à l'aménagement du territoire reposent sur une analyse rigoureuse des effets potentiels des projets sur la santé de la population.

L'évaluation d'impact sur la santé est un outil prometteur qui permet de promouvoir un aménagement du territoire plus favorable à la santé. Ailleurs dans le monde, principalement en Europe, ce type d'évaluation prospective est fréquemment utilisé au cours de la planification de projets en aménagement du territoire ou dans le secteur du transport et de la mobilité. Il s'est également développé au Québec une expertise en la matière, qui mérite d'être davantage mise à profit.

La présente mesure vise à mettre en place, en partenariat avec les organismes municipaux, une démarche méthodologique, structurée et systématique pour analyser les effets potentiels sur la santé des aménagements envisagés dans le contexte des démarches de planification territoriale, dont l'élaboration de schémas d'aménagement, de plans d'urbanisme et de plans métropolitains. Des outils, des activités de transfert des connaissances et de l'accompagnement seront offerts au milieu municipal pour le soutenir dans sa planification et ses analyses.

L'intégration d'un tel processus d'évaluation à l'échelle tant locale que régionale permettra de consolider les liens entre l'aménagement durable du territoire et la santé, en vue d'une meilleure prise en compte des défis en matière de santé dans le contexte de la planification territoriale. Les organismes municipaux seront ainsi mieux outillés pour ce faire et pourront acquérir progressivement des connaissances plus fines et un savoir-faire en matière d'analyse des effets potentiels des projets d'aménagement et de développement du territoire sur la santé, avec l'appui des partenaires gouvernementaux.

2.7 Établir des orientations gouvernementales visant à réduire les effets nuisibles du bruit environnemental sur la santé et la qualité de vie de la population

En 2014-2015, 16% de la population était fortement dérangée à son domicile par au moins une source de bruit au cours des 12 derniers mois (Gouvernement du Québec, 2016).

En 2013, les coûts du bruit environnemental étaient estimés à 679 M\$ par année, soit 0,2% du produit intérieur brut (PIB) du Québec (Martin, Deshaies et Poulin, 2015).

Le bruit environnemental est omniprésent et ses sources sont nombreuses : circulation routière, ferroviaire et aérienne, activités industrielles, commerciales et agricoles, chantiers de construction, loisirs motorisés, voisinage, etc. Or, l'exposition au bruit est associée à des problèmes de santé notables à court et à long terme ; les troubles du sommeil, les problèmes d'apprentissage en milieu scolaire, les maladies cardiovasculaires, la nuisance (gêne, perturbation), les pertes d'audition et les acouphènes en sont des exemples. L'exposition au bruit peut également avoir des effets néfastes sur le plan social. Elle peut, entre autres, conduire à la détérioration des relations avec le voisinage en plus d'être la source de plaintes et de poursuites révélant des problèmes d'acceptation sociale.

Au Québec, compte tenu de la dispersion des sources de bruit dans divers secteurs d'activité, plusieurs ministères et organismes se partagent des responsabilités à cet égard. Des mesures politiques, réglementaires et

administratives sont d'ailleurs implantées dans divers secteurs afin de limiter l'exposition au bruit environnemental de différentes sources. Par ailleurs, les mesures législatives en matière de bruit environnemental sont fragmentées et réparties entre les ordres de gouvernement fédéral, provincial et municipal, qui n'accordent pas tous la même importance à ce phénomène. Or, en raison des effets du bruit sur la santé, l'OMS considère que chaque gouvernement a la responsabilité de mettre en place des politiques et une réglementation visant à contrôler la pollution sonore. Plusieurs pays se sont dotés de tels dispositifs, dont l'ensemble des États membres de l'Union européenne, l'Australie et le Japon. Bien que le Québec dispose actuellement de plusieurs outils réglementaires et administratifs pour contrôler, limiter ou réduire la pollution sonore, les impacts et la complexité de cette pollution mettent en évidence la nécessité d'adopter une approche intégrée de la gestion de l'environnement sonore.

En adoptant cette mesure, le gouvernement du Québec entend établir des orientations qui visent à guider la réalisation d'actions préventives dans divers secteurs d'activité et à différents paliers d'intervention afin de réduire les émissions nuisibles du bruit environnemental et ses effets sur la santé et la qualité de vie. Ces orientations porteront, entre autres, sur l'établissement d'outils d'encadrement actualisés et mieux définis, sur la planification et l'aménagement du territoire, sur l'analyse d'impact des projets susceptibles d'exposer des populations au bruit environnemental ainsi que sur le choix des moyens techniques de contrôle du bruit ou des mesures incitatives ou restrictives à mettre en place. En outre, les nouvelles orientations gouvernementales en matière d'aménagement du territoire contribueront à la prise en compte de la problématique du bruit environnemental dans les documents de planification territoriale des organismes municipaux.

Cette mesure contribuera à prévenir ou à réduire des problèmes de santé associés à l'exposition au bruit environnemental. Elle pourra avoir également un effet positif sur le plan des inégalités sociales de santé, en considérant que les quartiers dévitalisés, où se trouvent des populations défavorisées sur le plan socioéconomique, sont souvent plus bruyants.

2.8 Soutenir les intervenants des secteurs du transport et de l'aménagement du territoire dans la mise en place d'initiatives favorisant la mobilité durable

La mobilité des personnes et des marchandises est un maillon clé du développement social et économique du Québec. Toutefois, la prédominance du mode de transport routier motorisé n'est pas sans conséquence sur la santé, la sécurité et la qualité de l'environnement. Le secteur du transport routier motorisé est celui où l'on trouve le plus grand nombre de victimes d'accidents, dont la majorité sont des collisions. Ce type de transport entraîne également des émissions polluantes et de gaz à effet de serre (GES), en plus de favoriser un mode de vie moins actif.

En 2011, au Québec, 78 % des travailleurs utilisaient une automobile pour se rendre au travail comparativement à 14 % qui utilisaient le transport en commun, 6 %, la marche et 1,4 %, le vélo (Statistique Canada, 2011b). Dans les quartiers centraux et mixtes, dont le Plateau-Mont-Royal à Montréal, la part modale du vélo passe à 8,6 %, soit 6 fois plus qu'à l'échelle du Québec (Vélo Québec, 2010).

Malgré la prédominance de l'automobile comme mode de déplacement au Québec, de 2006 à 2014, le soutien offert aux autorités organisatrices de transport par le gouvernement du Québec a permis d'augmenter l'offre de services en transport collectif de 29 % et l'achalandage de celui-ci de 16 %. De plus, dans la même période, 468 km de nouvelles voies réservées et plus de 39 000 places de stationnement incitatif ont été créés dans l'ensemble du Québec.

De plus, l'acquisition de 136 taxis hybrides, de 15 autobus électriques et de dispositifs permettant de réduire la consommation de carburants de 1 129 autobus urbains contribue à réduire les émissions de GES.

Les citoyens ont également accès à un réseau de voies cyclables plus étendu de près de 400 kilomètres, à 51 parcours ou projets de modération de la circulation dans les corridors scolaires sécurisés ainsi qu'aux services de sept centres de gestion des déplacements à la grandeur du Québec.

(MDEELCC, 2015b ; MTQ, 2015)

Par ailleurs, les changements climatiques peuvent avoir pour effet d'augmenter la vulnérabilité du réseau de transport routier, selon les régions (ex. : érosion côtière, cycles gel-dégel, pluies diluviennes, inondations, refoulements) et ainsi influencer les habitudes de déplacement des personnes.

Les habitudes de déplacement des personnes pour accéder au travail, aux services, aux études et aux loisirs sont également influencées par la disponibilité des services de transport, l'origine et la destination des navetteurs ainsi que l'aménagement du territoire.

Les choix effectués au moment de la planification des initiatives en transport peuvent avoir des effets importants sur la santé, la sécurité et la mobilité de la population. Par exemple, la disponibilité de services de transport en commun et des voies réservées peut encourager des modes de déplacement plus durables. De plus, l'implantation d'aménagements plus sécuritaires permet de réduire le risque d'accident et favorise des modes de déplacement plus propices à l'activité physique, dont la marche et le vélo. La présence de trottoirs et de voies cyclables ainsi que la mise en place de mesures d'apaisement de la circulation en sont des exemples. En milieu rural, la correction de courbes et la sécurisation des abords de route diminuent les risques de sortie de route et la gravité des collisions.

La mise en place de services de transport et d'aménagements routiers plus sécuritaires et durables doit également répondre aux besoins de tous les usagers, quels que soient leur mode de transport et leurs capacités à se déplacer. Par exemple, en milieu urbanisé, les concepts de « rue complète » et de « rue partagée » permettent d'intégrer systématiquement les besoins de tous les usagers de la voie publique en leur permettant de circuler en harmonie et de manière sécuritaire.

Divers outils et moyens, dont l'intégration de la planification de l'aménagement du territoire et des transports, le recours au transport actif et collectif ainsi que l'intermodalité, permettent de tendre vers une mobilité plus durable. À cette fin, la mobilité doit, entre autres, être efficace, moins polluante, sécuritaire, durable, équitable, intégrée au milieu et compatible avec les besoins de tous les usagers de la voie publique, et ce, tout en favorisant la santé.

Cette mesure a pour objet d'apporter un soutien aux gestionnaires de réseaux et de services de transport de différents milieux (urbains, suburbains et ruraux) et aux responsables locaux et régionaux de l'aménagement du territoire afin qu'ils puissent mieux prendre en compte la sécurité et la santé de la population dans leurs pratiques. Un portail regroupant une information complète, vulgarisée, innovatrice et adaptée au contexte québécois sur la mobilité durable (notamment des normes, des guides techniques et de bonnes pratiques) sera l'outil privilégié pour ce faire. Le portail permettra de mieux documenter les outils et les moyens mis à la disposition des responsables pour tendre vers une mobilité plus durable, de promouvoir des programmes et de proposer des modèles d'aménagement qui favorisent le transport actif et collectif, la sécurité des déplacements ainsi qu'une meilleure intégration des besoins des usagers vulnérables (piétons, cyclistes, personnes à mobilité réduite ou utilisant une aide à la mobilité motorisée).

2.9 Favoriser une gestion optimale des risques d'origine naturelle et anthropique

- Élaboration d'outils pour sensibiliser et soutenir le milieu municipal
 - Élaboration de protocoles pour mieux gérer les risques et minimiser les impacts en cas de sinistres
 - Élaboration d'un portrait de la gestion des risques associés aux matières dangereuses et formulation de recommandations
-

Les sinistres, tant ceux d'origine naturelle que ceux d'origine anthropique, peuvent affecter la santé physique et mentale d'une population. À l'échelle du milieu où ils surviennent, ils sont susceptibles d'entraîner des conséquences sur le plan humain, environnemental et économique. Ils peuvent également perturber considérablement le fonctionnement normal des communautés touchées. Aucune région québécoise, aucune municipalité, aucune organisation ni personne ne doit s'en croire à l'abri.

Au cours des dernières décennies, une tendance à l'augmentation du nombre et de la diversité des sinistres est observée au Québec, comme ailleurs dans le monde. Cette situation résulte de plusieurs facteurs, dont les changements climatiques, l'utilisation accrue de matières dangereuses, le développement à l'intérieur de zones exposées à des aléas majeurs et la dépendance toujours plus grande à des technologies et à des systèmes complexes, interactifs et interdépendants.

L'accroissement prévu de la fréquence et de l'intensité des phénomènes météorologiques extrêmes, associés aux changements climatiques tout particulièrement, soulève diverses préoccupations dans les communautés québécoises. L'évolution du régime climatique est ainsi susceptible de modifier l'importance et le profil de plusieurs aléas naturels. Des régions québécoises se trouveront davantage exposées à certains types d'aléas, notamment ceux de nature hydrométéorologique, qui entraîneront des conséquences de plus en plus graves.

L'augmentation des activités associées à la production, à l'utilisation, à l'entreposage et au transport de matières dangereuses comporte également des défis importants. Un accident industriel impliquant des matières dangereuses, par exemple, peut compromettre sérieusement la santé et la sécurité des travailleurs ainsi que celle de la population avoisinante. De même, les activités courantes mettant en cause de telles matières peuvent présenter des risques pour la santé des populations qui subissent une exposition chronique aux contaminants émis dans l'environnement.

Devant les divers enjeux en présence, il importe de protéger de façon optimale et proactive la population et l'intégrité des écosystèmes, en accordant toute l'importance nécessaire à la gestion des risques en cause. Une gestion optimale des risques doit pouvoir reposer sur un éventail de mesures touchant notamment :

- Le perfectionnement de la connaissance des risques ;
- La prise en compte des risques en aménagement du territoire, permettant notamment de diminuer la vulnérabilité des populations et des biens en évitant leur implantation dans une zone où un aléa est susceptible de survenir ;
- La réduction des risques à la source (ex. : par des améliorations techniques dans les installations utilisant des matières dangereuses, par le fractionnement sécuritaire des quantités entreposées) ;
- La préparation aux sinistres par la mise en place de mesures visant à assurer une réponse adéquate aux sinistres ;
- La communication des risques aux populations exposées.

Plusieurs activités gouvernementales, notamment celles menées dans le cadre des travaux de l'Organisation de la sécurité civile du Québec⁵, permettent déjà d'accroître la connaissance des risques de sinistres et d'encadrer la gestion de ceux-ci. Elles concernent, par exemple, les risques associés aux glissements de terrain, aux inondations ou aux activités impliquant l'utilisation de matières dangereuses. De nombreuses mesures sont également mises en place à l'échelle municipale et dans plusieurs organisations de la société civile. En outre, les travaux relatifs au renouvellement des orientations gouvernementales en matière d'aménagement du territoire prennent en considération les risques d'origines naturelle et anthropique et contribueront à en améliorer la gestion par les organismes municipaux. Malgré les progrès accomplis en la matière et les actions en cours, il reste beaucoup à faire. En outre, bien que divers ministères et organismes apportent leur contribution à la prévention des sinistres et à l'atténuation des conséquences, des améliorations sont possibles, entre autres, sur le plan de la clarification des rôles et des responsabilités de chacun et sur le plan des arrimages entre les actions des différents acteurs impliqués. La poursuite du travail de collaboration intersectorielle s'avère donc essentielle.

Tous les acteurs de la société, dont ceux issus des milieux municipal, industriel et gouvernemental, doivent contribuer à la gestion des risques d'origines naturelle et anthropique. Rejoignant plusieurs des objectifs poursuivis par la Politique québécoise de sécurité civile, la présente mesure comprend trois volets :

- L'élaboration d'outils à l'intention des organismes municipaux dans le but de les sensibiliser aux risques d'origines naturelle et anthropique présents sur leur territoire, de les soutenir dans la mise en place de mesures de prévention, notamment celles visant la prise en compte des risques en aménagement du territoire, et d'améliorer leur préparation en vue d'éventuels sinistres.

⁵ L'Organisation de la sécurité civile du Québec est une structure mise en place à l'échelle gouvernementale et qui vise à assurer la coordination et la concertation des ministères et des organismes gouvernementaux en matière de sécurité civile. Elle est coordonnée par le ministère de la Sécurité publique.

- L'élaboration de protocoles permettant de mieux gérer les risques pour la santé et de réduire au minimum les impacts en cas de sinistre d'origine naturelle ou d'accident technologique.
- L'élaboration d'un portrait du contexte de la gestion des risques associés aux matières dangereuses au Québec, plus particulièrement de l'utilisation des matières dangereuses et du cadre législatif actuel, ainsi que la formulation de recommandations en vue d'en améliorer la gestion. La mise en œuvre de ce volet contribuera, dans un deuxième temps, à renforcer le suivi sur le territoire des contaminants industriels ou provenant d'activités impliquant l'utilisation de matières dangereuses.

L'un des principaux avantages de cette mesure est la prévention et la réduction des risques pour la santé, que ceux-ci soient inhérents aux aléas d'origine naturelle, dus aux contaminants émis durant des activités courantes ou qui résultent d'un accident impliquant des matières dangereuses.

2.10 Élaborer et mettre en œuvre une politique de l'air

La pollution de l'air constitue une menace pour la santé de la population comme pour celle des écosystèmes et pour l'économie. L'exposition aux différents contaminants de l'air ambiant (extérieur) et de l'air intérieur, d'origines chimique, biologique ou physique, peut être reliée à des manifestations allergiques et irritatives, à des intoxications chroniques et aiguës, à des maladies cardiorespiratoires de même qu'à certains types de cancer. En 2013, l'OMS classait la pollution de l'air ambiant parmi les éléments cancérigènes pour l'être humain. Les personnes souffrant de problèmes cardiaques et respiratoires ou d'hypersensibilité, par exemple les enfants et les aînés, sont plus vulnérables aux contaminants de l'air.

La hausse de la température moyenne de la Terre entraîne une augmentation des vagues de chaleur, des canicules et des épisodes de smog. Certains contaminants atmosphériques amplifient le phénomène du réchauffement climatique, ce qui augmente la vulnérabilité de la population à ce phénomène. Par ailleurs, avec l'appauvrissement de la couche d'ozone, l'exposition aux rayons ultraviolets sans protection augmente les risques de développer un cancer de la peau.

Si le Québec dispose actuellement de plusieurs outils réglementaires pour contrôler, limiter ou réduire la pollution de l'air ambiant, les impacts de cette pollution mettent en évidence la nécessité d'adopter une approche intégrée de la gestion de la qualité de l'air. Cette vision d'ensemble est d'autant plus pertinente d'un point de vue de santé publique qu'il est difficile de départager la proportion des impacts à la santé attribuables à la contamination de l'air intérieur de ceux attribuables à la contamination de l'air ambiant.

La présente mesure vise à doter le Québec d'une politique de l'air ayant pour but la protection de l'intégrité de l'atmosphère et l'amélioration de la qualité de l'air ambiant et de l'air intérieur. Cette politique s'articulera autour d'enjeux

En 2002, la valeur monétaire totale des impacts sanitaires de la pollution de l'air au Québec est estimée à environ 10 G\$ annuellement (Bouchard et Smargiassi, 2008).

de santé publique et environnementaux, de développement durable et de relations intergouvernementales. Elle préconisera, entre autres, le développement et le partage des connaissances, la sensibilisation de la population et de divers intervenants, ainsi que l'actualisation de la réglementation sur l'air. L'exemplarité du Québec et la consolidation de son leadership en la matière y seront également prônées. Cette politique nécessitera la collaboration de l'ensemble des ministères et des acteurs municipaux, économiques et ceux de la société civile. Sa mise en œuvre visera notamment à diminuer la morbidité et la mortalité associées à une mauvaise qualité de l'air de même qu'à mieux protéger les personnes vulnérables qui subissent de façon plus importante les effets des émissions polluantes.



3

ORIENTATION 3 – L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE QUI FAVORISENT LA SANTÉ

Les conditions de vie des personnes exercent une influence considérable sur leur état de santé et leur participation sociale. Elles concernent notamment les ressources financières et matérielles dont disposent les personnes pour subvenir à leurs besoins essentiels, dont celui de se nourrir et se loger. Le manque de ressources, combiné à des difficultés sur le plan des capacités, a des répercussions dans différentes sphères de la vie, comme en témoignent les données sur les inégalités sociales de santé.

Un ensemble de conditions contribuent à la santé et au bien-être de la population, notamment :

- un accès à une alimentation de qualité ;
- un niveau de scolarité adéquat ;
- un emploi de qualité et un milieu de travail sain ;
- un logement sain et abordable ;
- un revenu suffisant.

Les milieux de vie dans lesquels évoluent les personnes et leurs différentes composantes peuvent autant contribuer à favoriser la santé qu'à accentuer la défavorisation sociale et matérielle. Ainsi, les personnes à faible revenu sont, de façon générale, exposées de manière plus prononcée à des conditions de vie stressantes et disposent de moins de ressources. Les actions ciblées auprès des populations les plus vulnérables concourent à réduire les inégalités et à favoriser la participation de tous à la société. D'autres actions visant la création d'environnements favorables à la santé encouragent également les milieux de vie, dont les communautés et les milieux de travail, à améliorer les conditions de vie et à rendre plus faciles et plus accessibles les choix relatifs aux modes de vie qui favorisent la santé.

Le Québec est fort d'un vaste réseau de solidarité sociale qui contribue à améliorer les conditions de vie des populations les plus vulnérables de la société. Les organismes communautaires y jouent un rôle majeur, en collaboration avec les organismes publics et parapublics actifs dans différents secteurs d'activité. Plusieurs initiatives sont aussi menées collectivement par des citoyens pour améliorer leurs conditions de vie. Le gouvernement dispose également d'un ensemble de leviers permettant d'agir sur le plan des conditions de vie des personnes et de groupes particuliers, que ce soit en amont (ex. : systèmes publics d'éducation, de santé et de services sociaux, normes du travail) ou en réaction à des difficultés vécues (ex. : programmes de soutien au revenu, de soutien au logement). De grandes démarches gouvernementales, notamment la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, y contribuent de façon spécifique.

La collaboration intersectorielle et la mobilisation d'un ensemble d'acteurs, y compris ceux issus du secteur privé, sont essentielles pour offrir de meilleures conditions de vie à tous. La Politique gouvernementale de prévention en santé contribuera à faire des avancées en ce sens, en particulier sur le plan de l'accès à des aliments de qualité, à juste prix et bons pour la santé, des milieux de travail, ainsi que des conditions de vie de populations plus vulnérables au regard de la santé, dont les personnes et les familles défavorisées sur le plan socioéconomique et les populations autochtones.

OBJECTIF 1 AMÉLIORER L'ACCÈS À UNE SAINTE ALIMENTATION

3.1 Favoriser l'accès physique et économique à une saine alimentation, particulièrement dans les communautés défavorisées ou isolées géographiquement

La disponibilité et le coût d'un large éventail d'aliments de bonne qualité nutritive, de même que le pouvoir d'achat des personnes, sont des facteurs déterminants d'un accès équitable à une saine alimentation et à ses avantages sur le plan de la santé.

Au Québec, on estime que près de 6% de la population habite dans une zone considérée comme étant un « désert alimentaire », à savoir une zone désavantagée sur le plan socioéconomique, offrant un faible accès aux commerces d'alimentation (Robitaille et Bergeron, 2013). Dans le cas des communautés isolées géographiquement, l'accès à une saine alimentation pose un problème tant sur le plan physique que sur le plan économique. La variété et la qualité des aliments ne sont pas toujours au rendez-vous. De plus, leur prix est souvent plus élevé que dans les grandes villes, compte tenu du transport requis pour les acheminer et de la plus faible présence de magasins à grande surface.

Plusieurs personnes et familles en situation de pauvreté consacrent une part très importante de leurs revenus au logement, à l'alimentation et au transport. Dans ces conditions et face à certaines dépenses moins compressibles, dont le logement, elles doivent faire des choix, souvent au détriment de leur alimentation et au risque de négliger leur santé.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, en 2013-2014, 6,7% de la population québécoise de 12 ans et plus vivait dans un ménage dont l'alimentation était précaire à divers degrés (Statistique Canada, 2013b).

Par ailleurs, au Québec, chaque mois, plus de 400 000 personnes, dont 150 000 enfants, font appel aux programmes de dépannage alimentaire (Les banques alimentaires du Québec, 2015).

Les organismes municipaux peuvent contribuer à la création d'environnements qui favorisent une saine alimentation par leurs politiques, leur soutien à différents projets locaux et leurs pratiques en aménagement du territoire et en urbanisme. Par exemple, les municipalités peuvent faciliter l'accès à des aliments de bonne qualité nutritive à l'intérieur des installations municipales, sportives et communautaires (ex. : machines distributrices ou cantines offrant des collations ou des menus équilibrés). Elles peuvent également rendre accessibles gratuitement des locaux pour que soient organisées des cuisines collectives, où des personnes se regroupent pour préparer des plats nutritifs et économiques. Le libre accès à des points d'approvisionnement en eau dans les lieux et les espaces publics (fontaines d'eau potable) peut aussi être amélioré. Enfin, le développement de l'agriculture urbaine est en émergence au Québec depuis plusieurs années et les jardins communautaires et collectifs ne cessent de se multiplier. Ce genre d'initiatives devrait être encouragé, en particulier dans les communautés aux prises avec des difficultés d'accès à une alimentation de qualité.

Des études démontrent que, en complément aux efforts déployés en matière de lutte contre la pauvreté, les groupes d'achats collectifs d'aliments et les cuisines collectives, la mise en place de services de livraison de fruits et de légumes frais à coût abordable, l'ouverture de marchés publics mobiles ou ambulants ainsi que la réalisation de projets d'agriculture soutenue par la communauté ont aussi des effets positifs sur l'accès à une saine alimentation de la population en général et des personnes et des familles à faible revenu en particulier. De plus, des projets réalisés en partenariat avec les petits commerces de proximité semblent prometteurs pour améliorer l'accès à une offre alimentaire de qualité dans les communautés où celle-ci est limitée. La récupération des produits alimentaires invendus dans les épiceries en vue de les redistribuer à des organismes communautaires peut également améliorer l'offre d'une variété d'aliments à des populations vulnérables, et ce, tout en contribuant à réduire le gaspillage alimentaire.

Par la présente mesure, le gouvernement souhaite soutenir le développement de ce type d'initiatives et de pratiques. À cette fin, il va, d'une part, consolider les partenariats intersectoriels déjà existants à l'échelle territoriale et locale et, d'autre part, sensibiliser les milieux concernés, les informer sur les bonnes pratiques et les ressources disponibles ainsi que poursuivre le soutien financier apporté aux organisations dont les initiatives améliorent l'accès à une saine alimentation et réduisent l'insécurité alimentaire. Pour les communautés dévitalisées et isolées, le soutien apporté à la production locale d'aliments de qualité, en complément des mesures de soutien au transport des aliments, s'avère essentiel.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces actions permettra, entre autres, de faciliter l'accès physique et économique à une saine alimentation dans les différentes communautés partout au Québec. Il s'agit d'un facteur déterminant non seulement pour la prévention des problèmes reliés au poids et de certaines maladies chroniques associées à de mauvaises habitudes alimentaires, mais également pour l'atteinte d'une plus grande sécurité alimentaire chez les personnes et les familles à faible revenu.

3.2 Améliorer la qualité nutritive des aliments au Québec

- Suivi des progrès en matière de diminution de la teneur en gras, en sel et en sucre des aliments et de la taille des portions individuelles
 - Incitation des acteurs de la filière bioalimentaire à produire, à offrir et à mettre en valeur des aliments nutritifs et valorisation des pratiques exemplaires en la matière
-

La consommation de produits transformés fait partie des habitudes alimentaires de la population québécoise. Certaines pratiques qui visent à assurer la salubrité, à augmenter la conservation et à prolonger la durée de vie des aliments peuvent en réduire la qualité nutritionnelle. Ainsi, l'ajout ou l'hydrogénation de matières grasses, l'ajout de sodium, de sucre ou d'agents sucrants ainsi que le recours à certaines techniques de transformation qui entraînent la perte de vitamines et de fibres alimentaires sont des pratiques qui peuvent avoir un impact sur la santé de la population lorsqu'elles sont associées à une alimentation peu équilibrée.

Les changements de mode de vie et l'évolution sociale des dernières décennies ont eu un effet significatif sur les habitudes alimentaires. Les consommateurs québécois recherchent de plus en plus des aliments prêts à manger, lesquels répondent à des critères de rapidité et de facilité. Aussi, la consommation des aliments préparés hors du foyer est à la hausse. Par conséquent, l'offre des secteurs de la transformation et de la restauration a une incidence de plus en plus grande sur l'équilibre alimentaire.

L'amélioration de la qualité nutritive de l'offre alimentaire au Québec repose en grande partie sur une responsabilité partagée par le gouvernement, les consommateurs et l'industrie bioalimentaire. Des initiatives sont menées depuis plusieurs années dans ce but. Les politiques alimentaires des milieux préscolaires et scolaires et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux proposent déjà des orientations en ce sens. Des programmes visent des engagements volontaires de progrès nutritionnel des différents secteurs de l'industrie (ex. : Mélior). D'autres reconnaissent les initiatives en ce sens (ex. : DUX). Le gouvernement offre également des programmes d'aide financière et met en place des projets visant à élaborer et à promouvoir des produits à valeur nutritive améliorée, en plus de soutenir financièrement les activités du Créneau ACCORD Aliments santé. Ce dernier regroupe des entreprises du secteur bioalimentaire engagées dans le développement d'une offre alimentaire plus saine.

Des projets réalisés en Finlande, d'abord dans la province de la Carélie du Nord et par la suite dans tout le pays, sont des exemples d'une approche qui implique tous les acteurs concernés en vue de réduire les maladies chroniques associées à une mauvaise alimentation. Dans ce cas, une collaboration étroite avec l'industrie bioalimentaire complétée par des mesures incitatives, dont l'application est volontaire, a conduit à une amélioration importante de la valeur nutritive de certains aliments. En France, le gouvernement a mis en place un observatoire de la qualité de l'alimentation afin d'assurer le suivi global de l'offre alimentaire, en mesurant l'évolution

de la qualité nutritive des aliments et les répercussions des changements implantés. Il faut souligner qu'actuellement, aucun indicateur n'évalue la qualité nutritive des aliments transformés en vente sur le marché québécois.

La mesure vise à améliorer la qualité nutritive des aliments vendus au Québec, en agissant sur deux plans, à savoir :

- Un suivi des progrès en matière de diminution de la teneur en gras, en sel et en sucre des aliments et de la taille des portions offertes sera effectué par un observatoire qui alliera des expertises en épidémiologie, en nutrition et en technologie alimentaire et aura la capacité de mesurer la qualité nutritive des aliments vendus au Québec et d'en suivre l'évolution. Il est prévu d'établir des cibles afin de réduire progressivement la teneur en gras, en sel et en sucre de certaines catégories d'aliments transformés de même que la taille des portions individuelles.
- Le gouvernement incitera les acteurs de la filière bioalimentaire à produire, à offrir et à mettre en valeur des aliments nutritifs et valorisera les pratiques exemplaires en la matière. Depuis quelques années, on observe une mobilisation de différents secteurs de l'industrie bioalimentaire quant aux enjeux de la saine alimentation. Il est primordial d'appuyer davantage les projets des entreprises, de les accompagner dans leurs démarches et de mettre en place des mécanismes d'échange et de collaboration concernant l'amélioration de la qualité nutritive des aliments.

Chantier Explorer la pertinence et la faisabilité de mettre en place, de manière progressive, des mesures plus persuasives concernant la composition nutritive de certaines catégories d'aliments

Dans l'éventualité où les progrès observés en matière d'amélioration de la qualité nutritive des aliments seraient insuffisants, il pourrait être pertinent de mettre en place, de manière progressive, des mesures plus persuasives visant à améliorer la valeur nutritive de certaines catégories d'aliments et à réduire la taille des portions individuelles offertes notamment dans les restaurants-minute.

Le Royaume-Uni a réalisé certaines avancées en fixant des valeurs cibles destinées à l'industrie alimentaire concernant la réduction volontaire des teneurs en sel des aliments. Cette démarche a permis de réduire les apports en sel d'environ 16% de 2005 à 2012 (World Action on Salt & Health, 2012). À l'échelle canadienne, Santé Canada a établi des valeurs cibles concernant la quantité de gras trans et de sodium contenue dans certains aliments. L'atteinte de ces cibles n'est toutefois pas obligatoire.

Certaines juridictions ont récemment mis en place des mesures plus persuasives en la matière. Par exemple, en 2009, la Colombie-Britannique a adopté une réglementation limitant l'utilisation des gras trans dans les services de restauration. La même année, le Manitoba a banni la vente d'aliments ayant une teneur élevée en gras trans dans les écoles, qu'il s'agisse de produits préemballés ou de toute nourriture vendue à l'école.

Le présent chantier comprend la recension de diverses mesures pertinentes implantées dans d'autres juridictions, au Canada et ailleurs dans le monde, concernant la composition nutritive de certaines catégories d'aliments et qui contribuent considérablement aux apports en gras, en sel ou en sucre ainsi que la taille des portions individuelles. Si le Québec n'enregistre pas d'amélioration sur le plan de la qualité nutritive des aliments et juge nécessaire d'aller au-delà des mesures volontaires, il s'appuiera sur les connaissances recueillies pour réaliser une analyse de la pertinence d'implanter des mesures plus persuasives. Cette analyse sera effectuée à partir de critères tels que l'efficacité, le coût, la faisabilité et l'acceptabilité des mesures envisagées. Elle prendra en considération non seulement les bénéfices attendus pour la santé de la population, mais également les enjeux de nature commerciale et économique qui y sont associés, notamment quant à la difficulté d'imposer des normes concernant des aliments importés et à l'importance de préserver la compétitivité des entreprises québécoises.

Chantier Étudier la pertinence et la faisabilité d'instaurer une taxe sur les boissons sucrées, dont les revenus seraient réinvestis dans la prévention

Les boissons sucrées occupent une place importante dans l'alimentation des Québécois. Pourtant, ces produits contiennent généralement beaucoup de calories, peu d'éléments nutritifs et une grande quantité de sucre, fournissant à eux seuls un apport quotidien en énergie sous forme de sucre très élevé. Bien que la vente de boissons sucrées semble suivre une tendance à la baisse depuis quelques années au Canada, elle demeure toutefois l'une des plus élevées dans le monde (International Chair on Cardiometabolic Risk, 2016). En 2014-2015, près de 1 personne de 15 ans et plus sur 5 consommait une sorte de boisson sucrée une fois par jour ou plus. C'est chez les jeunes que ce phénomène est le plus prévalent (Gouvernement du Québec, 2016). En effet, le quart des élèves du secondaire consomme au moins une boisson sucrée par jour et 30% d'entre eux ont déjà consommé des boissons énergisantes (ISQ, 2014).

Des études scientifiques ont montré une association entre la consommation de ces boissons et l'excès de poids et d'autres problèmes de santé, tels que le diabète de type 2 et la carie dentaire. Le Guide alimentaire canadien recommande de limiter leur consommation.

L'idée d'imposer une taxe sur les boissons sucrées est souvent évoquée dans le débat public au Québec, dans le but d'envoyer un signal clair à la population, de « dénormaliser » la consommation de ce type de boissons et de rapporter au gouvernement des revenus qui pourraient être investis dans la prévention et la promotion de la santé. Quelques pays ont d'ailleurs retenu cette stratégie, notamment le Danemark, la Finlande, la Hongrie, la France, le Mexique, le Royaume-Uni, l'Algérie, ainsi que les municipalités de Berkeley et de Philadelphie aux États-Unis; d'autres pensent à emboîter le pas.

On entend par boissons sucrées toutes les boissons non alcoolisées contenant des sucres ajoutés (les boissons gazeuses ordinaires, les boissons à saveur de fruits, les boissons pour sportifs, les eaux vitaminées et les boissons énergisantes, etc.), à l'exception des laits et des substituts de lait aromatisés.

Le présent chantier vise à analyser plus en profondeur la question de la taxation des boissons sucrées au Québec afin d'évaluer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité d'une telle mesure, dont les revenus seraient réinvestis dans la prévention. Cette analyse reposera sur les expériences étrangères et des études menées à ce sujet au Québec et ailleurs dans le monde. Elle intégrera non seulement des considérations relatives à la santé de la population, concernant notamment l'efficacité de la mesure et son impact sur différents groupes de la population, mais également des considérations de natures commerciale et économique. Par exemple, l'imposition d'une nouvelle taxe pourrait avoir des effets appréciables sur le secteur de la distribution alimentaire, notamment en matière de diminution des rendements et de coûts de gestion relatifs à la taxe. Ces considérations doivent être prises en compte au regard des revenus que pourrait rapporter une taxe.

Seront également étudiées les mécaniques de fonctionnement possibles, y compris le type de taxe (taxe de vente ou consigne prise en charge directement par le consommateur) et les modalités d'application (ex.: catégories de boisson touchées, modulation de la taxe, milieux visés). Des conditions d'application seront également proposées si l'analyse permet de conclure que cette mesure devrait être appliquée. Ainsi, le Québec pourrait envisager, en complément de la taxe, l'application de mesures d'atténuation des effets indésirables sur des groupes particuliers de la population, des activités de promotion d'une saine alimentation ainsi que des mesures visant le marketing, l'emballage ou l'emplacement des boissons sucrées dans les commerces de manière à en réduire l'attrait et l'accès physique.

Chantier Évaluer la pertinence et la faisabilité de soutenir l'offre de repas et de collations de bonne valeur nutritive dans les écoles de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique

Au Québec, la majorité des jeunes prennent le repas du midi à l'école, soit 70 % des élèves du primaire et 76 % de ceux du secondaire (Bergeron, Paquette et Laguë, 2015). Des améliorations notables ont été apportées à la qualité de l'offre alimentaire en milieu scolaire depuis que les commissions scolaires ont adopté des politiques sur les saines habitudes de vie, ainsi que l'exige la Politique-cadre *Pour un virage santé à l'école*. Toutefois, les services alimentaires scolaires font face à une concurrence importante des restaurants-minute, des dépanneurs et des épicerie situés à proximité des écoles, où les jeunes peuvent se procurer des aliments souvent riches en gras, en sel et en sucre. De plus, selon certaines études, les repas apportés de la maison sont, de façon générale, de moindre qualité nutritive que les repas offerts en milieu scolaire. Des améliorations sont possibles, en particulier lorsque l'on considère qu'au Québec, plus de 1 jeune de 18 ans et moins sur 6 aurait vécu un certain niveau d'insécurité alimentaire (marginal, modéré ou grave) en 2011-2012 (Maisonnette, Blanchet et Hamel, 2014).

L'offre, en milieu scolaire, de repas de bonne valeur nutritive, gratuits ou à faible coût, est vue comme une mesure prometteuse pour améliorer l'alimentation des jeunes, en particulier ceux dont les parents ont des ressources financières limitées. Des mesures de ce type sont appliquées depuis plusieurs années, notamment aux États-Unis, en Angleterre, en France et en Finlande. Il apparaît donc opportun de mettre sur pied un chantier en vue d'examiner plus en profondeur la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité d'une telle mesure dans le contexte québécois.

Ce chantier comprendra notamment la réalisation d'un état de situation sur l'alimentation dans les écoles du Québec et sur les besoins des élèves en matière de soutien alimentaire. À la lumière des connaissances recueillies sur les expériences vécues dans d'autres juridictions et sur le contexte québécois, une analyse de différentes modalités possibles sera effectuée, sur le plan notamment des clientèles visées, du type de repas (déjeuner, dîner) ou de collations à offrir, des contributions du gouvernement, des écoles, des parents et d'autres partenaires. Des conditions d'implantation seront également définies et analysées, y compris la combinaison de cette éventuelle mesure à des interventions complémentaires, par exemple en soutien à la réduction de l'insécurité alimentaire, à la promotion de la saine alimentation chez les jeunes et au développement de leurs compétences à cet égard.

L'amélioration de l'accès à des collations et à des repas savoureux et de bonne valeur nutritive en milieu scolaire, en particulier dans les milieux défavorisés sur le plan socioéconomique, pourrait avoir des retombées positives sur la qualité de l'alimentation des jeunes ainsi que sur la prévention des problèmes reliés au poids et de maladies chroniques. Cela contribuerait également à la réduction des inégalités sociales de santé. Il importe aussi d'inscrire une telle réflexion dans une perspective d'autonomisation et de responsabilisation des familles et des communautés.

OBJECTIF 2

ACCROÎTRE LA MISE EN PLACE DE CONDITIONS DE TRAVAIL QUI FAVORISENT LA SANTÉ

3.3 Promouvoir la santé en milieu de travail par des démarches de type « Entreprise en santé »

Le milieu de travail est un environnement déterminant qui influence à la fois les conditions de vie des personnes, leur santé, leur sécurité ainsi que leur développement personnel et social. Il s'agit donc d'un milieu de vie significatif à privilégier pour faire de la promotion de la santé et de la prévention.

Il a été démontré que des programmes structurés en milieu de travail qui visent à améliorer les habitudes de vie, l'équilibre travail-vie personnelle, la qualité de l'environnement de travail et les pratiques de gestion contribuent à réduire l'absentéisme, la rotation de personnel, le coût des assurances collectives et les cotisations. Le rendement du capital investi dans ces programmes varie de 2,75 \$ à 4 \$ pour chaque dollar dépensé dès la deuxième ou la troisième année d'implantation (Groupe entreprises en santé, 2010).

Chez les travailleurs québécois, environ 34 % des femmes et 30 % des hommes considèrent qu'on leur demande de faire une quantité excessive de travail (MSSS, 2012a).

Les travailleurs exposés à des contraintes organisationnelles présentent un risque deux fois plus élevé de détresse psychologique, et plus du tiers indiquent vivre un stress quotidien élevé au travail (Vézina, 2011).

Actuellement, au Québec, deux normes innovantes s'appliquent en matière de santé au travail, soit la norme BNQ 9700 803 : Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail et la norme BNQ 9700 800 : Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail (communément appelée « Entreprise en santé »). Cette dernière contribue à la diffusion de normes sociales qui favorisent les saines habitudes de vie. Elle amène les entreprises à modifier leur gestion dans quatre sphères d'activité reconnues afin d'avoir un effet bénéfique sur la santé du personnel. Voici quelques exemples d'activités promues par cette norme pour les quatre sphères d'activité :

- habitudes de vie : services-conseils en nutrition, cafétéria offrant des repas équilibrés, programmes d'activité physique, formation sur la gestion du stress, etc ;
- équilibre travail-vie personnelle : horaires flexibles, garderie en milieu de travail, congés pour des raisons familiales, etc ;
- environnement de travail : distributrices d'aliments nutritifs, stationnement sécuritaire pour les vélos, soutien aux travailleurs ayant des troubles physiques, etc ;
- pratiques de gestion : plan de perfectionnement professionnel individualisé, consultation des travailleurs, formation des gestionnaires sur la reconnaissance et les communications efficaces.

La présente mesure vise à encourager les entreprises dans l'implantation de démarches de promotion de la santé en milieu de travail de type « Entreprise en santé », par de l'information, des outils et de la formation. Il sera ainsi possible de mobiliser davantage les organisations publiques et privées dont les décisions en matière d'organisation, de conditions de travail et de pratiques de gestion peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé de leurs employés.

3.4 Promouvoir l'adoption de mesures diversifiées favorisant une organisation du travail mieux adaptée aux réalités des familles

En 2014-2015, près de 10 % des travailleurs avaient de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux (Gouvernement du Québec, 2016).

L'organisation du travail ne permet pas toujours aux travailleurs de concilier leur vie familiale et leur emploi. Bien que diverses mesures soient offertes par les employeurs afin d'adapter l'organisation du travail et d'offrir davantage de flexibilité à leur personnel, certains facteurs, tels que la monoparentalité, l'absence de collaboration de l'un des deux conjoints ou une situation financière difficile, peuvent complexifier la conciliation travail-famille (CTF). Les besoins des travailleurs sont nombreux et diversifiés dans un contexte où les exigences et le degré de responsabilités relatives à la vie professionnelle et familiale diffèrent d'une personne à une autre. L'absence de mesures peut avoir certaines répercussions sur la santé physique et mentale des personnes en emploi et leur imposer des dépenses additionnelles.

Une récente synthèse des connaissances sur les difficultés de CTF indique que l'horaire de travail qui facilite le plus la CTF, en particulier chez les parents d'enfants d'âge préscolaire et de jeunes, est l'horaire normal de jour (St-Amour et Bourque, 2013). Toutefois, la proportion des travailleurs âgés de 25 à 44 ans qui bénéficient d'un tel horaire est en diminution. La proportion des personnes bénéficiant d'un horaire de travail flexible diminue elle aussi, tant chez les femmes que chez les hommes, tandis que le travail à temps partiel volontaire a progressé au Québec. Les femmes, en particulier les mères qui sont chefs de famille monoparentale, occupent davantage ce type d'emploi, mais elles risquent de se retrouver dans une situation financière plus précaire.

Par ailleurs, certaines études confirment les répercussions que peuvent avoir les difficultés de CTF sur la santé physique et mentale des travailleurs et de leur famille. Ces difficultés peuvent entraîner notamment une insatisfaction quant à la vie, une détresse psychologique, une dépression ou un épuisement professionnel. Le manque de temps constitue également, pour plusieurs travailleurs, le principal obstacle à de saines habitudes de vie, particulièrement dans les familles monoparentales et à faible revenu. Les familles surchargées prendraient moins souvent leurs repas ensemble et elles seraient aussi moins actives.

Or, certaines mesures peuvent contribuer à faciliter la CTF. Dans cette perspective, la présente mesure vise à encourager les entreprises à adopter des mesures diversifiées en cette matière en s'inspirant des pratiques d'autres entreprises, à partir des résultats d'une étude exploratoire réalisée en 2015 auprès d'environ 8 000 petites et moyennes entreprises (PME) du Québec. L'objectif est de favoriser une organisation du travail plus flexible et mieux adaptée aux réalités des familles.

Les résultats de cette étude exploratoire permettront :

- De recenser les mesures de CTF qui sont appliquées dans les PME ;
- De recenser les moyens mis en place pour implanter les mesures de CTF et pour en faire la gestion et le suivi dans leur organisation ;
- De mesurer l'intérêt pour les mesures de CTF dans les PME et leur perspective d'avenir en matière de CTF.

À partir de ces résultats, la première phase de la mesure consistera à élaborer divers outils de communication visant à informer et à sensibiliser les entreprises à l'importance de la CTF.

Concernant la seconde phase, un effort particulier sera consacré à mieux outiller les entreprises à partir des pratiques innovantes propres à leur secteur d'activité. Les résultats obtenus dans le cadre de l'étude permettront d'ailleurs d'évaluer, plus précisément, les besoins d'information requis dans les secteurs où la CTF n'est pas une priorité ou dans ceux où l'implantation s'avère plus difficile.

Un programme de soutien financier sera également offert aux employeurs afin de faciliter la démarche d'implantation de meilleures pratiques d'affaires en matière de CTF. Ce programme comprendra deux volets :

- Le soutien aux employeurs désireux d'améliorer leurs pratiques d'affaires en matière de CTF dans leur organisation ;
- Le soutien d'activités de formation, d'information et de sensibilisation destinées aux milieux de travail.

Rappelons qu'avec l'adoption de meilleures pratiques d'affaires, les entreprises contribuent à faciliter la CTF des membres de leur personnel, tout en concourant à préserver la santé de ces derniers et de leur famille. De telles mesures peuvent être particulièrement bénéfiques pour les personnes qui ont des responsabilités familiales importantes (ex. : proches aidants, chefs de famille monoparentale).

OBJECTIF 3 AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE DES POPULATIONS PLUS VULNÉRABLES

3.5 Accroître l'offre de logements sociaux et communautaires

Se loger est un besoin essentiel. Le logement constitue la dépense de consommation courante la plus importante et elle est difficilement compressible. Pour les personnes et les familles à faible revenu, les préoccupations à l'égard du logement représentent souvent une source de stress chronique. Elles portent notamment sur la qualité du logement, son coût, l'espace requis par les occupants et la stabilité résidentielle. L'accès à un logement subventionné peut grandement améliorer les conditions de vie des personnes et des familles à faible revenu et c'est la raison pour laquelle des efforts continus doivent être fournis en ce sens.

Par ailleurs, l'intégration et la participation sociales de certains groupes présentant des vulnérabilités sur le plan de la santé et qui ont des besoins particuliers à cet égard risquent d'être compromises si aucun service ne leur est offert pour les aider. On désigne ici des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ainsi que les personnes vivant en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque individuels ou sociaux (ex. : des troubles de santé mentale, la présence d'une déficience ou d'un problème de dépendance, des événements de leur parcours de vie, des problèmes familiaux, l'isolement social, la violence).

L'offre de logements sociaux, combinée à des services de proximité adaptés, s'impose comme une stratégie particulièrement efficace pour répondre aux besoins complexes de ces groupes. Le soutien communautaire en logement social, qui comporte des activités diversifiées d'accompagnement social

En 2010, 76% des ménages locataires sous le seuil de faible revenu au Québec devaient consacrer au moins 30% de leurs revenus à se loger (SHQ, 2011).

Toujours en 2010, on comptait 348 485 ménages ayant des besoins impérieux de logement au Québec, soit 11% des ménages (SCHL 2014). On dit d'un ménage qu'il éprouve des « besoins impérieux en matière de logement » si son habitation n'est pas conforme à au moins une des normes d'acceptabilité (qualité, taille et abordabilité) et si 30% de son revenu total avant impôt est insuffisant pour payer le loyer médian des logements acceptables (répondant aux trois normes d'occupation) situés dans sa localité (SCHL, 2013).

et de soutien selon les besoins des personnes, est une intervention de proximité complémentaire aux services du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux programmes de logement social et communautaire. Il présente un caractère préventif (de prévention des méfaits) et favorise une intervention rapide. Ce soutien peut améliorer l'estime de soi, le sentiment de sécurité physique, psychologique et financière, la capacité d'agir des personnes ainsi que la qualité des relations sociales, et ce, tout en réduisant les risques de détérioration de leur état physique ou social ou l'aggravation de leur situation de vulnérabilité.

La mesure vise à accroître l'offre de logements sociaux, avec ou sans soutien communautaire, par l'entremise de programmes tels que AccèsLogis Québec et Supplément au loyer. Cette mesure vise plus particulièrement à rehausser plus rapidement l'offre de logements à faible coût pour les personnes vivant en situation d'itinérance ou à risque de le devenir ainsi que pour les clientèles souffrant de troubles mentaux. Le réseau de la santé et des services sociaux soutiendra également les démarches d'intégration et de participation sociale en assurant un accès à des services appropriés aux besoins des personnes, en complément du soutien communautaire.

L'accroissement de l'offre de logements abordables, salubres et sécuritaires contribuera à améliorer la qualité de vie des personnes et des familles à faible revenu, réduisant les divers problèmes de santé associés à des conditions de logement précaires. L'intégration sociale des personnes plus vulnérables, leur maintien dans leur milieu de vie ou encore leur réinsertion sociale, selon le cas, comptent aussi parmi les principaux avantages attendus de cette mesure. Au regard des personnes vivant en situation d'itinérance, la réduction des facteurs de risques individuels (propres aux personnes et à leur parcours de vie) ou des facteurs sociaux et environnementaux qui constituent des conditions pouvant mener à l'itinérance, mérite d'être soulignée.

3.6 Améliorer les conditions de vie des populations autochtones

En 2012, le Québec comptait 11 nations autochtones dont les membres représentent environ 1% de sa population totale, soit 98 731 personnes (SAA, 2013a, 2013b). De ce nombre, environ les deux tiers résidaient dans des communautés autochtones et l'autre tiers, hors communautés (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, 2014).

Qu'il soit question du mode de vie, de la langue ou encore des conditions socioéconomiques, la situation peut être très différente d'une communauté à une autre. En outre, le développement économique d'une communauté varie principalement en fonction de sa situation géographique (ex. : près des grands centres urbains, dans les régions éloignées), de son statut juridique, de son accessibilité par le réseau routier ainsi que du niveau de scolarité de ses membres.

Les Autochtones font partie des populations les plus vulnérables de notre société. En général, ils sont surreprésentés dans la majorité des problématiques sociales (ex. : violence conjugale, agressions sexuelles, problèmes d'adaptation

En 2011, le taux de faible revenu des familles dans les villages de la région du Nunavik et les communautés Cris de la Baie-James est plus de deux à trois fois supérieur à celui de l'ensemble du Québec (MSSS, 2015a).

Les indicateurs de santé des communautés du Nord québécois, caractérisées par une forte présence autochtone, reflètent un état de santé précaire. Par exemple, l'espérance de vie au Nunavik est inférieure de plus de 13 ans par rapport à la moyenne québécoise (MSSS, 2015a).

sociale chez les enfants et les jeunes, détresse psychologique, dépendances, pauvreté, faible scolarisation) et ils vivent parfois dans des conditions extrêmement néfastes pour leur santé. La pénurie de logements ou leur piètre qualité, le surpeuplement des habitations, les problèmes associés à l'approvisionnement en eau et en électricité dans certaines communautés ainsi que l'insécurité alimentaire ne sont que quelques exemples de ces conditions de vie très précaires. Il faut aussi souligner que dans certaines communautés situées loin des grands centres, le coût de la vie est très élevé.

Des écarts importants sont également observés au regard de l'état de santé des Autochtones par rapport à la moyenne de l'ensemble de la population du Québec, particulièrement en ce qui a trait à l'espérance de vie, aux blessures, aux maladies chroniques et à certaines maladies transmissibles. Par exemple, la prévalence des maladies chroniques peut être jusqu'à deux à trois fois plus élevée dans plusieurs communautés autochtones par rapport au reste de la population québécoise, notamment en matière d'obésité et de diabète (CSSSPNQL, 2011). La transition d'une alimentation et d'un mode de vie qui reposent sur la pratique d'activités de chasse, de pêche, de trappage, de cueillette ou d'agriculture vers une alimentation mixte ou composée presque exclusivement d'aliments plus riches en gras et en sucre a eu des conséquences importantes sur l'état de santé de ces populations. Une forte diminution de la consommation d'aliments traditionnels a d'ailleurs été rapportée dans plusieurs enquêtes.

Il est difficile de dresser un portrait général de la santé des Autochtones, parce que d'importantes variations existent d'une nation à une autre, d'une part, et entre les différentes communautés d'une même nation, d'autre part. La migration de nombreux membres de ces communautés vers les centres urbains s'ajoute à ces particularités.

L'histoire et l'héritage colonial, les politiques d'assimilation, le contexte légal et juridique, la discrimination et l'exclusion sociale, les changements dans les habitudes de vie de même que la détérioration de l'environnement naturel sont autant de déterminants qui peuvent expliquer l'état de santé des Autochtones et leurs conditions de vie.

La présente mesure vise à améliorer les conditions de vie des populations autochtones, en agissant sur plusieurs plans. D'abord, en vertu des différentes ententes de financement qui découlent de la Convention de la Baie James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois, dont sont bénéficiaires les Cris, les Inuits et les Naskapis, des actions seront menées pour améliorer les installations municipales, l'accès à un logement sain et sécuritaire, l'accès à de l'eau potable et à une saine alimentation comprenant, entre autres, des aliments traditionnels ainsi que l'offre de services en matière d'éducation, de santé et de services sociaux.

Quant aux Autochtones vivant en milieu urbain, des mécanismes seront élaborés afin d'établir plus efficacement le contact avec eux et de leur offrir des services et des programmes qui répondent de façon plus appropriée à leurs besoins. À cette fin, les organisations concernées des secteurs public et parapublic travailleront de manière plus concertée et en étroite collaboration avec des organisations reconnues des milieux autochtones, par exemple le

Regroupement des centres d'amitié autochtones, l'Association des femmes cries Eeyou Istchee, l'Association des femmes inuites du Nunavik – Saturviit et la Société Makivik. De plus, il importe que les intervenants concernés des différents secteurs d'activité gouvernementale, qui agissent auprès des Autochtones, soient davantage sensibilisés à leurs réalités, de manière à ce que ces derniers se sentent en confiance et respectés.

En ce qui a trait aux communautés autochtones non conventionnées, des discussions pourront être menées avec les différents partenaires concernés, dont l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et ses différentes commissions (ex. : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, Conseil en éducation des Premières Nations), Femmes autochtones du Québec, Santé Canada et Affaires autochtones et du Nord Canada, afin d'évaluer la possibilité d'agir en synergie pour améliorer les conditions de vie de ces communautés, et ce, dans le respect des pouvoirs conférés aux différents ordres de gouvernement au regard du développement des communautés autochtones du Québec.

L'amélioration des conditions de vie des Autochtones ainsi que le renforcement de leurs capacités et de leur potentiel de développement, sur le plan individuel et collectif, permettront de faire des gains importants en matière de santé et d'équité.

Chantier Recenser les politiques sociales et fiscales implantées dans d'autres juridictions qui favorisent une meilleure redistribution de la richesse dans la société, d'une part, et analyser leur pertinence et leur faisabilité dans le contexte québécois, d'autre part

Les inégalités sociales figurent parmi les principaux déterminants socioéconomiques de la santé de la population. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS l'a clairement mis de l'avant dans son rapport final en 2009, en déclarant que « l'injustice sociale tue à grande échelle ».

En effet, une étroite corrélation a été établie entre les inégalités de richesse, d'une part, et l'espérance de vie, le niveau de littératie, le taux d'incarcération, le taux de toxicomanie, la santé maternelle et infantile ainsi que plusieurs autres indicateurs sociaux, d'autre part. Plus la richesse est répartie de manière égalitaire dans une société, plus les personnes – pauvres et riches – ont des chances de bien se porter.

Selon des organisations internationales telles que l'OCDE, la croissance des inégalités sociales observée dans la plupart des pays industrialisés depuis quelques décennies apparaît de plus en plus comme un frein à la croissance économique.

À partir de ce constat largement partagé à l'échelle internationale, le gouvernement du Québec s'est déjà engagé dans la voie d'une meilleure redistribution de la richesse dans la société et aspire à mieux connaître les possibilités d'agir de façon encore plus efficace à cet égard. À cette fin, il entend réaliser un chantier visant à effectuer une recension des principales

Les écarts de revenu se sont accrus au cours des dernières années dans plusieurs pays occidentaux (OCDE, 2012). Au Québec, en 1985, 7% de l'ensemble des revenus étaient gagnés par 1% des Québécois. Les plus fortunés du Québec se partagent maintenant près de 12% des revenus (Zorn, 2012).

politiques sociales et fiscales, implantées récemment dans d'autres juridictions, qui favorisent une meilleure redistribution de la richesse. Ces politiques toucheront différents domaines d'intervention gouvernementale, tels que la santé, les services sociaux, la famille, l'éducation, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la sécurité du revenu et l'emploi. L'impôt, les taxes, la tarification ainsi que certains transferts financiers et en nature (ex. : services de garde, de santé et services sociaux) comptent parmi les thèmes à étudier. Un cadre méthodologique sera défini pour recenser ces politiques et les analyser de façon rigoureuse, en fonction de critères (ex. : équité, efficacité, coûts, faisabilité), et ce, dans une perspective comparative avec le contexte québécois. Il s'agit d'une première étape qui pourrait permettre de bonifier des politiques en vigueur ou d'implanter de nouvelles mesures.

Il est reconnu qu'une meilleure redistribution de la richesse contribuerait grandement à la réduction des inégalités sociales de santé au Québec.



ORIENTATION 4 – LE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le système de santé et de services sociaux remplit globalement trois rôles au regard de la santé de la population, soit prévenir, guérir et soutenir. La prévention en constitue donc un élément fondamental. Un certain nombre de cadres orientent et structurent les actions en cette matière, notamment :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui institue le système, établit son mode d'organisation pour les ressources humaines, matérielles et financières ainsi que ses lignes directrices pour guider la gestion et la prestation des services, fondés notamment sur des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services ;
- La Loi sur la santé publique (LSP), adoptée en 2002, qui fournit les assises et un cadre d'action pour développer la prévention dans le système et pour soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Elle définit les fonctions de santé publique ainsi que les rôles et les responsabilités des différents acteurs à tous les paliers d'intervention. Elle incite également à agir de façon à réduire les inégalités sociales de santé et à contrer les effets des facteurs de risque touchant les populations plus vulnérables ;
- Le Programme national de santé publique (PNSP), institué par la LSP et qui structure et organise l'offre de services de santé publique au Québec. Ce dernier a été révisé pour la période 2015-2025. Il est accompagné d'un ensemble de documents qui viennent soutenir sa mise en œuvre et son évaluation de même que l'adaptation des services et des approches d'intervention aux besoins et aux réalités distinctes des territoires.

Les défis que peuvent poser les besoins diversifiés et évolutifs de la population en matière de santé sont nombreux. La capacité du système d'y répondre repose en partie sur l'accès en temps opportun à des services sociaux et de santé adéquats, sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de même que sur l'accroissement de l'efficacité et de l'efficacités. Le renforcement de la prévention dans le système apparaît également comme une voie à privilégier afin que la population québécoise vive plus longtemps et en meilleure santé et qu'elle requière moins de soins. À cette fin, les services préventifs doivent être offerts de façon optimale et desservir adéquatement la population, en particulier les personnes et les populations plus vulnérables. Les capacités professionnelles et organisationnelles doivent également être rehaussées afin de favoriser davantage l'intégration de la prévention dans les pratiques et les continuums d'intervention, de détecter le plus tôt possible les problèmes et d'intervenir promptement selon les besoins. Enfin, le système doit être en mesure d'anticiper davantage les enjeux sociosanitaires émergents, en rapport notamment avec les changements sociodémographiques et les inégalités sociales de santé, et s'adapter en conséquence.

Les mesures énoncées dans l'orientation 4 contribueront à donner au système québécois l'élan supplémentaire dont il a besoin pour renforcer son rôle en matière de prévention, et ce, en collaboration avec ses partenaires des différents secteurs.

OBJECTIF 1

RENFORCER L'IMPLANTATION DE L'OFFRE DE SERVICES PRÉVENTIFS DESTINÉS À LA POPULATION GÉNÉRALE ET AUX POPULATIONS PLUS VULNÉRABLES

4.1 Améliorer la performance des services préventifs offerts à la population, particulièrement en matière de :

- prévention et gestion des maladies chroniques
- promotion de la santé sexuelle et prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
- promotion de la santé mentale et prévention du suicide

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a adopté, en 2015, un nouveau PNSP qui définit les services reconnus efficaces qui doivent être offerts par le réseau de la santé et des services sociaux dans tous les territoires. Sa révision repose sur les résultats de divers travaux d'évaluation qui reconnaissent que le PNSP constitue un levier majeur permettant de structurer l'action de santé publique, mais qui ont aussi mis en lumière des difficultés d'implantation.

De ce fait, la portée du PNSP a été redéfinie de manière à rendre plus explicite l'importance des actions de soutien et de collaboration qui sont menées avec des acteurs du secteur de la santé et des services sociaux et des autres

Le fardeau économique des maladies chroniques est préoccupant, d'autant plus qu'elles peuvent être évitées si l'on modifie les facteurs de risque qui leur sont associés.

Au Québec, le coût total de six maladies chroniques (y compris notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon et le diabète) est évalué à 8,1 G\$ et pourrait atteindre 13 G\$ en 2030 (Conference Board du Canada, 2014).

À elles seules, les conséquences économiques de l'obésité et de l'embonpoint au Québec sont évaluées à 2,9 G\$ par année (Blouin et autres, 2015).

En améliorant les habitudes de vie de sa population de manière à atteindre des taux comparables à ceux des provinces canadiennes qui réussissent le mieux en la matière, le Québec serait en mesure de réaliser des économies cumulatives de 7,7 G\$ en coûts directs et indirects d'ici 2030, soit environ 385 M\$ par année (Conference Board du Canada, 2014).

secteurs. Toutefois, le défi de mobiliser et d'agir de façon plus efficace et complémentaire sur certains problèmes de santé évitables demeure.

Le portrait de l'état de santé de la population, le contexte sociodémographique en évolution ainsi que les inégalités sociales de santé conduisent à renforcer certains services préventifs individuels et collectifs afin d'obtenir des gains de santé supplémentaires. À cette fin, trois champs ressortent comme étant prioritaires :

- La prévention et la gestion des maladies chroniques : intensifier les efforts dans un contexte de vieillissement de la population et adopter une approche globale, surtout en ce qui a trait à la lutte au cancer et à la prévention de l'obésité ;
- La promotion de la santé sexuelle et la prévention des ITSS : adapter les pratiques afin de mieux desservir les différents groupes les plus touchés ;
- La promotion de la santé mentale et la prévention du suicide : mettre en place une approche positive qui contribue à la pleine participation des personnes à la collectivité.

La présente mesure vise à améliorer la performance des services préventifs, en particulier dans ces trois champs d'action prioritaires. Elle favorisera la mise en place des conditions nécessaires pour faire plus et mieux – et différemment si nécessaire – avec un ensemble de partenaires du secteur de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activité qui disposent de leviers leur permettant d'agir sur les facteurs qui contribuent aux problèmes de santé déterminés, y compris le milieu communautaire. Une autre composante de la mesure sera de servir les personnes de façon plus efficace et adaptée, dans leurs milieux de vie, en portant une attention particulière aux plus vulnérables de notre société.

À partir de mesures de performance rigoureuses (ex. : accessibilité, qualité, efficacité), le gouvernement mettra également en place un ensemble d'actions visant à appuyer l'amélioration continue de l'action en matière de prévention, à savoir favoriser une meilleure intégration des services préventifs aux pratiques professionnelles et aux continuums de services de santé et de services sociaux, consolider les savoir-faire et être à l'avant-garde des meilleures pratiques, soutenir l'acquisition et le renforcement des compétences des professionnels, collaborer plus efficacement avec les divers partenaires et susciter l'innovation.

4.2 Mettre en place une stratégie intégrée visant à réduire la consommation d'alcool et de drogues et la pratique des jeux de hasard et d'argent ainsi qu'à limiter les conséquences nuisibles qui y sont associées

La consommation de substances psychoactives, qu'elles soient autorisées par la loi, prescrites ou illicites, peut avoir des conséquences sur l'individu, sur autrui et sur les communautés. Ces conséquences varient selon la nature, la concentration, les modes d'usage (contexte, volume, fréquence, période) et les effets de ces substances. Elles se traduisent également

par des coûts importants, que ce soit en termes de soins de santé et de services sociaux, de procédures judiciaires, ou de perte de productivité attribuable aux maladies et aux décès prématurés associés.

L'alcool et les drogues

La consommation d'alcool – même occasionnelle – peut comporter des risques, non seulement pour la santé physique mais également pour la santé mentale, au chapitre de la dépendance notamment. Ces effets néfastes sont bien documentés : association à certaines maladies chroniques, violence, suicides, blessures, risques d'anomalie du développement fœtal lorsque l'alcool est consommé pendant la grossesse, comportements à risque, problèmes psychologiques ou problèmes relationnels avec la famille ou les amis.

Le Québec affiche la proportion de buveurs d'alcool la plus élevée au Canada. Toutefois, c'est au Québec que les buveurs respectent le plus les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Ainsi, les Québécois sont les consommateurs les plus modérés du Canada (Statistique Canada, 2013d).

On observe un écart statistiquement significatif entre les sexes concernant la prévalence des méfaits causés par l'alcool, celle observée chez les hommes étant près du double de celle observée chez les femmes. Par ailleurs, les jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré un taux plus élevé de méfaits que les adultes de 25 ans et plus. La plus grande proportion des méfaits associés à l'alcool est attribuable au grand nombre de consommateurs à risque modéré qui ne prennent de l'alcool en quantité supérieure aux recommandations que de façon occasionnelle, et non aux consommateurs à risque élevé (Rossow et Romelsjö, 2006).

La consommation de drogues, en plus des mêmes conséquences nuisibles que celles associées à l'alcool, peut également entraîner des répercussions de nature judiciaire : marginalisation, activités criminelles, limites d'accès à un logement et à un emploi, limites des déplacements à l'étranger.

Les jeux de hasard et d'argent

Par leurs caractéristiques et leur accessibilité, les appareils de loterie vidéo (ALV) et les machines à sous sont, parmi l'ensemble des jeux de hasard et d'argent, les plus susceptibles d'entraîner une dépendance, et ce, de façon plus rapide et avec des effets plus intenses. De plus, l'industrie du jeu innove et conçoit de nouvelles générations de machines toujours plus performantes, qui favorisent la dépense et la persistance au jeu. Les efforts de prévention restent souvent subordonnés aux progrès technologiques de l'industrie et à l'exigence de rentabilité imposée par les exploitants.

Selon l'étude de prévalence la plus récente, le pari sur les machines à sous que l'on trouve dans les casinos et sur les ALV est beaucoup plus populaire parmi les joueurs à risque modéré et les joueurs pathologiques probables (Kairouz et Nadeau, 2014). L'offre de jeu touche par ailleurs certains groupes de façon particulière. Par exemple, deux études, l'une menée à Montréal et l'autre à Québec, montrent que les ALV sont majoritairement situés dans des zones où habitent les personnes plus défavorisées sur le plan matériel

En 2013, le Québec est la seule province dont moins de 20 % des buveurs a dépassé les niveaux hebdomadaires recommandés. Il est aussi la seule province dont moins de 14 % des buveurs a dépassé les niveaux de consommation quotidienne (Statistique Canada, 2013d).

En 2014-2015, près de 17 % des personnes âgées de 15 ans et plus avait fait usage de drogues au cours de l'année précédente (Gouvernement du Québec, 2016). Chez les jeunes du secondaire, bien qu'une diminution constante et significative de la consommation de cannabis ait été observée durant les années 2000, on rapporte depuis 2008 une hausse de la prise de médicaments vendus sans ordonnance ou d'autres drogues (ex. : *Salvia*, *GHB*, *Spice*, etc.). Une diminution importante du mode de consommation par injection a par ailleurs été enregistrée (ISQ, 2014).

Au Québec, en 2012, 4 % des adultes ont parié ou dépensé de l'argent sur des ALV. Parmi ceux-ci, 16 % étaient des joueurs à risque ou pathologiques. (Kairouz et Nadeau, 2014)

et social (Robitaille et Herjean, 2008 ; Houle et Robitaille, 2013). Ces groupes présentent des vulnérabilités auxquelles il faut porter une attention particulière.

Une intervention préventive efficace pour réduire les comportements néfastes en matière d'usage d'alcool et de drogues et de pratique de jeux de hasard et d'argent exige des actions variées, intensives et continues qui visent, d'une part, à développer les capacités des personnes à faire des choix responsables au regard de leur consommation et, d'autre part, à réduire les conséquences ou l'aggravation des problèmes qui y sont associés. À cet égard, des mesures de politiques publiques structurantes peuvent être élaborées en vue de modifier les habitudes de consommation à l'échelle populationnelle et ainsi améliorer la qualité de vie des personnes touchées et la sécurité dans les communautés.

Largement étudiée, l'augmentation des prix de l'alcool, notamment au moyen de taxes, est considérée comme l'intervention la plus efficace (Meier et autres, 2008). Plusieurs provinces canadiennes ont implanté des mesures touchant les prix de l'alcool, dont l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick. Au Québec, des prix minimums de vente de bière sont fixés selon l'évolution de l'indice canadien des prix à la consommation. Ces prix varient en fonction de la teneur en alcool des produits. En ce qui concerne les autres boissons alcooliques, le gouvernement peut fixer par règlement les prix de vente au détail.

En ce qui a trait plus spécifiquement aux drogues, plusieurs juridictions (Belgique, Pays-Bas, Portugal, Uruguay et certains états américains) expérimentent d'autres approches concernant le contrôle de certaines substances, en se dotant de leviers législatifs et réglementaires plus ou moins contraignants pour contrôler, sanctionner ou décriminaliser l'usage, la possession et la vente de drogues.

La présente mesure vise la mise en place d'une stratégie intégrée par laquelle des actions seront instaurées de façon intensive et soutenue, en portant une attention particulière aux groupes qui présentent des vulnérabilités. Concrètement, un contrôle accru des prix, des formats et de la teneur en alcool des produits alcooliques pourra être envisagé. Des initiatives visant à réduire l'offre et la demande de drogues illicites et les conséquences sur les personnes qui les consomment seront également soutenues. Des actions visant à promouvoir le jeu responsable, à favoriser des environnements sains dans la pratique de jeux de hasard et d'argent et l'accentuation des mesures de dissuasion sur les ALV de la nouvelle génération sont aussi prévues.

Ces actions s'inscriront en complément des actuels efforts de promotion de la santé et d'éducation axés sur les normes et les valeurs sociales, qui visent à sensibiliser la population afin que soient faits des choix éclairés au regard de la consommation d'alcool et de drogues et de la pratique de jeux de hasard et d'argent. Les efforts déjà déployés en contexte scolaire devront par ailleurs se poursuivre avec une intensité soutenue pour agir auprès des jeunes.

Le gouvernement privilégie une approche qui améliore l'accès à des services adaptés aux besoins des personnes qui consomment de l'alcool ou des drogues ou qui pratiquent des jeux de hasard et d'argent. Une telle approche doit valoriser le lien de confiance avec ces personnes et encourager leur participation afin de susciter chez elles un désir de changement.

4.3 Mettre en place une stratégie visant à réduire l'usage des produits du tabac et à protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

La part de la mortalité évitable attribuable au tabagisme en Amérique du Nord est majeure ; au Québec, celui-ci cause un peu plus de 10 000 décès annuellement, dont 50 % sont prématurés. De plus, l'espérance de vie des fumeurs est diminuée d'au moins 10 ans par rapport à celle des non-fumeurs (Ben Amar et Légaré, 2006). Même une consommation quotidienne réduite de cigarettes peut augmenter la morbidité et la mortalité.

La consommation de tabac entraîne généralement une forte dépendance. Or, les types de produits offerts et consommés se sont diversifiés au cours des dernières années. En effet, aux produits consommés autrefois s'ajoutent de nombreux nouveaux produits, dont les cigarillos, les cigarettes électroniques et les chichas, communément appelées « pipes à eau ».

Certains groupes de la population sont plus affectés que d'autres par le tabagisme et ses effets. Par exemple, on observe des taux de tabagisme plus élevés chez les élèves qui ont des cheminements particuliers de formation au secondaire et chez ceux qui vivent dans des familles dont la structure est non traditionnelles (ISQ, 2012a). De plus, les personnes plus défavorisées sur le plan socioéconomique fument plus que celles des groupes plus scolarisés et mieux nantis (Lasnier et autres, 2012).

Des coûts sociaux importants sont attribuables au tabagisme (ex. : absentéisme au travail, utilisation accrue des services de santé). Les coûts directs pour le système de santé occasionnés par l'usage du tabac rapportés en 2013-2014 s'élevaient à 1,6 G\$ (Ministère des Finances et de l'Économie, 2012). Or, on estime que chaque baisse d'un point de pourcentage du tabagisme fait économiser annuellement 41 M\$ en coûts de soins de santé directs et 73 M\$ en coûts indirects, soit un total de 114 M\$ (Ouellette et autres, 2005).

Au cours des dernières années, on a observé une tendance à la baisse de la proportion de la population qui fume quotidiennement ou à l'occasion.

Malgré les gains populationnels, le taux de tabagisme est relativement stagnant chez les jeunes adultes de 20 à 34 ans, le groupe d'âge qui représente la plus grande proportion de fumeurs.

Au Québec, on rapporte une nette diminution de la proportion des élèves du secondaire qui font usage des produits du tabac, depuis le début des années 2000. Toutefois, lorsque l'on s'attarde à la progression du tabagisme au cours du secondaire, on remarque qu'en 2013, la proportion d'élèves du secondaire faisant usage de produits du tabac passe de 3 % la première année à 23 % la cinquième année (ISQ, 2014).

Certains pays ont mis en place des plans ambitieux de lutte contre le tabac. Entre autres, la Nouvelle-Zélande, l'Écosse et la Finlande visent à devenir « Tobacco Free », ciblant une réduction de la prévalence du tabagisme à moins de 5% de la population d'ici 2025, 2034 et 2040 respectivement.

Par ailleurs, il est largement reconnu que les mesures législatives, réglementaires et fiscales constituent un volet incontournable d'une stratégie efficace de lutte contre le tabagisme. L'Assemblée nationale du Québec a adopté, en 2015, la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme. Celle-ci met notamment en place de nouvelles restrictions de l'usage de produits du tabac, un encadrement de la vente, de l'usage et de la promotion des cigarettes électroniques et d'autres produits du même type, l'interdiction des produits qui comportent un arôme ou une saveur autres que ceux du tabac ainsi que l'imposition d'une superficie minimale où apposer les mises en garde sur les emballages de cigarettes et de cigarillos.

En complément et en respect du cadre législatif et réglementaire en matière de lutte contre le tabagisme, la présente mesure vise à mettre en place une stratégie en vue d'agir davantage en synergie sur tous les aspects de la problématique du tabagisme. La stratégie permettra, entre autres, un meilleur arrimage des actions qui doivent être réalisées, intensivement et simultanément, avec le concours d'un ensemble de partenaires gouvernementaux et de la société civile. Toutes les catégories d'intervention, dont celles de prévention (par exemple les activités d'éducation et de sensibilisation et le soutien à la cessation tabagique, vont s'inscrire dans cette stratégie. À cette fin, le gouvernement mènera notamment une campagne d'information sur l'accessibilité du tabac.

Enfin, la stratégie pourra aussi donner lieu à des politiques publiques favorables à la santé, renforcées ou nouvelles, en fonction notamment des contextes et des besoins de la population et des groupes les plus touchés. Ces politiques publiques pourraient par exemple viser à mettre en place des mesures économiques et fiscales, à limiter la présence de tabac à l'écran par une classification des films ou à concevoir et à mettre en place des services de soutien à la cessation tabagique adaptés aux conditions de vie des plus démunis.

OBJECTIF 2

RÉDUIRE ET CONTRÔLER LES RISQUES ASSOCIÉS À L'ANTIBIORÉSISTANCE AFIN DE PRÉVENIR PLUS EFFICACEMENT LES INFECTIONS

4.4 Effectuer une gestion intégrée des antibiotiques afin d'en assurer l'utilisation judicieuse dans les secteurs de la santé humaine et de la santé animale

L'antibiorésistance désigne la capacité d'un microorganisme de résister aux effets des antibiotiques. Ce phénomène est mondial et prend de l'ampleur depuis des décennies, au Canada comme ailleurs (Mulvey et Simor, 2009). L'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé animale en ont d'ailleurs fait un dossier prioritaire.

Compte tenu de l'interrelation entre le monde animal et le monde humain, il est recommandé d'agir sur les deux plans pour avoir un effet notable sur ce phénomène. C'est d'ailleurs ce que met de l'avant le concept « une santé » (*One health initiative*), qui privilégie l'adoption d'une approche intersectorielle. En 2012, l'OMS a publié des pistes d'action prometteuses qui invitent à une gestion intégrée, alliant les efforts du monde médical et vétérinaire. Ces actions sont : la surveillance de l'utilisation des antibiotiques et des bactéries résistantes, l'adoption de mesures visant à assurer une meilleure utilisation des antibiotiques chez l'homme et chez l'animal, la prévention et le contrôle des infections dans les milieux de soins, la recherche et l'innovation, ainsi que l'engagement politique visant à soutenir les actions.

L'Union européenne, la France, la Norvège, la Suède, la Grande-Bretagne, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande se sont dotés de programmes structurés pour contrer l'antibiorésistance (Chevalier, 2012). L'Agence de santé publique du Canada a publié, en 2015, un plan d'action fédéral sur la résistance et le recours aux antimicrobiens.

Les changements de pratique relatifs à l'utilisation des antibiotiques dans les processus d'élevage d'animaux destinés à la consommation humaine présentent plusieurs défis. Par exemple, la propagation dans l'environnement de souches bactériennes résistantes, la nécessité de traiter des animaux malades afin de prévenir la transmission d'infections transmissibles à l'être humain, les demandes des consommateurs pour des produits exempts d'antibiotiques, mais aussi pour des produits de viande à bas prix, de même que le fardeau financier et économique imposé aux éleveurs dans l'implantation de pratiques alternatives à l'utilisation des antibiotiques sont des variables qui s'influencent mutuellement et qui peuvent avoir des répercussions sur la chaîne bioalimentaire. Il est à noter que les animaux de compagnie et les animaux de loisir sont aussi touchés par les enjeux associés à l'antibiorésistance.

Actuellement, au Québec, des démarches visant une utilisation plus judicieuse des antibiotiques dans les soins de santé humaine et de santé animale sont engagées. À cette fin, le secteur de la santé et des services sociaux, au moyen d'un plan ministériel, recommande notamment la mise en place d'un

système provincial de surveillance intégrée de la résistance bactérienne, le suivi de l'usage des antibiotiques en milieu de soins et dans la communauté, y compris une rétroaction auprès des prescripteurs, des actions de sensibilisation de la population de même qu'un soutien aux professionnels de la santé par de la formation. Le secteur bioalimentaire s'est lui aussi doté de cadres sectoriels dont certaines des recommandations visent spécifiquement à favoriser une utilisation toujours plus judicieuse des médicaments, notamment par la documentation, l'établissement et la diffusion d'une stratégie concertée d'antibiogouvernance et de lutte contre l'antibiorésistance. Dans ce contexte, les acteurs du secteur de la santé animale travaillent en collaboration avec leurs partenaires, notamment en ce qui a trait à la surveillance de l'utilisation des antibiotiques chez les animaux de même qu'à la sensibilisation des utilisateurs d'antibiotiques (propriétaires d'animaux d'élevage, de loisir et de compagnie).

Des programmes de surveillance de la résistance aux antibiotiques ont été créés, de part et d'autre, en fonction des besoins émergents. Des travaux sont aussi entrepris et à poursuivre afin d'harmoniser les messages destinés à la population générale, dans les domaines de la santé, de l'industrie bioalimentaire et de la science vétérinaire, sur la résistance aux antibiotiques et les risques associés.

Cependant, il y aurait lieu de systématiser l'arrimage des actions en matière d'antibiogouvernance dans les secteurs de la santé humaine et de la santé animale afin de renforcer la surveillance des bactéries résistantes, d'informer plus efficacement les prescripteurs (cliniciens, pharmaciens et médecins vétérinaires) sur les souches résistantes et de surveiller l'usage des antibiotiques afin de fournir une rétroaction sur les pratiques de prescription.

La présente mesure prévoit la mise en œuvre et l'évolution d'une stratégie de gestion intégrée en santé humaine et en santé animale en vue d'assurer une plus grande cohérence et complémentarité des actions en faveur d'un usage judicieux des antibiotiques. Son efficacité repose sur la prise en compte de la complexité des problématiques de santé publique, bioalimentaires et vétérinaires et de leurs interrelations.

À cette fin, les secteurs de la santé et des services sociaux et de l'industrie bioalimentaire mettront en place un mécanisme de gouvernance conjoint assurant une gestion mieux intégrée des stratégies, des plans d'action et des programmes touchant la lutte contre l'antibiorésistance. La mobilisation des nombreux acteurs concernés (ex. : ministères provinciaux et fédéraux, laboratoires hospitaliers, médecins, médecins vétérinaires, pharmaciens, ordres professionnels, éleveurs, population en général), en s'appuyant sur les réseaux d'expertise existants, représente une condition essentielle à la réussite de cette stratégie.

OBJECTIF 3

REHAUSSER LES CAPACITÉS PROFESSIONNELLES ET ORGANISATIONNELLES AU REGARD DE LA DÉTECTION PRÉCOCE DES PROBLÈMES ET DE L'INTERVENTION EN TEMPS OPPORTUN

4.5 Mettre en place une stratégie de soutien à la prévention clinique comprenant un ensemble de mesures visant à outiller les professionnels de la santé et des services sociaux dans leurs pratiques

La notion de prévention clinique désigne un ensemble d'interventions réalisées par un professionnel de la santé et des services sociaux (ex. : clinicien) auprès d'un patient en matière de counseling, de chimioprophylaxie, de dépistage et d'immunisation. Elle vise à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures ainsi que les problèmes psychosociaux. Elle contribue également, de façon complémentaire, aux actions plus systémiques, dont les politiques publiques, la création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie et l'habilitation des personnes.

La présente mesure vise la réalisation d'une stratégie intégrée de soutien à la prévention clinique ayant pour objet de réduire le fardeau évitable de la maladie et d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. Elle comprendra un soutien aux professionnels de la santé et des services sociaux en vue de renforcer l'intégration, dans leurs pratiques, des interventions préventives reconnues efficaces. À cette fin, les interventions préventives doivent satisfaire à des critères qui respectent des normes et des exigences de qualité, tout en limitant l'exposition à des effets non souhaités, ce qui est notamment le cas de certains programmes de dépistage. En effet, l'élaboration et l'implantation de tels programmes doivent être réalisées en respectant les limites précisées dans un cadre de référence.

Dans un premier temps, il apparaît nécessaire de déterminer les interventions préventives pertinentes, appuyées par des données probantes et ayant une portée populationnelle. Dans un deuxième temps, la diffusion de l'information relative à ces interventions et la mise en place d'un ensemble de mesures visant à outiller les professionnels de la santé et des services sociaux afin qu'ils les intègrent dans leurs pratiques permettront d'en améliorer l'accès à toute la population. On pense notamment à des lignes directrices en prévention clinique, à des guides de pratique professionnelle, à de la formation, à des outils complémentaires intégrés au dossier médical électronique et à des incitatifs permettant d'assurer la qualité et l'efficacité des interventions préventives.

De plus, un mécanisme de suivi et de monitoring des mesures mises en place permettra de s'assurer que les pratiques des professionnels se modifient tel qu'il est souhaité. Enfin, l'évaluation de la stratégie intégrée permettra, entre autres, une meilleure compréhension des conditions d'application afin d'en optimiser la portée.

4.6 Renforcer la détection et l'intervention précoce visant les enfants et les jeunes vulnérables

Dans une perspective de prévention et d'intervention en temps opportun, les enfants et les jeunes qui présentent des retards ou des problèmes de développement doivent être repérés précocement et être pris en charge de façon appropriée dans les meilleurs délais.

Au Québec, près de 1 enfant à la maternelle sur 4 est considéré comme vulnérable dans au moins 1 des 5 domaines de développement. Cette proportion augmente avec le degré de défavorisation matérielle et le degré de défavorisation sociale associés au lieu de résidence (ISQ, 2012b).

Les enfants et les jeunes négligés et vulnérables sur le plan socioéconomique sont plus susceptibles que les autres d'accuser des retards de développement importants, nuisant notamment à leur parcours scolaire. Des études confirment que les enfants ayant des niveaux plus faibles de développement à la maternelle ont généralement un moins bon rendement scolaire durant le primaire. De plus, les enfants qui éprouvent des difficultés d'adaptation, de développement ou de langage connaîtront plusieurs difficultés s'ils ne sont pas aidés le plus tôt possible. À compter de l'âge de 4 ans, un problème de langage non réglé chez un enfant tend à être persistant (Catts et autres, 2008). Enfin, de plus en plus de recherches s'intéressent au lien entre les traumatismes subis durant l'enfance (ex. : violence, abus, négligence, victimisation) et le risque de développer des troubles mentaux (Schreier et autres, 2009).

Il importe donc d'intervenir le plus tôt possible auprès des enfants et des jeunes qui vivent dans un contexte qui ne favorise pas leur développement optimal. L'identification précoce des situations problématiques permet une intervention en temps opportun.

La présente mesure vise donc à soutenir davantage les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs d'activité qui travaillent auprès des enfants et des jeunes afin qu'ils puissent mieux détecter, et ce, le plus tôt possible, ceux qui ont des retards de développement, des difficultés de comportement ou d'adaptation, des incapacités diverses ou qui ont vécu des traumatismes.

D'une part, le gouvernement précisera les orientations au regard des services à offrir de façon précoce et en interdisciplinarité aux enfants et aux jeunes ayant un retard significatif du développement ainsi qu'à leurs familles. Il poursuivra également l'implantation du programme d'intervention en négligence, qui offre des services aux jeunes en difficulté qui vivent dans un contexte de négligence ou qui présentent un risque élevé de négligence ainsi qu'à leur famille.

D'autre part, le gouvernement souhaite renforcer la formation et l'outillage offerts à des intervenants dans différents milieux de vie (ex. : services de garde éducatifs à l'enfance, milieu scolaire) et dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'objectif est d'améliorer leurs capacités et leurs pratiques afin qu'ils soient davantage en mesure d'offrir une réponse appropriée selon

les besoins, dans les meilleurs délais, y compris le relais et le maillage entre les ressources, par exemple lorsque l'enfant passe d'un milieu éducatif à un autre, l'accompagnement des parents, l'aiguillage vers d'autres ressources de la communauté. Les intervenants pourront également mieux répondre aux inquiétudes des parents d'enfants ou de jeunes qui éprouvent des difficultés et les soutenir adéquatement à cet égard.

Des mécanismes doivent être clairement établis afin que l'évaluation globale des besoins s'effectue à l'aide de l'ensemble des expertises requises et que les services mis en place pour répondre aux besoins soient disponibles dans les meilleurs délais. De plus, un intervenant sera désigné pour accompagner et soutenir la famille afin d'aider cette dernière à obtenir les services requis dans une logique de collaboration interdisciplinaire. Ces mécanismes doivent aussi impliquer et prévoir l'accompagnement des personnes significatives dans le développement des enfants et des jeunes, lesquelles peuvent participer à l'observation d'éventuels signes d'alerte, dans les milieux de vie (ex. : intervenants en milieu de garde éducatif à l'enfance, enseignants, professionnels de soutien en milieu scolaire, acteurs du milieu communautaire).

Par cette mesure, le gouvernement entend également soutenir la Fondation du Dr Julien dans la poursuite de l'implantation du réseau des centres de pédiatrie sociale en communauté. La pédiatrie sociale repose sur un modèle d'intervention favorisant l'accompagnement de l'enfant, en lien étroit avec sa famille et sa communauté, par l'intégration de services interdisciplinaires et intersectoriels. L'objectif est de rendre accessibles sur l'ensemble du territoire québécois, d'ici 2019-2020, les soins et les services de pédiatrie sociale aux enfants et jeunes en situation de grande vulnérabilité au Québec, afin de favoriser leur bien-être et leur développement global, et ce, en complément des services déjà offerts à ces familles. À cette fin, la Fondation du Dr Julien offrira l'expertise et l'accompagnement nécessaires pour soutenir le déploiement d'une quarantaine de centres.

4.7 Repérer les aînés en perte d'autonomie ou à risque de l'être afin de leur offrir le soutien à domicile nécessaire

Avec le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des incapacités et l'anticipation de besoins plus grands en matière de soins de longue durée marquent fortement le contexte dans lequel les services sociaux et de santé doivent être planifiés et offerts. En 2010-2011, 11% des Québécois de 15 ans et plus habitant à domicile avaient une incapacité modérée ou grave. Ces personnes présentent un niveau fonctionnel restreint qui limite ou empêche l'accomplissement de certaines ou de nombreuses activités, ce qui se traduit par des besoins d'aide plus importants pour réaliser les activités de la vie quotidienne et domestique (MSSS, 2015b).

La perte d'autonomie survient lorsqu'une personne a besoin d'aide à la fois pour accomplir les tâches courantes de la vie quotidienne et la prise de décisions relatives à celle-ci. L'identification précoce des facteurs de risque

de perte d'autonomie a une incidence sur le fait qu'une personne puisse demeurer le plus longtemps possible à son domicile. Parce que la perte d'autonomie est souvent associée à des facteurs multiples et qu'elle évolue progressivement, l'introduction graduelle de services appropriés, à titre préventif, pourrait contrer ou ralentir ce processus (ex. : prévention des chutes et détermination du profil de consommation de médicaments).

On estime à 21% la prévalence de la perte d'autonomie modérée ou grave chez les personnes de 75 ans et plus (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2010). Or, ce taux s'accroît avec l'âge. C'est la raison pour laquelle le repérage apparaît essentiel pour déceler les personnes de cette catégorie d'âge qui sont en perte d'autonomie ou à risque de le devenir et qui ne sont pas connues du réseau de la santé et des services sociaux. Le repérage permet de déceler les personnes vulnérables avant que le processus de perte d'autonomie ne soit trop avancé et de les orienter vers une évaluation plus approfondie qui les dirigera vers les soins et les services que leur état nécessite. Des interventions effectuées au début de la perte d'autonomie peuvent contribuer à ralentir cette dernière.

Actuellement, différents outils de repérage sont utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux, par exemple l'outil PRISMA 7 ou ISAR. La présente mesure vise à mettre au point un modèle d'intervention, qui inclut notamment les différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, afin de mieux repérer les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de le devenir. Ce modèle fera l'objet par la suite d'une expérimentation et d'une évaluation afin d'en mesurer les effets auprès de la clientèle visée et des différents acteurs impliqués. Selon les résultats obtenus, ce modèle pourra être implanté dans l'ensemble des territoires du Québec en vue d'améliorer le repérage des aînés en perte d'autonomie, afin de leur offrir le soutien nécessaire à domicile.



LA GOUVERNANCE ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

UNE GOUVERNANCE COLLABORATIVE ET EFFICACE

La Politique gouvernementale de prévention en santé témoigne d'une volonté claire des autorités gouvernementales et ministérielles de renforcer la gouvernance intersectorielle de la santé dans l'administration publique.

Une gouvernance collaborative et efficace reconnaîtra et mettra à profit les dynamiques intersectorielles déjà présentes à l'échelle nationale, régionale et locale. Les avancées observées au Québec en matière d'action intersectorielle efficace à l'égard de la santé reposent sur une collaboration fructueuse et soutenue dans le temps entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et un ensemble diversifié de partenaires. La Politique fait ressortir l'interdépendance et le potentiel de synergie qui existent entre les préoccupations en matière de santé et celles propres à d'autres champs d'intervention. Sa mise en œuvre s'appuiera sur ces acquis importants.

La gouvernance de la Politique est axée à la fois sur la formulation d'orientations et d'objectifs mobilisateurs et sur le soutien et l'accompagnement des milieux, afin d'assurer une mise en œuvre réussie, de susciter l'innovation et d'améliorer continuellement les actions. Le MSSS s'associera aux ministères et aux organismes gouvernementaux engagés dans la mise en œuvre pour mobiliser et pour outiller les différents réseaux de partenaires. La reconnaissance et la valorisation des progrès accomplis au regard de l'implantation des mesures et des résultats atteints pourront stimuler le mouvement et favoriser un engagement continu des partenaires.

Enfin, la gouvernance veillera à l'évaluation et à la mise à jour de la Politique de manière à assurer son évolution et sa pérennité en fonction des changements politiques, administratifs, sociaux et économiques ainsi qu'en fonction des nouvelles connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé.

UN DISPOSITIF DE GOUVERNANCE ADAPTÉ AU CONTEXTE

Afin de traduire concrètement les principes d'une gouvernance collaborative et efficace, un dispositif permettant d'assurer la mise en œuvre de la Politique sera institué. Celui-ci reposera sur un leadership fort du MSSS et sur une importante mobilisation interministérielle à l'échelle nationale, tout en s'appuyant sur les instances et les réseaux intersectoriels déjà en place, à l'échelle régionale et locale.

AU PALIER NATIONAL : LA COORDINATION D'ENSEMBLE

La structure de gouvernance mise en place au palier national aura pour objectifs de mobiliser l'ensemble des partenaires gouvernementaux concernés par la mise en œuvre de la Politique et d'assurer une concertation et une coordination efficaces des actions prévues.

Afin de susciter un puissant appui à la mise en œuvre de la Politique, la ministre déléguée à la réadaptation, à la protection de la jeunesse, à la santé publique et aux saines habitudes de vie assurera un leadership stratégique, selon la mission propre à son ministère, auprès de ses collègues du Conseil des ministres et des principaux partenaires.

Une instance interministérielle sera également mise sur pied afin de créer un espace permanent d'échanges auquel participeront des décideurs des différents ministères et organismes gouvernementaux concernés. Il s'agit là d'une condition fondamentale pour la mobilisation gouvernementale. En outre, la collaboration intersectorielle est essentielle à la réussite de la mise en œuvre de la Politique, parce que celle-ci n'exige pas uniquement l'action individuelle d'un ministère, mais aussi l'action commune et complémentaire de plusieurs ministères, organismes et partenaires. Enfin, une équipe du MSSS sera chargée de soutenir les activités de cette instance interministérielle et d'assurer la coordination d'ensemble de la mise en œuvre de la Politique.

Il importe de mentionner que la coordination et les travaux découlant des chantiers seront essentiellement réalisés, au palier national, par les ministères responsables, en collaboration avec les partenaires désignés.

AUX PALIERS RÉGIONAL ET LOCAL : LE TRAVAIL EN RÉSEAU

L'équipe ministérielle responsable de la coordination ainsi que les ministères et les organismes gouvernementaux engagés dans la mise en œuvre de la Politique devront établir des liens étroits avec des représentants d'instances et de réseaux déjà en place aux paliers régional et local. Ces instances et ces réseaux varieront selon les champs d'intervention et les mesures. La volonté de bien s'intégrer aux processus en place et d'assurer une coordination efficace guidera les choix effectués à cet égard.

La capacité des partenaires régionaux à exercer un rôle d'orientation et de soutien aux milieux constituera une force importante à mettre à profit dans la mise en œuvre de la Politique. Ces partenaires seront également bien au fait des dynamiques intersectorielles à l'œuvre sur leur territoire et pourront très certainement apporter un éclairage important pour appuyer l'implantation des différentes mesures.

Enfin, la gouvernance de la Politique devra laisser une grande place à l'adaptation des mesures aux différents contextes territoriaux, d'où l'importance d'établir des liens de communication efficaces entre les différents paliers d'intervention pour assurer un déploiement effectif. Ces liens efficaces permettront une meilleure prise en compte des besoins particuliers des populations locales et des réalités propres aux acteurs locaux concernés par la mise en œuvre de la Politique.

UN PLAN D'ACTION INTERMINISTÉRIEL EN VUE D'ASSURER LA MISE EN ŒUVRE, L'ÉVALUATION ET LA MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

Un plan d'action interministériel sera élaboré par l'équipe du MSSS en collaboration avec les ministères et les organismes gouvernementaux concernés. Ce plan d'action favorisera d'abord une appropriation de la Politique et précisera les actions nécessaires à l'implantation des mesures et des chantiers, ainsi que des actions concrètes qui en découleront, et ce, concernant les différents secteurs d'activité. Des partenaires non gouvernementaux associés à la mise en œuvre de la Politique, issus notamment du milieu communautaire ou associatif ou du secteur privé, seront également conviés à cet exercice.

Une instrumentation adéquate visant à soutenir l'action sur le terrain ainsi qu'un accompagnement adapté aux besoins seront offerts aux différents partenaires engagés dans l'implantation des mesures de la Politique. Le réseautage, la mobilisation et le partage des connaissances seront encouragés. Plusieurs institutions et réseaux d'expertise, actifs dans différents secteurs, seront sollicités dans la perspective d'actualiser une approche intersectorielle et interdisciplinaire. Les processus d'implantation des mesures et des actions concrètes qui en découlent ainsi que les progrès obtenus seront évalués de manière à effectuer une mise à jour de la Politique à la cinquième année de la période de 10 ans prévue. Les conclusions de l'évaluation de l'implantation, de l'évaluation des résultats et du suivi des principaux indicateurs de santé permettront de proposer des ajustements à la Politique. Ce sera également l'occasion d'analyser la pertinence d'ajouter de nouvelles mesures qui pourraient découler de chantiers réalisés au cours des premières années d'implantation de la Politique. La proposition d'ajustements sera déposée au Conseil des ministres.

UNE REDDITION DE COMPTES SOUPLE ET FACILITANTE

Le processus de reddition de comptes sera souple et facilitant afin d'éviter d'alourdir les processus administratifs déjà en place. Il correspondra également aux niveaux de responsabilités appropriés, selon la nature des mesures et chantiers, ainsi que selon le contexte de mise en œuvre propre à chacun.

Il est prévu, d'une part, de mettre à profit les démarches de reddition de comptes en cours relatives aux plans stratégiques des ministères ou aux grands cadres d'action sectoriels ou gouvernementaux. Le cas échéant, de nouveaux indicateurs de résultats pourront être élaborés et suivis. Il est aussi possible que les ministères et les organismes gouvernementaux inscrivent, dans leur plan stratégique respectif, les mesures ou les chantiers qui ont une portée stratégique et structurante et dont la mise en œuvre est sous leur responsabilité. Ils pourront ainsi rendre compte de la mise en œuvre de ces mesures et de ces chantiers dans leur rapport annuel de gestion, l'outil de reddition de comptes privilégié.

D'autre part, un tableau de bord sera produit à l'intention des autorités gouvernementales et ministérielles afin de bien suivre l'évolution de l'implantation de l'ensemble des mesures et des chantiers de la Politique et de l'atteinte des objectifs opérationnels énoncés dans le plan d'action interministériel. À cette fin, un système d'indicateurs sera conçu en fonction des objectifs poursuivis et des actions à mener. Ce système permettra aux acteurs de s'appuyer sur des indicateurs adaptés aux territoires respectifs, mis à jour périodiquement et traduits dans un tableau de bord utile à la décision.



CONCLUSION

La prévention est essentielle à l'amélioration de l'état de santé de la population et pour faire en sorte que tous les Québécois aient la capacité et les conditions nécessaires pour réaliser leur plein potentiel et pour participer au développement optimal de la société. Ces changements sont possibles si l'on agit davantage en amont, sur les facteurs qui ont une influence à ces égards. À cette fin, il faut mieux soutenir l'acquisition et le renforcement des capacités des personnes tout au long de leur vie, favoriser davantage l'amélioration des conditions de vie et les milieux de vie plus sains et sécuritaires de même que renforcer les actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux, en maintenant le cap sur une offre de services de qualité qui répondent aux besoins des personnes au moment opportun.

La Politique gouvernementale de prévention en santé est un projet porteur pour l'ensemble du gouvernement du Québec, appelant à une plus grande cohérence des actions menées dans tous ses champs d'intervention. Il importe de reconnaître et de poursuivre les efforts déjà déployés dans plusieurs secteurs, tout en s'engageant collectivement à faire davantage. En plus des orientations, des mesures prioritaires et des chantiers à mettre en œuvre, la Politique contribuera à ce que les différents ministères et organismes intègrent davantage la santé dans leurs processus décisionnels. En ce sens, la Politique est un cadre inspirant qui saura guider l'adoption de politiques publiques favorables à la santé dans divers champs d'activité.

La Politique permettra enfin de lancer un mouvement d'envergure et deviendra le moteur d'un véritable projet collectif en faveur de la santé. Le gouvernement souhaite inspirer et mobiliser de nombreux partenaires ainsi que les membres de la collectivité qui peuvent tous contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois, chacun à sa façon et selon ses capacités. Seule une approche gouvernementale et sociétale permettra d'accroître la portée des actions préventives et d'apporter des améliorations sur le plan de la santé individuelle et collective.



REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier sincèrement toutes les personnes qui, de 2013 à 2015-2016, ont contribué d'une façon ou d'une autre à l'élaboration de la Politique gouvernementale de prévention en santé.

Ce travail n'aurait jamais été possible sans la participation généreuse et soutenue des membres des différents comités mis en place ni sans la contribution, à différents titres, de nombreuses personnes qui travaillent dans plusieurs ministères et organismes gouvernementaux, y compris, tout particulièrement, les professionnels qui ont appuyé l'équipe de projet ministériel.

Enfin, soulignons la contribution de l'Institut national de santé publique du Québec pour la recension des données scientifiques relatives à des mesures sectorielles et intersectorielles favorables à la santé, effectuée avec rigueur au début de la démarche.

TRAVAUX DE 2015-2016

Équipe de projet ministérielle

Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux, *directrice de projet*

Emilie Dionne, ministère de la Santé et des Services sociaux

Claire Nadeau, ministère de la Santé et des Services sociaux, *secrétariat*

Hélène Piché, ministère de la Santé et des Services sociaux, *secrétariat*

Marie-Rose Sénéchal, ministère de la Santé et des Services sociaux

Julie Simard, ministère de la Santé et des Services sociaux

Annie-Claude Voisine, ministère de la Santé et des Services sociaux

Comité directeur

Michel Fontaine, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coprésident*

Horacio Arruda, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coprésident*

Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux, *directrice en soutien*

Christian Barrette, ministère de la Famille (Secrétariat aux aînés)

Patrick Beauchesne, ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques

Sonia Bélanger, Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

Simon Bergeron, ministère des Finances

Luc Boileau, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Luc Castonguay, ministère de la Santé et des Services sociaux

Louis Couture, ministère de la Santé et des Services sociaux

Nicole Damestoy, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Dupras, ministère de la Santé et des Services sociaux

Jacques Leroux, ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion

Philippe Lessard, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Chantal Maltais, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

André Meloche, ministère des Transports du Québec

Louis Morneau, ministère de la Sécurité publique

Marc Sirois, ministère des Finances

Yves Sylvain, ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Brigitte Thériault, ministère de la Famille

Daniel Tremblay, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

Jérôme Unterberg, ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire

Comité stratégique

Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux, *présidente*
Daniel Bouchard, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
Caroline de Pokomandy-Morin, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
François Desbiens, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Andrée Dionne, ministère de la Famille
Martine Faille, ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion
Lynda Fortin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Francis Gauthier, ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
Antoine Groulx, ministère de la Santé et des Services sociaux
Alain Lavoie, ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques
François Leclerc, ministère des Finances
Évangeline Lévesque, ministère des Transports du Québec
Robert Lavertue, ministère de la Sécurité publique
Marie-Josée Poulin, ministère de la Famille (Secrétariat aux aînés)
Natalie Rosebush, ministère de la Santé et des Services sociaux
Denis A. Roy, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Jocelyne Sauvé, Institut national de santé publique du Québec
Jocelyn Savoie, ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire

CONSULTATIONS PARTICULIÈRES :

Logement et bâtiments publics

Alain Bellefeuille, Société d'habitation du Québec
David Dubois, Régie du bâtiment
Fred-Edouard Alexis, Société d'habitation du Québec
Liliane Gras, Régie du bâtiment

Populations autochtones

Alain Paré, ministère de la Santé et des Services sociaux
Julie Martel, ministère du Conseil exécutif (Secrétariat aux affaires autochtones)
Mathilde Roy, ministère de la Santé et des Services sociaux

Travail

Manon Gravel, ministère de l'économie, de l'Innovation et des Exportations
Pierre Hébert, ministère de l'économie, de l'Innovation et des Exportations

TRAVAUX DE 2013

Équipe de projet ministérielle

Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux, *directrice de projet*
Nicole Damestoy, ministère de la Santé et des Services sociaux
Emilie Dionne, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Pier Parent, ministère de la Santé et des Services sociaux
Hélène Piché, ministère de la Santé et des Services sociaux, *secrétariat*
Marjolaine Pigeon, ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Poirier, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Rose Sénéchal, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coordonnatrice*
Louise Therrien, ministère de la Santé et des Services sociaux
Annie-Claude Voisine, ministère de la Santé et des Services sociaux

Comité directeur

Jacques Cotton, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coprésident*
Lise Verreault, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coprésidente*
Horacio Arruda, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coprésident*
Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux, *directrice en soutien*
Luc Boileau, Institut national de santé publique du Québec
Manon Boucher, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
Catherine Ferembach, ministère de la Santé et des Services sociaux (Secrétariat aux aînés)
Michel Fontaine, ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvain Gagnon, ministère de la Santé et des Services sociaux
Guy Larochelle, ministère de la Sécurité publique
Charles Larochelle, ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs
Nicole Lemieux, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Richard Massé, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
André Meloche, ministère des Transports du Québec
Anne Parent, ministère du Travail
Normand Pelletier, ministère du Travail
Jean Rodrigue, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Renée Roy, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Marc Sirois, ministère des Finances et de l'Économie
Brigitte Thériault, ministère de la Famille
Jérôme Unterberg, ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire

Comité stratégique

Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux, *présidente*
Nicole Damestoy, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Marie-Rose Sénéchal, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Josée Bourdages, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Daniel Bouchard, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
Marie-Lise Côté, ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
André Delorme, ministère de la Santé et des Services sociaux
François Desbiens, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Andrée Dionne, ministère de la Famille
Guy Dumais, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Antoine Groulx, ministère de la Santé et des Services sociaux
Paul Lamarche, Université de Montréal
Évangéline Lévesque, ministère des Transports du Québec
Éric Litvak, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Chantal Maltais, ministère de la Santé et des Services sociaux
Martine Poulin, ministère du Travail
Denis A. Roy, Institut national de santé publique du Québec
Luc Vézina, ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs

COMITÉS D'EXPERTS

Famille et éducation

André Dontigny, ministère de la Santé et des Services sociaux, *président*
Réal Morin, Institut national de santé publique du Québec, *directeur scientifique*
Louise Therrien, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Julie Saint-Pierre, Institut national de santé publique du Québec, *professionnelle en soutien*
Nathalie Bigras, Université du Québec à Montréal

Camil Bouchard, Université du Québec à Montréal
Claire Chamberland, Université de Montréal
Rollande Deslandes, Université du Québec à Trois-Rivières
Marie-Hélène Gagné, Université Laval
Lise Gauvin, Université de Montréal
Michel Janosz, Université de Montréal
Marie Moisan, ministère de la Famille
Pascale Morin, Université de Sherbrooke
Liette Picard, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Marie-Josée Pineault, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Égide Royer, Université Laval
France Vigneault, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Solidarité sociale et travail

André Dontigny, ministère de la Santé et des Services sociaux, *président*
Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec, *directeur scientifique*
Louise Therrien, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Roseline Lambert, Institut national de santé publique du Québec, *professionnelle en soutien*
Stéphanie Couture, ministère du Travail
Guy Fréchette, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Denis Laliberté, Université Laval et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Katerine Lippel, Université du Québec à Montréal
Alain Marchand, Université de Montréal
Céline Morrow, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Francis Paradis, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Marie-France Raynault, Centre de recherche Léa-Roback
Anne-Marie Séguin, Institut national de la recherche scientifique
Michel Vézina, Université Laval

Aménagement du territoire, transport et environnement

Danielle Auger, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coprésidente*
Marie Rochette, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coprésidente*
Daniel Bolduc, Institut national de santé publique du Québec, *directeur scientifique*
Marie-Pier Parent, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Marion Schnebelen, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Olivier Bellefleur, Institut national de santé publique du Québec, *professionnel en soutien*
Alexandre Baillargeon, ministère des Transports du Québec
François Bellavance, École des hautes études commerciales de Montréal (HEC Montréal)
Catherine Berthod, ministère des Transports du Québec
Isabelle Boucher, ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
Raynald Chassé, ministère de la Sécurité publique
Carole Després, Université Laval
Michel Fafard, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Marie-Josée Fortin, Université du Québec à Rimouski
Paul Lewis, Université de Montréal
Marie-Josée Osmani, ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs
Sophie Paquin, Université du Québec à Montréal
Claude Villeneuve, Université du Québec à Chicoutimi

Agroalimentaire

Danielle Auger, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coprésidente*
Claude Thellen, Institut national de santé publique du Québec, *directeur scientifique*
Martine Pageau, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Sylvie Poirier, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Onil Samuel, Institut national de santé publique du Québec, *professionnel en soutien*
Anouka Bolduc, ministère du Développement durable, de l'Environnement,
de la Faune et des Parcs
Sylvain Dion, ministère du Développement durable, de l'Environnement,
de la Faune et des Parcs
Stéphane Godbout, Institut de recherche et de développement en agroenvironnement (IRDA)
Lynn Hammell, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
Michel Lacroix, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
Isabelle McKenzie, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
Danielle Ramsay, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

Santé et services sociaux

Nicole Damestoy, ministère de la Santé et des Services sociaux, *présidente*
Jean-Frédéric Lévesque, Institut national de santé publique du Québec, *directeur scientifique*
Pierre Bergeron, Institut national de santé publique du Québec, *professionnel en soutien*
Marie-Rose Sénéchal, ministère de la Santé et des Services sociaux, *professionnelle en soutien*
Sylvie Bernier, ministère de la Santé et des Services sociaux
Véronique Déry, Institut d'excellence en santé et en services sociaux
Mylène Drouin, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
François Dubé, ministère de la Santé et des Services sociaux
Lynda Fortin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Louise Fournier, Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche
du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
France Légaré, Université Laval
Lynda Périgny, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Robert Perreault, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Natalie Rosebush, ministère de la Santé et des Services sociaux
Guy Roy, ministère de la Santé et des Services sociaux
Jocelyne Sauvé, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Andrée Sévigny, Université Laval

Équipe Portrait de santé

Nicole Damestoy, ministère de la Santé et des Services sociaux, *coordonnatrice*
Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec
Dominique Fortin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec
Lyne Mongeau, ministère de la Santé et des Services sociaux
Christine Trudel, ministère de la Santé et des Services sociaux

CONSULTATIONS PARTICULIÈRES :

Prévention suicide

Janie Houle, Université du Québec à Montréal
Brian Mishara, Université du Québec à Montréal
Monique Séguin, Université du Québec en Outaouais

Sécurité routière

Pierre Maurice, Institut national de santé publique du Québec
Marie-Claude Quimet, Université de Sherbrooke
Lyne Vézina, Société de l'assurance automobile du Québec

Soutien à l'autonomie des aînés

Danielle Benoit, ministère de la Santé et des Services sociaux
Pauline Gervais, ministère de la Santé et des Services sociaux
Renée Moreau, ministère de la Santé et des Services sociaux
Nathalie Ouellet, ministère de la Santé et des Services sociaux
Élise Paquet, ministère de la Santé et des Services sociaux
André Tourigny, Institut national de santé publique du Québec

Logement et bâtiments publics

Guyline Marcoux, Société d'habitation du Québec
Jonathan Picard, Société d'habitation du Québec
Bernard Sicotte, Société immobilière du Québec
Françoise Thibault, Société d'habitation du Québec

Saine alimentation

Nous souhaitons également remercier tous les membres des comités et des groupes de travail qui ont collaboré aux travaux relatifs à la saine alimentation au Québec.



RÉFÉRENCES

- ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2009). *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 141 p.
- AFFAIRES AUTOCHTONES ET DÉVELOPPEMENT DU NORD CANADA (2014). *Les nations 2014*, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, 2 p.
- AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE (2004). *Impacts sanitaires du bruit : État des lieux, indicateurs bruit-santé*, Maisons-Alfort, Agence française de sécurité sanitaire environnementale, pagination variée.
- ANDERSON, P., D. CHISHOLM et D. C. FUHR (2009). « Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol », *The Lancet*, vol. 373, n° 9682, juin, p. 2234-2246.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2015). *La voix des enfants – Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux 2012*, Montréal, Association des centres jeunesse du Québec, 32 p.
- BAEK, C. H. et S. H. PARK (2012). « Changes in renovation policies in the era of sustainability », *Energy and Buildings*, vol. 47, avril, p. 485-496.
- BARIL, G. et M. C. PAQUETTE (2012). *Les normes sociales et l'alimentation – Analyse des écrits scientifiques*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 30 p.
- BARLOW, J. et autres (2012). « Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 6, juin, p. 1-196.
- BEAUREGARD, D., L. COMEAU, J. POISSANT et J. LAVERDURE (sous la dir. de) (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 111 p.
- BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ (2006). *Le tabac à l'aube du 21^e siècle – Mises à jour des connaissances*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, pagination variée.
- BERGERON, P., M-C. PAQUETTE et J. LAGUÉ (sous la dir. de) (2015). *Les mesures de repas scolaires subventionnés et leurs impacts sur l'alimentation et le poids corporel des jeunes – Expériences étrangères et perspectives pour le Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 96 p.
- BERGERON, P. et S. REYBURN (2010). *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 98 p.
- BERKMAN, N. D. et autres (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*, Rockville [Maryland], Agency for Healthcare Research and Quality, pagination variée.
- BERNARD, P. et autres (2007). « Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood », *Social Science & Medicine*, vol. 65, n° 9, novembre, p. 1839-1852.
- BERNÈCHE, F., I. TRAORÉ et B. PERRON (2012). « Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables – Résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003 », Institut de la statistique du Québec, *Zoom santé*, n° 35, février, 8 p.
- BIGRAS, N. et L. LEMAY (2012). « Le développement moteur des enfants qui fréquentent les services de garde », dans N. Bigras et L. Lemay (sous la dir. de), *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants – État des connaissances*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 289-376.
- BIGRAS, N. et L. LEMAY (2012). « Est-il bénéfique pour les enfants de fréquenter un service de garde? – Constats et recommandations », dans N. Bigras et L. Lemay (sous la dir. de), *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants – État des connaissances*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 377-394.
- BLANCHET, C., C. PLANTE et L. ROCHETTE (2009). *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 119 p.
- BLANCHET, C. et L. ROCHETTE (2008). *Qanuippitaa? Comment allons-nous? – Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 – Résumé – Nutrition et consommation alimentaire chez les Inuits du Nunavik*, Québec, Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, s. p.

Les ressources en ligne ont été consultées majoritairement entre le 28 septembre et le 24 novembre 2015. Afin de ne pas alourdir la lecture, cette information n'a pas été reproduite à toutes les références.

- BLOUIN, C. et autres (2015). *Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 28 p.
- BONNEFOY, X. (2007). « Inadequate housing and health: An overview », *International Journal of Environment and Pollution*, vol. 30, n^{os} 3-4, août, p. 411-429.
- BONNEFOY, X. et autres (2007). « A pan-European housing and health survey: Description and evaluation of methods and approaches », *International Journal of Environment and Pollution*, vol. 30, n^{os} 3-4, août, p. 363-383.
- BOUCHARD, M. et A. SMARGIASSI (2008). *Estimation des impacts sanitaires de la pollution atmosphérique au Québec – Essai d'utilisation du Air Quality Benefits Assessment Tool (AQBAT)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 59 p.
- BRAUBACH, M., D. E. JACOBS et D. ORMANDY (sous la dir. de) (2011). *Environmental Burden of Disease Associated with Inadequate Housing: A Method Guide to the Quantification of Health Effects of Selected Housing Risks in the WHO European Region – Summary Report*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 13 p.
- BUREAU DE NORMALISATION DU QUÉBEC (2008). *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail (BNQ 9700-800/2008)*, Québec, Bureau de normalisation du Québec, 26 p.
- BUREAU DE NORMALISATION DU QUÉBEC et GP₂S (2008). *La norme « Entreprise en santé » BNQ 9700-800*, [En ligne], [<https://www.bnq.qc.ca/fr/normalisation/sante-et-travail/entreprise-en-sante.html>].
- CATTS, H. W. et autres (2008). « Reading achievement growth in children with language impairments », *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 51, n^o 6, décembre, p. 1569-1579.
- CANUEL, M. et G. LEBEL (2012). *Prévalence des symptômes et du diagnostic de la rhinite allergique chez les 15 ans et plus au Québec*, 2008, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 47 p.
- CAZALE, L., M. C. PAQUETTE et F. BERNÈCHE (2012). « Poids, apparence corporelle et actions à l'égard du poids », dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 – TOME 1 – Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 121-147.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2010). *CDC Recommendations for Improving Health through Transportation Policy*, [En ligne], [<http://www.cdc.gov/transportation/docs/FINAL%20CDC%20Transportation%20Recommendations-4-28-2010.pdf>].
- CENTRE D'ÉTUDES SUR LES RÉSEAUX, LES TRANSPORTS, L'URBANISME ET LES CONSTRUCTIONS PUBLIQUES (2008). *La zone de rencontre*, [En ligne], [[guide_tech_n_fiche3_technique_zone_rencontre_cle0262fe.pdf](#)].
- CENTRE D'EXCELLENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS et RÉSEAU STRATÉGIQUE DE CONNAISSANCES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS (2011). « L'activité physique chez les jeunes enfants – Adopter très tôt des habitudes de vie saines et durables », *Série Art d'être parent*, avril, 4 p.
- CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE (2010). *Guide d'utilisation du questionnaire Prisma 7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave*, septembre, Sherbrooke, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 19 p.
- CHAO, R. K. et J. D. WILLMS (2002). « The effects of parenting practices on children's outcomes », dans J. D. Willms (sous la dir. de), *Vulnerable Children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*, Edmonton, University of Alberta Press, p. 149-165.
- CHAUVET, M. et autres (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives – Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*, Montréal, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire, 198 p.
- CHEVALIER, P. (2012). *L'usage des substances antimicrobiennes en production animale – Position des experts et des gouvernements*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 60 p.
- CHRISTIE, B. (2013). « Ambitious plan for "tobacco free" Scotland by 2034 », *BMJ*, vol. 346, avril, [En ligne], [<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2100>].
- COMEAU, L. et autres (2013). *Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 117 p.

- COMITÉ CONSULTATIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2015). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*, Toronto, Société canadienne du cancer, [En ligne], [www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf].
- CSSSPNQL - COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec (2008) – Chapitre 7 – Alimentation et activité physique*, Wendake, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 102 p.
- CSSSPNQL - COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (2011). *Portrait du diabète dans les communautés des Premières Nations du Québec*, Wendake, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 107 p.
- COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2009). *Comblant le fossé en une génération – Instauration 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.
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (2009). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*, Montréal, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 88 p.
- CONFERENCE BOARD DU CANADA (2015). *L'avenir des soins aux aînés: des prévisions fondées sur le statu quo*, Ottawa, Conference Board du Canada, 102 p.
- CONFERENCE BOARD DU CANADA (2014). *Améliorer les habitudes de vie: des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec*, Ottawa, Conference Board du Canada, 81 p.
- CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE (2008). *Littératie en santé au Canada – Une question de bien-être*, Ottawa, Conseil canadien sur l'apprentissage, 39 p.
- CONSEIL POUR LA RÉDUCTION DES ACCIDENTS INDUSTRIELS MAJEURS (2007). *Guide de gestion des risques d'accidents industriels majeurs à l'intention des municipalités et de l'industrie*, Montréal, Conseil pour la réduction des accidents industriels majeurs, 436 p.
- DALES, R. et autres (2008). « Quality of indoor residential air and health », *CMAJ*, vol. 179, n° 2, juillet, p. 147-152.
- DAMSCHRODER, L. J. et autres (2009). « Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science », *Implementation Science*, vol. 4, n° 50, août, [En ligne], [<http://www.implementationscience.com/content/4/1/50>].
- DANNENBERG, A. L., H. FRUMKIN et R. J. JACKSON (sous la dir. de) (2011). *Making Healthy Places: Designing and Building for Health, Well-being, and Sustainability*, Washington [D.C.], Island Press, 417 p.
- DANNENBERG, A. L. et autres (2008). « Use of health impact assessment in the U.S.: 27 case studies, 1999-2007 », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 34, n° 3, mars, p. 241-256.
- DE JESUS, M. et autres (2010). « Associations between perceived social environment and neighborhood safety: Health implications », *Health & Place*, vol. 16, n° 5, septembre, p. 1007-1013.
- DE KONINCK, M. et autres (2009). *La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction – Le rôle déterminant des milieux de vie – Rapport déposé au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)*, Québec, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 195 p.
- DORA, C. et M. PHILLIPS (sous la dir. de) (2000). *Transport, Environment, and Health*, Copenhague, World Health Organization Regional Office for Europe, 81 p.
- DESHAIES, P., R. MARTIN et M. POULIN (2014). *Contexte sociolégislatif et revue des effets du bruit sur la santé, la sécurité et l'économie*, présentation aux 18^{es} journées annuelles de santé publique, 26 novembre 2014, Institut national de santé publique du Québec.
- DODGE, D. (2011). *Chronic Health Care Spending Disease: A macro diagnostic and prognosis*, Ottawa, Institut C. D. Howe, 12 p.
- DRETZKE, J. et autres (2009). « The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: A systematic review of randomised controlled trials », *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 3, n° 7, mars, [En ligne], [<http://www.capmh.com/content/3/1/7>].

- DRUMMOND, D. (2010) *Charting a Path to Sustainable Health Care in Ontario: 10 proposals to restrain cost growth without compromising quality of care*, Toronto, Groupe financier Banque TD, 36 p.
- DUNN, J. R. (2002). «Housing and inequalities in health: A study of socioeconomic dimensions of housing and self-reported health from a survey of Vancouver residents», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, n° 9, septembre, p. 671-681.
- DUQUETTE, M. P. et autres (2011). *Étude sur la détermination du coût du panier à provisions nutritif dans trois régions du Québec*, Montréal, Dispensaire diététique de Montréal, 75 p.
- DUTIL, D. (2009). «Les besoins impérieux en matière de logement: un regard sur la situation dans les RMR du Québec», *Habitation Québec – Le bulletin d'information de la Société d'habitation du Québec*, vol. 3, n° 3, printemps, 12 p.
- EICHLER, K., S. WISER et U. BRUEGGER (2009). «The costs of limited health literacy: A systematic review», *International Journal of Public Health*, vol. 54, n° 5, p. 313-24.
- ENVIRONMENT PROTECTION AUTHORITY (2010). *Noise Environment Protection Policy*, Canberra [Australie], Environment Protection Authority, 23 p.
- ERIKSEN, M. et autres (2015). *The Tobacco Atlas*, cinquième édition, New York, American Cancer Society, [En ligne], [http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf].
- EVANS, C. E. L. et autres (2010). «A comparison of British school meals and packed lunches from 1990 to 2007: Meta-analysis by lunch type», *British Journal of Nutrition*, vol. 104, n° 4, août, p. 474-487.
- FRONT D'ACTION POPULAIRE EN RÉAMÉNAGEMENT URBAIN (2013). *Urgence en la demeure – Rapport de la Commission populaire itinérante sur le droit au logement*, Montréal, Front d'action populaire en réaménagement urbain, 48 p.
- GÉRIN, M. et P. BAND (2003). «Cancer» dans M. Gérin et autres, *Environnement et santé publique – Fondements et pratiques*, Acton Vale et Paris, Edisem et Tec&Doc, p.669-686.
- GIGUÈRE, M. (2009). *Mesures de lutte aux îlots de chaleur urbains*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 77 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2016). Institut de la statistique du Québec, fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015. Produit par l'Infocentre de santé publique du Québec à l'Institut national de santé publique du Québec, mise à jour le 6 septembre 2016.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2013). Institut de la statistique du Québec, fichier maître de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, mise à jour le 24 novembre 2014.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2008). Institut de la statistique du Québec, fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008. Produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, mise à jour le 14 janvier 2013.
- GROUPE CSA et BUREAU DE NORMALISATION DU QUÉBEC (2013). *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail – Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en oeuvre par étapes (CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013)*, Mississauga [Ontario], Groupe CSA-Québec, Bureau de normalisation du Québec, 64 p.
- GROUPE ENTREPRISES EN SANTÉ (anciennement GP2S) (2010). *La santé au travail, une avenue rentable pour tous – Mémoire au ministre des Finances – Consultation prébudgétaire 2010-2011*.
- GRUNEWALD, R. et A. ROLNICK (2006). *A Proposal for Achieving High Returns on Early Childhood Development*, Minneapolis [Minnesota], Federal Reserve Bank of Minneapolis, 35 p.
- HINKLEY, T. et J. SALMON (2011). «Corrélat de l'activité physique au cours de la petite enfance», dans R. E. Tremblay, M. Boivin et R. D. V. Peters (sous la dir. de), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, [En ligne], [<http://www.enfant-encyclopedie.com/>].
- HOULE, V. et E. ROBITAILLE (2013). *Quand défavorisation et loterie vidéo se rencontrent au coin de la rue. Géolocalisation des sites détenteurs de licences d'exploitant d'appareils de loterie vidéo dans la région de la Capitale-Nationale*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2013, 80 p.
- HU, F. B. et V. S. MALIK (2010). «Sugar-sweetened beverages and risk of obesity and type 2 diabetes: Epidemiologic evidence», *Physiology & Behavior*, vol. 100, n° 1, avril, p. 47-54.
- INSPQ - INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016). *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*, [Base de données], Québec, janvier 1996 à mars 2014.

INSPQ - INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012). « Taxation des boissons sucrées : perspective économique », *TOPO*, n° 3, avril 2012 [En ligne], [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1444_TaxationBoissonSucreesPerpEcono.pdf].

INSPQ - INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012). « Évolution pour le Québec – Habitudes de vie et comportements », *Santéscope*. [En ligne], [<http://www.inspq.qc.ca/santescope/default.asp?NumVol=1&nav=N>].

INTERNATIONAL CHAIR ON CARDIOMETABOLIC RISK (2016). « Global sugar-sweetened beverage sale barometer – Sugar-sweetened beverage sale around the world in 2015 in litres per capita », [En ligne], [<http://www.ehla-europe.eu/the-international-chair-on-cardiometabolic-risk/>].

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015a). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois – Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 136 p.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015b). « Portrait des proches aidants et les conséquences de leurs responsabilités d'aidant », *Coup d'oeil sociodémographique*, n° 43, novembre, Québec, Gouvernement du Québec, 10 p.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013 – Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Gouvernement du Québec, 208 p.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013a). *Tableau statistique – Familles selon la structure, la présence d'enfants et l'âge des enfants*, Québec, 1986-2011 [En ligne], [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/familles-menages/tableau_30.htm].

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013b). *Le bilan démographique du Québec – Édition 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 152 p.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013c). *Enquête montréalaise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle, 2012 – Rapport méthodologique*, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012a). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 – Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie, TOME 1*, Québec, Gouvernement du Québec, 258 p.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012b). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, 2012 – Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, Québec, Gouvernement du Québec, 104 p.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012). « Le logement et l'équipement ménager des ménages québécois en 2009 », *Coup d'oeil sociodémographique*, n° 14, mars, 8 p.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Enquête sur l'utilisation, les besoins et les préférences des familles en matière de services de garde, 2009 – Portrait québécois et régional*, Québec, Gouvernement du Québec, pagination variée.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2005). *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*, Québec, Gouvernement du Québec, pagination variée.

ISQ - INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2004). *Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs – Grandir en qualité 2003*, Québec, Gouvernement du Québec, 597 p.

INSTITUTE OF MEDICINE (2012). *How Can Health Care Organizations Become More Health Literate?: Workshop Summary*, Washington [D.C.], The National Academies Press, 122 p.

JACQUES, L. et autres (2011). Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans – *Rapport synthèse régional*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 36 p.

JAPPEL, C., R. E. TREMBLAY et S. CÔTÉ (2005). « La qualité, ça compte! – Résultats de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec concernant la qualité des services de garde », *Choix IRPP*, vol. 11, n° 4, octobre, 46 p.

JEUNES EN FORME CANADA (2012). *Le jeu actif est-il en voie d'extinction? – 2012 – Bulletin de l'activité physique chez les jeunes de Jeunes en forme Canada*, Toronto, Jeunes en forme Canada, s. p.

JEUNES EN FORME CANADA (2010). *Les saines habitudes de vie débutent plus tôt qu'on le pense – 2010 – Bulletin de l'activité physique chez les jeunes de Jeunes en forme Canada*, Toronto, Jeunes en forme Canada, s. p.

JOFFRES, M. R. et autres (2007). « Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 23, n° 6, mai, p. 437-443.

- JOHNSTON, C. A. et autres (2012). «School lunches and lunches brought from home: A comparative analysis», *Childhood Obesity*, vol. 8, n° 4, août, p. 364-368.
- KAIROUZ, S. et L. NADEAU (2014). *Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans – Enquête ENHJEU – Québec*, Montréal, Université Concordia, 64 p.
- KEARNS, A. et autres (2011). «Material and meaningful homes: Mental health impacts and psychosocial benefits of rehousing to new dwellings», *International Journal of Public Health*, vol. 56, n° 6, décembre, p. 597-607.
- KOHLHUBER, M. et autres (2006). «Social inequality in perceived environmental exposures in relation to housing conditions in Germany», *Environmental Research*, vol. 101, n° 2, juin, p. 246-255.
- LAMBERT, R. et autres (2014). *Politiques publiques et santé – Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé – Rapport*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 95 p.
- LAMONTAGNE, P. et D. HAMEL (2016). «Surveillance du statut pondéral mesuré chez les jeunes du Québec : état de situation jusqu'en 2013», *Surveillance des habitudes de vie*, numéro 7, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 18 p.
- LAMONTAGNE, P. et D. HAMEL (2013). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois – Portrait et évolution de 1987 à 2010*, Québec, Institut national de Santé publique du Québec, 69 p.
- LASNIER, B. et autres (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 54 p.
- LAVERDIÈRE, H. (2009). *Les proches aidants : un survol de la littérature*, étude réalisée pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre, 71 p.
- LE BODO, Y. et autres (2015). *Comment faire mieux? L'expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité – Résumé*, Québec, Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité et Institut national de santé publique du Québec, 56 p.
- LEATHERDALE, S. T. et R. AHMED (2011). «Screen-based sedentary behaviours among a nationally representative sample of youth: Are Canadian kids couch potatoes?», *Chronic Diseases in Canada*, vol. 31, n° 4, septembre, 6 p.
- LÉGARÉ, G. et autres (2016). *La mortalité par suicide au Québec – 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 16 p.
- LES BANQUES ALIMENTAIRES DU QUÉBEC (2015). *Rapport annuel 2014-2015*, Montréal, Les Banques alimentaires du Québec, 8 p.
- LES BANQUES ALIMENTAIRES DU QUÉBEC (2012). *Bilan-faim Québec 2012 – Statistiques compilées du 1^{er} au 31 mars 2012*, Montréal, Les Banques alimentaires du Québec, 33 p.
- LESLIE, E., E. CERIN et P. KREMER (2010). «Perceived neighborhood environment and park use as mediators of the effect of area socio-economic status on walking behaviors», *Journal of Physical Activity & Health*, vol. 7, n° 6, novembre, p. 802-810.
- LIPPEL, K. et autres (2011). «Conciliation travail et vie personnelle», dans M. Vézina et autres (sous la dir. de), *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*, Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, p. 159-231.
- MACDONALD, D. et D. WILSON (2013). *Poverty or Prosperity: Indigenous Children in Canada*, Ottawa, Canadian Centre for Policy Alternatives, 43 p.
- MAISONNEUVE, C., C. BLANCHET et D. HAMEL (2014). «L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : mise à jour et évolution de 2005 à 2012», *Surveillance des habitudes de vie*, n° 4, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 12 p.
- MALIK, V. S. et autres (2010). «Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk», *Circulation*, vol. 121, n° 11, p. 1356-1364.
- MAMOT - MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DE L'OCCUPATION DU TERRITOIRE (2015). Guide *La prise de décision en urbanisme*. Outils de protection de l'environnement. Contraintes de nature anthropique et gestion des risques. [En ligne]. [<http://www.mamrot.gouv.qc.ca/amenagement-du-territoire/guide-la-prise-de-decision-en-urbanisme/protection-de-lenvironnement/contraintes-de-nature-anthropique-et-gestion-des-risques/>].

MAPAQ - MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION DU QUÉBEC (2010). *Stratégie québécoise de santé et de bien-être des animaux : pour une santé bien pensée*, Québec, Gouvernement du Québec, 20 p. MARTEL, S. et autres (2014). *Poids corporel et santé chez les adultes québécois, Fardeau du poids corporel*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.

MARTEL, S. et autres (2014). *Poids corporel et santé chez les adultes québécois, Fardeau du poids corporel*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.

MARTIN, R., P. DESHAIES et M. POULIN (2015). *Avis sur une politique québécoise de lutte au bruit environnemental : pour des environnements sonores sains*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 239 p.

McALL, C. (2008). « Trajectoires de vie, rapports sociaux et production de la pauvreté », dans V. Châtel et S. Roy (sous la dir. de), *Penser la vulnérabilité – Visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 94-123.

McDANIEL, S. et P. BERNARD (2011). « Life Course as a Policy Lens: Challenges and Opportunities », *Canadian Public Policy*, vol. 37, p. S1-S13

MDELCC - MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES (2015a). *Portrait statistique – Qualité de l'air et smog*, Nombre de jours de mauvaise qualité de l'air dus aux particules fines et à l'ozone, par région administrative, 2004-2014, [En ligne], [<http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/AIR/info-smog/portrait/index.htm>].

MDELCC - MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES (2015b). *Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020*, Québec, Gouvernement du Québec, 121 p.

MDELCC - MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES (2015). *Bilan des Plans d'action sur les changements climatiques 2013-2014*, [En ligne], [<http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/changementsclimatiques/bilan-2013-2014/bilanPACC-2013-2014.pdf>].

MDELCC - MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES (2015). À propos du développement durable, [En ligne], [<http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/developpement/definition.htm>].

MDDEP - MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS (2012). *Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques*. Québec, Gouvernement du Québec, 55 p.

MDDEP - MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS (2011). *Inventaire des émissions des principaux contaminants atmosphériques au Québec en 2008 et évolution depuis 1990*, Québec, Gouvernement du Québec, 30 p.

MEIER, P. et autres (2008). *Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion – Part A: Systematic Reviews*, Sheffield [Royaume-Uni], University of Sheffield, 243 p.

MELS - MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2013). *Le goût et le plaisir de bouger – Vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique – Livre vert*, Québec, Gouvernement du Québec, 29 p.

MELS - MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2013). *Projet de programme d'éducation préscolaire : Maternelle 4 ans à temps plein en milieu défavorisé*, Québec, Gouvernement du Québec, 39 p.

MELS - MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2013). *Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes, aux paliers local et régional*, Québec, Gouvernement du Québec, 42 p.

MELS - MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007). *Pour un virage santé à l'école – Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*, Québec, Gouvernement du Québec, 44 p.

MESS - MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2002). *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – La volonté d'agir, la force de réussir*, Québec, Gouvernement du Québec, 57 p.

MFA et ISQ - MINISTÈRE DE LA FAMILLE (2014a), *Rapport d'activités annuel des services de garde 2003-2004 à 2012-2013*, et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, estimation de la population québécoise des moins de 5 ans au 1^{er} juillet, dérivée au 1^{er} avril par le ministère de la Famille, Direction de l'accessibilité et de la qualité des services de garde.

MFA - MINISTÈRE DE LA FAMILLE (2014). *Gazelle et Potiron – Cadre de référence pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur en services de garde éducatifs à l'enfance*, Québec, Gouvernement du Québec, 122 p.

MILLER, W. D., C. E. POLLACK et D. R. WILLIAMS (2011). « Healthy homes and communities: Putting the pieces together », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 40, n° 1, suppl. 1, janvier, p. 48-57.

MINDELL, J. et autres (2010). « Institutionalizing health impact assessment in London as a public health tool for increasing synergy between policies in other areas », *Public Health*, vol. 124, n° 2, février, p. 107-114.

MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE (2012). *Plan budgétaire 2013-2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 484 p.

MORESTIN, F. et autres (2011). *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.

MORIN, A. (2010). « Jardins communautaires : populaires, mais pas partout », *Le Soleil*, Québec, 25 avril, [En ligne], [<http://www.lapresse.ca/le-soleil/affaires/agro-alimentaire/201004/25/01-4274001-jardins-communautaires-populaires-mais-pas-partout.php>].

MORIN, P. et E. BAILLERGEAU (sous la dir. de) (2008). *L'habitation comme vecteur de lien social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 323 p.

MSP - MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2015). *Statistiques – Criminalité dans un contexte conjugal au Québec – Faits saillants 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 21 p.

MSP - MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2014). *Politique québécoise de sécurité civile 2014-2024 – Vers une société québécoise plus résiliente aux catastrophes*, Québec, Gouvernement du Québec, 92 p.

MSP - MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2008). *Approche et principes en sécurité civile*, Québec, Gouvernement du Québec, 58 p.

MSP - MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2008). *Concepts de base en sécurité civile*, Québec, Gouvernement du Québec, 48 p.

MSP - MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2008). *Gestion des risques en sécurité civile*, Québec, Gouvernement du Québec, 66 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *La santé des jeunes du secondaire au Québec : Santé mentale et adaptation social*, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015a). *Programme national de santé publique – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015b). Fichier des naissances et des décès, *Registre des événements démographiques du Québec*, [Base de données], 1975 à 2012.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015c). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020*, Québec, Gouvernement du Québec, 33 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés*, Québec, Gouvernement du Québec, 35 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013a). Fichier des décès, *Registre des événements démographiques du Québec*, [Base de données], Québec, janvier 1975 à 2007.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer – Plan d'action en oncologie 2013-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 29 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Municipalité amie des aînés – Programme de soutien – Édition 2013-2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 19 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012a). *Le travail : un déterminant important de la santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 25 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (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 liés au poids*, document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Bulletin national d'information – Investir pour l'avenir*, vol. 4, n°2, avril, 23 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, Québec, Gouvernement du Québec, 28 p.

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

MSSS, INSPQ et ISQ - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011a). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – Les analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, 153 p.

MSSS, INSPQ et ISQ - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration 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 statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 351 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Enquête québécoise sur la santé de la population (2008): Quelques repères – Le Québec et ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 222 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Rapport du comité conseil post-chantiers sur les SIPPE déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 29 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – L'épidémie silencieuse: les ITSS*, Québec, Gouvernement du Québec, 76 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Miser sur une saine alimentation: une question de qualité – Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*, Québec, Gouvernement du Québec, 48 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 37 p.

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

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Rapport d'évaluation – L'implantation du Programme national de santé publique 2003-2012 – La perspective des acteurs en santé publique*, Québec, Gouvernement du Québec, 51 p.

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

MSSS et SHQ - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social – Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, Gouvernement du Québec, 57 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir*, Québec, Gouvernement du Québec, 50 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (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, 79 p.

MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Politique de soutien à domicile – Chez soi: le premier choix*, Québec, Gouvernement du Québec, 45 p.

MTQ - MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC (2015). *Rapport annuel de gestion 2014-2015*, [En ligne], [https://www.transports.gouv.qc.ca/fr/ministere/acces-information-renseignements-personnels/documents-reglement-diffusion/Documents/rapport-annuel/MTQ_RAG_2014-2015.pdf].

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

MUZET, A. (2007). « Environmental noise, sleep and health », *Sleep Medicine Reviews*, vol. 11, n° 2, avril, p. 135-142.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2010). *Alcohol-use Disorders: Preventing Harmful Drinking*, Manchester, National Institute for Health and Clinical Excellence, 96 p.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2008). *Promoting and Creating Built or Natural Environments That Encourage and Support Physical Activity*, Manchester, National Institute for Health and Clinical Excellence, 55 p.

NESSE NETWORKS OF EXPERTS (2009). *Early childhood education and care: Key lessons from research for policy makers*, Commission européenne, 72 p.

NOËL, A. (2012). *Combattre la pauvreté, les inégalités sociales et l'exclusion sociale* – Rapport de conférence, Montréal, CIQSS et RCCDR, 21 p.

NOLIN, B. (2015). *Niveau d'activité physique de la population québécoise: pas d'amélioration depuis 2005*, Québec, Direction du sport, du loisir et de l'activité physique, ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 4 p.

NOLIN, B. et D. HAMEL (2009). *L'activité physique au Québec de 1995 à 2005: gains pour tous... ou presque*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 7 p.

NOLIN, B., C. BLANCHET et E. KUZMINA (2008). *Enquête de santé auprès des Cris 2003 – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 2.1 – lijiyiu Aschii – Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel*, Québec, Institut national de santé publique du Québec et Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 24 p.

OKELY, A. D. et autres (2008). *Discussion Paper for the Development of Physical Activity Recommendations for Children under Five Years*, Canberra [Australie], Australian Department of Health and Ageing, s. p.

OLSEN, N. J. et B. L. HEITMANN (2009). « Intake of calorically sweetened beverages and obesity », *Obesity Reviews*, vol. 10, n° 1, p. 68-75.

OCDE - ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2012). *Toujours plus d'inégalité – Pourquoi les écarts de revenus se creusent*, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 450 p.

OMS et ASPC - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 203 p.

OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013). *Obésité et surpoids*, [En ligne], [\[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html\]](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html).

OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013). *Statistiques sanitaires mondiales 2013*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 168 p.

OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 58 p.

OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 284 p.

QUELLETTE, P. et autres (2005). *Étude d'impact des modifications proposées à la Loi sur le tabac*, Montréal, Université du Québec à Montréal et Groupe d'analyse, 136 p.

OURANOS (2014). *Vers l'adaptation – Synthèse des connaissances sur les changements climatiques au Québec – Partie 1 Évolution climatique au Québec*, édition 2014, Montréal, Ouranos, 79 p.

PIANTA, R. C. et autres (2009). « The effects of preschool education: What we know, how public policy is or is not aligned with the evidence base, and what we need to know », *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 10, n° 2, juillet, p. 49-88.

PIPARD, D. et J. P. GUALEZZI (2002). *La lutte contre le bruit – Des bruits de voisinage aux bruits des aéroports, mesures de protection et contrôles, médiation et contentieux*, Paris, Éditions Le Moniteur, 300 p.

PLAMONDON, L. et autres (2013). *Portrait de l'environnement alimentaire dans les écoles secondaires du Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 65 p.

PLAMONDON, L. et autres (2012). *Portrait de l'environnement alimentaire dans les écoles primaires du Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 47 p.

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

POLETTI, B. et autres (2011). *Bilan des actions menées en 2010 – Rapport du groupe de suivi – 2^e Plan national Santé Environnement 2009-2013*, Paris, ministère du Développement durable, 85 p.

- PORTAIL VEILLE ACTION (2015). *L'éducation à la saine alimentation à l'école*, [En ligne], [<http://veilleaction.org/fr/les-fiches-pratiques/saine-alimentation/l-education-a-la-saine-alimentation-a-l-ecole.html#>].
- PRATT, C. A. et autres (2007). « Design characteristics of worksite environmental interventions for obesity prevention », *Obesity*, vol. 15, n°9, septembre, p. 2171-2180, [En ligne], [<https://www.legislation.qld.gov.au/LEGISLTN/CURRENT/E/EnvProtNoPo08.pdf>].
- PUSKA, P. et T. STÅHL (2010). « Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues », *Annual Review of Public Health*, vol. 31, avril, p. 315-328.
- RAUH, V. A., P. J. LANDRIGAN et L. CLAUDIO (2008). « Housing and health: Intersection of poverty and environmental exposures », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1136, juin, p. 276-288.
- REHM, J. (2011). « The risks associated with alcohol use and alcoholism », *Alcohol Research & Health*, vol. 34, n°2, p. 135-143.
- REHM, J. et autres (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 – Points saillants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 12 p.
- ROBITAILLE, E. et autres (2015). *L'environnement alimentaire autour des écoles publiques et la consommation de la malbouffe le midi par des élèves québécois du secondaire*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.
- ROBITAILLE, E. 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, 47 p.
- ROBITAILLE, E., P. BERGERON et B. LASNIER (2009). *Analyse géographique de l'accessibilité des restaurants-minute et des dépanneurs autour des écoles publiques québécoises*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.
- ROBITAILLE, E. et P. HERJEAN (2008). « An analysis of the accessibility of video lottery terminals: The case of Montreal », *International Journal of Health Geographics*, vol. 7, n°2, janvier, [En ligne], [<http://www.ij-healthgeographics.com/content/7/1/2>].
- ROOTMAN, I. et D. GORDON-EL-BIHBETY (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada – Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 52 p.
- ROSSOW, I. et A. ROMELSJÖ (2006). « The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns », *Addiction*, vol. 101, n°1, p. 84-90.
- SAA - SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES (2013a). *Profils des nations*, [En ligne], [http://www.autochtones.gouv.qc.ca/relations_autochtones/profils_nations/profil.htm].
- SAA - SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES (2013b). *Statistiques des populations autochtones du Québec 2012*, [En ligne], [<http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm>].
- SAAQ - SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2016). *Données et statistiques 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 28 p.
- SALLIS, J. F., R. A. MILLSTEIN et J. A. CARLSON (2011). « Community design for physical activity », dans A. L. Dannenberg, H. Frumkin et R. J. Jackson (sous la dir. de), *Making Healthy Places: Designing and Building for Health, Well-being, and Sustainability*, Washington [D.C.], Island Press, p. 33-49.
- SAMSON, P. (2013). « La réglementation du bruit », *Journal du Barreau*, vol. 45, n°1, janvier, p. 17.
- SANTÉ CANADA (2013). *Aliments et nutrition – Les gras trans*, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/index-fra.php>].
- SANTÉ CANADA (2010). *Amélioration des compétences culinaires – Synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 40 p.
- SCHL - SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT (2014). *Caractéristiques des ménages éprouvant des besoins impérieux en matière de logement – Québec – 2001 – 2006 – 2011*, [En ligne], [https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/clfihaclin/remaha/stdo/tado/tadedo_024.cfm].
- SCHL - SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2013). *Le logement au Canada en ligne – Définitions – Besoins impérieux en matière de logement*, [En ligne], [http://cmhc.beyond2020.com/HiCODefinitions_FR.html#_Besoins_impérieux_de_logement].

SCHREIER, A. et autres (2009). «Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years», *Archives of General Psychiatry*, vol. 66, n°5, mai, p. 527-536.

SEDLACEK, S. et G. MAIER (2012). «Can green building councils serve as third party governance institutions?: An economic and institutional analysis», *Energy Policy*, vol. 49, octobre, p. 479-487.

SHAW, M. (2004). «Housing and public health», *Annual Review of Public Health*, vol. 25, avril, p. 397-418.

SHIELDS, M. (2007). «Usage du tabac – Prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire», Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 18, n°3, août, p. 53-72.

SHQ - SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2013). «Numéro spécial – Entretiens sur l'habitat», *Habitation Québec – Le bulletin d'information de la Société d'habitation du Québec*, hiver, 16 p.

SHQ - SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2011). *Ménages privés locataires selon le taux d'effort agrégé et le seuil de faible revenu, 2006*, compilations spéciales produites par Statistique Canada à partir du Recensement de 2006 pour le compte de la SHQ, calculs de la SHQ, [En ligne], [http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/profils_regionaux_2011/Ensemble_Quebec/Tableaux_00-54.pdf].

ST-AMOUR, N. et M. BOURQUE (2013). *Conciliation travail-famille et santé : Le Québec peut-il s'inspirer des politiques gouvernementales mises en place dans d'autres pays? Avis scientifique sur l'impact de la conciliation travail-famille sur la santé de la population*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 161 p.

STATISTIQUE CANADA (2014a). *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, 2013-2014*, tiré de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, tableau CANSIM 105-0502, mise à jour le 24 juin 2015, [En ligne], [www5.statcan.gc.ca/cansim/home-accueil?retrLang=fra&lang=fra].

STATISTIQUE CANADA (2014b). *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, 2014*, tiré de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, tableau CANSIM 105-0501, mise à jour le 4 mars 2016, [En ligne], [<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=1050501>].

STATISTIQUE CANADA (2013a). *Compilations spéciales à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010, 2010*. Produites par l'Institut national de santé publique du Québec.

STATISTIQUE CANADA (2013b). *Fichier de microdonnées à grande diffusion 2011-2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, mise à jour le 26 septembre 2014.

STATISTIQUE CANADA (2013c). *Caractéristiques du logement et équipement ménager au moment de l'entrevue, Canada, régions et provinces, tableau CANSIM 203-0027, 2013*, tiré de l'*Enquête sur les dépenses des ménages*, [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/I02/cst01/famil133a-fra.htm>].

STATISTIQUE CANADA (2013d). *Prévalence de la consommation d'alcool et consommation d'alcool à faible risque - Sommaire des résultats*, tiré de l'*Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues*, 2013, [En ligne], [<http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-fra.php>].

STATISTIQUE CANADA (2012a). *Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale – Portrait des aidants familiaux*, [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2013001-fra.htm>].

STATISTIQUE CANADA (2012). *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada : Exercice financier clos le 31 mars*, catalogues annuels 1986-1987 à 2010-2011, [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/63-202-x/00003/4088019-fra.htm>].

STATISTIQUE CANADA (2011a). Série «Perspective géographique» de l'*Enquête nationale auprès des ménages*, 2011, [En ligne], [www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/fogs-spg/Pages/FOG.cfm?lang=F&level=2&GeoCode=24].

STATISTIQUE CANADA (2011b). *Produits analytiques - Le déplacement domicile-travail*, tiré de l'*Enquête nationale auprès des ménages*, 2011, [En ligne], [<http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-012-x/2011003/tbl/tbl1a-fra.cfm>].

- STATISTIQUE CANADA (2007). *Logements privés occupés selon la période de construction et l'état du logement, par province et territoire, Recensement de 2006 (Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario)*, [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/famil63b-fra.htm>].
- STATISTIQUE CANADA (2005). *Miser sur nos compétences – Résultats canadiens de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, 2003, Ottawa, Gouvernement du Canada, 91 p.
- TABLE QUÉBÉCOISE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE (2009). *Deuxième rapport de recommandations: Pour poursuivre l'amélioration du bilan routier*, Québec, Table québécoise de la sécurité routière, 56 p.
- TAURAS, J. A., P. M. O'MALLEY et L. D. JOHNSTON (2001). *Effects of Price and Access Laws on Teenage Smoking Initiation: A National Longitudinal Analysis*, Cambridge [Massachusetts], National Bureau of Economic Research, 40 p.
- TAYLOR, J. P. et autres (2012). « Nutritional quality of children's school lunches: Differences according to food source », *Public Health Nutrition*, vol. 15, n°12, décembre, p. 2259-2264.
- TAYLOR, R. W. et autres (2009). « Longitudinal study of physical activity and inactivity in preschoolers: The FLAME study », *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol. 41, n°1, janvier, p. 96-102.
- TORONTO PUBLIC HEALTH (2007). *Air Pollution Burden of Illness from Traffic in Toronto: Problems and Solutions*, Toronto, Toronto Public Health, 57 p.
- TORRIE, J. et autres (2005). *The Evolution of Health Status and Health Determinants in the Cree Region (Eeyou Istchee): Eastmain-1-A Powerhouse and Rupert Diversion Sectoral Report – Volume 1, Context and Findings*, Chisasibi [Québec], Cree Board of Health and Social Services of James Bay, 142 p.
- TRAILL, B. et autres (2012). *Effectiveness of Policy Interventions to Promote Healthy Eating and Recommendations for Future Action: Evidence from the EATWELL Project*, EATWELL Project, 63 p.
- TRANSPORT, HEALTH, AND ENVIRONMENT PAN-EUROPEAN PROGRAMME (2004). *Transport-related Health Effects with a Particular Focus on Children: Towards an Integrated Assessment of their Costs and Benefits – State of the Art Knowledge, Methodological Aspects and Policy Directions – Physical Activity*, [En ligne], [<http://www.physicalactivityandhealth.ch/thepep/documents/CH-Topic-FINAL.pdf>].
- TRAORÉ, I., B. NOLIN et L. A. PICA (2012). « Activité physique de loisir et de transport », dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 – TOME 1 – Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 97-119.
- TRUST FOR AMERICA'S HEALTH (2009). *Prevention for a Healthier America: Investments in Disease Prevention Yield Significant Savings, Stronger Communities*, Washington [D.C.], Trust for America's Health, 72 p.
- TUCKER, P. (2008). « The physical activity levels of preschool-aged children: A systematic review », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 23, n°4, 4^e trimestre, p. 547-558.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2009). *The Surgeon General's Call to Action To Promote Healthy Homes*, Rockville [Maryland], U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 66 p.
- VÉLO QUÉBEC (2010). *L'état du vélo au Québec en 2010*, Montréal, Vélo Québec, 27 p.
- VENNE, S., G. LAMBERT et K. BLOUIN (sous la dir. de) (2015). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2015 (et projections 2015)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 119 p.
- VÉZINA, M. et autres (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*, 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, 270 p.
- WANSINK, B. (2004). « Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers », *Annual Review of Nutrition*, vol. 24, juillet, p. 455-479.
- WEBSTER-STRATTON, C. (2011). *The Incredible Years®: Parents, Teachers, and Children's Training Series, Program Content, Methods, Research and Dissemination 1980-2011*, Seattle [Washington], Incredible Years, Inc., 320 p.
- WILKINSON, R. G., et K. PICKETT (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, Londres [Royaume-Uni], Allen Lane/The Penguin Press, 330 p.

- WILLIAMSON, D. A. et autres (2013). « Modification of the school cafeteria environment can impact childhood nutrition – Results from the Wise Mind and LA Health studies », *Appetite*, vol. 61, n° 1, février, p. 77-84.
- WORKING GROUP ON EARLY CHILDHOOD EDUCATION AND CARE (2014). *Proposal for key principles of a Quality Framework for Early Childhood Education and Care*, Commission européenne, Childcare Resource and Research Unit, 71 p.
- WORLD ACTION ON SALT & HEALTH (2012). *UK leading the world in salt reduction*, [En ligne], [<http://www.worldactiononsalt.com/news/saltnews/2012/78091.html>].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012). *The Evolving Threat of Antimicrobial Resistance: Options for Action*, Genève, World Health Organization, 119 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health*, Genève, World Health Organization, 286 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *Night Noise Guidelines for Europe*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 162 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Genève, World Health Organization, 149 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Keep Fit for Life: Meeting the Nutritional Needs of Older Persons*, Genève, World Health Organization, 75 p.
- WRIEDEN, W. L. et autres (2007). « The impact of a community-based food skills intervention on cooking confidence, food preparation methods and dietary choices: An exploratory trial », *Public Health Nutrition*, vol. 10, n° 2, février, p. 203-211.
- YOUNG, L. R., et M. NESTLE (2002). « The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 2, février, p. 246-249.
- ZORN, N. (2012). *Le 1 % québécois : martyr fiscal ? Étude sur l'évolution des revenus et de l'impôt du premier centile québécois*, Montréal, Institut de recherche en économie contemporaine, 55 p.

