

Profils des systèmes de santé publique au Canada : Québec

Rapport | 2022



Dalla Lana
School of Public Health



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy



Profils des systèmes de santé publique au Canada : Québec

Rapport | 2022

Auteurs

Emmanuelle Arpin¹, Robert W. Smith^{1,2,3}, Anson Cheung⁴, Madeleine Thomas¹, Kathy Luu¹, Joyce Li¹, Sara Allin^{1,2}, Laura Rosella^{5,6,7,8}, Andrew D. Pinto^{2,3,9,10}, Amélie Quesnel-Vallée¹¹

1. North American Observatory on Health Systems and Policies, Université de Toronto
2. Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto
3. Upstream Lab, MAP/Centre for Urban Health Solutions, Li Ka Shing Knowledge Institute, Unity Health Toronto
4. Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto
5. Division de la santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
6. Population Health Analytics Lab, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
7. Institute for Better Health, Trillium Health Partners, Université de Toronto
8. Laboratory Medicine & Pathobiology, Faculté de médecine, Université de Toronto
9. Division de la santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
10. Département de médecine familiale et communautaire, Faculté de Médecine, Université de Toronto
11. McGill Observatory on Health and Social Services Reforms, Université McGill

Remerciements

Cette série est le fruit d'un partenariat entre des équipes et des chercheurs du domaine des systèmes de santé et de la santé publique de tout le Canada, y compris le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, le North American Observatory on Health Systems and Policies, le Upstream Lab, le Population Health Analytics Lab, l'Institute of Health Policy, Management and Evaluation, et l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Nous tenons à remercier Monika Roerik pour son soutien à la coordination de la recherche, ainsi que les membres du groupe de travail suivants qui ont appuyé la conception de l'étude et l'examen critique des premières ébauches du profil : Erica Di Ruggiero, Robert Schwartz, Amélie Quesnel-Vallée, Jasmine Pawa, Mehdi Ammi, Olivier Bellefleur, Susan Chatwood et Gregory Marchildon. Nous tenons également à remercier Médecins de santé publique du Canada pour leur travail fondamental décrivant les systèmes de santé publique dans chaque province et territoire publié en décembre 2019.

Nous remercions chaleureusement les Instituts de recherche en santé du Canada pour le financement de ces travaux (subvention n° 170320).

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par l'intermédiaire du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca) et du CCNPPS (<https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/>).

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ccnpps-ncchpp.ca and on the INSPQ website at: www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

Dépôt légal — 2^e trimestre 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-90461-8 (PDF anglais [Ensemble])

ISBN : 978-2-550-91870-7 (PDF anglais)

ISBN : 978-2-550-90457-1 (PDF [Ensemble])

ISBN : 978-2-550-91869-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

Édition

Marianne Jacques, Olivier Bellefleur et Mylène Maguire
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Mise en page

Sophie Michel
Institut national de santé publique du Québec

Réviseurs

Nous tenons à remercier la docteure A'kingabe Guyon, le docteur Denis Roy et deux experts locaux pour leurs commentaires sur les premières versions de ce profil.

Citation suggérée

Arpin, E., Smith, R. W., Cheung, A., Thomas, M., Luu, K., Li, J., Allin, S., Rosella, L., Pinto, A. D. et Quesnel-Vallée, A. (2022). *Profils des systèmes de santé publique au Canada : Québec*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

À propos de ce projet de recherche : le contexte, l'équipe et les partenaires

La série de profils des systèmes de santé publique au Canada s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche intitulé *Platform to Monitor the Performance of Public Health Systems* (Plateforme de surveillance de la performance des systèmes de santé publique) dirigé par Sara Allin, Andrew Pinto et Laura Rosella de l'Université de Toronto à titre de chercheurs principaux. Le projet inclut la participation d'utilisateurs des connaissances, de collaborateurs et d'une équipe interdisciplinaire de spécialistes de tout le Canada et vise à élaborer une plateforme pour comparer la performance des systèmes de santé publique à travers le Canada. Pour atteindre cet objectif, le projet comprend trois phases :

1. Produire des descriptions détaillées du financement, de la gouvernance, de l'organisation et de la main-d'œuvre de santé publique dans chaque province et territoire, à l'aide d'une revue de littérature dont les résultats sont validés par des décideurs.
2. Réaliser un ensemble d'études de cas comparatives approfondies examinant la mise en œuvre et les résultats des réformes, ainsi que leurs impacts sur les interventions de lutte contre la pandémie de COVID-19.
3. Définir des indicateurs de performance des systèmes de santé publique comprenant des mesures touchant la structure, le processus et les résultats.

Dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) s'est joint au groupe de travail du projet de recherche. Le CCNPPS est fier de publier leurs travaux dans une série de 13 profils des systèmes de santé publique au Canada accompagnés d'un document additionnel portant sur la méthodologie. La série de profils est disponible à : <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profils-des-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-et-territoires-du-canada/>.

Au sujet du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS)

Le CCNPPS vise à accroître l'expertise des acteurs canadiens de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada et répartis à travers le Canada. Chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	V
Introduction	1
1 Historique et contexte	3
2 Structure organisationnelle.....	5
2.1 À l'échelle provinciale.....	5
2.1.1 Ministère de la Santé et des Services sociaux.....	5
2.1.2 La Direction générale de la santé publique et le directeur national de santé publique	5
2.1.3 Institut national de santé publique du Québec.....	6
2.1.4 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.....	6
2.1.5 Commissaire à la santé et au bien-être	7
2.1.6 Autres ministères ayant des responsabilités liées à la santé publique	7
2.2 À l'échelle régionale.....	8
2.2.1 Directions régionales de santé publique	8
2.2.2 Directeur régional de santé publique.....	9
2.2.3 Centres intégrés de santé et de services sociaux/Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux	10
2.3 À l'échelle locale	10
2.4 Partage des responsabilités de santé publique entre le MSSS, l'INSPQ, et les CISSS/CIUSSS	11
2.5 Intégration, coordination intersectorielle et partenariat intergouvernemental	11
2.5.1 Partenariats intergouvernementaux pour les populations autochtones	11
2.5.2 Plan d'action régional (PAR)/Plan d'action régional intégré (PARI).....	12
2.5.3 Tables de concertation nationale.....	12
2.5.4 Politique gouvernementale de prévention en santé et son Plan d'action interministériel 2017-2021	12
3 Gouvernance	15
3.1 Cadre juridique et politique en santé publique.....	15
3.1.1 Loi sur la santé publique (2001).....	15
3.1.2 Article 54 de la Loi sur la santé publique.....	15
3.1.3 Autres lois régissant la santé publique au Québec	16
3.1.4 Programme national de santé publique.....	16
3.2 Rendement et évaluation.....	16
4 Financement.....	19
4.1 Dépenses en santé publique	19
5 Ressources humaines en santé publique.....	25

5.1	Taille, composition, recrutement et maintien en poste	25
5.1.1	Main-d'œuvre À la DGSP et À l'INSPQ.....	25
5.1.2	Main-d'œuvre de santé publique dans les CISSS/CIUSSS	25
5.1.3	Médecins de santé publique.....	25
Références	27

Liste des sigles et acronymes

CCSSSBJ	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSEP	Cadre de suivi et d'évaluation préliminaire
CTQ	Centre de toxicologie de Québec
DGSP	Direction générale de la santé publique
DRSP	Direction régionale de santé publique
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS	Infections transmises sexuellement
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MELCC	Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
OESP	Opérations essentielles de santé publique (traduction libre de « essential public health operations »)
PAR	Plan d'action régional
PARI	Plan d'action régional intégré
PATT	Plans d'action thématiques tripartites

PEM	Plan d'effectifs médicaux
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
RSS	Région sociosanitaire
TCNSP	Tables de concertation nationale en santé publique

Introduction

Objectifs

Alors que le Canada doit composer avec la pandémie de COVID-19, l'un des plus grands défis de santé publique de notre époque, le besoin de renforcer les systèmes de santé publique n'a jamais été aussi grand. Des systèmes de santé publique forts sont essentiels pour assurer la viabilité du système de santé, pour améliorer la santé des populations et l'équité en santé, et pour se préparer et répondre aux crises actuelles et futures. De grandes variations existent entre les provinces et les territoires en ce qui a trait aux manières dont la santé publique est organisée, gouvernée et financée, et aussi en ce qui concerne les réformes et les restructurations dont les systèmes de santé publique ont fait l'objet au cours des dernières années. Ce rapport s'appuie sur des rapports antérieurs et décrit le système de santé publique du Québec avant la pandémie de COVID-19, y compris son organisation, sa gouvernance, son financement et sa main-d'œuvre. Il fait partie d'une série de 13 profils de systèmes de santé publique¹ qui fournissent des connaissances fondamentales sur les similitudes et les différences entre les structures des systèmes de santé publique des provinces et des territoires. En plus de résumer ce que l'on sait, ces profils attirent également l'attention sur les variations et les écarts afin d'influencer les priorités futures. Cette série servira de référence aux professionnels, aux chercheurs, aux étudiants et aux décideurs en santé publique qui souhaitent renforcer l'infrastructure de la santé publique au Canada.

Approche

Les détails concernant la méthodologie de la revue comparative des systèmes de santé publique sont présentés dans le document *Profils des systèmes de santé publique au Canada : méthodologie de collecte et d'analyse des données*¹. L'équipe de chercheurs a réalisé une recherche d'information dans les articles de revues révisés par des pairs ainsi que dans la littérature grise (p. ex., rapports d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, documents, pages Web, mesures législatives) et dans les sources de données (p. ex., prévisions budgétaires provinciales/territoriales accessibles au public). Les opérations essentielles de santé publique (OESP, traduction libre de « essential public health operations [EPHO] ») de l'Organisation mondiale de la Santé ont servi à définir les programmes et les services qui constituent des activités de santé publique, et les facteurs soutenant la réalisation des OESP ont servi à définir la gouvernance, la structure organisationnelle, le financement et la main-d'œuvre de la santé publique (Rechel, Maresso *et al.*, 2018; World Health Organization, 2015). Les mots-clés de recherche ont aussi été influencés par les questions de recherche présentées dans un formulaire standardisé d'abstraction des données (adapté de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé) (Rechel, Jakubowski *et al.*, 2018). Une synthèse narrative a permis d'élaborer des profils détaillés qui ont été validés à l'interne par l'équipe de recherche et, à l'externe, par des experts de chaque province ou territoire (p. ex., des décideurs politiques et des praticiens en santé publique) afin d'en vérifier l'exactitude, l'exhaustivité et la fiabilité. Les rapports ont été validés par des informateurs clés en santé publique dans chacune des provinces et chacun des territoires afin d'évaluer la validité du contenu. Nous avons intégré leurs commentaires et formellement reconnu leurs contributions au début de chacun des rapports.

¹ La série de 13 profils de systèmes de santé publique ainsi que le document présentant la méthodologie utilisée pour les développer peuvent être consultés sur le site Web du CCNPPS à l'adresse suivante : <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/profils-des-systemes-de-sante-publique-dans-les-provinces-et-territoires-du-canada/>

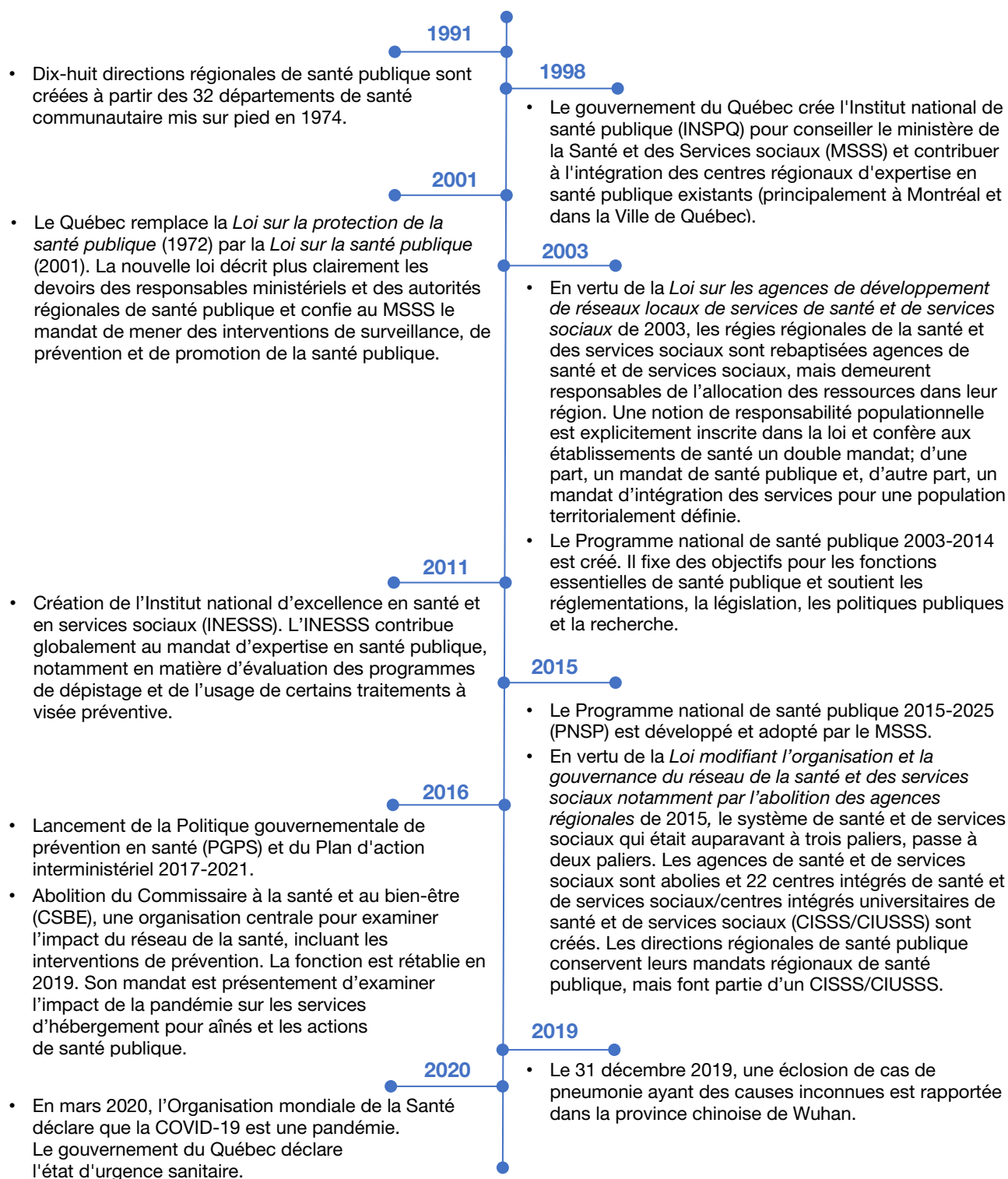
Limites

Malgré ce processus de révision itératif approfondi et nos efforts visant à souligner les lacunes en matière d'information, il faut noter que le processus employé pour compiler les informations ne constituait pas une revue systématique formelle et que des sources d'information peuvent ainsi avoir été omises. Par ailleurs, un examen détaillé du rôle du gouvernement fédéral et de l'approche des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de santé publique dépassait la portée de ce projet et devrait constituer une priorité pour les travaux futurs. De plus, en basant notre recherche sur les documents publiés et les sites Web des principaux acteurs gouvernementaux et organisations de santé publique, nous n'avons peut-être pas pleinement saisi comment le système fonctionne dans la pratique, si les relations et les rôles réels diffèrent de ce qui est prévu dans les lois et les documents de politique et, le cas échéant, de quelle façon. Enfin, ces profils décrivent le système de santé publique avant la pandémie de COVID-19; nous n'examinons pas les structures de gouvernance, les groupes consultatifs et les partenariats établis en réponse à la pandémie de COVID-19.

1 Historique et contexte

Une « réforme » en santé publique consiste en un changement de politique fiscale ou structurelle qui vise un impact direct sur la gouvernance, l'organisation, le financement, la main-d'œuvre du système de santé publique sur la santé populationnelle (Ricciardi *et al.*, 2016). Des urgences sanitaires, telles que l'épidémie de SRAS en 2003 et la pandémie de COVID-19 en 2020, ont mis en lumière un besoin de réformes majeures en santé publique. Certaines des réformes de santé publique au Québec incluent l'adoption de la *Loi sur la santé publique* de 2001, qui définit plus clairement les rôles et les responsabilités de la santé publique, et la réforme du système de santé en 2015 qui a, notamment, aboli les agences régionales, ce qui a fait en sorte d'intégrer les départements de santé publique régionaux au sein des nouveaux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). La ligne du temps ci-dessous présente un sommaire des réformes proposées et promulguées ayant des impacts sur le système de santé publique du Québec.

Figure 1 Ligne du temps des grandes réformes de la santé publique au Québec



Sources : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2003; Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 2015; Bernier, 2006; Breton et al., 2009; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015b, 2018b; Organisation mondiale de la Santé, 2020a, 2020b.

2 Structure organisationnelle

Cette section décrit la structure organisationnelle du système de santé publique du Québec en date de juillet 2020. Nous y présentons les rôles, les responsabilités et les relations de supervision des institutions gouvernementales et indépendantes ayant un rôle prévu par la loi en matière de santé publique, incluant les établissements de santé, les directions de santé publique et les principaux acteurs responsables de la planification et de la prestation des services de santé publique dans chacune de ces institutions. Nous nous concentrons sur les institutions gouvernementales et indépendantes dont le rôle principal est la santé publique. C'est pourquoi nous ne décrivons pas de façon détaillée les organisations et les fournisseurs de services dans d'autres secteurs (comme les soins primaires, la santé mentale et les dépendances, les services sociaux et les organisations non gouvernementales), qui peuvent jouer un rôle essentiel en matière de santé publique dans le cadre de leur mandat (p. ex., l'immunisation, la promotion de la santé, etc.).

2.1 À l'échelle provinciale

2.1.1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable du système de santé et des services sociaux au Québec (Gouvernement du Québec, s. d.). Il a le mandat « de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, s. d.-b). Il atteint ces objectifs en collaborant avec les agences gouvernementales, les autorités locales et d'autres acteurs, en utilisant une variété d'instruments financiers et politiques et en établissant les priorités provinciales. Dans le cadre de ce vaste mandat, les responsabilités du Ministère comprennent la poursuite des objectifs de santé publique définis par le Programme national de santé publique (PNSP) et la *Loi sur la santé publique* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019c).

Les responsabilités de santé publique du MSSS comprennent l'établissement des priorités, le développement et la mise en œuvre de politiques, le développement d'un plan provincial en santé publique, l'allocation et la gestion des ressources, la coordination des services entre les différents secteurs et régions, la nomination d'un directeur national ou d'une directrice nationale (à l'échelle provinciale) et des directrices et directeurs régionaux de santé publique, et l'évaluation des résultats de santé à l'échelle provinciale (Collège des médecins du Québec, 2020). Douze bureaux et organismes gouvernementaux se rapportent au ministre directement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, s. d.-a). Pour la santé publique, cela inclut en premier lieu l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), qui est un centre d'expertise et de référence en santé publique, mais également l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), lesquels contribuent également à des dossiers de santé publique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, s. d.-a).

2.1.2 LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LE DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

La Direction générale de la santé publique (DGSP) est la branche du MSSS responsable de la santé publique. La DGSP a été créée en 1992 et coordonne les actions de santé publique à travers la province (Breton *et al.*, 2009; Gouvernement du Québec, 2015). La DGSP est dirigée par un sous-ministre adjoint qui occupe aussi le poste de directeur national ou la directrice nationale de santé publique (DNSP) et se rapporte au sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux (Ministère de la

Santé et des Services sociaux, s. d.-a; Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, art. 5,1, 1970). Le ou la DNSP a le mandat « [d'appuyer] le ministre dans toutes les matières liées à la santé publique, dont les urgences sanitaires », et « [coordonne], avec les directeurs de santé publique régionaux, le Programme national de santé publique [du Québec] » (Association canadienne de santé publique, 2019). Selon Fafard et ses collaborateurs (2018), le rôle du DNSP au Québec correspond à la typologie d'un « exécutif loyal » utilisée pour décrire les médecins-hygiénistes en chef au Canada. Le DNSP agit en tant que sous-ministre adjoint avec les responsabilités consultatives et de gestion d'un haut fonctionnaire, et il a la capacité d'exercer son autorité lors d'une urgence de santé publique (Fafard *et al.*, 2018).

2.1.3 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Créé en 1998, l'Institut national de santé publique du Québec a pour mission de « soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles [son] expertise et [ses] services spécialisés de laboratoire et de dépistage » (Institut national de santé publique s. d.).

Parmi les fonctions de l'INSPQ, notons sa responsabilité de « contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique », d'informer le MSSS et la population sur l'état de la santé publique au Québec et sur les crises sanitaires et de conseiller le MSSS sur les actions et les orientations de santé publique (Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec, art. 3, 1998), notamment pour l'élaboration et la mise en œuvre du PNSP. L'INSPQ collabore également avec des professionnels et des experts de la santé publique (p. ex., universités, ordres professionnels, organismes) en lien avec l'enseignement et la recherche en santé publique et établit des canaux de communication avec des experts en santé publique au Canada (p. ex., Agence de la santé publique du Canada) et à l'étranger afin de partager les connaissances en santé publique. La *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* précise également les fonctions spécifiques de laboratoire relevant de l'INSPQ, notamment la gestion du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), spécialisé en microbiologie, et le Centre de toxicologie du Québec (CTQ), spécialisé en toxicologie. La *Loi* donne également comme mandat à l'INSPQ de mettre sur pied un comité d'éthique de santé publique, dont la fonction principale est « de donner son avis sur l'aspect éthique des projets de plans de surveillance et des projets d'enquêtes sociosanitaires élaborés en vertu de la *Loi sur la santé publique* [...] » (Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec, art. 19,2, 1998).

2.1.4 INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Créé en 2011, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) vise à « promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux » (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, s. d.-a). Parmi les principales fonctions de l'INESSS, notons l'évaluation des avantages cliniques et économiques des technologies, des médicaments et des interventions par le biais d'analyses coûts-bénéfices; la préparation de rapports publics présentant des lignes directrices cliniques; et la formulation de recommandations au MSSS sur les mises à jour requises à la liste des interventions et des thérapies énumérées dans la *Loi sur l'assurance médicaments*, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2010). L'INESSS anime également divers comités d'excellence clinique axés sur le dépistage des maladies chroniques, les services de santé et les services sociaux (notamment les jeunes et les familles, la santé mentale, les dépendances et l'itinérance) qui chevauchent les travaux en santé publique menés par d'autres organismes gouvernementaux (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, s. d.-b).

2.1.5 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) est chargé d'apprécier la performance du système de la santé et des services sociaux au Québec (Commissaire à la santé et au bien-être, s. d.; Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, 2005). Selon l'un de nos informateurs clés, le CSBE adopte une approche réflexive comportant une forte préoccupation pour l'équité dans le cadre de son appréciation et de son évaluation du système de santé, plutôt qu'une approche normative axée sur le contrôle. Le CSBE informe activement les citoyens et le MSSS des résultats de ses appréciations et évaluations. Par exemple, il « donne des avis au ministre sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, notamment par l'analyse rétrospective des impacts des politiques gouvernementales » (Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, 2005, art. 14). Les résultats produits par le CSBE sont aussi diffusés plus largement par le biais de rapports publics.

Certains des travaux récents du CSBE portent sur l'utilisation des services d'urgence de santé mentale et physique et sur les perceptions des personnes âgées concernant les soins (Commissaire à la santé et au bien-être, s. d.). Le CSBE a été aboli en 2016, puis rétabli en 2019. Il s'est vu confier un mandat spécial d'examiner l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de santé québécois. Le CSBE est nommé pour une période de cinq ans, conformément aux dispositions prévues dans l'article 7 de la *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*.

2.1.6 AUTRES MINISTÈRES AYANT DES RESPONSABILITÉS LIÉES À LA SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique au Québec est une responsabilité partagée entre plusieurs ministères. Même si la gouvernance, l'établissement des objectifs de planification et les décisions entourant l'allocation des ressources en santé publique incombent surtout au MSSS, d'autres ministères tels que le ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MELCC), le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) détiennent certaines responsabilités de santé publique en lien avec la santé au travail, la salubrité des aliments et la prévention des toxi-infections alimentaires. Par exemple, une partie de la mission du MAPAQ est de mener des activités de surveillance pour protéger la santé publique (Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 2019). Il veille ainsi au respect des lois et règlements en matière de qualité et de salubrité des aliments. Les établissements impliqués dans la production, la transformation, la distribution et la vente au détail de produits alimentaires ainsi que les services de restauration doivent se conformer à la *Loi sur les produits alimentaires* (Loi sur les produits alimentaires, 1981). Quant au MELCC, il contribue au développement durable du Québec en faisant preuve de leadership dans la lutte contre les changements climatiques et en soutenant la protection et la conservation de l'environnement (Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, 2019). Il a la responsabilité législative des règlements sur la santé environnementale liés au traitement des eaux usées municipales et à l'assainissement de l'eau potable et de l'eau des piscines (Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, 2020). Enfin, le MTESS, de concert avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) détient lui aussi des responsabilités de santé publique, cette fois en lien avec la santé au travail. La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* précise que la CNESST est responsable d'encadrer les procédures de plaintes des travailleurs et de prendre les mesures nécessaires pour remédier aux problèmes (S-2.1 – Loi sur la santé et la sécurité du travail, 1980). De plus, la CNESST alloue des fonds pour des interventions de santé au travail au sein du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) (Réseau de santé publique en santé au travail., s. d.-a, -b). Le RSPSAT travaille avec divers partenaires (p. ex., MSSS, INSPQ) et se conforme aux cadres légaux de diverses lois pour assurer la protection de la santé des travailleurs du Québec. En plus de soutenir les travailleurs, le

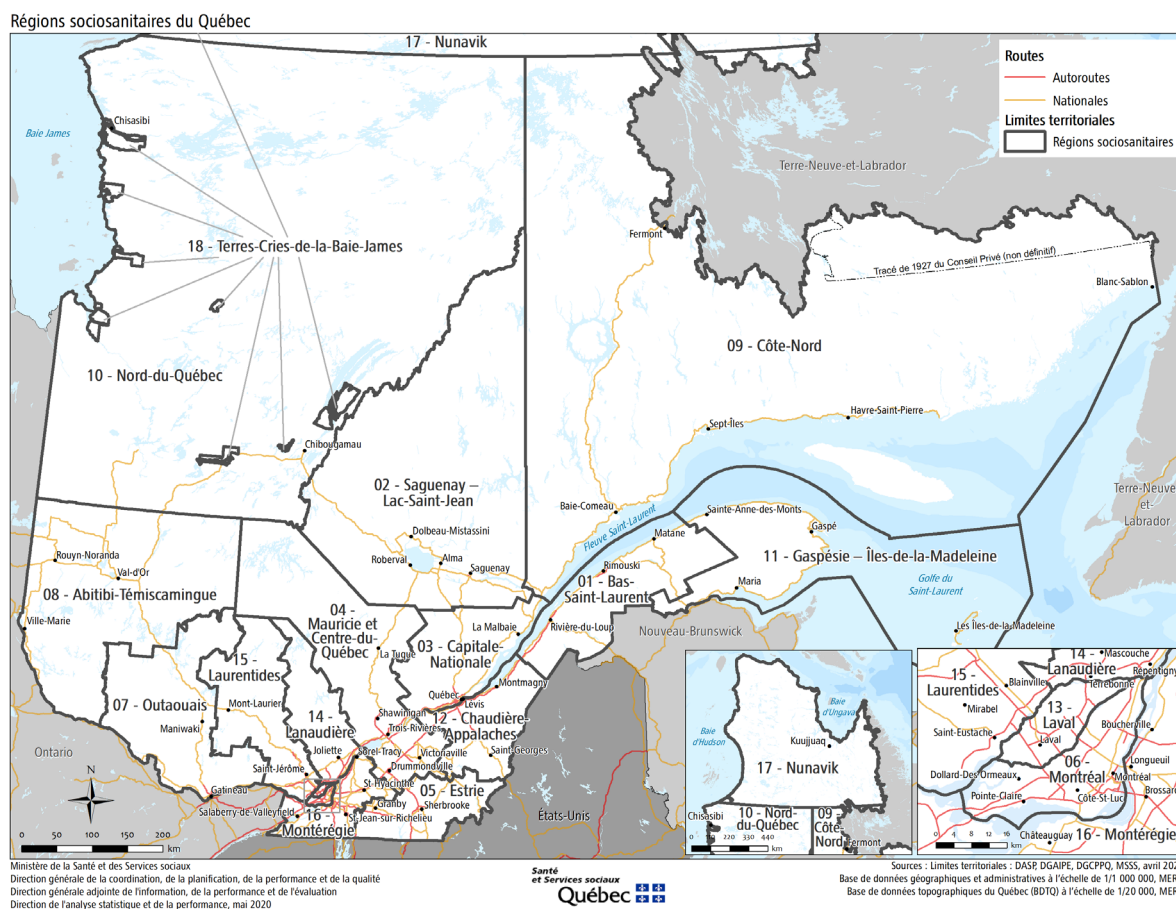
RSPSAT appuie les employeurs pour qu'ils puissent assurer la prévention de problèmes de santé liés au travail (Réseau de santé publique en santé au travail, s. d.-b).

2.2 À l'échelle régionale

2.2.1 DIRECTIONS RÉGIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

Les directions régionales de santé publique (DRSP) sont responsables de la planification régionale des priorités de santé publique et de la coordination des ressources de santé publique dans chacune des 18 régions sociosanitaires (RSS) de la province (Figure 2). Elles relèvent administrativement d'un CISSS/CIUSSS. Dans les trois régions qui comptent plus d'un CISSS/CIUSSS, la DRSP est administrativement logée dans l'un des CISSS/CIUSSS, mais assume la responsabilité légale de coordonner les activités de santé publique sur tout le territoire régional (Poirier *et al.*, 2019). C'est le cas pour Montréal (RSS 06), la Montérégie (RSS 16) et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (RSS 11).

Figure 2 Régions sociosanitaires du Québec en 2018



Note : La figure a été reproduite avec la permission du MSSS.

© Gouvernement du Québec, 2020, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001640/>

Les DRSP gèrent différents types d'interventions : des services indirects à population, tels que des interventions de mobilisation, de soutien ou de collaboration, ainsi que des services directs de santé publique, tels que la gestion et la mitigation des risques pour la santé, la prévention clinique et la promotion de la santé (Litvak *et al.*, 2020). La prestation des services de santé publique relève largement des CISSS/CIUSSS auxquels sont rattachés les DRSP (*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 2015; Québec, 1991). Les équipes locales peuvent relever hiérarchiquement des DRSP ou d'autres directions ayant le mandat de fournir certains services directs de santé publique (p. ex., Directions jeunesse, Directions de cancérologie, Directions des services généraux) (Poirier *et al.*, 2019). Le MSSS alloue des fonds aux CISSS/CIUSSS, et les fonds consacrés à la santé publique sont placés sous la responsabilité fiscale et de planification des DRSP. Ces dernières développent des programmes régionaux et attribuent des ressources selon les axes du PNSP, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, la *Loi sur la santé publique* et les besoins régionaux décrits dans le Plan d'action régional (PAR) ou le Plan d'action régional intégré (PARI) lorsque ce plan couvre plusieurs CIUSSS (Direction de santé publique de la Montérégie, 2016; Santé Montréal, 2016). Les professionnels de santé publique interagissent avec des partenaires de différents milieux, tels que les municipalités, les organisations communautaires, les milieux cliniques, de l'éducation et du travail, les réseaux d'enseignement universitaire et de recherche, et les ministères provinciaux (Public Health Physicians of Canada Resident Council, 2019).

2.2.2 DIRECTEUR RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Chaque DRSP est dirigée par une directrice régionale ou un directeur régional de santé publique. Comme prévu dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)* (art. 372), un directeur régional de santé publique doit être un médecin formé en santé communautaire ou avoir cinq ans d'expérience dans la pratique de la santé communautaire. Les directeurs régionaux sont nommés par le MSSS sur recommandation du DNSP, et leur mandat est d'une durée maximale de quatre ans, mais il peut être renouvelé.

Les directeurs régionaux doivent informer le DNSP de toute urgence de santé publique dans leur région (LSSS, 1991, art. 375), et celui-ci a le pouvoir de demander aux directeurs régionaux des mises à jour régionales (LSSS, 1991, art. 371.0.1). Selon la LSSS, depuis 2017 les directeurs régionaux agissent d'emblée en tant que directeurs des services professionnels pour les médecins et dentistes du département clinique de santé publique de chaque région (article 192.0.1). Certains directeurs sont également les chefs du département clinique de santé publique de leur région et sont donc ceux qui, entre autres, gèrent les ressources médicales et dentaires de santé publique au sein du CISSS/CIUSSS et définissent les mandats des médecins et des dentistes en santé publique de leur territoire (*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 2015; LSSS, 1991). Selon la LSSS et la *Loi sur la santé publique*, les directeurs et directrices régionaux de santé publique ont des pouvoirs et des devoirs spécifiques envers les CISSS/CIUSSS dont ils relèvent administrativement, en plus d'être nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Leur statut au CISSS/CIUSSS est donc différent de celui des autres directeurs, puisqu'ils ont une « double responsabilité » : ils sont légalement responsables devant le MSSS, mais ils sont aussi responsables devant le directeur général du CISSS/CIUSSS (Public Health Physicians of Canada Resident Council, 2019; LSSS, 1991, article 4.2).

2.2.3 CENTRES INTÉGRÉS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX / CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

En 2015, le système de santé à trois paliers du Québec (provincial, régional, local) a été transformé en un système à deux paliers (provincial, territorial) (Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 2015). Selon la taille du territoire et la taille de la population, les services de santé et les services sociaux dans les 18 régions sociosanitaires du Québec sont alors planifiés, financés, coordonnés et offerts par un ou plusieurs CISSS ou CIUSSS, selon la présence d'une affiliation universitaire (Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 2015; Public Health Physicians of Canada Resident Council, 2019). Chaque CISSS/CIUSSS est dirigé par un PDG nommé par le Conseil des ministres, sur recommandation du MSSS. On dénombre 22 CISSS/CIUSSS dans les 18 régions sociosanitaires. Dans les trois régions qui en comptent plus d'un, la DRSP est administrativement logée dans l'un des CISSS/CIUSSS, mais assume la responsabilité légale de coordonner les activités de santé publique sur tout le territoire régional.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ) ont l'autorité administrative de planifier et d'offrir des services de santé et des services sociaux dans les régions administratives du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, s. d.; Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, s. d.). Leurs mandats sont définis par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991; Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 1995) et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Autochtones cris* (1991) (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, s. d.).

Il existe également sept établissements « non fusionnés » (qui n'ont pas été amalgamés après la réforme de 2015). Ces établissements détiennent la responsabilité administrative d'offrir des soins de santé au Québec, mais ce sont en grande partie des organisations hospitalières affiliées à des universités (Collège des médecins du Québec, 2020). Chaque établissement (c.-à-d. les CISSS/CIUSSS, la RRSSSN, le CCSSSBJ et les institutions non fusionnées) détermine sa propre structure organisationnelle, mais possède un conseil d'administration qui supervise un directeur général ou un PDG. Le conseil d'administration de chaque établissement est chargé d'organiser « les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales », d'« adopter un plan stratégique » et d'« approuver une entente de gestion et de responsabilité avec le MSSS », entre autres tâches (Collège des médecins du Québec, 2020).

2.3 À l'échelle locale

Depuis 2015, le palier local pour les services de santé et les services sociaux est fusionné dans les CISSS/CIUSSS. Au sein de chacun des CISSS/CIUSSS, des services directs de santé publique (p. ex., les campagnes de vaccination) sont offerts notamment par des cliniques assurant des services de première ligne, comme les centres locaux de services communautaires (CLSC), mais aussi par l'entremise des DRSP (p. ex., horaires de garde en santé publique, enquêtes de santé publique lors de signalements et de maladies à déclaration obligatoire, interventions en santé au travail) (Litvak *et al.*, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018c).

2.4 Partage des responsabilités de santé publique entre le MSSS, l'INSPQ, et les CISSS/CIUSSS

Depuis 2015, le partage des responsabilités de santé publique est décrit dans les Plans d'action thématiques tripartites (PATT). Ces responsabilités sont dites « tripartites » pour décrire le partage de responsabilités entre le MSSS, l'INSPQ et les CISSS/CIUSSS. Par exemple, en cas d'éclotions d'infections transmises sexuellement (ITS), le MSSS est responsable d'informer la population des mises à jour sur les tendances par rapport à la santé de la population; l'INSPQ fournit des connaissances scientifiques à jour sur les risques des ITS au MSSS et aux CISSS/CIUSSS; et finalement, les CISSS/CIUSSS assurent le dépistage des ITS et la distribution de matériel pour la réduction des méfaits et de la propagation (p. ex., condoms, matériel d'injection et d'inhalation) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016b).

Au sein des CISSS/CIUSSS, les DRSP ont le mandat légal de coordonner les interventions de santé publique de toute la région desservie par le CISSS/CIUSSS. Les interventions directes de santé publique, par exemple la vaccination en petite enfance, sont principalement dispensées localement par des travailleurs de la santé de première ligne (médecins, infirmières et infirmiers) au sein des CLSC (Public Health Physicians of Canada Resident Council, 2019). Ce mandat en matière de services directs de santé publique s'applique également aux centres de santé gérés par la RRSSSN et le CCSSBJ. D'autres exemples d'interventions directes de santé publique incluent des services de dépistage d'ITS, des programmes de vaccination et des services de promotion de la santé tels que des campagnes d'information contre le tabagisme. Comme indiqué dans le PATT, les programmes de dépistage des cancers sont réalisés en collaboration avec la Direction générale de cancérologie du MSSS. Selon nos informateurs clés, la majorité des coûts de dépistage des cancers ne sont pas budgétés dans le programme-services de santé publique.

2.5 Intégration, coordination intersectorielle et partenariat intergouvernemental

Des services de santé intégrés impliquent un accès fluide et facile au système de santé pour les utilisateurs, ainsi que la coordination de l'offre (des programmes, des services, des informations), de la gouvernance (comme les politiques, la gestion) et des arrangements financiers (comme les modèles et les accords de financement) entre les fournisseurs et les partenaires officiels ou non (Organisation mondiale de la Santé, 2008, 2018). Notre recherche a permis de repérer plusieurs programmes et services qui pourraient constituer des exemples d'intégration et de coordination intersectorielle au sein et au-delà des secteurs de la santé, ainsi que des partenariats intergouvernementaux visant à soutenir les systèmes de santé publique au sein des communautés autochtones.

2.5.1 PARTENARIATS INTERGOUVERNEMENTAUX POUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES

Le gouvernement fédéral est responsable de financer et/ou d'offrir des services de santé publique aux communautés issues des Premières Nations et aux communautés inuites du Québec par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada. Il a aussi délégué des pouvoirs et transféré des fonds à certaines régions régionales de la santé (comme la RRSSSN et le CCSSBJ) (Gouvernement du Canada, s. d.). Le Plan commun de surveillance de l'état de santé et de ses déterminants chez les Premières Nations du Québec, géré par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, est responsable du suivi et des sondages auprès des communautés des Premières Nations du Québec, et des activités liées à la planification, à l'évaluation et à l'intervention

(Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2019; Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, s. d.). Le Portail régional des indicateurs de la santé et du bien-être des Premières Nations du Québec (PRISME) et son système d'information sont utilisés pour mesurer et surveiller la santé et le bien-être de la population des communautés autochtones dans neuf domaines (First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission, 2016; Disant, 2020).

2.5.2 PLAN D'ACTION RÉGIONAL (PAR)/PLAN D'ACTION RÉGIONAL INTÉGRÉ (PARI)

Les DRSP coordonnent les ressources pour appliquer le Plan d'action régional (PAR)/Plan d'action régional intégré (PARI). Chaque PAR/PARI est aligné sur les objectifs du PNSP et les besoins régionaux. Un PARI est développé lorsqu'il y a plus d'un CIUSSS/CIUSSS sur le territoire d'une DRSP (Loi sur la santé publique, 2001). Par exemple, la DRSP de Montréal dispose d'un PARI détaillant 30 domaines prioritaires touchant la santé publique, en coordination avec les différents CIUSSS de l'île (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2017). Les domaines prioritaires de ce PARI portent sur : le développement des enfants et des adolescents; la promotion de modes de vie et d'environnements sains; le contrôle des maladies infectieuses; et la gestion des risques et la préparation aux situations d'urgence (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2017).

2.5.3 TABLES DE CONCERTATION NATIONALE

Les Tables de concertation nationale (TCN) servent à coordonner les efforts de santé publique entre les acteurs régionaux (les DRSP), les acteurs ministériels (DGSP) et l'INSPQ afin d'atteindre les objectifs définis dans le PNSP (Blackburn & Soucy, 2018; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016c). Sous le leadership de la TCN en santé publique (TCNSP), les cinq TCN thématiques sont responsables de coordonner les efforts sur les enjeux suivants : 1) la surveillance; 2) les maladies infectieuses; 3) la santé environnementale; 4) la santé au travail; 5) la prévention et la promotion. Il est attendu que les TCN évoluent et s'adaptent à la nouvelle structure du PNSP (renouvelé tous les dix ans) et à ses objectifs tout en maintenant la coordination entre les acteurs. Elles doivent également prendre en compte plus largement le contexte et les populations, ainsi que les réalités et les besoins locaux dans l'application du PNSP (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016c).

2.5.4 POLITIQUE GOUVERNEMENTALE DE PRÉVENTION EN SANTÉ ET SON PLAN D'ACTION INTERMINISTÉRIEL 2017-2021

En 2016, l'ancienne ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie du Québec a lancé, en collaboration avec d'autres ministères, la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2018b). Cette politique vise à promouvoir la santé et le bien-être de la population en accentuant les efforts existants, la promotion et la prévention, et en renforçant la collaboration intersectorielle. La PGPS a établi quatre orientations interreliées : 1) développer les capacités des jeunes dès leur plus jeune âge; 2) aménager des communautés et des territoires sains et sécuritaires; 3) améliorer les conditions de vie qui favorisent la santé; 4) renforcer la prévention en santé et dans les services sociaux. La PGPS adopte une approche de Santé dans toutes les politiques (« Health in All Policies ») et précise que la réduction des problèmes de santé et l'atteinte des objectifs de promotion de la santé seront possibles seulement grâce à l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

En 2018, le MSSS et le gouvernement du Québec ont publié le Plan d'action interministériel 2017-2021 de la PGPS. Le Plan d'action interministériel (PAI) constitue un dispositif visant à planifier et à structurer la mise en œuvre de la PGPS, et à réaliser ses quatre objectifs. Le PAI implique la collaboration de décideurs et de professionnels de divers ministères et organismes gouvernementaux. Selon un informateur clé, l'INSPQ, des experts et des instituts universitaires ont également joué un rôle important d'appui scientifique lors de son élaboration. Pour chacune des orientations de la PGPS, le PAI a défini des actions complémentaires spécifiques, décrivant les rôles et les responsabilités des différents acteurs de la santé publique, les échéanciers et les fonds alloués. Le PAI comprend également des mécanismes d'évaluation, de suivi et de reddition de comptes. Par exemple, sous la deuxième orientation (promouvoir des communautés saines et sécuritaires), la mesure 2.6 de la PGPS décrit l'objectif de soutenir les administrations municipales dans le développement d'environnements favorables à la santé des populations. Cette mesure vient appuyer l'analyse des effets potentiels sur la santé de la planification et du développement du territoire municipal au moyen d'évaluations d'impact sur la santé. Le PAI définit les rôles distincts joués par divers acteurs dans le cadre de cette mesure, tels que le MSSS qui agit comme autorité principale, le ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire qui agit comme principal collaborateur, ainsi que les rôles de l'INSPQ, du Réseau québécois des Villes et Villages en santé et de la DRSP, pour ne citer que quelques-uns des organismes impliqués comme partenaires clés. Au total, 2,3 millions de dollars ont été alloués à cette mesure. Globalement, le PAI a représenté un investissement de 80 millions de dollars sur quatre ans (20 millions de dollars par an) pour la réalisation de tous les objectifs de la PGPS.

3 Gouvernance

La gouvernance du système de santé publique est caractérisée par les cadres juridiques, réglementaires et politiques (p. ex., la législation, les règlements, les normes et les politiques-cadres en matière de santé publique) qui définissent les rôles et les responsabilités des principaux acteurs ainsi que la vision stratégique, la mission et les objectifs qui orientent le système de santé publique (World Health Organization, 2015). L'évaluation du rendement et des activités de santé publique est fondamentale pour déterminer si les systèmes produisent les résultats escomptés et favorisent l'amélioration continue des programmes et des services (World Health Organization, 2015).

3.1 Cadre juridique et politique en santé publique

3.1.1 LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE (2001)

La *Loi sur la santé publique (LSP)* est la principale loi qui structure la santé publique au Québec (Bernier, 2006). Elle décrit les devoirs des responsables ministériels et des autorités régionales de santé publique, et confie au MSSS le mandat d'effectuer des interventions de surveillance, de prévention et de promotion en santé publique (Loi sur la santé publique, 2001). La *LSP* définit les fonctions essentielles de santé publique de la province et les domaines d'intervention, et précise les rôles des représentants du MSSS et des DRSP (Bernier, 2006). Elle confère au gouvernement provincial le pouvoir de déclarer des urgences de santé publique, lui permettant de restreindre le déplacement des personnes au Québec, de fermer les écoles et autres établissements, d'exiger la divulgation de renseignements personnels et de mener des campagnes de vaccination (Block *et al.*, 2020). La *LSP* décrit également les responsabilités des acteurs provinciaux et régionaux (p. ex., les directrices et directeurs régionaux de santé publique) en matière de planification des services de santé publique. Finalement, elle habilite le MSSS à entreprendre une action intersectorielle pour soutenir l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé de la population, comme le prévoit l'article 54 (Bernier, 2006). Il est à noter que la *LSP* stipule que les responsabilités en ce qui concerne le maintien de la qualité de l'eau et des aliments incombent au MAPAQ et au MELCC, et non pas au MSSS.

3.1.2 ARTICLE 54 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

L'article 54 de la *Loi sur la santé publique (LSP)* est un mécanisme unique permettant de faciliter la réalisation d'évaluations d'impact sur la santé (EIS), avec l'objectif de développer des politiques publiques et des lois favorables à la santé, autant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs. En vertu de l'article 54, tous les ministères et organismes gouvernementaux sont tenus de consulter le MSSS lors de l'élaboration de lois ou de règlements pouvant avoir un impact significatif sur la santé de la population. Les projets de loi proposés par d'autres ministères et organismes gouvernementaux peuvent faire l'objet d'une EIS, entreprise par le ministère ou l'organisme proposant le projet de loi, avec l'appui du MSSS et en partenariat avec l'INSPQ (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). Dans le cadre de l'article 54, les EIS garantissent le transfert de connaissances et l'élaboration de politiques qui permettent des collaborations intersectorielles entre les acteurs de la santé publique et d'autres secteurs, tels que l'agriculture et la production alimentaire, le travail, l'environnement et les transports (St-Pierre *et al.*, 2014; St-Pierre et Mendell, 2011).

3.1.3 AUTRES LOIS RÉGISSANT LA SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC

En plus des lois mentionnées plus haut qui décrivent les rôles et responsabilités des divers acteurs de santé publique (p. ex., la *LSP*), il existe plusieurs autres lois qui balisent directement ou indirectement la santé publique au Québec. Mentionnons notamment : la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* (2015), la *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie* (2011), la *Loi médicale* (1973), le *Code des professions* (1973), le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par des diététistes* (2018), le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (2015), le *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute* (2005).

3.1.4 PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 est un cadre de référence en santé publique, d'une durée de dix ans, développé par le MSSS et ses partenaires. Le PNSP se concentre sur les fonctions essentielles de santé publique, notamment « la surveillance, la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population » (Gouvernement du Québec, 2015). Le PNSP repose sur cinq axes : un axe transversal portant sur la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, et quatre axes thématiques. Ces quatre axes thématiques sont : 1) le développement global des enfants et des jeunes; 2) l'adoption de modes de vie et d'environnements sains et sécuritaires; 3) la prévention des maladies infectieuses; 4) la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires (Gouvernement du Québec, 2015).

3.2 Rendement et évaluation

Aucun système ou cadre formel de mesure de la performance en santé publique au Québec n'a été identifié dans les documents publics consultés. Cependant, certains organismes de santé publique comme le CSBE ont des mandats spécifiques de performance et d'évaluation. De plus, notons que l'INSPQ est régulièrement sollicité pour fournir un appui scientifique concernant l'évaluation de la performance d'aspects spécifiques du système de santé publique. Par exemple, un rapport de l'INSPQ a analysé les effets de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015) sur la mise en œuvre du PNSP (Poirier *et al.*, 2019). D'autres exemples d'évaluations se trouvent sur le site Web de l'INSPQ (Institut national de santé publique du Québec, s. d.).

La PGPS est monitorée grâce à un cadre de suivi et d'évaluation préliminaire (CSEP), en concertation avec les ministères et agences gouvernementales impliqués dans la PGPS, et en collaboration avec la Direction de l'évaluation du MSSS. L'évaluation vise à examiner le niveau d'atteinte des objectifs et les aspects associés à la gouvernance intersectorielle (Gouvernement du Québec, 2019). La PGPS cherche à atteindre les objectifs suivants avant 2025 :

1. « Augmenter à 80 % la proportion d'enfants qui commencent leur scolarité sans présenter de facteur de vulnérabilité pour leur développement;
2. Faire en sorte que 90 % des municipalités de 1 000 habitants ou 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;
3. Accroître l'offre de logements abordables, sociaux et communautaires de 49 %;
4. Faire passer à 10 % la proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels;

5. Atteindre un niveau élevé de bien-être émotionnel et psychosocial chez au moins 80 % de la population;
6. Augmenter de 18 % le nombre d'aînés recevant des services de soutien à domicile;
7. Atteindre une consommation minimale de cinq fruits et légumes chaque jour chez plus de la moitié de la population;
8. Faire bondir de 20 % la proportion de jeunes âgés de 12 à 17 ans actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements;
9. Réduire de 10 % l'écart de mortalité prématurée entre les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées sur le plan socioéconomique » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018b, p. 4).

4 Financement

Dans le cadre des opérations essentielles de la santé publique, le financement réfère à « la mobilisation, l'accumulation et l'affectation des ressources pour répondre aux besoins de la population en matière de santé, individuellement et collectivement » (World Health Organization, 2015). Nous avons recherché des données accessibles au public dans les rapports budgétaires de la province et, lorsque les dépenses en santé publique n'étaient pas précisées, nous avons vérifié les états financiers des principaux acteurs de santé publique recevant un financement provincial (p. ex., les autorités provinciales et régionales de la santé).

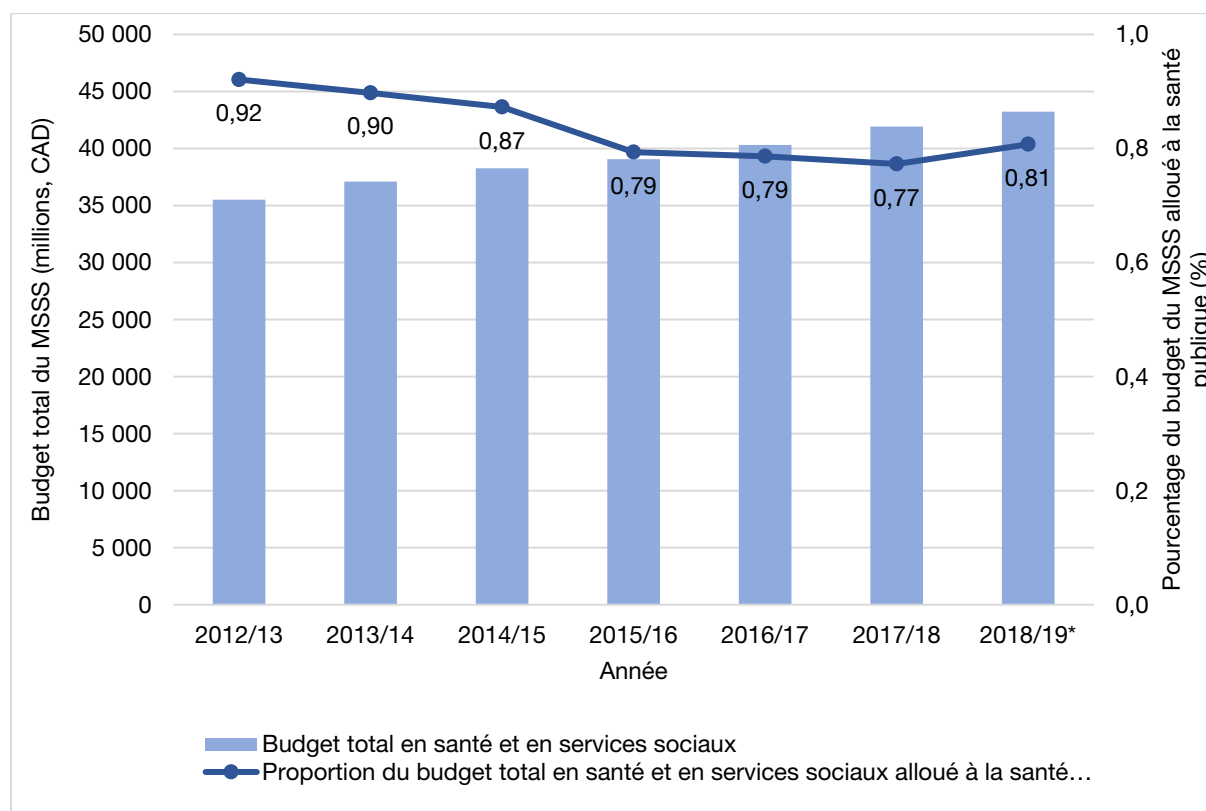
4.1 Dépenses en santé publique

Au cours de l'exercice financier 2018-2019, le budget total du MSSS était de 43,2 milliards de dollars, dont 349 millions étaient consacrés à la santé publique (0,8 % du budget total du MSSS) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020c). La figure 3 montre les dépenses en santé publique en proportion du budget total du MSSS de 2012-2013 à 2018-2019 (sept exercices financiers). Au fil du temps, la part du budget total du MSSS allouée à la santé publique a diminué, avec la plus forte baisse en 2015-2016. Cette forte diminution reflète la réorganisation du système de santé québécois en 2015 à la suite de l'application de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Celle-ci a conduit à une réduction du nombre d'établissements de santé et à la suppression d'un palier administratif, passant d'un système à trois paliers à un système à deux paliers (Quesnel-Vallée et Carter, 2018). Ce dernier changement a entraîné la fusion des agences locales de santé publique (directions) dans la couche administrative inférieure des CISSS et des CIUSSS nouvellement créés, et des coupes importantes dans les dépenses de santé publique ont suivi (Guyon et Perreault, 2016). Selon une analyse récente, en 2015-2016, les dépenses de santé publique ont été réduites de 23,5 millions de dollars, ce qui représente une variation de 7,1 % par rapport à l'exercice précédent (Fiset-Laniel *et al.*, 2020). Cette diminution a entraîné des réductions budgétaires de l'ordre de 30 % dans les DRSP (Poirier *et al.*, 2019).

Les fonds alloués à la santé publique s'inscrivent principalement dans la structure comptable des programmes-services et des programmes-soutien du MSSS. Les programmes-services sont des groupes de services fournis par des professionnels de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population et aux besoins spécifiques des sous-groupes de la population (Fiset-Laniel *et al.*, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Les programmes-soutien sont des activités liées au soutien administratif (p. ex., la gestion organisationnelle) et technique (p. ex., l'informatique, l'entretien des équipements) sur lesquelles s'appuient les programmes-services (Fiset-Laniel *et al.*, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Le MSSS alloue des fonds à neuf programmes-services et à trois programmes-soutien (Fiset-Laniel *et al.*, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Les services de santé publique des CISSS/CIUSSS inscrits au PNSP, au PATT et au PAR/PARI sont financés par le budget du programme-services de santé publique (Fiset-Laniel *et al.*, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Au cours de l'exercice financier 2018-2019, le budget total du MSSS alloué aux programmes-services et aux programmes-soutien était de 24,3 milliards de dollars (56 % du budget total du MSSS). Ce budget était beaucoup plus important que les fonds du MSSS alloués à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui finance les médecins et le régime public d'assurance médicaments. En 2018-2019, le budget de la RAMQ était de 12,5 milliards de dollars; de cette somme, environ 64 % (7,8 milliards) ont été dépensés pour les médecins et 29 % (3,5 milliards) ont été consacrés aux produits pharmaceutiques (Régie de l'assurance maladie du Québec, s. d.).

La figure 3 montre le budget des programmes-services et des programmes-soutien alloué à la santé publique et à d'autres programmes. Pour l'exercice financier 2018-2019, les dépenses en santé publique représentaient 1,4 % du budget total des programmes-services et des programmes-soutien (24,3 milliards de dollars) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020c). Il s'agissait de l'une des plus petites allocations de tous les programmes-services et programmes-soutien. À des fins de comparaison, la santé physique (37,1 %, 9 milliards de dollars) et le soutien aux personnes âgées (16,3 %, 4 milliards de dollars) ont reçu les parts les plus importantes du budget total des programmes-services et des programmes-soutien.

Figure 3 Dépenses en santé publique, MSSS, année fiscale 2011-2012 à 2018-2019 (en millions de dollars canadiens)



Notes : Les dépenses réelles proviennent des sections 1.2 et 2.6 des contours financiers du MSSS (McCann, 2019; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015a, 2016a, 2017, 2018a, 2020a); les dépenses ne sont pas ajustées pour l'inflation; *dépenses estimées.

Chaque région sociosanitaire reçoit des fonds pour les programmes-services et les programmes-soutien qui reflètent la structure comptable présentée dans le tableau 1. Toutefois, il existe une variation régionale dans l'allocation du budget total des programmes-services et des programmes-soutien en santé publique, comme le montre le tableau 2. Par exemple, une proportion plus élevée des dépenses totales des programmes-services et des programmes-soutien est allouée à la santé publique dans le Nord-du-Québec (10) et au Nunavik (17) (4,4 % et 4,6 %, respectivement), comparativement à d'autres régions comme Montréal (06) et Québec (03) (respectivement 1,1 % et 1,2 %). Ces parts ne reflètent pas des montants absolus d'allocations ni de dépenses par habitant, mais simplement des allocations budgétaires régionales (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020d). Depuis 2013 (c.-à-d., depuis que les premiers rapports financiers sont publiés par région), les plus fortes augmentations des dépenses du programme-services de santé publique, par

rapport aux dépenses de programmes-services totales, ont été observées dans les régions du Nunavik (225,1 %) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (45,4 %), tandis que les baisses les plus importantes des dépenses de santé publique ont été observées en Montérégie (-15,2 %)² et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (-13,2 %) (données non présentées).

Tableau 1 Dépenses des programmes-services et des programmes-soutien du MSSS, pour l'année se terminant le 31 mars 2019 (en millions de dollars canadiens)

	Dépenses du programme (\$)	Pourcentage du total (%)
Programmes-services		
Santé physique	9 012,7	37,1
Soutien aux aînés	3 965,9	16,3
Santé mentale	1 444,4	5,9
Jeunes en difficulté	1 408,3	5,8
Déficience intellectuelle et TSA	1 100,4	4,5
Services généraux	1 008,1	4,1
Soutien à l'autonomie	711,2	2,9
Santé publique	349,8	1,4
Dépendances	134,9	0,6
Programmes-soutien		
Gestion des bâtiments	1 854,6	7,6
Soutien aux services	1 763,6	7,3
Administration	1 561,6	6,4
Total des programmes-services et des programmes-soutien	24 315,8	100,0
Total MSSS	43 200,0	

Note : Ce tableau est adapté des rapports annuels du MSSS (AS-471); les estimations sont soumises au MSSS par les CISSS/CIUSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020e).

² Ces diminutions peuvent être attribuées en partie à la réforme du système de santé de 2015 qui a, entre autres, réduit le nombre de sous-régions en Montérégie pour passer de 13 à 11. Les deux régions retirées font maintenant partie de la région de l'Estrie.

Tableau 2 Dépenses du programme-services de santé publique par région sociosanitaire en 2018-2019 (en millions de dollars canadiens)

Régions sociosanitaires	2018-2019		
	Dépenses totales par DRSP (\$)	Dépenses du programme-services de santé publique \$	% dépenses totales
01 Bas-Saint-Laurent	662,1	9,8	1,5
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	866,6	14,5	1,7
03 Capitale-Nationale	2 619,0	30,3	1,2
04 Mauricie-et-Centre-du-Québec	1 435,5	24,3	1,7
05 Estrie	1 365,8	20,2	1,5
06 Montréal	7 921,3	84,0	1,1
07 Outaouais	854,2	16,0	1,9
08 Abitibi-Témiscamingue	481,8	9,5	2,0
09 Côte-Nord	353,5	8,2	2,3
10 Nord-du-Québec	62,8	2,8	4,4
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	353,5	7,4	2,1
12 Chaudière-Appalaches	1 005,3	15,9	1,6
13 Laval	897,5	13,2	1,5
14 Lanaudière	946,6	18,4	1,9
15 Laurentides	1 158,7	18,7	1,6
16 Montérégie	2 790,9	41,8	1,5
17 Nunavik	283,3	12,9	4,6
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	257,5	2,1	0,8
TOTAL	24 315,8	349,8	1,4

Note : Ce tableau adapté des rapports financiers annuels du MSSS (AS-471); les estimations sont soumises au MSSS par les CISSS/CIUSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020c).

L'allocation des ressources du MSSS pour les programmes-services et les programmes-soutien a traditionnellement été basée sur des budgets historiques (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Le MSSS avait auparavant l'intention d'intégrer les caractéristiques de la santé de la population, de la sociodémographie et des besoins en termes de services dans les décisions liées à l'allocation des ressources (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Plus récemment, le réseau de santé publique a utilisé une formule de « coûts normés » pour cerner toutes les dépenses associées à la mise à jour du PNSP par région. L'exercice a été fait avec l'ancien PNSP 2003-2012. Les rapports financiers des CISSS/CIUSSS et ceux de la RRSSSN et du CCSSBJ indiquent que les organisations offrant des services et des programmes de santé publique sont largement financées par des

subventions globales du MSSS (Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, 2018; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019a, 2019b; Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 2018).

Il est important de noter que les estimations budgétaires décrites plus haut ne prennent pas en compte toutes les dépenses de santé publique. Le budget des programmes-services et des programmes-soutien ne comprend pas les fonds alloués à la DGSP, à l'INSPQ et à l'INESSS ni les salaires et honoraires des médecins et des dentistes de santé publique payés par la RAMQ. De plus, il exclut le service de la dette, les activités financières liées aux régimes de retraite ainsi que les fonds destinés aux organismes communautaires financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) (Fiset-Laniel *et al.*, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020c). Les rapports financiers des CISSS/CIUSSS indiquent que certains fonds remis aux organismes communautaires ayant des missions de santé publique peuvent provenir du programme-services de santé publique. Toutefois, ces fonds ne sont pas destinés aux opérations financées par le PSOC (Centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] de Laval, 2020; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS] du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2020).

Une revue des rapports budgétaires annuels des organismes de santé publique peut fournir des données sur les fonds publics alloués à ces organismes. Selon les états financiers du 31 mars 2019, les dépenses de fonctionnement de l'INSPQ totalisaient environ 72,7 millions de dollars (Institut national de santé publique du Québec, 2019b). Environ 86 % des dépenses (62,5 millions de dollars) sont financées par des revenus de subventions non précisées du gouvernement provincial (Institut national de santé publique du Québec, 2019b). Des revenus supplémentaires proviennent de la vente de services (9,4 millions de dollars), du gouvernement fédéral (2 millions de dollars) et d'autres sources (1,7 million de dollars) (Institut national de santé publique du Québec, 2019b). Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour connaître l'évolution du budget de l'INSPQ avant et depuis la réforme du système de la santé et des services sociaux de 2015, ainsi que la mesure dans laquelle les dépenses de l'INESSS et de la RAMQ peuvent être classées dans les dépenses de santé publique.

5 Ressources humaines en santé publique

Les ressources humaines essentielles en santé publique comprennent « l'ensemble des employés participant à des activités de santé publique et qui considèrent la santé publique comme la partie principale de leur rôle » (Rechel, Maresso *et al.*, 2018). Cela exclut les professionnels comme les sages-femmes, les pharmaciens communautaires ou les médecins de famille, qui peuvent faire la promotion de la santé publique, mais dont ce n'est pas la tâche principale. Cette section détaille la taille et la composition de la main-d'œuvre, ainsi que les stratégies de recrutement et de rétention de personnel en santé publique au Québec.

5.1 Taille, composition, recrutement et maintien en poste

5.1.1 MAIN-D'ŒUVRE À LA DGSP ET À L'INSPQ

Le nombre d'employés dans des organismes tels que la DGSP et l'INSPQ est rapporté dans les rapports de gestion annuels de ces institutions (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020f). Par exemple, en 2019-2020, la DGSP comptait 110 employés et cinq médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020f). L'INSPQ était constitué de 685 employés, incluant les effectifs du LSPQ (Institut national de santé publique du Québec, 2020).

5.1.2 MAIN-D'ŒUVRE DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LES CISSS/CIUSSS

Il ne nous a pas été possible de repérer des informations détaillées sur le nombre et le type de professionnels de la santé publique travaillant au sein des CISSS/CIUSSS dans les documents publics consultés. Cependant, le nombre d'heures travaillées par le personnel-cadre et non-cadre est rapporté dans chaque rapport financier annuel des CISSS/CIUSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019a). En croisant ces données avec les données présentées dans les rapports annuels de chaque organisation, il serait possible d'estimer grossièrement la proportion de la main-d'œuvre du CISSS/CIUSSS consacrée à la santé publique, et le nombre d'employés équivalent temps complet qui soutiennent la planification et la prestation des services de santé publique au niveau local.

Différents régimes de rémunération sont conçus pour chaque type de professionnel de la santé publique dans un CISSS/CIUSSS. Les infirmières et infirmiers en santé publique, les hygiénistes dentaires, les nutritionnistes, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux ont tous des pratiques quasi exclusives en santé publique et sont rémunérés en salaire. À moins d'avoir un poste de gestion, les médecins de santé publique et les dentistes sont généralement des travailleurs autonomes qui sont rémunérés à l'acte par la RAMQ. Ils relèvent du Département clinique de santé publique du CISSS/CIUSSS.

5.1.3 MÉDECINS DE SANTÉ PUBLIQUE

Parmi les professions réglementées, la base de données médicales Scott's indique qu'entre 2010 et 2018, le nombre de médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive travaillant au Québec a augmenté d'environ 6 %, passant de 189 à 201 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Ces médecins détiennent le statut officiel de médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive après une résidence clinique et universitaire de cinq ans. Ce titre est décerné par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou par le Collège des médecins du Québec. Selon un informateur clé, d'autres médecins œuvrent en santé publique, mais ne sont pas

catégorisés comme des médecins spécialistes en santé publique. De ce fait, ils ne sont pas comptabilisés dans la catégorie des médecins spécialistes en santé publique de la base de données médicales Scott's ni dans le tableau des effectifs spécialisés en santé publique au Québec détaillés dans les Plans d'effectifs médicaux (PEM) annuels.

Au Québec, contrairement aux autres provinces, l'endroit où les médecins peuvent exercer est déterminé par le gouvernement provincial. Les médecins de famille doivent être inscrits à un Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) alors que les médecins spécialistes doivent être inscrits à un PEM en spécialité. L'inscription à un PREM ou à un PEM garantit un contrat aux médecins, ainsi que des paiements de la RAMQ pour les services offerts (Public Health Physicians of Canada, 2019). Créés en 1997, le PREM et le PEM déterminent la répartition des médecins dans chaque spécialité en fonction des besoins de santé estimés par le MSSS (selon la densité et les caractéristiques de la population) de toutes les régions du Québec. Un médecin ne peut postuler pour travailler dans une région où tous les PREM de sa spécialité sont occupés, et ce, afin d'assurer une répartition équilibrée des médecins dans les régions du Québec et de favoriser un accès équitable aux soins (Public Health Physicians of Canada, 2019). Le PEM prévoyait que 200 médecins spécialistes en santé publique seraient requis pour 2022 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022).

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2019). *Surveillance de l'état de santé et de ses déterminants*.

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. (2018). *Rapport annuel du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James* (63 p.). Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

<https://www.creehealth.org/sites/default/files/CCSSSBJ%20RA%202017-2018%20FINAL%20FR.pdf>

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. (s. d.). *Notre mission*.

<https://www.creehealth.org/fr/about-us/our-mission>

Direction de santé publique de la Montérégie. (2016). *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* (p. 76). Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre.

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3858/PAR-VF.pdf>

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ministère de la Santé et Services sociaux Québec.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-216-01.pdf>

Disant, M.-J. (2020). *La surveillance de l'état de santé et de ses déterminants, par et pour les Premières Nations*.

<https://www.webdepot.umontreal.ca/Usagers/dufaude/MonDepotPublic/S%C3%A9minaires%20surveillance%20%C3%A9pid%C3%A9miologique/Se%CC%81minaire%20en%20surveillance%20e%CC%81pide%CC%81miologique%20-%2015%20janvier%202020.pdf?uniq=-wwnhib>

Fafard, P., McNena, B., Suszek, A. et Hoffman, S. J. (2018). Contested roles of Canada's Chief Medical Officers of Health. *Canadian Journal of Public Health*, 109, 585-589.

<https://doi.org/10.17269/s41997-018-0080-3>

First Nations of Québec and Labrador Health and Social Services Commission. (2016). *Health Indicators and Their Determinants*. Québec First Nations Regional Portal of Health and Wellness Indicators.

Fiset-Laniel, J., Guyon, A., Perreault, R. et Strumpf, E. C. (2020). Public health investments: Neglect or wilful omission? Historical trends in Quebec and implications for Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 1-6. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00342-1>

Gouvernement du Québec. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Consulté en ligne le 23 juillet 2020 : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012*.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-216-01.pdf>

Gouvernement du Québec. (2019). *Évaluation des interventions interministérielles : guide d'accompagnement*.

https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/guide_evaluation_interventions_interministerielles.pdf

Gouvernement du Québec. (s. d.). Ministère de la Santé et des Services sociaux.

<https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/>

Gouvernement du Canada. (s. d.). *Directeurs exécutifs régionaux de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1585423776975/1585423796964>

Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *Base de données médicales Scott's (BDMS)*. Main-d'œuvre de la santé. <https://www.cihi.ca/fr/main-doeuvre-de-la-sante>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (s. d.- a). *Mission-Visions-Valeurs*. <https://www.inesss.qc.ca/a-propos/mission-vision-valeurs.html>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (s. d.- b). *INESSS : plan du site*. <https://www.inesss.qc.ca/plan-du-site.html>

Institut national de santé publique Québec. (s. d.). *Le soutien à l'évaluation des programmes et interventions de santé publique*. <https://www.inspq.qc.ca/programmation-2017-2020/soutien-l-evaluation-programmes-interventions-sante-publique>

Institut national de santé publique du Québec. (2019a). *Plan stratégique 2019-2022 : pour une prise de position éclairée en faveur de la prévention* (32 p.). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2592_plan_strategique_2019_2022.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2019b). *Rapport annuel de gestion 2018-2019* (92 p.). Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2568_rapport_annuel_gestion_2018_2019.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Rapport annuel de gestion 2019-2020*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2688_rapport_annuel_gestion_2019_2020.pdf

Litvak, E., Dufour, R., Leblanc, É., Kaiser, D., Mercure, S.-A., Nguyen, C. T. et Thibeault, L. (2020). Making sense of what exactly public health does: A typology of public health interventions. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 111(1), 65-71. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00268-3>

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ c O-7.2 (2015). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2/>

Loi sur la santé et la sécurité du travail, RLRQ c S-2.1. (1979). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.1>

Loi sur la santé et la sécurité du travail. (1980). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.1>

Loi sur la santé publique. (2001). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.2>

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. (1970). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/M-19.2?&cible>

Loi sur les services de santé et les services sociaux. (1991). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, RLRQ c S-5. (1991). <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-s-5/derniere/rlrq-c-s-5.html>

- Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, RLRQ c C-32.1.1. (2005). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-32.1.1>
- Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. (2005). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-8.1>
- Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec. (1998). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/i-13.1.1>
- Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2005). <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-13.03>
- McCann, D. (2019). *Comptes de la santé 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019*. 48.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (s. d.-a). *Organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux - 27 septembre 2021*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/ORG_organigramme_MSSS_01.pdf?1586714081
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (s. d.-b). *L'organisation et ses engagements : mission et mandats*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Guide pratique : évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-245-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). *Comptes de la santé 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016a). *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016b). *Programme national de santé publique 2021-2025, plans d'action thématiques tripartites – pour améliorer la santé de la population du Québec*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Comptes de la santé 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018a). *Comptes de la santé 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018b). *Plan d'action interministériel 2017-2021*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018c). *Établissements de santé et de services sociaux – Santé et Services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/#clsc>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019a). *Rapport financier annuel : année financière terminée le 31 mars 2019. Nom de l'établissement : CISSS du Bas-Saint-Laurent*. Gouvernement du Québec. https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/rapportfinancier_2018-2019.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019b). *Rapport financier annuel : année financière terminée le 31 mars 2019. Nom de l'établissement : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*. Gouvernement du Québec. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscssmtl/files/media/document/2018_2019_FormulaireAS_47_1.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019c, 15 mars). *Système de santé et de services sociaux en bref. Gouvernance et organisation des services*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/gouvernance-et-organisation-des-services/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020a). *Ententes de gestion et d'imputabilité 2019-2020 – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002439/?&date=DESC>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020b). *Régions sociosanitaires du Québec*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/cartes/ Carte_RSS_du_Quebec_2020.png
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020c). *Comptes de la santé — 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020*. Gouvernement du Québec. <http://www.deslibris.ca/ID/10103629>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020d). *Rapports financiers annuels des établissements — Dépenses par programme et par région : 2013-2014 — 2018-2019*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020e). *Rapports financiers annuels des établissements — Dépenses par programme et centre d'activités : 2018-19*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020f). *Rapport annuel 2019-2020*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec. (2019). *Inspection des aliments*. Gouvernement du Québec. <https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Consommation/guideconsommateur/inspection/Pages/Inspection.aspx>
- Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. (2019). *L'organisation et ses engagements : mission, vision et valeurs*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/environnement/mission-et-mandats/>
- Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. (2020). *L'organisation et ses engagements : lois et règlements*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/environnement/lois-et-reglements/>

- Parti libéral du Québec (PLQ). (2018, 5 mars). *Politique gouvernementale de prévention en santé : une concertation sans précédent*. Parti libéral du Québec [PLQ]. <https://plq.org/fr/communiqués/80-m-plan-daction-interministeriel/>
- Poirier, L.-R., Pineault, R., Gutiérrez, M., Vien, L.-P. et Morisset, J. (2019). *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance* (64 p.). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552_evaluation_gouvernance_programme_national_sante_publique_2015_2025.pdf
- Public Health Physicians of Canada Resident Council. (2019). *Public Health Systems in Canada* (38p.). Public Health Physicians of Canada Resident Council. <http://www.phpc-mspc.ca/resources/Documents/Respository/PHSC-8Jun20.pdf>
- Quesnel-Vallée, A. et Carter, R. (2018). Improving Accessibility to Services and Increasing Efficiency Through Merger and Centralization in Québec. *Health Reform Observer – Observatoire des réformes de santé*, 6(1). <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v6i1.3216>
- Rechel, B., Jakubowski, E., McKee, M., & Nolte, E. (2018). *Organization and financing of public health services in Europe*. WHO Regional Office Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/organization-and-financing-of-public-health-services-in-europe-country-reports-2018>
- Rechel, B., Maresso, A., Sagan, A., Hernandez-Quevedo, C., Williams, G., Richardson, E., Jakubowski, E., & Nolte, E. (2018). *Organization and financing of public health services in Europe: Country reports*. WHO Regional Office Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (s. d.). *À propos*. <https://nrhss.ca/fr/la-rrssn/%C3%A0-propos>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2018). *Rapport annuel 2017/2018*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. https://nrhss.ca/sites/default/files/Annual_Report_2018_FR.pdf
- Réseau de santé publique en santé au travail. (s. d.-a). *Les services offerts*. http://www.santeautravail.qc.ca/le-reseau/services?p_p_auth=1DeLX7dm&p_p_id=49&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view
- Réseau de santé publique en santé au travail. (s. d.-b). *Mission, vision et valeurs*. Consulté en ligne le 30 juin 2021 : https://www.santeautravail.qc.ca/le-reseau/mission-vision-valeurs?p_p_auth=d9jhW7SP&p_p_id=49&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_count=4
- Réseau de santé publique en santé au travail. (s. d.-c). *Cadre légal en santé au travail*. https://www.santeautravail.qc.ca/le-reseau/lois?p_p_auth=JdgzDB6r&p_p_id=49&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_count=4
- Réseau pancanadien de santé publique. (s. d.). *Compilation des initiatives*. Compilation des initiatives. <http://www.phn-rsp.ca/thcpr-vcpsre-2013/compilation-fra.php#qc>

- Ricciardi, W., Lamata, F., Lehtonen, L., Marušič, D., McKee, M. et Barros, P. P. (2016). *Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH), Report on Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects* (108 p.). European Union. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/013_healthpolicyreforms_reform_effects_en.pdf
- St-Pierre, L., Lamarre, M.-C. et Simos, J. (2014). L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) : une démarche intersectorielle pour l'action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. *Global Health Promotion*, 21, 7-14. <https://doi.org/10.1177/1757975914522667>
- St-Pierre, L. et Mendell, A. (2011). *Implantation de l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) au Canada : le projet pilote ÉIS en Montérégie, Québec*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/limplantation-de-leis-au-canada-le-projet-pilote-eis-en-monteregie-quebec/>
- Santé Montréal. (2016). *La directrice : mandat légal*. <https://santemontreal.qc.ca/en/professionnels/drsp/la-directrice/mandat-legal/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). Services de santé intégrés : Lesquels et pourquoi? (Dossier technique no 1). Organisation mondiale de la Santé. <http://digicollection.org/hss/documents/s16532f/s16532f.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020a, 11 mars). *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020*. <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020b, 29 juin). *Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19*. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- World Health Organization. (2015). *Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region*. World Health Organization Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/281700/Self-assessment-tool-evaluation-essential-public-health-operations.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2018). *Technical series on primary health care: Integrating health services* (p. 16). World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf?sfvrsn=bfb4059_2&ua=1

Découvrez
toute la série à
ccnpps.ca

