

**Santé  
Services  
Sociaux**

# **Synthèse du système de santé et de services sociaux au Québec**

Avril 2026

Cette publication a été réalisée par le Bureau du sous-ministre et secrétariat général en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : [publications.msss.gouv.qc.ca](http://publications.msss.gouv.qc.ca)

Pour plus d'information : [Quebec.ca/gouv/sante-services-sociaux](http://Quebec.ca/gouv/sante-services-sociaux)

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-92021-2 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2026

**MISE À JOUR RÉDIGÉE PAR**

Katherine Beaudoin, coordinatrice de l'équipe de la coordination interne, Bureau du sous-ministre et secrétariat général, ministère de la Santé et des Services sociaux

Frédéric Gagné, conseiller en gestion intégrée des risques et en veille stratégique, Sous-ministériat à la performance, ministère de la Santé et des Services sociaux

**SOUS LA COORDINATION DE**

Katherine Beaudoin, coordonnatrice de l'équipe de la coordination interne, Bureau du sous-ministre et secrétariat général, ministère de la Santé et des Services sociaux

Julien Sirois, directeur de la gouvernance et de l'accès à l'information, Bureau du sous-ministre et secrétariat général, ministère de la Santé et des Services sociaux

**AVEC LA COLLABORATION DE**

Caroline Boudreau, conseillère et adjointe exécutive, Sous-ministériat aux services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Maude Gagnon, avocate, Sous-ministériat des affaires juridiques, ministère de la Justice

Amélie Juhel, conseillère, Sous-ministériat à la performance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Nicholas Martin, analyste et conseiller en information de gestion, Sous-ministériat à la performance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Éric Roy, coordonnateur et expert en gestion axée sur les résultats, Sous-ministériat à la performance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Priscilla Taché, conseillère en développement et suivi plans d'action, Sous-ministériat à la performance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Wenda Trevil, conseillère, Bureau du sous-ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux

**SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE**

Manon Gardner, adjointe administrative à la coordination interne, Bureau du sous-ministre et secrétariat général, ministère de la Santé et des Services sociaux

**RÉVISION LINGUISTIQUE**

Mathieu Simoneau, rédacteur stratégique, ministère de la Santé et des Services sociaux

# Table des matières

Présentation du système de santé et de services sociaux au Québec .....	1
Structure du système de santé et de services sociaux .....	2
Structure publique .....	3
Répartition des établissements publics .....	4
Régions sociosanitaires et territoires de réseaux locaux de services .....	7
Secteur privé.....	8
Régimes d'assurance.....	9
Ressources financières du système de santé et de services sociaux.....	10
Financement des services .....	10
Dépenses de santé.....	10
Mission du ministère de la Santé et des Services sociaux .....	13
Responsabilité de la ou du ministre .....	14
Organismes liés au ministère de la Santé et des Services sociaux.....	16
Organismes relevant de la ou du ministre .....	16
Comités consultatifs.....	18
Responsabilités de Santé Québec .....	19
Conseil d'administration de Santé Québec.....	20
Conseil d'administration d'établissement .....	20
Responsabilités des PDG des établissements territoriaux .....	20
Partenaires principaux d'un établissement territorial .....	21
Programmes-services et programmes-soutien.....	23
L'état de la santé du Québec.....	23
Espérance de vie .....	23
Inégalités sociales.....	24
Enfance – Développement .....	24
Enfance – Violence .....	24
Adolescence – Habitudes de vie .....	24
Adolescence – Dépendances .....	25
Adolescence – Violence .....	25
Adolescence – Santé mentale .....	25

Adolescence – Santé sexuelle .....	25
Adolescence – Décès .....	25
Maladies chroniques et santé physique .....	25
Maladie d’Alzheimer et autres troubles neurocognitifs .....	26
Cancer .....	27
Adultes – Dépendances .....	27
Adultes – Violence conjugale.....	27
Adultes – Santé mentale .....	27
Adultes – Itinérance .....	27
Adultes – Santé sexuelle .....	27
Violence .....	28
Vieillesse .....	28
Personnes âgées – Maladies chroniques .....	28
Personnes âgées – Violence .....	28
Premières Nations et Inuit.....	29
Changements climatiques .....	29
Rapport du directeur national de santé publique 2024 .....	29
ANNEXE 1 – Historique du réseau de la santé et des services sociaux.....	30
ANNEXE 2 – Liste des établissements territoriaux et des établissements desservant une population nordique et autochtone.....	34
ANNEXE 3 – Exemples de politiques et de plans d’action gouvernementaux ou ministériels en matière de santé et de bien-être .....	35
ANNEXE 4 – Webographie.....	40

## Liste des tableaux

Tableau 1 Dépenses de santé comparatives, Québec et Canada, 2024 <sup>1</sup> .....	10
Tableau 2 Dépenses publiques et privées de santé par habitant, en dollars courants, Québec, de 1975 à 2024 <sup>2</sup> .....	11
Tableau 3 Évolution de l'effectif en emploi au 31 mars du réseau de la santé et des services sociaux .....	11
Tableau 4 Évolution de l'effectif en emploi au 31 mars du réseau de la santé et des services sociaux par catégorie de personnel .....	12
Tableau 5 Répartition de l'effectif en emploi au 31 mars 2024 du réseau de la santé et des services sociaux par région sociosanitaire .....	13
Tableau 6 L'espérance de vie à la naissance augmente et l'écart entre les sexes diminue .....	23
Tableau 7 Hausse de la proportion de personnes atteintes d'obésité* .....	26

## Liste des figures

Figure 1 Structure du système de santé et de services sociaux .....	2
Figure 2 Établissements publics.....	6
Figure 3 Régions sociosanitaires .....	7
Figure 4 Représentation des subdivisions des territoires sociosanitaires (RSSS, RTS, RLS, CLSC).....	8
Figure 5 Partenaires principaux d'un établissement territorial .....	22

# Présentation du système de santé et de services sociaux au Québec

Le système de santé et de services sociaux, tel que nous le connaissons, a été institué en 1971 à la suite de l'adoption de la première *Loi sur les services de santé et les services sociaux* par l'Assemblée nationale du Québec. Le système québécois est public, c'est-à-dire que l'État agit comme principal assureur et administrateur.

Les services de santé et les services sociaux visent à favoriser l'amélioration, le maintien et le recouvrement de la santé physique, mentale et psychosociale et du bien-être des personnes ainsi que la prévention de leur détérioration, entre autres en agissant sur des déterminants de la santé et du bien-être.

Ils visent également à favoriser l'adaptation et la réadaptation des personnes, de même que leur intégration ou leur réintégration sociale.

Enfin, les services de santé et les services sociaux visent à atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être entre les différents groupes de la population et les différentes régions.

Depuis sa création, la structure du système de santé et de services sociaux a subi plusieurs changements. Un historique sommaire présente les principales transformations du système de santé et de services sociaux.

Ce document présente brièvement l'ensemble du système et du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Il s'adresse autant au personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qu'à celui du RSSS, à la population québécoise, ainsi qu'à toute personne désirant venir s'établir temporairement ou de manière permanente au Québec.

Ce document aborde succinctement la structure actuelle du système de santé, le régime d'assurance, le financement des services, la gouvernance et l'organisation des services, l'état de santé et du bien-être de la population québécoise ainsi que les politiques et plans d'action gouvernementaux ou ministériels.

## Structure du système de santé et de services sociaux

La structure du système de santé et de services sociaux québécois et du RSSS, à l'instar d'autres autorités comparables, a subi de nombreuses modifications depuis sa création. Depuis l'entrée en vigueur de la majorité des articles de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS) le 1<sup>er</sup> décembre 2024, le système de santé et de services sociaux est structuré comme suit :

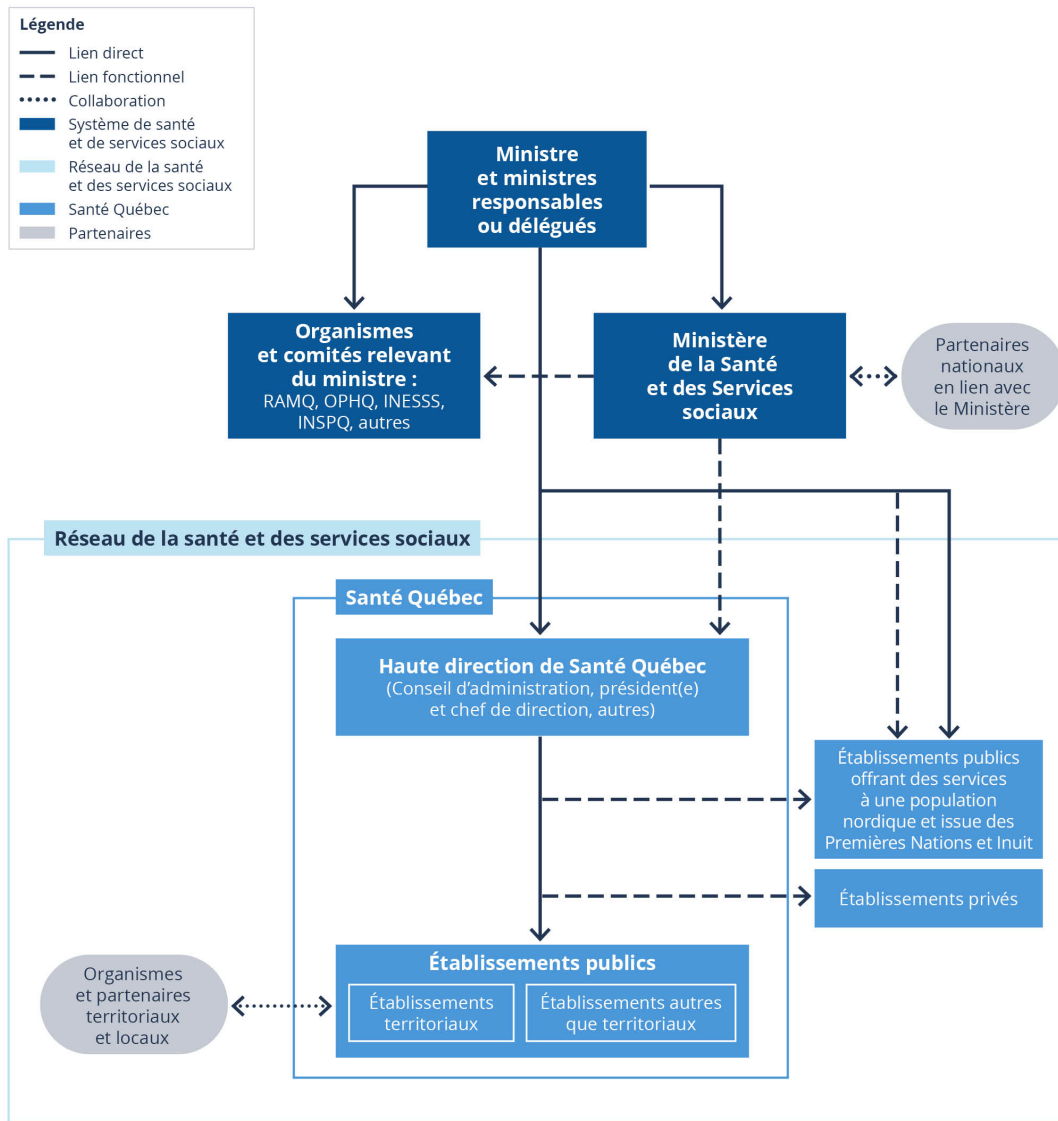


Figure 1 Structure du système de santé et de services sociaux

## Structure publique

La structure de gouvernance a deux principaux paliers de gestion, soit le MSSS et Santé Québec. Cette dernière organisation a commencé ses opérations le 6 mai 2024, au moment de sa création.

L'ensemble des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ainsi que le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSSBJ) sont devenus, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2024, des unités administratives de Santé Québec et sont désignés comme étant des **établissements territoriaux**. Il est possible de consulter la liste des établissements territoriaux à l'annexe 2.

Les établissements non fusionnés au sens 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* (LMRSSS) ont également été intégrés à Santé Québec et sont devenus des unités administratives sous la désignation **établissement autre que territorial**. Nous y retrouvons notamment certains centres hospitaliers et instituts universitaires et l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Il existe aussi des établissements appelés **établissements regroupés**, qui sont des établissements publics qui ne sont pas formellement intégrés à Santé Québec. Ils sont malgré tout rattachés à un établissement de Santé Québec déterminé par la ou le ministre de la Santé et administrés par le conseil d'administration de Santé Québec. Ces établissements regroupés fournissent un ensemble de services de santé et de services sociaux déterminés par le conseil d'administration de Santé Québec, à l'exception de services de protection de la jeunesse.

### Spécificités d'un établissement regroupé :

- il est rattaché à un établissement de Santé Québec et a la même structure organisationnelle que ce dernier;
- la ou le PDG de l'établissement de Santé Québec, ses dirigeantes et dirigeants principaux, les conseils, les instances et les comités, à l'exception des comités des usagères et des usagers, des résidentes et des résidents et consultatifs, exercent les mêmes fonctions et responsabilités à l'égard de l'établissement regroupé;
- l'établissement de Santé Québec fournit le personnel et les autres ressources nécessaires aux activités de l'établissement regroupé;
- le conseil d'administration de Santé Québec administre les affaires de l'établissement regroupé.

Quatre établissements publics desservant les territoires des populations nordiques et autochtones – le Centre de santé Inuulitsivik, le Centre de santé Tulattavik de l’Ungava, le CLSC Naskapi et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James — restent autonomes et ne sont pas intégrés à Santé Québec. Les deux premiers sont administrés par une instance régionale, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, qui a maintenu son indépendance au fil des fusions prévues par la LMRSSS et la LGSSSS. Le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James assume également une fonction d’instance régionale en plus de celle d’établissement. La LGSSSS ne s’applique pas à ces instances régionales et aux établissements nordiques autochtones.

## Répartition des établissements publics

Le RSSS est composé de 51 établissements publics, soit :

- 23 établissements territoriaux, dont le CRSSSBJ;
- 7 établissements autres que territoriaux :
  - Centre hospitalier de l’Université de Montréal;
  - CHU Sainte-Justine (Centre hospitalier universitaire mère-enfant);
  - Centre universitaire de santé McGill;
  - CHU de Québec – Université Laval;
  - Institut de cardiologie de Montréal;
  - Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel;
  - Institut universitaire de cardiologie et de pneumonie de Québec – Université Laval;
- 17 établissements regroupés :
  - Hôpital Jeffrey Hale – Saint Brigid’s;
  - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l’Estrie;
  - Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke;
  - Institut universitaire en santé mentale Douglas;
  - Centre de soins prolongés Grace Dart;
  - Centre hospitalier de St. Mary;
  - Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis;
  - Centre Miriam;
  - CHSLD juif de Montréal;
  - Hôpital Mont Sinaï;
  - Corporation du centre hospitalier gériatrique Maimonides;
  - Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay;

- Hôpital chinois de Montréal (1963);
- Hôpital Santa Cabrini;
- Hôpital juif de réadaptation;
- Résidence de Lachute;
- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent;
- 4 établissements desservant une population nordique et autochtone qui ne sont pas intégrés à Santé Québec :
  - Centre de santé Inuulitsivik;
  - Centre de santé Tulattavik de l'Ungava;
  - CLSC Naskapi;
  - Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Chaque établissement territorial doit minimalement offrir ces services:

- les services communautaires locaux;
- les services hospitaliers;
- les services d'hébergement et de soins de longue durée.

Un établissement autre que territorial exerce au moins les activités nécessaires à la prestation de services hospitaliers. Il ne peut offrir de services communautaires locaux ni de services de protection de la jeunesse.

Tout établissement public peut offrir ces services afin de répondre aux besoins de sa population. Les lieux où sont offerts les services (installations) sont désignés par ces appellations:

- les services communautaires locaux : centre local de services communautaires (CLSC);
- les services hospitaliers : centre hospitalier (CH);
- les services d'hébergement et de soins de longue durée : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- les services de protection de la jeunesse : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- les services de réadaptation : centre de réadaptation (CR).

Le 30 juin 2025, 1 589 installations étaient dénombrées dans le RSSS. Le graphique ci-dessous présente le portrait des établissements publics.

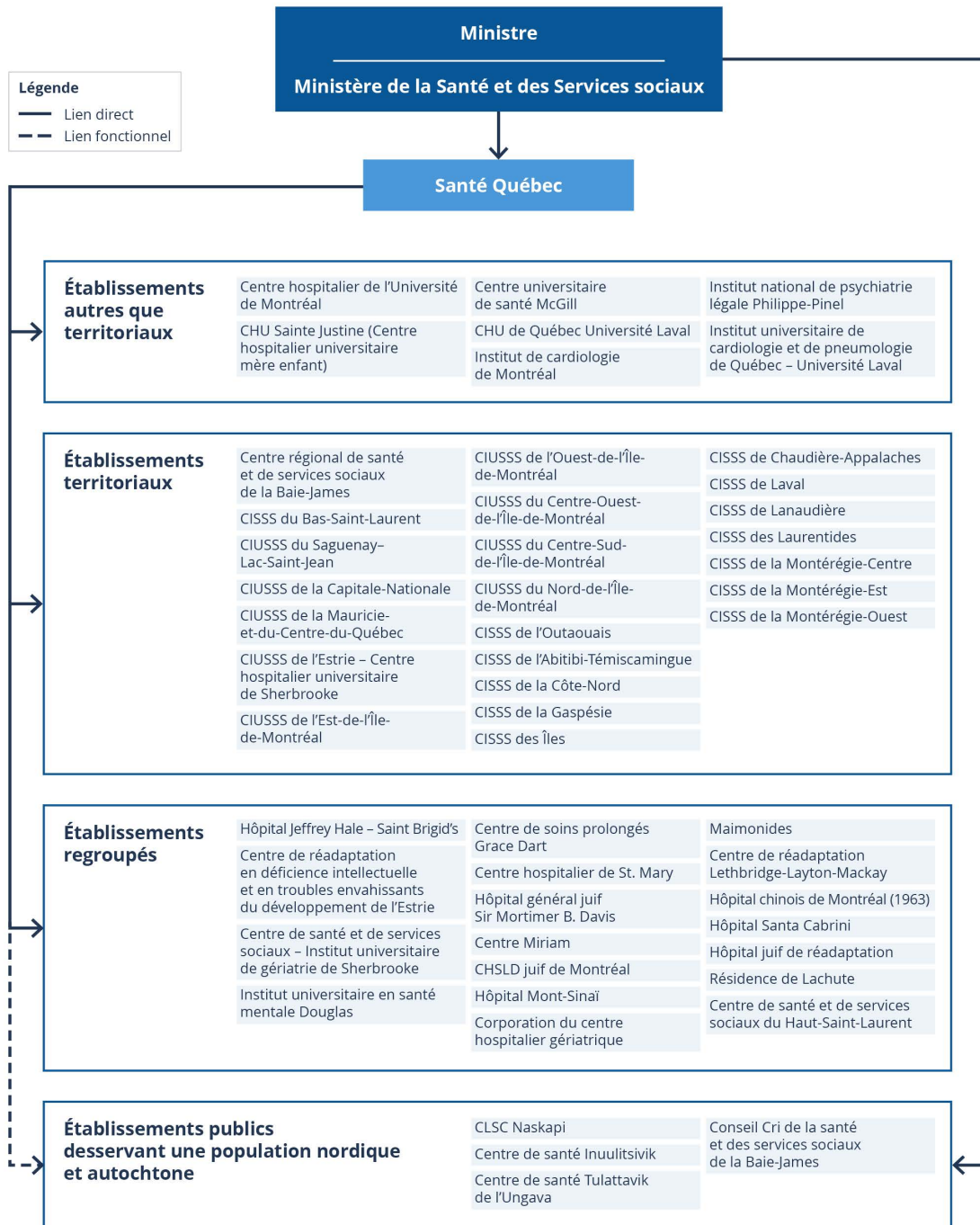
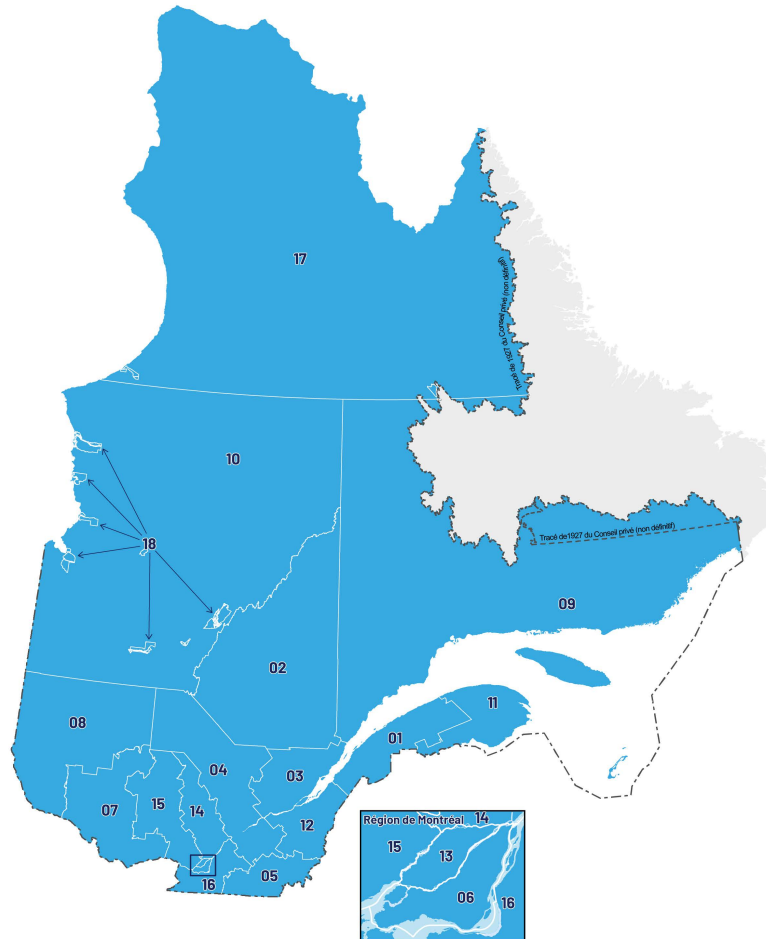


Figure 2 Établissements publics

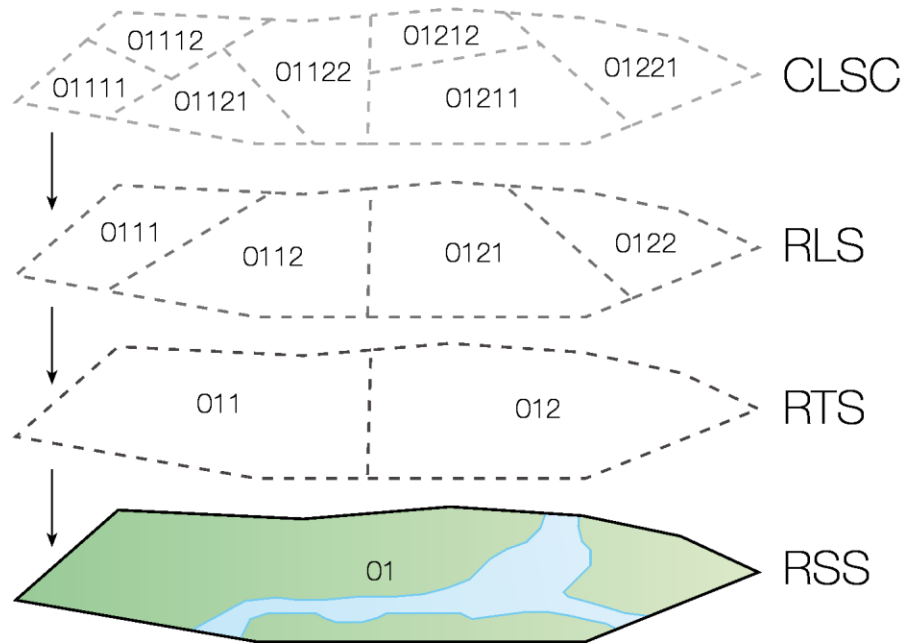
## Régions sociosanitaires et territoires de réseaux locaux de services

Chaque région sociosanitaire (RSS) représente une unité géographique définie et est affiliée à au moins un établissement territorial. Le système de santé et de services sociaux divise le territoire québécois en RSS qui peuvent être subdivisées en réseaux territoriaux de services sociaux (RTS). Ces RSS sont composées de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). Chaque RLS regroupe un certain nombre de centres locaux de services communautaires (CLSC). La ou le ministre peut modifier les régions sociosanitaires ou subdiviser celles-ci en RLS après avoir consulté Santé Québec.



1- Bas-Saint-Laurent; 2- Saguenay–Lac-Saint-Jean; 3- Capitale-Nationale; 4- Mauricie-et-Centre-du-Québec; 5- Estrie; 6- Montréal; 7- Outaouais; 8- Abitibi-Témiscamingue; 9- Côte-Nord; 10- Nord-du-Québec; 11- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine; 12- Chaudière-Appalaches; 13- Laval; 14- Lanaudière; 15- Laurentides; 16- Montérégie; 17- Nunavik; 18- Terres-Cries-de-la-Baie-James

**Figure 3 Régions sociosanitaires**



**Figure 4 Représentation des subdivisions des territoires sociosanitaires (RSS, RTS, RLS, CLSC)**

## Secteur privé

Les services du domaine de la santé et des services sociaux sont également dispensés par l'entremise d'établissements privés et certains de ces services sont aussi offerts par d'autres prestataires privés qui ne sont pas des établissements

Il convient de préciser que les paragraphes suivants n'abordent pas certaines composantes du secteur privé, telles que les laboratoires privés, les centres médicaux spécialisés, les cabinets privés de professionnelles ou de professionnels ou les centres de procréation assistée. Bien que ces entités relèvent du secteur privé, elles ne sont pas traitées dans le présent texte, qui ne vise pas à présenter une vue exhaustive de l'ensemble du secteur privé, mais uniquement les éléments explicitement abordés.

Santé Québec accorde une autorisation pour permettre à un **établissement privé** d'exploiter une entreprise dont le rôle est d'offrir des services de santé ou des services sociaux. La majorité des établissements privés sont des CHSLD, dont la clientèle est principalement constituée de personnes âgées en grande perte d'autonomie, nécessitant des soins constants et spécialisés.

Il existe deux types d'établissements privés, classés selon leur principale modalité de financement. Ainsi, les **établissements privés conventionnés** sont financés par le MSSS, par l'entremise d'une convention signée avec celui-ci, alors que les **établissements privés non conventionnés** ne reçoivent aucun financement. Santé Québec octroie également les autorisations pour l'exploitation de **résidences privées pour aînés** (RPA). Une RPA est une entreprise qui a pour mission d'offrir, dans l'ensemble ou dans une partie d'un immeuble d'habitation collective, la location de chambres ou de logements à une clientèle principalement composée de personnes âgées de 65 ans et plus, en plus d'offrir aux locataires différents services, dont le coût est inclus dans le loyer ou qui sont à leur charge.

Une **ressource intermédiaire** (RI) est une ressource exploitée par une personne physique comme travailleuse ou travailleur autonome, par une personne morale ou par une société de personnes ayant conclu une entente avec Santé Québec pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagères ou d'usagers inscrits aux services de l'un de ses établissements. Elle doit procurer à ces personnes un milieu de vie adapté à leurs besoins et leur fournir des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. La ou le ministre établit, par règlement, une classification des services offerts par les ressources intermédiaires. Celle-ci est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagères et les usagers.

Les **ressources de type familial** (RTF) sont les personnes recrutées à titre de famille d'accueil ou les résidences d'accueil ayant conclu une entente avec Santé Québec. Les familles d'accueil accueillent au maximum neuf enfants en difficulté, et les résidences d'accueil, de leur côté, un maximum de neuf adultes, incluant les personnes âgées. Ces enfants ou adultes sont confiés à ces familles ou résidences par un établissement de Santé Québec. L'objectif est de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

## Régimes d'assurance

La [Régie de l'assurance maladie du Québec \(RAMQ\)](#) établit des conditions d'admissibilité aux régimes pour les personnes résidentes et non résidentes du Québec. Hormis certaines exemptions, une surcharge de 200 % est appliquée à toute personne non assurée à la RAMQ en cas de facturation pour des services et soins reçus. Il est fortement recommandé, pour toute personne non admissible, de souscrire à une assurance privée. Il faudra aussi prévoir des polices d'assurance complémentaires pour certains services qui peuvent ne pas être inclus dans la couverture de base, comme les médicaments, les soins dentaires, les soins relatifs à une grossesse ou les soins liés à la santé mentale. De plus, depuis l'entrée en vigueur de la *Loi concernant principalement l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie* en 2021, les enfants nés au Québec ainsi que certains enfants mineurs qui demeurent au Québec plus de six mois sont admissibles aux régimes publics, et ce, indépendamment du statut d'immigration de leurs parents.

Deux régimes d'assurance universels permettent à l'ensemble de la population d'obtenir des services hospitaliers et médicaux à la charge de l'État :

- le régime d'assurance hospitalisation, instauré en 1961;
- le régime d'assurance maladie, créé en 1970.

De plus, certains services sont offerts gratuitement à des groupes en particulier, selon des critères précis, tels que les services dentaires, les services optométriques et les appareils suppléant à une déficience physique. Par ailleurs, en 1997, le régime général d'assurance médicaments est venu compléter la couverture publique de la population québécoise dans le secteur de la santé. Il s'agit d'un régime mixte universel, fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés. Ajoutons que les régimes privés d'assurance collective couvrent, outre les médicaments, certains services non assurés par les régimes publics.

# Ressources financières du système de santé et de services sociaux

## Financement des services

Le financement des services de santé et des services sociaux repose essentiellement sur la fiscalité générale, ce qui permet une répartition plus équitable du risque dans la société. Les revenus proviennent principalement des taxes et des impôts prélevés par le gouvernement du Québec puis versés dans le Fonds consolidé du revenu, des cotisations des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé, du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux ainsi que des transferts du gouvernement fédéral.

## Dépenses de santé

Au Québec, en 2024, les dépenses totales en santé étaient de l'ordre de 81 milliards \$. Elles comprennent les dépenses publiques (incluant les dépenses directes du gouvernement fédéral pour les clientèles dont il a la charge) et les dépenses privées (réclamations aux assurances privées, paiements directs, tels que la contribution à l'hébergement (CHSLD) et pour l'achat de médicaments, effectués par les particuliers, dons, etc.). Les dépenses publiques de santé, qui s'élevaient en 2024 à 59 milliards \$, représentaient 73 % des dépenses totales.

**Tableau 1 Dépenses de santé comparatives, Québec et Canada, 2024<sup>1</sup>**

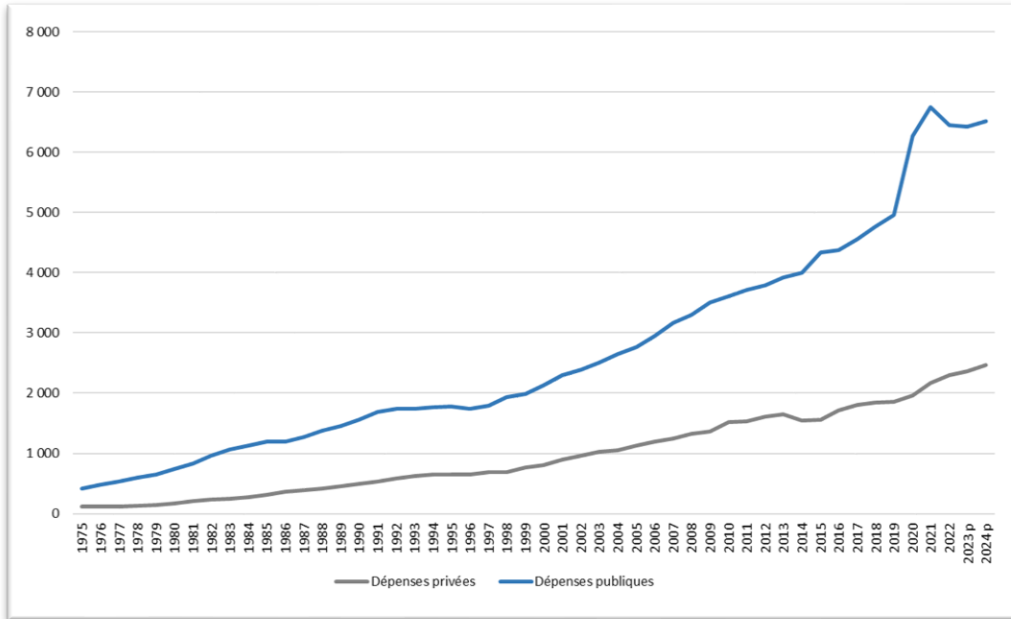
Dépenses*	Québec	Canada**
Dépenses totales de santé par habitant	8 984 \$	9 054 \$
Dépenses totales de santé en proportion du produit intérieur brut (PIB)	13,8 %	12,4 %
Proportion des dépenses publiques par rapport aux dépenses totales de santé	72,6 %	71,0 %
Dépenses publiques de santé par habitant	6 519 \$	6 431 \$

\*Les données illustrées sont en dollars courants.

\*\*Incluant les dépenses en santé au Québec.

De 1975 à 2024, les dépenses publiques et privées de santé par habitant ont respectivement eu un taux de croissance annuel moyen de 5,9 % et de 6,6 %.

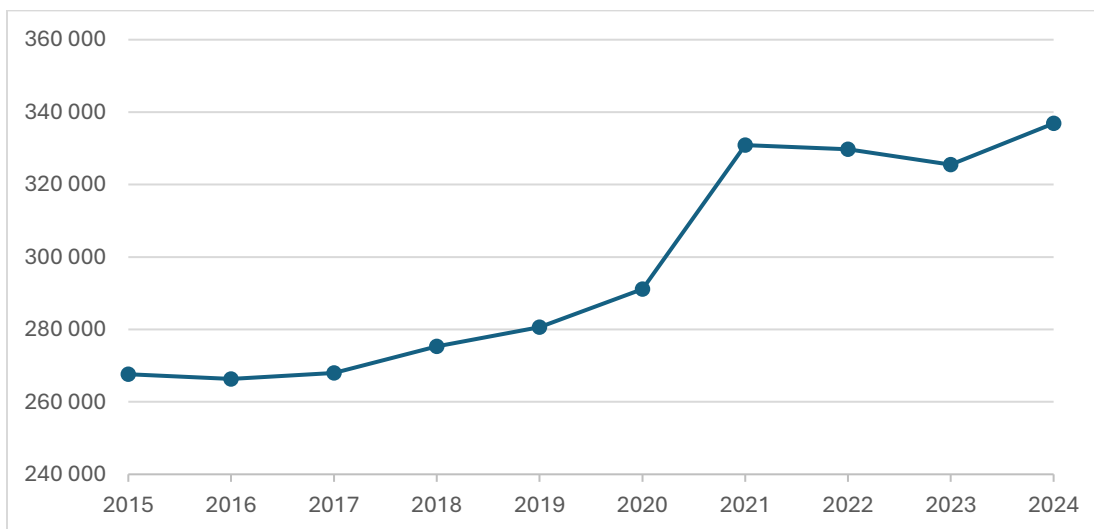
**Tableau 2 Dépenses publiques et privées de santé par habitant, en dollars courants, Québec, de 1975 à 2024<sup>2</sup>**



### Effectifs du réseau de la santé et des services sociaux

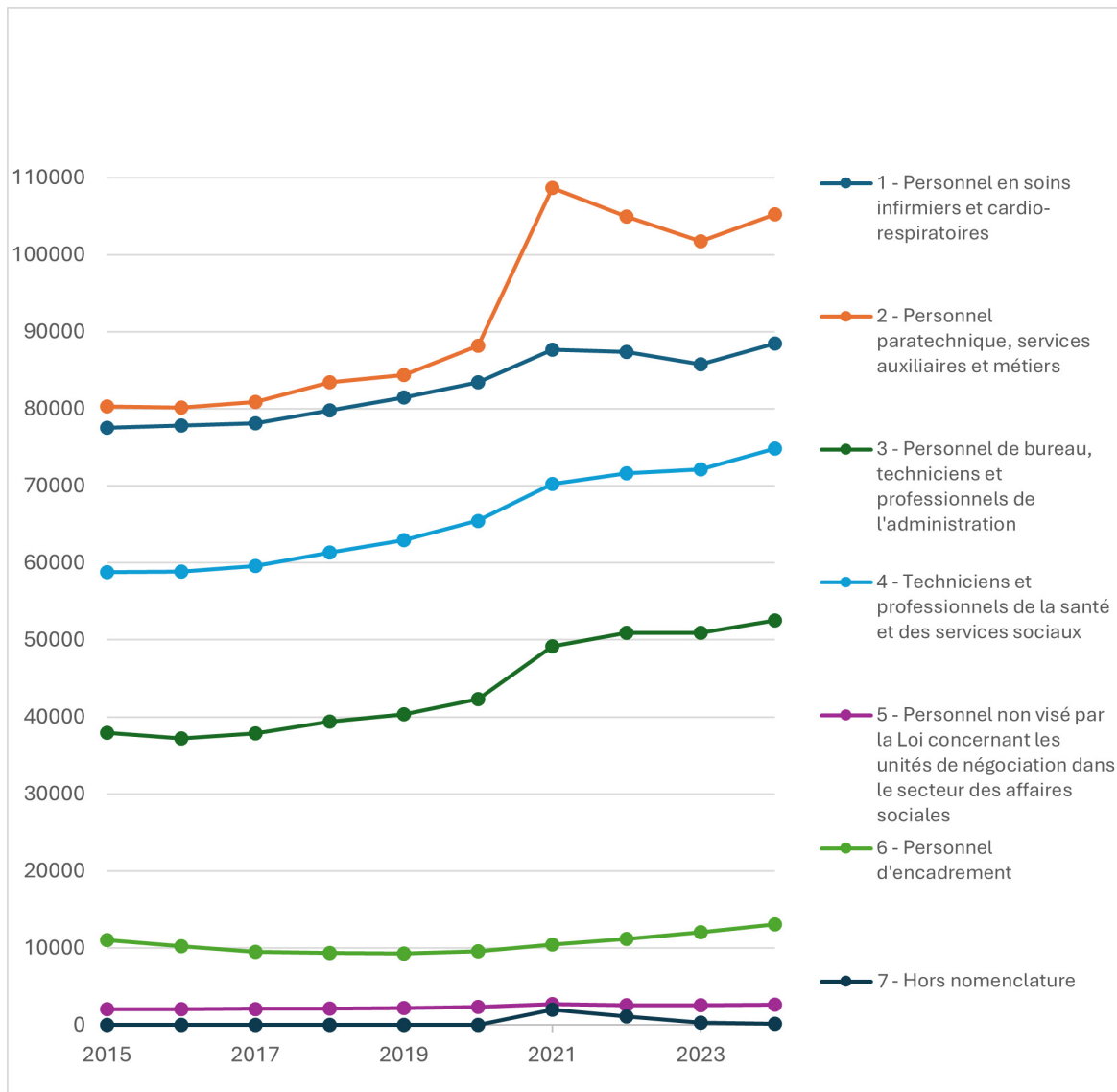
Du 31 mars 2015 au 31 mars 2024, l'effectif du réseau de la santé et des services sociaux a connu un taux de croissance annuelle moyenne de 2,6 %.

**Tableau 3 Évolution de l'effectif en emploi au 31 mars du réseau de la santé et des services sociaux**



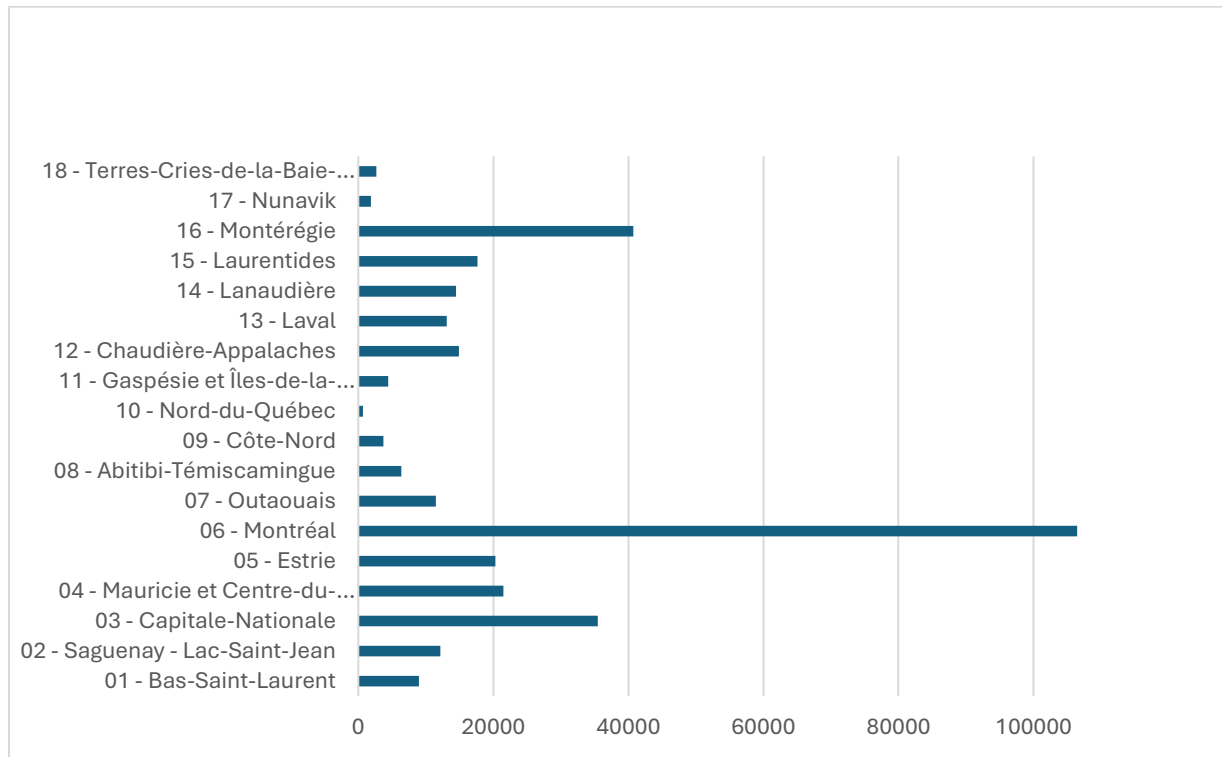
Pour la période allant du 31 mars 2015 au 31 mars 2024, la sous-catégorie de personnel ayant connu la plus forte croissance est celle de la catégorie 2 – personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers, notamment grâce à l’augmentation du nombre de préposées et de préposés aux bénéficiaires et d’auxiliaires aux services de la santé et aux services sociaux en 2021.

**Tableau 4 Évolution de l'effectif en emploi au 31 mars du réseau de la santé et des services sociaux par catégorie de personnel**



Au 31 mars 2024, la région sociosanitaire ayant le plus d'effectifs dans le réseau de la santé et des services sociaux est la région 06 – Montréal, tandis que celle ayant le moins d'effectifs est la région 10 – Nord-du-Québec.

**Tableau 5 Répartition de l'effectif en emploi au 31 mars 2024 du réseau de la santé et des services sociaux par région sociosanitaire**



## Mission du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le MSSS a pour mission de gouverner le système de santé et de services sociaux de façon performante afin d'avoir un effet positif sur la santé et le bien-être de la population québécoise.

Il planifie les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la population, du réseau, de ses travailleuses et de ses travailleurs et de ses partenaires de manière responsable et transparente.

Le MSSS prévoit les leviers pour que le système de santé et de services sociaux québécois soit innovant, accessible, axé sur la valeur pour l'usagère et l'usager et efficace.

## Responsabilité de la ou du ministre

Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, la ou le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. Plus particulièrement, en vertu de la LGSSSS, la ou le ministre, notamment :

- établit les politiques de santé et de services sociaux, s'assure qu'elles sont mises en œuvre et les évalue;
- valorise l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies, les innovations, les pratiques de pointe et le transfert des connaissances et veille à leur promotion;
- détermine les orientations et indicateurs de performance relatifs aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience quant aux services, et les diffuse auprès de Santé Québec et de ses établissements;
- détermine les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagères et des usagers;
- s'assure de la reddition de comptes de la gestion du RSSS et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux;
- peut déterminer des orientations portant sur les principes ou les pratiques que Santé Québec doit favoriser en matière de santé et de services sociaux. Il peut également déterminer des objectifs que Santé Québec doit poursuivre dans la réalisation de sa mission ou l'exercice de ses fonctions;
- découpe le territoire du Québec en régions sociosanitaires ou RLS contigus;
- approuve le règlement intérieur de Santé Québec, la résolution du conseil d'administration de Santé Québec d'instituer plus d'un établissement de Santé Québec dans une même région sociosanitaire ainsi que la résolution de Santé Québec qui diminue le nombre de ces établissements dans une même région sociosanitaire;
- peut donner des directives à Santé Québec portant sur l'administration, l'organisation, le fonctionnement ou les actions de celles-ci, y compris sur la gestion de ses ressources humaines, matérielles et financières;
- donne des orientations et fournit des attentes globales servant de fondement au programme national sur la qualité des services élaboré par Santé Québec;
- détermine les médicaments et les fournitures de la réserve stratégique nationale de médicaments et de fournitures;
- établit annuellement des règles budgétaires pour déterminer les montants des dépenses qui sont admissibles à allouer à Santé Québec pour le financement du système de santé et de services sociaux, ainsi que d'autres règles budgétaires particulières;
- détermine l'encadrement législatif et réglementaire;

- assure les liens et les relations interministérielles et intergouvernementales en matière de santé et de services sociaux;
- assure une certaine surveillance des activités de Santé Québec et intervient au besoin (par exemple, la ou le ministre peut désigner une personne pour enquêter quant à l'accomplissement des fonctions de Santé Québec, notamment).

La ou le ministre est chargé de la direction et de l'administration du ministère de la Santé et des Services sociaux, en plus de l'application des lois et des règlements relatifs à la santé et aux services sociaux, conformément à la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*. En vertu de l'article 3 de cette loi, il doit, plus particulièrement :

- assurer la protection sociale des individus, des familles et des autres groupes;
- prendre les mesures requises pour assurer la protection de la santé publique;
- voir à l'amélioration de l'état de santé des individus et du niveau de santé de la population;
- favoriser l'étude et la recherche scientifique dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'assainissement du milieu physique où vit la population à laquelle ces programmes sont destinés;
- promouvoir la participation des individus et des groupes à la détermination des moyens de satisfaire leurs besoins dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- consulter les individus et les groupes sur l'établissement des politiques du MSSS;
- promouvoir le développement et la mise en œuvre de programmes et de services en fonction des besoins des individus, des familles et des autres groupes;
- établir des normes applicables en matière de services, d'équipement, de finance et de personnel dans l'utilisation des subventions accordées par le gouvernement dans le domaine de la santé et des services sociaux, et en surveiller l'utilisation;
- assurer, par lui-même ou par l'entremise d'une tierce personne, l'organisation et le maintien des établissements dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- déterminer les possibilités d'adoption des enfants domiciliés hors du Québec en tenant compte des objectifs définis par la ou le ministre de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration en vertu de la *Loi sur le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration* (chapitre M-16.1) et de la *Loi sur l'immigration au Québec* (chapitre I-0.2.1);
- obtenir des ministères du gouvernement et de tout organisme public ou privé les renseignements disponibles aux fins de la mise en œuvre de la politique du MSSS;
- prendre les mesures requises pour que le tabagisme diminue au sein de la population;
- assurer une gestion maîtrisée de l'information;

- favoriser l'utilisation des technologies de l'information et des communications de manière à réaliser des gains d'efficacité et de productivité dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- promouvoir les mesures propres à répondre aux besoins des enfants et des familles en situation de vulnérabilité ou à prévenir la compromission de la sécurité ou du développement des enfants;
- prendre les mesures pour soutenir les jeunes de moins de 26 ans qui ont été pris en charge par la directrice ou le directeur de la protection de la jeunesse, afin de faciliter leur passage à la vie adulte.

La ou le ministre a plusieurs autres responsabilités à l'égard d'autres lois, telles que la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* et la *Loi sur la santé publique*. Il est possible de consulter la liste exhaustive des lois et des règlements dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, de la ou du ministre, par l'entremise du lien suivant : [Lois et règlements du ministère de la Santé et des Services sociaux | Gouvernement du Québec](#). De plus, la ou le ministre peut avoir des fonctions en vertu d'autres lois dont il n'est pas responsable.

## Organismes liés au ministère de la Santé et des Services sociaux

### Organismes relevant de la ou du ministre

#### Commissaire à la santé et au bien-être

Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois.

La prise en compte du point de vue de la citoyenne ou du citoyen et des enjeux éthiques dans l'appréciation de la performance peut contribuer de façon significative à la démocratisation du débat en matière de santé et de services sociaux.

#### Héma-Québec

Héma-Québec a pour mission de fournir avec efficacité des composants et substituts sanguins, des tissus humains et du sang de cordon sécuritaires, de qualité optimale et en quantité suffisante pour répondre aux besoins de la population québécoise ainsi que d'offrir et de développer une expertise, des services et des produits spécialisés et novateurs dans les domaines de la médecine transfusionnelle et de la greffe de tissus humains.

#### Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Au cœur de cette mission, l'INESSS évalue notamment les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux. Il propose des recommandations quant à leur adoption, leur utilisation ou leur couverture par le régime public, et élabore des guides de pratique clinique afin d'en assurer l'usage optimal.

### Institut national de santé publique du Québec

L'Institut national de santé publique du Québec a pour mission de soutenir la ou le ministre de la Santé, 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.

Plus explicitement, cette mission consiste notamment à :

- développer la connaissance et contribuer à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants;
- développer de nouvelles connaissances et approches en promotion, en prévention et en protection de la santé;
- évaluer l'impact des politiques publiques et des systèmes de soins sur la santé de la population.

### Office des personnes handicapées du Québec

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a pour mission de veiller au respect des règles et des principes énoncés dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux, de même que les municipalités et les organismes publics et privés, poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'OPHQ veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille, et favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir leurs intérêts et ceux de leur famille, l'OPHQ les informe, les conseille, les assiste et fait des représentations en leur faveur, sur une base tant individuelle que collective.

### Régie de l'assurance maladie du Québec

La Régie de l'assurance maladie du Québec assure une saine gestion du régime d'assurance maladie et du régime public d'assurance médicament du Québec. Dans le cadre de cette mission, elle :

- gère l'admissibilité des personnes;
- rémunère les professionnelles et les professionnels de la santé;
- assure les contrôles adéquats;
- informe la population;
- assure un partage sécuritaire des renseignements de santé;
- facilite l'accès aux soins de santé.

### Corporation d'Urgences-santé

Urgences-santé assure à la population de Montréal et de Laval des services préhospitaliers d'urgence de qualité, efficaces et appropriés, afin de réduire la mortalité et la morbidité associées aux conditions médicales urgentes.

Ces services comprennent :

- un centre de communication santé;
- les soins préhospitaliers d'urgence, le transport par ambulance ainsi que le transport entre les établissements.

Urgences-santé a également la responsabilité de planifier, d'organiser, de coordonner et d'évaluer les services de la chaîne d'intervention hospitalière, qui comprend les premières intervenantes et les premiers intervenants ou secouristes désignés, les centres 9-1-1, les centres de communication santé, les services de premières répondantes et de premiers répondants, les services ambulanciers et les établissements receveurs.

### Commission sur les soins de fin de vie

La Commission sur les soins de fin de vie a notamment pour mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir.

### Travailler en santé au Québec

Travailler en santé au Québec est la plateforme du MSSS destinée au recrutement international des personnes désirant immigrer et travailler dans un établissement de Santé Québec. Le MSSS et Santé Québec accompagnent les candidats et candidates dans les démarches de recrutement, d'immigration et d'intégration. Les services offerts sont gratuits.

### Santé Québec

La mission de Santé Québec est principalement d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics ainsi que de coordonner et de soutenir l'activité des établissements privés et de certains autres prestataires de services. Son rôle est de veiller au bon fonctionnement du réseau et à la qualité des services afin d'assurer la satisfaction des usagers et des usagères.

## Comités consultatifs

### Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Le Comité a le mandat de donner son avis au gouvernement du Québec sur :

- la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
- l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par un établissement, conformément à l'article 348 de la LSSSS.

### Comité national pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

Le Comité a le mandat de fournir à la ou au ministre de la Santé et des Services sociaux des avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles du Québec et sur l'accessibilité de ces services. Les membres du Comité peuvent notamment :

- procéder à des consultations;
- solliciter des opinions;
- recevoir et entendre des requêtes de personnes, d'organismes ou d'associations.

## Responsabilités de Santé Québec

La mission de Santé Québec est présentée précédemment, nous invitons le lecteur à se référer à la section *Organismes relevant de la ou du ministre*, pour en prendre connaissance.

Plus particulièrement, Santé Québec :

- encadre et coordonne l'activité des établissements privés et de certains prestataires de services du domaine de la santé et des services sociaux;
- établit des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettent une gestion de proximité ainsi qu'une gestion par territoire basées sur une approche populationnelle et qui favorisent une plus grande fluidité des services;
- met en œuvre les orientations, les cibles et les standards déterminés par la ou le ministre, notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation de services de santé et de services sociaux, ainsi que les fonctions que lui octroie toute autre disposition législative ou que la ou le ministre de la Santé et des Services sociaux lui confie;
- applique la réglementation, prévue par la [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux](#) (LGSSSS), de certaines activités liées au domaine de la santé et des services sociaux;
- met en place des mécanismes d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux;
- élabore un programme national sur la qualité des services;
- maintient une réserve stratégique nationale de médicaments et de fournitures;
- forme un comité national des usagères et des usagers et voir à son bon fonctionnement;
- prévient la récurrence des incidents et des accidents lors de la prestation des services de santé et des services sociaux;
- forme des directions de santé publique;
- assure la mise en place de mécanismes permettant la consultation et la mobilisation des intervenantes et des intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être et des autres

membres de la population, et ce, afin d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être et d'améliorer les services de santé et les services sociaux offerts;

- institue des unités administratives qui sont des établissements de Santé Québec et des [conseils d'administration d'établissement \(CAÉ\)](#);
- promeut et favorise l'enseignement, la recherche et l'innovation, l'utilisation des pratiques de pointe et le transfert des connaissances.

Les principales fonctions de Santé Québec se trouvent dans la LGSSSS, d'autres sont édictées en vertu de différentes lois, telles que la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*, la *Loi concernant les soins de fin de vie*, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* ou la *Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance*.

## Conseil d'administration de Santé Québec

Santé Québec est administrée par un conseil d'administration (CA) composé de 15 membres, dont la présidente ou le président du conseil, la présidente et cheffe ou le président et chef de la direction (PCD) et la ou le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, qui en est membre d'office. Il est possible de consulter la composition du CA sur le site de [Santé Québec](#).

Le CA de Santé Québec peut déléguer ses pouvoirs à un conseil d'administration d'établissement (CAÉ). L'exercice d'un tel pouvoir doit toutefois être restreint à l'établissement au sein duquel est institué le CAÉ. Le CA de Santé Québec doit déléguer à chaque CAÉ ses fonctions et pouvoirs relatifs à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation au sein de l'établissement.

## Conseil d'administration d'établissement

Un CAÉ est institué pour chacun des établissements de Santé Québec. Un CAÉ peut, outre les fonctions que lui confère la LGSSSS, donner son avis à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général (PDG) sur tout sujet concernant les activités et la gouvernance de l'établissement. Le CAÉ maintient des relations avec les communautés composant la population du territoire desservi par l'établissement ainsi que toute autre relation qu'il juge nécessaire à l'exercice de ses fonctions. Il voit à l'évaluation annuelle de l'expérience vécue par les usagères et usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux offerts par l'établissement, de même que des besoins sociosanitaires des communautés composant la population du territoire desservi par l'établissement.

## Responsabilités des PDG des établissements territoriaux

Les PDG des établissements de Santé Québec relèvent directement de la ou du PCD de Santé Québec. Leurs principales responsabilités sont les suivantes :

- voir à l'administration et au fonctionnement de leur établissement dans le cadre du règlement intérieur de Santé Québec;
- veiller à ce que les obligations qui incombent à l'établissement soient exécutées entièrement, correctement et sans retard;

- s'assurer de la coordination et de la surveillance de l'activité clinique au sein de l'établissement;
- prévoir des structures administratives, des directions, des services ainsi que des programmes cliniques tout en favorisant la gestion de proximité;
- déterminer les besoins de l'établissement auxquels pourrait répondre une fondation de l'établissement et conclure toute entente concernant la réception de dons.

La ou le PDG d'un établissement territorial doit, notamment pour chaque territoire dont celui-ci est responsable :

- mettre en réseau les autres établissements publics et les autres personnes ou groupements en mesure de fournir des services à la population de ce territoire;
- assurer de façon continue l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés visant à satisfaire les besoins sociosanitaires et les particularités de cette population;
- s'assurer de l'offre de services requis pour satisfaire aux besoins sociosanitaires et aux particularités de la population de chaque territoire dont elle ou il est responsable.

La ou le PDG doit de plus élaborer et soumettre à la ou au PCD de Santé Québec un plan portant sur les mécanismes permettant la consultation et la mobilisation des intervenantes et des intervenants de son territoire des secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et des autres membres de la population de son territoire, et rendre public un bilan de la mise en œuvre de ce plan.

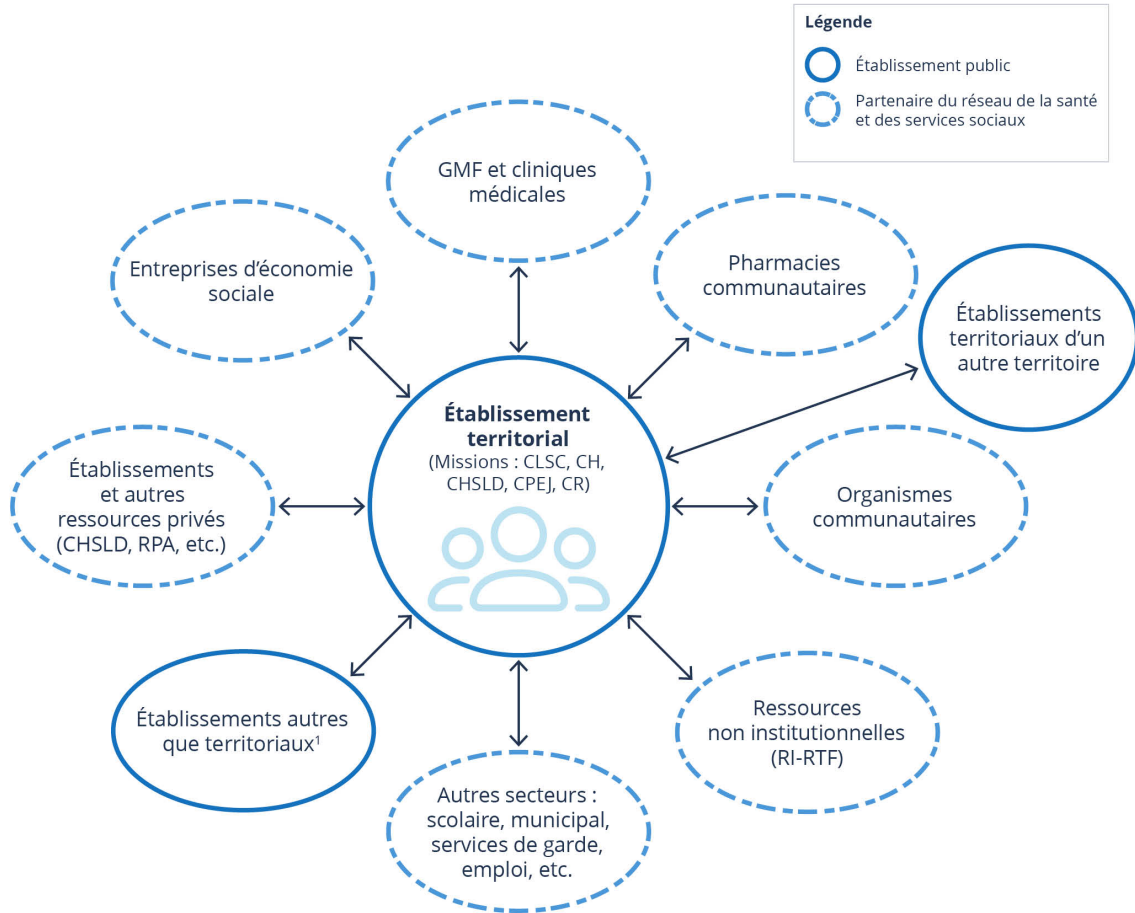
## Partenaires principaux d'un établissement territorial

Comme cela est mentionné précédemment, chaque PDG d'un établissement territorial doit mettre en réseau les autres établissements publics et les autres personnes ou groupements en mesure de fournir des services à la population de ce territoire. L'image ci-dessous présente les principaux partenaires d'un établissement territorial.



**Sur son territoire, un établissement territorial doit, notamment :**

- informer des services de santé et sociaux;
- informer les usagers et usagères de leurs droits, recours et obligations;
- favoriser la participation de la population à l'amélioration des services;
- mettre en réseau les autres établissements et les autres personnes ou groupements dans le but, collectivement, de fournir les services afin de satisfaire les besoins sociosanitaires et les particularités de la population du territoire;
- élaborer un plan de mobilisation et de consultation des intervenants et intervenantes afin d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être, et en faire un rapport;
- s'assurer de l'offre de service requis.



1

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- CHU Sainte Justine (Centre hospitalier universitaire mère enfant)
- Centre universitaire de santé McGill
- CHU de Québec Université Laval
- Institut de cardiologie de Montréal
- Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

**Abréviations :**

- CH** : centre hospitalier
- CHSLD** : centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CLSC** : centre local de services communautaires
- CPEJ** : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- CR** : centre de réadaptation
- GMF** : groupe de médecine familiale
- RI-RTF** : ressource intermédiaire et ressource de type familial
- RPA** : résidence privée pour aînés

**Figure 5 Partenaires principaux d'un établissement territorial**

## Programmes-services et programmes-soutien

Le MSSS et le RSSS utilisent les notions de programmes-services et de programmes-soutien. Plus précisément, ces programmes réfèrent à des regroupements de services et d'activités offerts à la population :

- le programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune;
- le programme-soutien désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique venant en appui aux programmes-services.

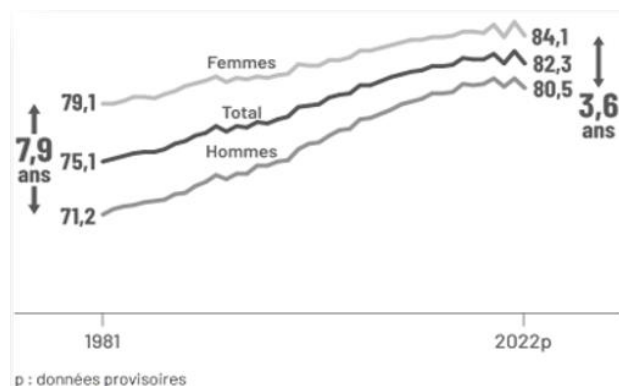
Cette architecture des services fournit un cadre permettant la planification, la budgétisation, l'allocation des ressources ainsi que la reddition de comptes. Certains de ces programmes sont accompagnés d'une offre de service ou d'un cadre de référence. Pour plus d'information, il est possible de consulter le document portant sur [l'architecture des services de santé et des services sociaux – Les programmes-services et les programmes-soutien](#).

## L'état de la santé du Québec

### Espérance de vie

En 2022, l'espérance de vie, au Québec, était de 82,3 ans et l'écart entre les sexes tend à diminuer. L'état de santé de la population québécoise s'est amélioré dans les dernières décennies. Jusqu'en 2019, l'espérance de vie à la naissance a augmenté et l'écart entre les hommes et les femmes a nettement diminué. Le Québec affiche un excès de mortalité plus faible que celui observé dans de nombreux pays (13). On remarque une diminution du nombre de naissances prématurées et le Québec présente l'un des plus faibles taux de mortalité infantile au Canada.

**Tableau 6 L'espérance de vie à la naissance augmente et l'écart entre les sexes diminue**



## Inégalités sociales

Au Québec comme ailleurs, les personnes défavorisées sont plus susceptibles de mourir prématurément que celles qui sont plus favorisées : la distribution inégale des ressources au sein de la société (p. ex. revenu, scolarité et logement) se traduit par des inégalités sociales de santé. En matière d'inégalité en santé, en 2022, au Québec, c'était environ 15 % de la population qui vivait dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire, dont un enfant de moins de 18 ans sur cinq. Cette situation touchait davantage les ménages à faible revenu, soit ceux qui sont composés de personnes peu scolarisées, de plusieurs enfants, de personnes vivant seules, de personnes immigrantes ou de locataires. En 2021, environ 6 % des ménages québécois éprouvaient des besoins impérieux de logements. Cette situation touchait particulièrement certains types de ménages, par exemple les locataires, les familles monoparentales dirigées par une femme ou les personnes vivant seules.

Chez les enfants et les jeunes, la proportion de naissances prématurées a cessé d'augmenter et le Québec affiche l'un des plus faibles taux de mortalité infantile au Canada. Seulement le tiers des nouvelles mères québécoises ont donné exclusivement du lait maternel à leur bébé jusqu'à ce que celui-ci ait l'âge de 6 mois. La plupart des enfants de 15 mois ont reçu tous les vaccins recommandés pour leur âge, mais en 2021, environ 1 enfant sur 13 de cet âge n'était pas vacciné contre la rougeole.

## Enfance – Développement

En 2022, 36 % des garçons et 22 % des filles à la maternelle étaient considérés comme vulnérables dans au moins un domaine de développement, ce qui représente une proportion en hausse depuis 2012. Par ailleurs, les troubles du développement sont plus fréquents depuis le début des années 2000, entre autres grâce à une meilleure détection. Considérant que les milieux de garde et les écoles ont été fermés lors de la pandémie de la COVID-19, il est possible que ceci entraîne des répercussions sur le développement des enfants, entre autres pour ceux qui rencontraient des difficultés d'apprentissage ou qui provenaient de milieux défavorisés.

## Enfance – Violence

Entre 2012 et 2018, la proportion d'enfants ayant subi de la violence physique a diminué, alors que la situation est restée stable pour les agressions psychologiques répétées. Au Québec, la protection de la jeunesse intervient auprès des enfants victimes de maltraitance ou de négligence.

## Adolescence – Habitudes de vie

En 2022-2023, seulement 31 % des élèves du secondaire au Québec ont fait suffisamment d'activité physique. De plus, près de la moitié (48 %) des élèves ne dormaient pas suffisamment. Un élève du secondaire sur deux travaillait durant l'année scolaire. D'ailleurs, une utilisation élevée des écrans est associée à certains risques pour la santé comme l'activité physique, le sommeil et la vision. C'est 25 % des élèves du secondaire qui passaient plus de quatre heures par jour devant un écran en semaine et ce taux augmentait à 50 % la fin de semaine.

## Adolescence – Dépendances

Au secondaire, de moins en moins d'élèves fumaient la cigarette conventionnelle, mais 16 % utilisaient la cigarette électronique en 2022-2023. Environ 29 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont consommé du cannabis en 2023, ce qui montre une baisse par rapport à 2022. Cependant, la part des jeunes qui ont consommé par vapotage ou vaporisation a connu une hausse fulgurante. La consommation d'alcool était en baisse chez les jeunes du secondaire.

## Adolescence – Violence

Environ 34 % des filles et 22 % des garçons du secondaire ont subi des gestes de violence psychologique en 2022-2023 et davantage de filles que de garçons mentionnent avoir subi de la violence sexuelle. Par ailleurs, quatre élèves du secondaire sur dix ont subi de la violence à l'école ou sur le chemin de l'école, alors qu'environ 14 % rapportent avoir subi de la cyberintimidation au cours de cette année-là.

## Adolescence – Santé mentale

En 2022-2023, 57 % des filles et 25 % des garçons du secondaire ont vécu un niveau élevé de détresse psychologique. Par ailleurs, la proportion de jeunes filles ayant rapporté des idées suicidaires a augmenté entre 2014-2015 et 2020-2021.

## Adolescence – Santé sexuelle

Certaines infections transmissibles sexuellement (ITS) affectent davantage les jeunes, comme l'infection à *Chlamydia*, qui est nettement plus fréquente chez les 15 à 24 ans que chez leurs aînés. Une hausse s'observe aussi pour la gonorrhée. Parallèlement, l'utilisation du condom stagne chez les élèves du secondaire et elle diminue chez les 18 à 24 ans. En 2022-2023, environ une élève du secondaire sur cinq âgée de 14 ans et plus a eu recours à la contraception orale d'urgence. Cela dit, le taux de grossesse et d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les adolescentes et les jeunes femmes diminue depuis la fin des années 1990.

## Adolescence – Décès

Par ailleurs, chez les jeunes, les traumatismes sont la principale cause de décès, dont la majorité d'entre eux ont lieu sur les routes.

## Maladies chroniques et santé physique

Les maladies chroniques les plus fréquentes au Québec sont l'hypertension artérielle, les problèmes ostéoarticulaires, le diabète, les maladies cardiaques et les maladies pulmonaires. Ces maladies chroniques peuvent occasionner des incapacités. En 2019-2021, plus de 50 % des décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus étaient liés aux maladies chroniques. En 2029, c'est près de 1,2 million de personnes de 65 ans et plus qui seront probablement atteintes d'une multimorbidité (deux maladies chroniques ou plus).

Parmi les facteurs de risques associés aux maladies chroniques au Québec, plus de la moitié des adultes ont un surplus de poids. L'obésité est de plus en plus fréquente et accroît le risque de diagnostic de diabète, de maladies cardiaques et de problèmes articulaires. Une hausse de la proportion de personnes atteintes d'obésité est observée entre 2008 et 2020-2021.

**Tableau 7 Hausse de la proportion de personnes atteintes d'obésité\***



D'autres facteurs de risques de maladies chroniques touchent aussi un bon nombre d'adultes. Par exemple, le quart des 50 à 64 ans faisaient de l'hypertension en 2021-2022 et l'obésité affectait un nombre croissant de personnes. Fait plus inquiétant : seulement 45 % des adultes québécois faisaient suffisamment d'activité physique en 2020-2021, ce qui représente une légère baisse par rapport à 2014-2015 (48 %). En 2022, seulement 56 % des enfants de maternelle et 31 % des élèves du secondaire étaient suffisamment actifs. En ce qui a trait à la santé physique, une travailleuse ou un travailleur sur trois souffrait d'un trouble musculosquelettique en 2020-2021, ce qui représente environ 1,4 million de personnes.

## Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs

La maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs sont des maladies dégénératives du cerveau entraînant une détérioration progressive et irréversible des fonctions cognitives, ainsi qu'une perte d'autonomie. Elles sont complexes, variées dans leur étiologie, dans leur présentation et dans leur évolution. L'espérance de vie moyenne après le diagnostic est très variable. Par exemple, pour la maladie d'Alzheimer, elle peut aller jusqu'à 20 ans, mais en moyenne, elle est de 6 ans. Selon une étude canadienne, la prévalence de ces maladies est d'environ 8 % chez les personnes de 65 ans et plus et s'élève à environ 33 % chez les personnes de 80 ans et plus.

En 2021, au Québec, près de 150 000 personnes vivaient avec la maladie d'Alzheimer ou un autre trouble neurocognitif. Ce nombre devrait augmenter de façon importante : en 2040, il pourrait s'élever à 207 000, en fonction d'un calcul basé sur l'incidence rapportée par l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement et les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec.

## Cancer

Dans les vingt dernières années, le taux de mortalité liée au cancer a diminué d'un peu plus de 20 %, en raison de la baisse du tabagisme. La proportion de personnes qui fument a diminué au Québec depuis plusieurs années, pour atteindre 12,56 % en 2013, mais elle est demeurée élevée dans certains groupes de la population. Les cancers du poumon, de la prostate, du colon et du rectum sont les plus fréquents.

## Adultes – Dépendances

En 2020-2021, c'est plus de 20 000 personnes qui ont reçu un diagnostic d'abus d'alcool ou de dépendance à l'alcool et 19 000 personnes qui ont reçu un diagnostic de dépendance aux drogues. Le nombre de décès reliés à une intoxication aux drogues (opioïdes, stimulants et autres drogues) est demeuré élevé. De janvier à décembre 2024, il y a eu 645 décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou aux autres drogues (incluant les stimulants).

## Adultes – Violence conjugale

Les données policières révèlent une hausse de la violence conjugale ainsi que des agressions et infractions à caractère sexuel. En 2021-2022, environ 6,3 % des femmes et 4,2 % des hommes adultes ont subi de la violence entre partenaires intimes au cours de l'année précédente.

## Adultes – Santé mentale

Sur le plan de la santé mentale, annuellement en 2021-2022, environ un adulte sur dix a reçu un diagnostic de trouble mental et les plus fréquents ont été le trouble anxieux et le trouble dépressif. En 2015, 75 % des Québécoises et des Québécois se percevaient en très bonne ou en excellente santé mentale, alors qu'en 2021, cela représentait 66 % d'entre eux.

On observe également que les hospitalisations et les visites à l'urgence liées au suicide ont augmenté. Cependant, ceci peut en partie refléter une plus grande ouverture à demander de l'aide. Le nombre de personnes décédées par suicide est stable depuis quelques années au Québec. Entre 2017 et 2022, on a dénombré en moyenne 1 078 décès par suicide annuellement.

## Adultes – Itinérance

Au Québec, environ 10 000 personnes vivaient en situation d'itinérance visible le 11 octobre 2022 et plus de 300 000 personnes rapportaient avoir vécu au moins un épisode d'itinérance au cours de leur vie en 2020-2021.

## Adultes – Santé sexuelle

Les ITS affectent la santé des adultes : le nombre de cas de gonorrhée et de syphilis augmente chez les 25 ans et plus. Par exemple, entre 2016 et 2022, le nombre de cas de syphilis infectieuse a presque quadruplé chez les femmes.

## Violence

La violence touche tous les groupes d'âge. L'intimidation ou la cyberintimidation est présente à l'école, au travail ou dans la communauté et touchait environ 21 % des personnes de 18 à 24 ans en 2022.

## Vieillesse

Le vieillissement de la population transforme profondément le Québec. D'ici 2031, environ une personne sur quatre sera âgée de 65 ans et plus, et ce, jusqu'en 2071. Cette évolution démographique, conjuguée à l'allongement de l'espérance de vie, entraîne une diversification des besoins des personnes âgées : préserver leur autonomie, maintenir leur santé, recevoir des soins et des services adaptés et vivre dans des environnements bienveillants. Les personnes désirent demeurer à domicile le plus longtemps possible.

Bien qu'une proportion importante des personnes âgées conservent une bonne qualité de vie, la perception de la santé varie avec l'âge. En 2020-2021, environ 43 % des personnes de 65 ans et plus au Québec se percevaient en très bonne ou en excellente santé. Cette proportion chutait à 27 % chez les 85 ans et plus.

Les troubles cognitifs majeurs, comme la maladie d'Alzheimer, affectaient 121 790 personnes âgées en 2021-2022. Cette proportion pourrait augmenter à 161 000 en 2029-2030. Entre 2015 et 2020, le taux de mortalité liée à des chutes a augmenté. Celui-ci a presque doublé pour les personnes de 85 ans et plus.

Ce contexte met en lumière la place essentielle des personnes proches aidantes. En 2019, environ 17 % des personnes de 65 ans et plus avaient reçu, au cours des douze derniers mois, de l'aide à domicile à court ou à long terme de la part de proches en raison d'un problème de santé ou de limitations qui affectaient leurs activités quotidiennes. Cette proportion était de 26 % pour les personnes de 75 ans et plus. Ces personnes proches aidantes étaient majoritairement des femmes et des personnes âgées de 45 à 64 ans. Environ une personne de 65 ans et plus sur 5 (21 %) était proche aidante au Québec en 2018. Cette proportion est supérieure à celle observée chez les personnes de 15 à 44 ans (15 %), mais inférieure à celle observée chez les personnes de 45 à 64 ans (31 %). Plus de la moitié des personnes proches aidantes étaient sur le marché du travail.

## Personnes âgées – Maladies chroniques

Certaines personnes âgées sont de plus en plus actives et vieillissent en santé, alors que d'autres voient leur santé affectée dès la soixantaine. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 2019-2021, les maladies chroniques étaient à l'origine de plus de la moitié des décès. La multimorbidité, soit le fait d'être atteint d'au moins deux maladies chroniques, touchait le quart des personnes de 50 à 64 ans et la moitié de celles de 65 ans et plus en 2021-2022. Pour la même période, sept personnes âgées sur dix consommaient cinq médicaments et plus.

## Personnes âgées – Violence

Il y a maltraitance quand une attitude, une parole, un geste ou un défaut d'action appropriée, singulier ou répétitif, se produit dans une relation avec une personne, une collectivité ou une organisation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause, intentionnellement ou

non, du tort ou de la détresse chez une personne adulte. La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* a été bonifiée en avril 2022 afin de mieux protéger les personnes concernées et d'améliorer les interventions permettant de mettre fin aux situations de maltraitance.

## Premières Nations et Inuit

La population québécoise est aussi composée de personnes des Premières Nations et des Inuit. Les déterminants historiques, socio-économiques, politiques et culturels qui influent encore aujourd'hui sur la vie de ces personnes ont comme conséquence d'amener des inégalités sociales sur leur santé individuelle et leurs communautés.

## Changements climatiques

Les changements climatiques affectent le Québec, entre autres, par l'apparition de nouvelles maladies infectieuses (par exemple la hausse des cas de maladie de Lyme) et par l'augmentation de la fréquence, de l'intensité et de la durée des événements météorologiques extrêmes (chaleur, froid, inondations). Ils entraîneront également des conséquences sur l'approvisionnement en eau potable et sur la qualité de l'air extérieur et aggraveront les symptômes associés aux maladies cardiaques et respiratoires.

## Rapport du directeur national de santé publique 2024

Pour en savoir davantage sur le portrait de santé de la population québécoise, il est possible de consulter le [rapport du directeur national de santé publique 2024](#).

## ANNEXE 1 – Historique du réseau de la santé et des services sociaux

<b>1961</b>	Le Québec commence à participer au programme d'assurance-hospitalisation mis en place par le gouvernement fédéral par l'entremise de la <b>Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques</b> , en vigueur depuis 1957.
<b>1963</b>	<b>Comité d'étude sur l'assistance publique</b> . Le comité Boucher recommande que le secteur public prenne la relève sur le plan des activités d'assistance sociale qui étaient auparavant confiées à l'Église, aux familles, aux individus, aux organismes de bienfaisance et aux groupes bénévoles.
<b>1966</b>	Institution de la <b>Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social</b> , qui a pour mandat de faire enquête sur tous les domaines de la santé et du bien-être social. Elle définit une approche et un système sociosanitaire qui façonneront entièrement l'organisation des services de santé et des services sociaux du Québec. On passe ainsi de la conception d'hygiène publique à celle de santé communautaire.
<b>1970</b>	Entrée en vigueur du <b>régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ)</b> universel, gratuit et équitable.  Adoption de la <b>Loi sur l'assurance maladie</b> . Celle-ci permet l'accessibilité, entre autres, aux soins médicaux, aux services de chirurgie buccale et aux services optométriques, fournis par l'État.
<b>1971</b>	Adoption de la première <b>Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)</b> par l'Assemblée nationale du Québec. Celle-ci vient structurer les services de santé et les services sociaux, en plus de reconnaître leur complémentarité.
<b>1972</b>	Adoption de la <b>Loi sur la protection de la santé publique</b> .
<b>1978</b>	L' <b>Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)</b> fut constitué lors de l'adoption de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en 1978 et fondé officiellement le 8 novembre de la même année.
<b>1981</b>	Le gouvernement <b>sanctionne le projet de loi 27</b> qui vient, d'une part, modifier la composition des conseils d'administration, afin d'en améliorer la représentativité et, d'autre part, donner un peu plus de responsabilités aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS).
<b>1988</b>	<b>Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux</b> . La commission Rochon avait pour mandat d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux, ainsi que d'étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes et faire des recommandations au gouvernement.

1989	Création de la <b>Corporation d'urgences-santé</b> , qui veille directement aux services préhospitaliers pour la région de Montréal et de Laval. Elle se nomme aujourd'hui Urgences-santé .
1991	<p>À la suite des travaux de la commission Rochon, instaurée en 1988, on propose le remplacement des CRSSS par des régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), qui auront une autonomie de gestion et desquelles on exigera une responsabilité accrue. Les <b>régies régionales sont créées</b> afin de décentraliser la gestion des services de santé vers les régions, pour mieux répondre aux besoins locaux.</p> <p>Adoption de la nouvelle <b>Loi sur les services de santé et les services sociaux</b>, qui vise à adapter et à réorganiser le réseau des services tout en entraînant une véritable régionalisation.</p>
1993	Le <b>Règlement sur le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise</b> a été adopté. De ce règlement, le <b>Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise</b> a été formé.
1997	Le <b>régime général d'assurance médicaments</b> est venu compléter la couverture publique de la population québécoise dans le secteur de la santé. Il s'agit d'un régime mixte universel, fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés.
1998	<p>Adoption de la <b>Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives</b>. Cette révision avait pour objectif de rendre le système plus performant et de freiner le rythme d'augmentation des dépenses publiques.</p> <p>Création de l'<b>Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)</b>, qui est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec.</p> <p>Adoption de la Loi sur Héma-Québec et le début des activités d'<b>Héma-Québec</b> à titre de fournisseur de produits sanguins et de médicaments fabriqués à partir de plasma.</p>
2000	La <b>commission Clair</b> confirme la nécessité des régies régionales responsables et imputables envers le Ministère et suggère de leur conférer une large marge de manœuvre assortie de l'autonomie nécessaire pour leur permettre d'actualiser les orientations ministérielles, d'organiser les services dans la région et d'allouer les ressources financières aux établissements.
2001	<p>Adoption de la <b>Loi modifiant la gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux</b>, qui visait à renforcer la gouvernance locale, à favoriser l'intégration des services (CLSC, hôpitaux et CHSLD), à accroître la reddition de comptes et à favoriser la participation citoyenne.</p> <p>Adoption de la <b>Loi sur la santé publique</b> visant à remplacer la Loi sur la protection de la santé publique de 1972.</p>
2002	Mise en place des <b>groupes de médecine de famille (GMF)</b> pour améliorer l'accès aux soins de première ligne.
2003	Abolition des RRSSS, remplacées par les <b>agences de développement des réseaux locaux de services (ADRLS)</b> .

	Création de quatre <b>réseaux universitaires intégrés de santé</b> (RUIS), par faculté de médecine, afin de favoriser la coordination universitaire.
<b>2004</b>	Création des <b>réseaux locaux de services</b> (RLS) et des <b>centres de santé et de services sociaux</b> (CSSS), afin d'intégrer les services de santé et les services sociaux dans les structures locales pour améliorer la continuité des soins. Création du <b>Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles</b> , afin que ce dernier donne son avis à la ou au ministre de la Santé sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.
<b>2005</b>	Création des <b>agences régionales de la santé et des services sociaux</b> (ARSSS). Création du poste de <b>commissaire à la santé et au bien-être</b> (CSBE), afin de favoriser une surveillance accrue de la performance du système par un commissaire indépendant. Ce dernier est substitué au Conseil de la santé et du bien-être et au Conseil médical du Québec. Le <b>rapport Ménard</b> insiste sur l'importance d'un financement entièrement public du système et ouvre la porte au secteur privé pour l'achat de certains services diagnostiques, thérapeutiques et pour certains projets d'immobilisation.
<b>2006</b>	Adoption du <b>projet de loi 33</b> , qui encadre la qualité et la sécurité des interventions réalisées dans les cliniques privées.
<b>2008</b>	Le rapport intitulé <i>En avoir pour son argent</i> , présidé par Claude Castonguay, est rendu public. Ce dernier porte sur le financement du système de santé québécois.
<b>2011</b>	Adoption de la <b>Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux</b> , qui introduit de nouvelles règles visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Création de l' <b>Institut national d'excellence en santé et services sociaux</b> (INESSS), ayant pour objectif d'évaluer rigoureusement des technologies et pratiques cliniques pour guider les décisions du réseau.

2015	<p>Entrée en vigueur de la <b>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</b> (LMRSSS) (RLRQ, chapitre O-7.2). Elle apporte une centralisation majeure des services de santé et des services sociaux, ainsi que l'abolition des agences régionales, visant une meilleure efficacité administrative.</p> <p>La Loi concernant les soins de fin de vie a été adoptée en juin 2014. Elle est entrée en vigueur le 10 décembre 2015 et a mis en place la <b>Commission sur les soins de fin de vie</b>.</p>
2019	<p>Constitution de la <b>Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse</b> (Commission Laurent), qui avait comme mandat d'examiner les dispositifs de protection de la jeunesse, dans les différents réseaux d'intervention concernés, de manière à identifier les enjeux et obstacles et à formuler des recommandations sur les améliorations à apporter.</p>
2021	<p>Entrée en vigueur de la <b>Loi concernant principalement l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie</b> (2021, chapitre 23).</p>
2023	<p>Adoption de la <b>Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux</b> (LGSSSS). Nouvelle vision de la gouvernance, posant les bases de la création de Santé Québec.</p>
2024	<p>Création de la société d'État <b>Santé Québec</b> (LGSSSS) et intégration des établissements publics au sein de cette entité.</p> <p>Transformation des conseils d'administration (CA) en conseil d'administration d'établissement (CAÉ).</p> <p>Adoption de la Loi sur le commissaire au bien-être et aux droits des enfants, qui permettra la nomination éventuelle du tout premier <b>commissaire au bien-être et aux droits des enfants</b> (CBEDE) de l'histoire du Québec.</p>
2025	<p>Nomination de la <b>première CBEDE</b>. Son mandat est voué à la promotion du bien-être et du respect des droits de tous les enfants et à la protection de leurs intérêts.</p>

## ANNEXE 2 – Liste des établissements territoriaux et des établissements desservant une population nordique et autochtone

Région administrative	Établissements territoriaux
<b>01 - Bas-Saint-Laurent</b>	CISSS du Bas-Saint-Laurent
<b>02 - Saguenay–Lac-Saint-Jean</b>	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean
<b>03 - Capitale-Nationale</b>	CIUSSS de la Capitale-Nationale
<b>04 - Mauricie–Centre-du-Québec</b>	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
<b>05 - Estrie</b>	CIUSSS de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
<b>06 - Montréal</b>	CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal
<b>07 - Outaouais</b>	CISSS de l’Outaouais
<b>08 - Abitibi-Témiscamingue</b>	CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue
<b>09 - Côte-Nord</b>	CISSS de la Côte-Nord
<b>10 - Nord-du-Québec</b>	Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James
<b>11 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine</b>	CISSS de la Gaspésie CISSS des Îles
<b>12 - Chaudière-Appalaches</b>	CISSS de Chaudière-Appalaches
<b>13 - Laval</b>	CISSS de Laval
<b>14 - Lanaudière</b>	CISSS de Lanaudière
<b>15 - Laurentides</b>	CISSS des Laurentides
<b>16 - Montérégie</b>	CISSS de la Montérégie-Centre CISSS de la Montérégie-Est CISSS de la Montérégie-Ouest
<b>Desservant une population nordique et autochtone</b>	
<b>17 - Nunavik</b>	Centre de santé Inuulitsivik – Inuulitsivik Healthcenter Centre de santé Tulattavik de l’Ungava
<b>18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James</b>	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James

## ANNEXE 3 – Exemples de politiques et de plans d'action gouvernementaux ou ministériels en matière de santé et de bien-être

Pour la liste complète, vous pouvez vous rendre au lien suivant : <https://statics.teams.cdn.office.net/evergreen-assets/safelinks/2/atp-safelinks.html>

### **Aînés, proches aidants et soutien à domicile (SAD)**

- Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec (2012-2013). <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée. Des milieux de vie qui nous ressemblent (2021-2022). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/>
- Politique nationale pour les personnes proches aidantes. Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement (2021-2022). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000/>
- Orientations en soutien à domicile. Actualisation de la Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix (2023-2024) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-704-01W.pdf>
- La fierté de vieillir. Plan d'action gouvernemental 2024-2029 (2024-2025). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003734/>
- Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027 – Reconnaître et agir ensemble (2022-2023) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003402/>
- Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 – Reconnaître pour mieux soutenir (2021-2022). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003191/>
- Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2022-2026 – Pour le mieux-être des personnes hébergées (2021-2022). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003375/>
- Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs – Relever les défis d'aujourd'hui et de demain <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003867/>

### **Enfance, jeunesse, famille**

- Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie. (2008-2009) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028 (2023-2024) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf>
- Programme Agir tôt – Ensemble pour mieux soutenir le développement des enfants – Cadre de référence (2023-2024) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003844/>
- S'engager pour nos enfants – Étapes de mise en œuvre des recommandations de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse

(Commission Laurent) (2021-2022)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003226/>

### Déficiences

- L'accès aux documents et aux services offerts au public pour les personnes handicapées. Politique gouvernementale (2007-2008)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001156/>
- Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2023-2024 et Bilan 2022-2023 du plan d'action (2023-2024)  
[https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-action/PL\\_23-824-08W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-action/PL_23-824-08W_MSSS.pdf)
- Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience – Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (2017-2018)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003048/>
- Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience – Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (2017-2018)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001935/>

### Santé publique

- Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population (2015-2016)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/>
- Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec (2015-2016)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- Stratégie de mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 (2015-2016)  
[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001775/?&txt=Strat%C3%A9gie%20de%20mise%20en%20%C5%93uvre%20du%20Programme%20national%20de%20sant%C3%A9%20publique%202015-2025&msss\\_valpub&date=DESC](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001775/?&txt=Strat%C3%A9gie%20de%20mise%20en%20%C5%93uvre%20du%20Programme%20national%20de%20sant%C3%A9%20publique%202015-2025&msss_valpub&date=DESC)
- Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir (2022-2023)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003383/>
- Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 (2020-2021)  
[https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR\\_19-006-04W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf)
- Stratégie québécoise sur l'utilisation des écrans et la santé des jeunes 2022-2025 (2022-2023)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003382/>
- Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé – Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population (2022-2023)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003411/>
- Priorités d'action du Rapport d'analyse de l'accès aux soins dentaires au Québec (2021-2022)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-231-17W.pdf>

- Joindre, dépister et détecter, traiter. Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique. Supplément au Programme national de santé publique 2015-2025 (2015-2016)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-216-04W.pdf>

### **Services généraux**

- Offre de services sociaux généraux (programme-services, services généraux, activité clinique et d'aide) – Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience (2013-2024)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>

- Services généraux – soins de santé. Continuum de soins et de services en douleur chronique. Orientations et lignes directrices 2021-2026. Plan d'action en douleur chronique 2021-2026. (2021-2022)

[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003204/?&date=DESC&type=orientations-ministerielles&critere=type)

[003204/?&date=DESC&type=orientations-ministerielles&critere=type](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003204/?&date=DESC&type=orientations-ministerielles&critere=type)

### **Santé mentale**

- Politique de santé mentale (1989-1990)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/89-sante-mentale.pdf>

- Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif (2022-2023)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

### **Dépendance et itinérance**

- Stratégie nationale de prévention des surdoses 2022-2025 – Parce que chaque vie compte (2022-2023)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003429/>

- Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028. Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet (2018-2019)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>

- Politique nationale de lutte à l'itinérance. Ensemble pour éviter la rue et en sortir (2014-2015)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

- Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance (2021-2022)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003179/>

- Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (2018-2019)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002089/>

### **Violence conjugale et agression sexuelle**

- Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale (1995-1996)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807/95-842.pdf>

### **Sexe, genre et orientation sexuelle**

- Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024 (2020-2021)

- <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-730-01W.pdf>
- Plan d'action en santé et bien-être des hommes 2017-2022 (2017-2018)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-729-01W.pdf>

### **Cancérologie**

- Les partenariats, gage de qualité en cancérologie. Plan d'action 2024-2026 du Programme québécois en cancérologie (2024-2025)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-902-01W.pdf>
- Orientations prioritaires 2023-2030 du Programme québécois de cancérologie (2023-2024)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003659/>

### **Autres en santé physique**

- La politique du médicament (2007-2008)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-728-01.pdf>
- Pour une meilleure reconnaissance et prise en charge des personnes atteintes de maladies rares. Politique québécoise pour les maladies rares. (2022-2023)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-916-01W.pdf>
- Pour une meilleure reconnaissance et prise en charge des personnes atteintes de maladies rares. Plan d'action québécois sur les maladies rares 2023-2027 (2023-2024)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-916-02W.pdf>
- Programme de prise en charge du traumatisme craniocérébral léger et commotion cérébrale (2024-2025)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-912-02W.pdf>
- Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Orientations ministérielles 2013-2018 et plan de mise en œuvre 2016-2018 (2016-2017)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-944-01W.pdf>
- Orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales 2015 (2014-2015)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000942/>

### **Préhospitaliers**

- Une transformation au bénéfice de tous. Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence (2022-2023)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-929-02W.pdf>
- Pour des services et des soins adaptés à travers une gouvernance renouvelée. Plan d'action gouvernemental sur le système préhospitalier d'urgence 2023-2028 (2023-2024)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-929-06W.pdf>

### **Autres politiques transversales**

- Plus humain et plus performant – Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé (2021-2022)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003355/#:~:text=Le%20Plan%20pour%20mettre%20en,prise%20en%20charge%20des%20patients.>

- Plan directeur sur l'intelligence artificielle en santé 2024-2027 (2024-2025)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003840/>
- Politique ministérielle de sécurité civile (2014-2015)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001112/>
- Plan d'action de développement durable 2023-2028 (2023-2024)  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-733-01W.pdf>

## ANNEXE 4 - Webographie

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC – BIBLIOTHÈQUE. *Commissions d'enquête au Québec depuis 1867 – Commission Laurent*, [En ligne], 2023. [[Commission Laurent - Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec - Guides thématiques](#)]

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 127 – Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, [En ligne], 2011. [[2011C15F.PDF](#)]

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, [En ligne], 2023. [[23-015f \(1\).pdf](#)]

Bozzini, L. & Bourgault, J. (1992). *La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec*, *Service social*, 41 (2), 87-114. [En ligne], 2025. [[La décentralisation après la loi de 1991 sur les ... – Service social – Érudit](#)]

COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE. *La Commission sur les soins de fin de vie*, [En ligne], 2024. [[La Commission sur les soins de fin de vie](#)]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC – LÉGIS QUÉBEC. *G-1.021 - Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, [En ligne], 2025. [[G-1.021 - Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux](#)]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC – LÉGIS QUÉBEC. *M-19.2 - Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, [En ligne], 2025. [[m-19.2 - Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux](#)]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC – PARTENARIAT DONNÉES QUÉBEC. *Capacités et services par installation – depuis le 1<sup>er</sup> avril 2024*, [En ligne], 2025. [[Répartition des capacités et des services autorisés au permis par installation - Capacités et services par installation - depuis le 1er avril 2024 - Données Québec](#)]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Le Plan santé se concrétise – Gouvernance du système de santé et de services sociaux et création de Santé Québec*, [En ligne], 2025. [[Gouvernance du système de santé et de services sociaux et création de Santé Québec | Gouvernement du Québec](#)]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Le Plan santé se concrétise – Transformation du système de santé et des services sociaux*, [En ligne], 2025. [[Transformation du système de santé et de services sociaux | Gouvernement du Québec](#)]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *L'Office des personnes handicapées du Québec souligne son 40<sup>e</sup> anniversaire!*, [En ligne], 2025. [[L'Office des personnes handicapées du Québec souligne son 40e anniversaire! Gouvernement du Québec](#)]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Une première au Québec - Nomination de Marie-Ève Brunet-Kitchen à titre de commissaire au bien-être et aux droits des enfants*, [En ligne], 2025. [[Une première au Québec - Nomination de Marie-Ève Brunet-Kitchen à titre de commissaire au bien-être et aux droits des enfants Gouvernement du Québec](#)] (Consulté le 1er juillet 2025)

HEMA-QUÉBEC. *Notre histoire*, [En ligne], 2025. [[Notre histoire | Héma-Québec](#)]

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Qui sommes-nous?*, [En ligne], 2025. [[Qui sommes-nous? | Institut national de santé publique du Québec](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fiche technique – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace – Principaux comités*, [En ligne], 2023. [[14-043-02F\\_gabarit\\_word.indd](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fiche technique – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace – Glossaire de termes relatifs à la structure du réseau de la santé et des services sociaux*, [En ligne], 2023. [[Fiche technique Glossaire avant-après - Adoption PL 15](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fiche technique – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace – Structure actuelle du système de santé et des services sociaux*, [En ligne], 2023. [[Fiche technique schéma avant-après - Adoption PL 15](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux – Les grandes étapes*, [En ligne], 2025. [[Étapes de la transformation du système de santé et de services sociaux du Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, [En ligne], 2025. [[Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux - Salle de presse - MSSS](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Napperon présentant les principaux éléments de la Loi*, [En ligne], 2024. [[Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport - Comptes de la santé 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024*, [En ligne], 2024. [[Comptes de la santé 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport du directeur national de santé publique 2024 – Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement*, [En ligne], 2024. [[Rapport du directeur national de santé publique 2024 – Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, [En ligne], 2009. [[Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Relever les défis d'aujourd'hui et de demain – Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs*, [En ligne], 2025. [[Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs – Relever les défis d'aujourd'hui et de demain](#)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Répertoire des indicateurs de gestion du ministère de la Santé et Services sociaux*, [En ligne], 2025. [[Répertoire des indicateurs de gestion du ministère de la Santé et Services sociaux](#)]

PERSPECTIVE MONDE. *Dépôt du rapport Castonguay sur le financement du système de santé québécois*, [En ligne], 2008. [[Dépôt du rapport Castonguay sur le financement du système de santé québécois | Événements | Bilan Québec | Perspective Monde](#)]

RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Historique*, [En ligne], 2025. [<https://ruisss.ca/historique/>]

