INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

La prévention en santé : de l'intervention clinique aux politiques publiques

Mars 2026

QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE — COMPRENDRE POUR AGIR

EN BREF

- La prévention vise à empêcher l'apparition de problèmes de santé en agissant sur leurs causes. Elle tente aussi de diminuer le fardeau de la maladie ou des traumatismes lorsqu'ils surviennent.
- Un continuum d'approches préventives doit être mobilisé : de l'approche clinique axée sur le patient à l'approche globale associée aux politiques publiques.
- Des politiques publiques mises en œuvre par l'ensemble des secteurs d'activités — comme la lutte contre la pauvreté ou les programmes de santé au travail — contribuent à réduire les inégalités et optimiser la santé de tous.
- Pour gagner une année de vie en bonne santé, il serait de trois à quatre fois moins onéreux d'investir en prévention plutôt que dans les soins curatifs.
- Le Québec est souvent pris en exemple pour illustrer l'effet probant des politiques publiques sur la santé. Poursuivre sur cette voie, avec le concours des organisations de santé publique, permettrait de préserver et même d'améliorer la santé de la population.

MISE EN CONTEXTE

Dans son Plan stratégique 2023-2027, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) s'est engagé à sensibiliser la population et les décideurs aux enjeux de santé publique. En abordant divers sujets mobilisant ses experts, la collection « Questions de santé publique » contribue à promouvoir une culture de santé publique et de prévention au Québec.

À l'instar de plusieurs pays, le Québec est engagé dans des réorganisations du réseau de la santé et des services sociaux. Au nombre des défis auxquels le secteur de la santé est confronté, on compte la hausse grandissante des coûts de santé, la volonté gouvernementale de contenir les dépenses, des disparités sociales et économiques tenaces, le vieillissement et la diversification démographiques, la transformation numérique et les changements climatiques. La politique de santé doit s'adapter à cette nouvelle réalité.

Plusieurs voix appellent désormais un virage en faveur de la prévention en santé. Les organisations de santé publique sont certainement les mieux placées pour contribuer à ce changement structurant.

L'INSPQ répond à la question : qu'est-ce que la prévention dans une perspective de santé publique?

Québec

UN ENJEU, PLUSIEURS VISIONS

Plusieurs visions de la prévention se côtoient au Québec. Ce foisonnement n'est pas étonnant, car l'intérêt pour la prévention est croissant, porté par de puissantes aspirations au mieux-vivre dans toutes les sphères de la société et à tous les âges.

Certains misent sur la technologie ou les progrès thérapeutiques, de l'intelligence artificielle aux médicaments novateurs. D'autres croient qu'il faut modifier le fonctionnement du système de santé. D'autres encore proposent de mieux financer l'action communautaire ainsi que les organismes de la société civile et d'accroître leur rôle et leur présence. Des personnalités publiques véhiculent des messages pour promouvoir de saines habitudes dans des domaines comme la nutrition ou l'activité physique. Au nom de la prévention, des influenceurs encouragent leurs abonnés à adhérer à tel ou tel programme de mise en forme ou même à acheter des produits « miracle ».

Cette diversité de compréhensions et d'usages du concept de prévention déborde les frontières du Québec et partout, elle génère des défis de coordination des interventions (1).

En outre, tous ces appels en faveur de la prévention ne sont pas d'égale portée. Ils rateront d'ailleurs parfois leur cible, faute d'être fondés sur des connaissances valides ou des expériences concluantes.

La figure 1 montre que la santé est façonnée en partie par des facteurs biologiques et par l'accès aux soins, mais qu'elle est puissamment déterminée par les conditions de vie et le contexte socioéconomique, comme le revenu et l'éducation. C'est pourquoi les spécialistes de la prévention en santé préconisent de mobiliser simultanément un continuum d'interventions, allant des pratiques cliniques aux politiques publiques (2,3).

Figure 1 Ce qui détermine la santé des Canadiens

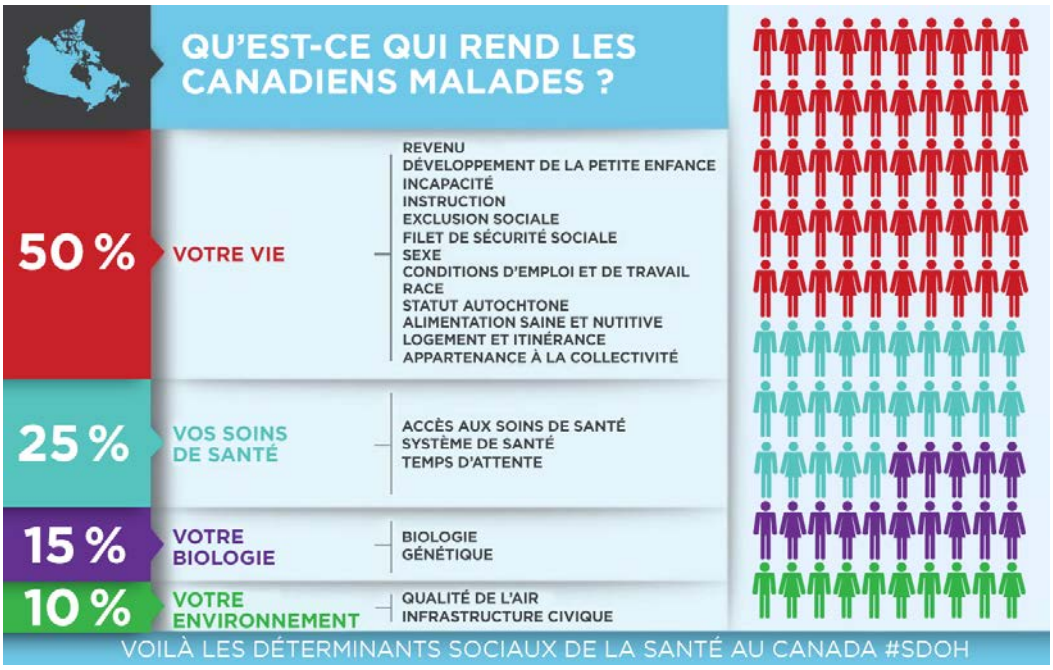


Figure traduite par l'Association médicale canadienne et tirée de : (4)

Trois approches interdépendantes

Il existe une vision essentiellement *clinique* de la prévention, fondée sur quatre « gestes » que les professionnels de santé peuvent poser pour dévier la trajectoire des maladies ou leur faire barrage : empêcher l'apparition de la maladie (prévention *primaire*), arrêter ou retarder son évolution (prévention *secondaire*), limiter ses complications (prévention *tertiaire*) et éviter la surmédicalisation (prévention *quaternaire*).

Cette partition en quatre catégories domine souvent le débat public sur la prévention. Elle certes utile, surtout dans le contexte de la pratique médicale stricto sensu, mais elle ne couvre en réalité qu'une portion des interventions préventives possibles ou nécessaires.

Depuis plusieurs décennies, les organisations de santé publique proposent donc une vision élargie de la prévention qui reflète mieux l'éventail des actions préventives à mener tant dans le réseau de la santé qu'à l'échelle de la société. Cette vision inclut des interventions diversifiées et adaptées pour améliorer l'ensemble des déterminants sociaux et réduire les inégalités de santé.

Cette vision intègre les trois approches interdépendantes de la prévention : l'approche *clinique*, l'approche *communautaire* et l'approche *globale*. Chacune de ces approches contribue spécifiquement aux efforts de prévention et c'est leur action en synergie qui produit les effets les plus profonds et durables. Toute politique de prévention en santé devrait développer ces trois approches dans des proportions équilibrées.

Le tableau suivant montre les différents éléments sur lesquels agissent les trois approches. La prévention en contexte clinique est axée sur les individus et vise la réduction de la maladie ou de ses répercussions sur les patients. La prévention en milieu communautaire et la prévention globale ont en commun de se concentrer sur la population (locale, territoriale ou nationale), tant pour prévenir la maladie qu'améliorer la santé et le bien-être de tous.

Elles se distinguent toutefois par leurs leviers d'actions et le caractère plus ou moins durable de leurs effets. L'approche globale par les politiques s'inscrit ainsi à la fois dans l'action immédiate et dans le temps long des changements sociaux.

Tableau 1 Les principales approches de la prévention en santé

	Clinique	Communautaire	Globale
Objet principal	Patient	Population locale et territoriale	Population québécoise
Cible des interventions	Individu	Communauté (familles, milieux de vie)	Société
Acteurs clés	Professionnels de la santé et des services sociaux	Établissements de la santé et des services sociaux Partenaires communautaires, locaux et municipaux	Ministères et organismes gouvernementaux Élus
Objectifs	Amélioration des résultats cliniques Atténuation et mitigation du risque pour les patients	Atténuation et mitigation du risque pour les groupes les plus vulnérables Amélioration des conditions de vie pour tous Réduction des inégalités sociales de la santé	Atténuation et mitigation du risque pour les groupes les plus vulnérables Amélioration des conditions de vie pour tous Réduction des inégalités sociales de la santé
Efficacité pour améliorer les déterminants sociaux et réduire les inégalités sociales de santé	Faible	Moyenne	Forte
Moyens	Dépistage de la maladie et du risque de maladie Prise en charge précoce Promotion des saines habitudes de vie	Promotion de saines habitudes de vie Programmes et services communautaires Politiques municipales	Politiques intersectorielles Politiques gouvernementales (par exemple : Politique gouvernementale de prévention en santé) Programmes de santé et sécurité au travail Normes environnementales Système d'éducation et services de garde Politiques de redistribution

Approche clinique : intervenir auprès des individus

Dans les milieux cliniques, la prévention a pour but d'empêcher l'apparition de la maladie chez les patients, de minimiser ou de retarder ses effets ou d'éviter son aggravation. Cela passe, par exemple, par la vaccination des populations à risque, l'une des pratiques cliniques préventives les plus éprouvées à ce jour pour plusieurs maladies.

La prévention clinique vise prioritairement à dépister la maladie. Elle conduit à rechercher une maladie chez des individus qui présentent des risques connus pour des raisons comportementales (ex.: les fumeurs) ou statistiques (ex. : les femmes, les nouveau-nés) même s'ils n'ont pas (encore) de symptômes. Voici des exemples :

- Le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* invite les Québécoises âgées de 50 à 74 ans à passer une mammographie tous les deux ans;
- Le *Programme de dépistage néonatal sanguin et urinaire* vise à dépister plusieurs maladies rares qui pourraient entraîner des conséquences graves, mais que l'on peut détecter à la naissance.

Cette détection rapide de la maladie permet la prise en charge précoce des patients considérés à risque ou déjà malades. On peut ainsi atténuer les complications possibles ainsi que les risques de récidive. Il s'agit là de sa principale force. L'amélioration de la santé, des fonctions physiques ou psychiques des individus ou même les chances de survie sont des effets tangibles et importants de la prévention clinique. On estime qu'environ 8,4 % des décès survenus au Québec en 2023 auraient pu être évités par des soins appropriés en temps utile. Cela correspond à un peu plus de 6 500 décès, causés par diverses conditions pour lesquelles de la prévention peut être effectuée, comme les cancers, l'influenza, le diabète, les maladies cardiaques ou cérébrovasculaires (5).

L'approche clinique de la prévention en santé ne se limite pas au dépistage. Elle prend aussi d'autres formes, telles que le counseling sur la cessation tabagique, la nutrition ou les comportements sexuels. Des équipes professionnelles multidisciplinaires sont parfois à l'œuvre dans les milieux cliniques pour soutenir les patients à risque ou déjà malades et les encourager à modifier leurs habitudes de vie.

L'impact de ces efforts de counseling et de sensibilisation demeure néanmoins sujet à discussion (6). Le contexte social et les conditions de vie des patients ont des effets si puissants sur leur santé qu'il devient difficile de mettre en œuvre les injonctions des professionnels, par exemple dans les situations de grande pauvreté. En apprendre davantage sur la valeur nutritive des aliments perd de son utilité lorsque les moyens financiers des patients leur imposent des choix difficiles : sacrifier la quantité ou la qualité des repas; opter pour des produits moins chers et souvent moins nutritifs plutôt que des fruits et légumes frais, plus coûteux. Dans ces circonstances, assurer sa survie et d'autres priorités, comme le logement ou l'emploi, prennent alors le dessus sur les messages préventifs. Sans compter que les professionnels doivent veiller à ne pas créer d'effets nuisibles chez les patients, par exemple en faisant naître des sentiments de stigmatisation ou de honte.

De surcroît, le contexte clinique ne permet pas d'agir sur la réalité socioéconomique des patients ni sur les déterminants sociaux de la santé comme le logement, l'insécurité alimentaire, le revenu ou le transport.

Il arrive même que des pratiques préventives cliniques soient contreproductives et coûteuses, comme dans le cas des bilans annuels de santé

ou de certains traitements médicamenteux chez les personnes ne présentant aucun symptôme, antécédent ou facteur de risque significatif. Faites à la demande des patients ou par crainte de passer à côté d'un problème, certaines interventions de prévention clinique contribuent à engorger le système de soins sans produire d'effet bénéfique (7–9). C'est pourquoi des efforts en prévention quaternaire sont maintenant investis pour freiner les interventions non essentielles, par exemple en matière de tests de laboratoire ou d'imagerie.

Approche communautaire : miser sur des milieux de vie sains et sécuritaires

Dans les milieux locaux, régionaux et communautaires, la prévention revêt un aspect nettement plus social : assurer une nutrition de base aux femmes enceintes les plus vulnérables, dispenser la vaccination dans les écoles ou réduire le fardeau des infections transmissibles sexuellement dans la communauté.

Bien que les bénéficiaires ultimes des services de promotion et de prévention en santé communautaire soient des individus, les programmes associés à l'approche communautaire sont conçus pour des groupes, des familles et des lieux de vie. Le déploiement de cette approche est appuyé par des données sur l'état de santé des populations et se nourrit de la connaissance et de la pratique du terrain des professionnels de santé publique. En visant l'édification de milieux de vie bienveillants, il est possible d'étendre l'effet préventif à l'ensemble de la communauté, tout en prenant en charge à court terme ses membres les plus vulnérables. Voici des exemples :

- Développement de l'enfant et bien-être des familles : le programme de *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) permet d'intervenir dès les premiers stades de la vie;
- Milieux scolaires : ÉKIP est un référent pour des actions de promotion de santé et de bien-être ainsi que de prévention de problèmes chez les jeunes d'âge scolaire afin de contribuer à leur persévérance scolaire et à leur réussite éducative.
- Santé mentale : Réseaux d'éclaireurs en santé mentale pour augmenter la capacité d'adaptation et la résilience des individus et des communautés et le programme *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide*.
- Santé au travail : dépistage de la surdité en milieu professionnel.

Il reste toutefois difficile d'agir sur les causes premières des conditions observées. Par exemple, les acteurs du milieu communautaire peuvent profiter du soutien d'une banque alimentaire pour apporter du secours d'urgence. Mais tout comme les professionnels en contexte clinique, ils ne disposent pas des leviers nécessaires pour agir sur les causes de l'insécurité alimentaire comme la précarité financière ou les problèmes de logement.

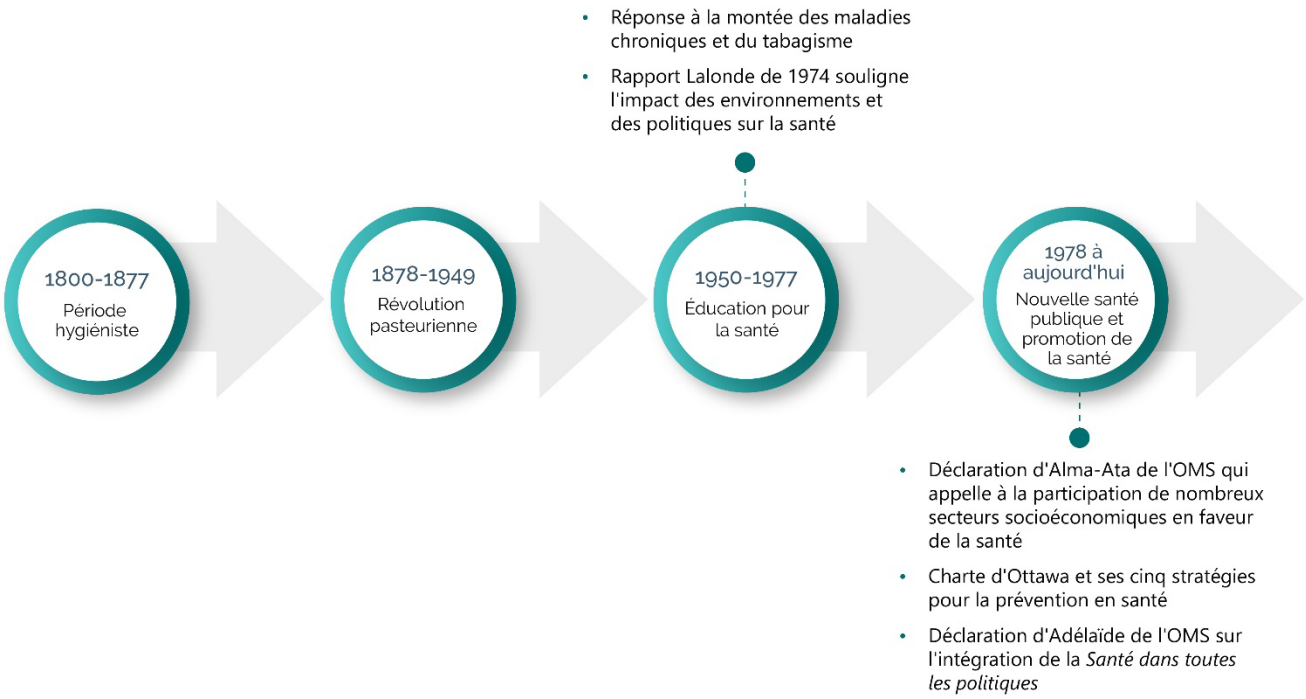
Outre le manque de moyens pour atteindre leur but, les acteurs de santé publique et les organismes communautaires doivent aussi composer avec la fragmentation des responsabilités et de la capacité d'agir des différents paliers de gouvernement. Les problèmes liés à la pauvreté ou à l'insécurité économique se manifestent localement, mais les solutions relèvent souvent des autorités nationales : au Québec, par exemple, le ministère de la Famille est responsable des services de garde en petite enfance et ce sont le ministère du Travail et la CNESST qui peuvent opérer dans les milieux de travail. Certaines interventions sont même influencées par des décisions prises au palier fédéral, comme la politique d'immigration ou l'orientation générale des mesures de réduction des méfaits en matière d'utilisation des drogues.

On note tout de même des exceptions, puisque des actions locales ont parfois un effet proprement structurant. Pensons particulièrement à l'aménagement du territoire et aux mesures portant sur des facteurs qui influencent la santé de la population, comme le transport collectif. La santé publique communautaire dispose d'ailleurs d'outils éprouvés, dont les évaluations d'impact sur la santé, qui lui permettent d'accompagner les municipalités qui le souhaitent et de contribuer à améliorer les projets locaux.

Approche globale : utiliser le levier des politiques qui influencent la santé en dehors des soins

Depuis quelques décennies, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses pays membres font la promotion de l'approche globale en prévention de la santé, aussi appelée *approche systémique* ou *action primordiale*. Plusieurs juridictions ont adopté cette approche, dont l'Australie-Méridionale, la Finlande, la Californie, le Pays de Galles et le Québec (10).

Figure 2 **Vers une approche globale : jalons historiques du mouvement international en protection, promotion et prévention en santé**



Informations tirées de : (11) Breton É, Brochard A. Histoire de la promotion de la santé. In: La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone. Presses de l'École des hautes études en santé publique. Rennes; 2000. p. 21-41.

Fondée sur un nombre grandissant de recherches multidisciplinaires et sur l'expérience cumulée des praticiens, l'approche globale fait appel à un levier supplémentaire, difficilement accessible en contexte clinique ou communautaire : les politiques publiques.

L'approche globale en prévention est associée au mouvement international de la *Santé dans toutes les politiques* (SdTP) auquel le Québec participe activement. Inscrit dans la lignée du rapport Marmot de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (12), ce mouvement vise à rendre toutes les politiques publiques favorables à la santé et à réduire de cette manière les inégalités sociales de santé. C'est en quelque sorte l'aboutissement historique du mouvement international de santé publique visant la protection, la promotion et la prévention en santé (13).

La SdTP encourage des actions coordonnées qui réduisent les effets néfastes des déterminants sociaux de la santé et diminuent les écarts de santé évitables entre les individus, les groupes et les communautés. De prime abord, le concept de SdTP semble très ambitieux, pour ne pas dire radical. Toutefois, dans les faits, sa mise en œuvre se fait le plus souvent de manière progressive, de sorte à favoriser l'amélioration graduelle des conditions de vie et du contexte social en utilisant les ressources et les capacités des structures gouvernementales existantes, loin de toute rupture institutionnelle (14).

On comprendra que la prévention en santé ne dépend pas uniquement des soins et services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux, du comportement des individus dans leur vie de tous les jours, ni même du seul ministère ou du réseau de la santé. Les facteurs structurels qui façonnent la santé de la population relèvent d'une responsabilité qui s'étend à la collectivité tout entière : gouvernements; multiples secteurs d'activité; partenaires locaux, municipaux, régionaux et communautaires; acteurs de tous ordres. Tous sont concernés.

Le caractère structurant des politiques publiques sur la santé populationnelle constitue la principale force de cette approche préventive. Mais si ses effets s'inscrivent et se manifestent dans la profondeur et la durée, ils sont souvent moins visibles à court terme et peuvent ne pas apporter des réponses aux situations individuelles plus pressantes. La prévention en contextes clinique et communautaire continue donc à jouer un rôle essentiel.

Améliorer la santé et le bien-être

La question de la pauvreté constitue un bon point de départ pour saisir la manière dont l'approche globale permet d'aborder les inégalités de santé.

Des observations répétées ont révélé que l'état de santé des individus est fortement influencé par le niveau de leurs revenus. L'influence de la pauvreté sur l'état de santé peut passer par un stress chronique induit par la précarité, l'incapacité de payer certains traitements ou encore d'accéder à une offre alimentaire saine. On sait aussi que les inégalités de revenu et de richesse au sein d'une population participent à l'érosion de la cohésion sociale, ce qui nuit par ricochet à la santé et au bien-être de tous (15,16), comme en témoignent les réticences de certains envers la vaccination et la résurgence de maladies.

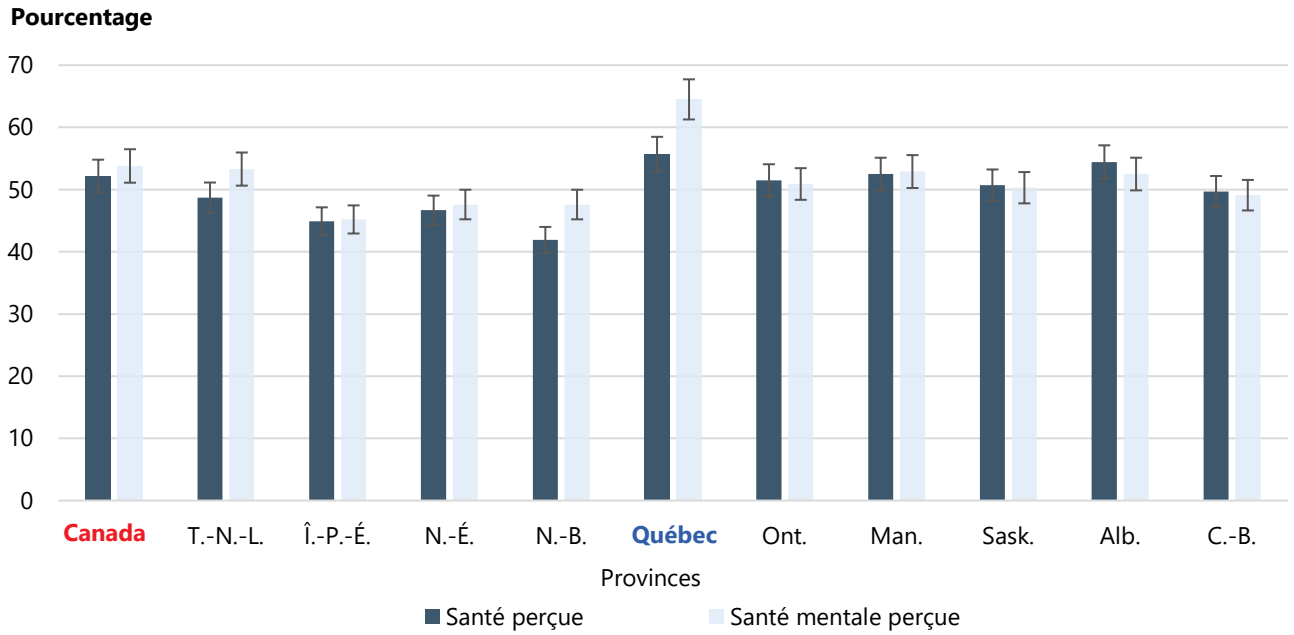
Parfois identifié comme la « cause des causes », l'impact du revenu sur la santé n'est pourtant pas linéaire. D'autres facteurs interviennent: le type d'emploi, le niveau de scolarité, le logement, le genre, etc. Des facteurs liés au revenu, tels que la position sociale ou la perception d'exercer un contrôle sur sa vie, peuvent aussi influencer l'état de santé et le bien-être des individus.

L'expérience du Québec offre un exemple probant du rôle positif des politiques publiques en faveur d'une société plus égalitaire et d'une population en meilleure santé.

La pauvreté a eu tendance à reculer au Québec pendant une vingtaine d'années à partir du milieu des années 1990. Alors que dans les autres grandes provinces les taux de pauvreté étaient à la hausse, ceux du Québec rejoignaient les niveaux observés dans les pays européens les plus progressistes (17,18).

On constate depuis plusieurs années que l'espérance de vie au Québec est meilleure qu'ailleurs au Canada. Plus récemment, le dernier rapport sur la santé des Canadiens a aussi permis d'observer entre 2021 et 2023 une hausse constante du nombre de résidents québécois qui déclaraient être en très bonne ou en excellente santé, dans une proportion qui correspond à la hausse du revenu des ménages. Les Québécois seraient également les plus nombreux au pays à déclarer une bonne santé mentale (19).

Figure 3 **Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir une très bonne ou excellente santé perçue et santé mentale perçue, selon la province (2023)**



Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022 et 2023*; tableau 13-10-0905-01 — Statistiques d'indicateurs de santé, estimations annuelles.

Le Québec s'est démarqué dans deux secteurs où la santé publique s'est beaucoup investie : les politiques familiales et la lutte contre la pauvreté, en partie propulsées par des acteurs de la prévention communautaire qui appelaient à l'implantation de politiques plus structurantes.

Dans le premier cas, on peut donner l'exemple du réseau des centres de la petite enfance (CPE), inauguré en 1997. Ce réseau offre des services de garde éducatifs à contribution réduite aux parents québécois. Ses effets sont doubles. Il permet aux parents de jeunes enfants de poursuivre une activité rémunérée sur le marché du travail. Le taux d'emploi des femmes québécoises est d'ailleurs le plus élevé du pays (20) ce qui profite aux individus autant qu'à la collectivité. Il favorise aussi l'égalité des chances entre les enfants, grâce à la qualité éducative de ces milieux de garde (21).

Dans le deuxième cas, la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale de 2002 et la loi qui y est associée sont de bons exemples de l'action sociale menée par l'État québécois. Elles sont à la source d'un ensemble d'interventions et de projets portés conjointement par le gouvernement, ses partenaires socioéconomiques, les collectivités régionales et locales, les organismes communautaires et divers acteurs de la société, afin de contrer la pauvreté et de favoriser l'inclusion sociale.

Certes, ces politiques sociales ne peuvent expliquer à elles seules la bonne perception qu'ont les Québécois de leur santé physique et mentale (22). Des politiques intervenant sur d'autres déterminants de la santé ont certainement influencé les résultats constatés. Elles y ont toutefois contribué, en participant à favoriser le *mieux-vivre*.

À cet égard, l'article 54 de la *Loi sur la santé publique du Québec* de 2001 a aussi marqué la conception québécoise de la prévention globale en santé. Cet article de loi impose à tous les secteurs du gouvernement de prendre en considération les effets sur la santé de leurs propres mesures législatives et réglementaires, tant dans les phases de développement que dans la mise en œuvre (23,24).

Des collaborations fructueuses entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et d'autres secteurs gouvernementaux sont issues de cette obligation. Ces dernières années, ce fut le cas lors de la révision de la *Loi sur la sécurité dans les loisirs et les sports* et au moment de l'élaboration de la *Politique nationale de l'architecture et de l'aménagement du territoire*. Des experts de santé publique furent activement impliqués pour assurer et élargir la portée préventive de ces politiques. Depuis, les effets sur la santé sont mieux pris en compte dans des dossiers aussi divers que la violence dans les sports, l'aménagement de milieux de vie et la mobilité durable.

Adoptée en 2016, la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (PGPS) offre un bon exemple de l'approche globale telle qu'elle s'exprime au Québec (24). En engageant une vingtaine de ministères et 80 organismes partenaires, la PGPS a couvert un large éventail de politiques publiques et de secteurs. Elle fut conçue de manière à compléter et à étendre la portée d'autres politiques ou stratégies gouvernementales agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Elle a donc contribué à prévenir ou à atténuer des problèmes qui n'auraient pas été touchés par les politiques et les programmes existants (23).

Les dernières initiatives de grande envergure en matière sociale pour améliorer la santé et le bien-être ont pour la plupart été mises en place au milieu des années 1990 ou au début des années 2000. Les programmes ont été globalement reconduits et parfois même bonifiés. Cela dit, en dépit de résultats plutôt favorables pour le Québec, il importe de rester vigilants. Dans un contexte national et international turbulent et face à l'ampleur des défis sociaux, économiques et environnementaux à l'échelle planétaire, l'architecture de la politique sociale devrait être

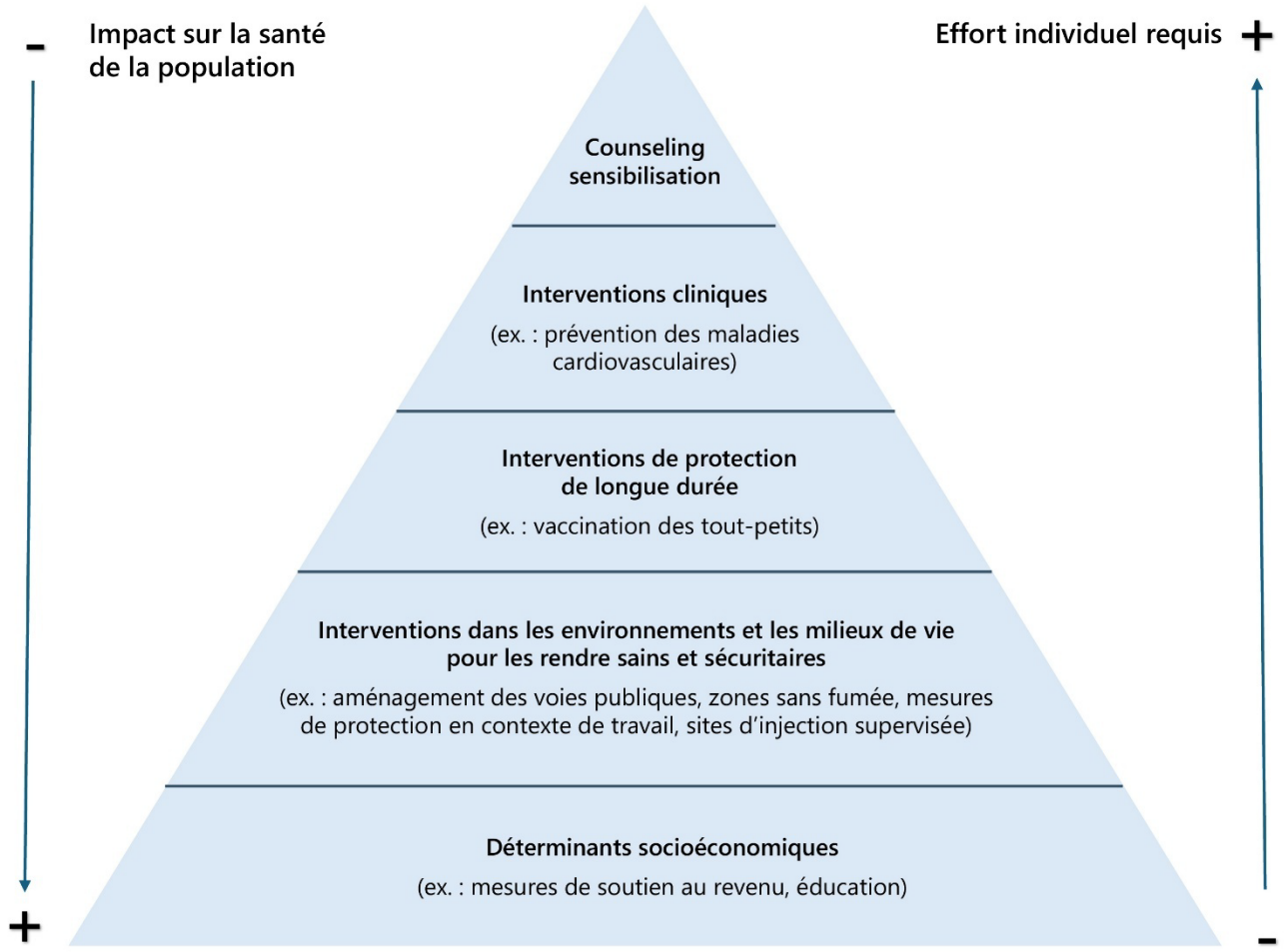
repensée pour contrer l'insécurité croissante dans plusieurs sphères de la vie.

FAIRE ÉVOLUER LA PRÉVENTION

Pour des raisons faciles à comprendre, les enjeux de santé sont d'abord considérés dans une perspective biomédicale. Or, le système de soins qui porte cette perspective n'est pas une structure autonome. Il interagit avec d'autres structures sociales et économiques qui, elles aussi, conditionnent la santé de la population.

Le secteur de la santé et les autres secteurs de la société influencent de concert les résultats de santé de la population et peuvent donc contribuer à l'améliorer. Il existe d'ailleurs un avis largement partagé en santé publique : les interventions les plus efficaces en matière de prévention en santé sont celles qui ne dépendent pas de changements dans les comportements individuels, mais plutôt d'actions coordonnées qui se déploient sur de multiples niveaux.

Figure 4 Potentiel d'impact des interventions préventives selon l'effort individuel requis



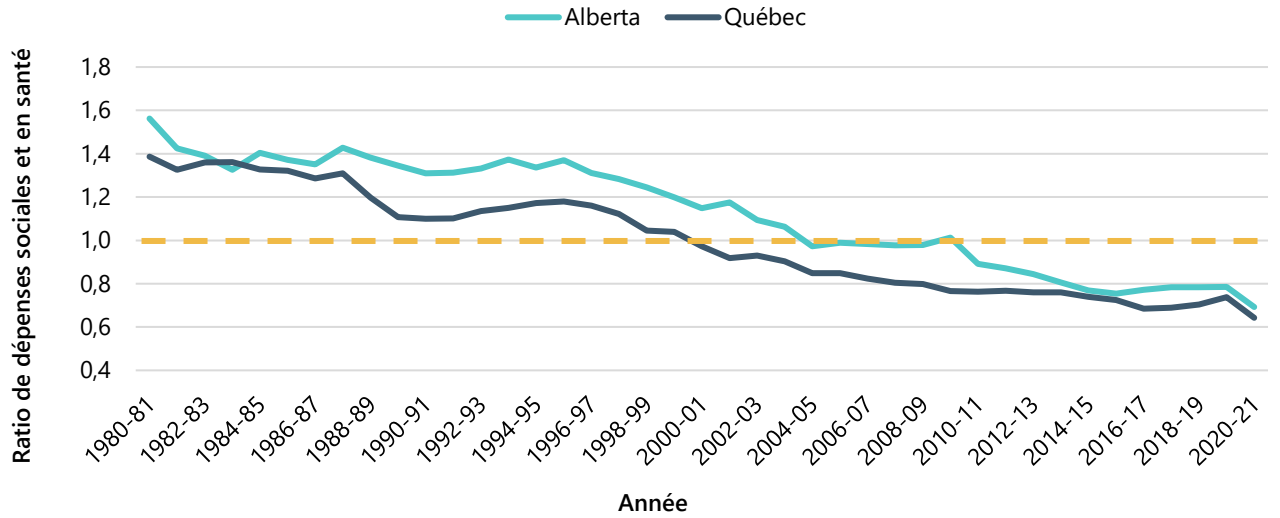
Adaptée de (6) Frieden TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. Am J Public Health. avr. 2010;100(4):590-5.

Coûts d'options

Dans un contexte économique où l'usage des fonds publics doit être justifié avec rigueur, il y a donc lieu de se demander si des dépenses élevées en matière de soins sont celles qui ont le plus d'impact, surtout si l'objectif est d'allonger la vie en bonne santé d'une majorité de citoyens. Or ce n'est pas toujours le cas. Des investissements dans les services médicaux de base améliorent les chances de survie quand ils font défaut, mais la relation entre le niveau des dépenses et les résultats de santé n'est pas linéaire. On prend souvent à preuve le « paradoxe américain ». Les États-Unis sont le pays de l'OCDE qui débourse le plus par habitant en santé, mais avec des résultats mitigés. Espérance de vie, maladies chroniques, mortalité infantile, homicides et blessures, maladies transmises sexuellement, mortalité par surdose, etc. : nombreux sont les indicateurs pour lesquels ce pays affiche des résultats de santé moins enviables que des juridictions comparables, particulièrement les pays scandinaves (25,26). Ceci n'est pas sans conséquence. Pour parler comme les économistes, les investissements publics qui sont consacrés au secteur de la santé ont toujours un « coût d'option » : ce sont des ressources (en hausse constante) qui ne sont pas investies ailleurs. Or, depuis le début des années 1980, le ratio (ou la proportion) des dépenses publiques consacrées aux programmes sociaux et à l'éducation a chuté continuellement par rapport aux dépenses publiques consacrées au système de soins de santé (27,28).

Autrement dit, on dépense moins pour les programmes sociaux et plus pour les soins qu'on ne le faisait auparavant. C'est le cas du Québec et de l'Alberta, comme le montre la figure 4. Ces deux provinces dépensaient davantage pour les programmes sociaux que pour la santé avant les années 2000, mais le ratio s'est inversé depuis.

Figure 5 **Évolution des ratios de dépenses sociales et en santé au Québec et en Alberta 1980-2021**



Traduit de : (28) Reproduit avec permission.

Pourtant, les investissements effectués hors du système médical sont souvent associés à de meilleurs résultats de santé que ceux consacrés au système médical. Des recherches ont montré qu'un meilleur ratio de ces investissements (programmes sociaux et éducation/programmes de santé) est associé avec une réduction de la mortalité attribuable au cancer des poumons, la mortalité infantile et le nombre d'années de vie perdues (28).

Des chercheurs québécois en sont venus à des conclusions similaires: l'indice de « générosité » de l'État-providence (obtenu en combinant le taux de couverture, la durée et le niveau des prestations) produit des effets mesurables sur la santé de la population (29).

Un nouveau virage dans l'orientation des politiques gouvernementales pourrait inverser la tendance observée depuis le début des années 1980 et rééquilibrer progressivement le ratio en faveur d'investissements accrus dans les programmes sociaux et l'éducation. Il a été démontré par ailleurs que l'ajout d'une année de vie en santé peut coûter de trois à quatre fois moins cher lorsqu'on investit en santé publique et en prévention, plutôt que dans les soins curatifs (30).

Une population vieillissante se préoccupe évidemment des investissements dans le système de soins (31). Seul un engagement gouvernemental décisif et renouvelé pourrait rallier les plus inquiets à un changement d'optique. Dans une perspective à plus long terme, cet engagement serait cohérent avec la vision globale de la prévention portée par les acteurs de santé publique et par les chercheurs d'horizons divers qui s'intéressent à ces problèmes, tout en contribuant à contenir le fardeau financier et social de la maladie au Québec.

Cinq domaines d'action

L'OMS Europe a recensé les conditions essentielles nécessaires à la création et au maintien d'une vie en santé pour tous et a proposé un panier d'interventions qui permet aux personnes de prospérer et de s'épanouir en santé (32). L'organisme exhorte d'ailleurs les gouvernements à prendre des mesures concrètes dans cinq domaines :

- des soins accessibles et de bonne qualité;
- la sécurité du revenu et la protection sociale;
- des conditions de vie convenables;
- le capital social et humain;
- un travail décent satisfaisant et de bonnes conditions d'emploi.

Une approche fondée sur un tel panier d'interventions pourrait avoir des effets tangibles sur les inégalités en santé à l'intérieur d'une période aussi courte que deux à quatre ans. De plus, les interventions qui améliorent l'équité en santé sont les mêmes que celles qui favorisent la croissance économique (23,32).

CONCLUSION

La prévention en santé est souvent abordée sous le seul angle du fardeau de la maladie, tant pour les individus que pour la société dans son ensemble. Tout se passe comme si la prévention en santé pouvait permettre de réduire la maladie, en assurer une meilleure prise en charge à court terme et ralentir la hausse des dépenses publiques consacrées aux soins de santé. C'est un but louable. Mais la prévention en santé a une autre finalité, bien plus large : améliorer la santé et le bien-être de la population, son *mieux-vivre*.

Du point de vue de l'éthique, la prévention vise à réaliser deux valeurs fondamentales en santé publique : la bienfaisance, incarnée par l'amélioration de la santé de la population, et l'équité, qui se traduit par la lutte aux inégalités sociales de santé (33). À l'aube de la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, toute action de prévention sera évaluée à la lumière de ces valeurs.

La prévention en santé repose sur l'interdépendance des approches clinique, communautaire et globale. Une stratégie nationale doit les intégrer dans des proportions équilibrées.

Bien que complexe, l'approche globale de la prévention doit faire partie de l'équation et occuper la place qui lui revient. En agissant sur la redistribution du revenu et le développement social, les grandes orientations des politiques publiques québécoises ont déjà fait du Québec une société innovante en contexte nord-américain, souvent plus près des modèles nordiques fondés sur la redistribution, la participation civique et l'inclusion sociale. Les résultats observés sont d'ailleurs éloquents : ils placent la province loin devant des juridictions plus riches au Canada ou aux États-Unis en matière d'espérance de vie ou de développement social (34).

Mais les facteurs structurels qui façonnent la santé de la population pourraient être investis encore davantage. Une politique de santé préventive gagnante passe notamment par un rééquilibrage progressif des investissements dans les programmes sociaux et l'éducation, par rapport aux sommes consacrées aux soins de santé.

Pour en savoir plus

Bernier, Nicole F. 2023. « Vers une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques aux paliers fédéral, provincial et territorial? » *Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé*.

Dutton, D. J., P. G. Forest, R. D. Kneebone, et J. D. Zwicker. 2018. « Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study ». *CMAJ* 66-71.

Jacques, O. & Noël, A. 2020. « Démarchandiser pour vivre en santé : Les politiques de redistribution comme déterminants de la santé. Rapport final présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux ».

Pickett, K., A. Gaugar, R. Wilkinson, et P. Sahni-Nicholas. 2024. *The spirit level at 15: The enduring impact of Inequality*. London: The Equality Trust.

Pollack Porter KM, Carignan S, Forest P-G. Health in All Policies Implementation in Quebec Suggests Great Promise for U.S. *Annals of Global Health*. 2026; 92(1): 35, 1-5. DOI: https://doi.org/10.5334/aogh.5058

World Health Organization. 2019. *Healthy, Prosperous Lives for All: The European Health Equity Status Report*.

RÉFÉRENCES

1. Arnold S, Holden J. The King's Fund [Internet]. 2025 [cité 3 juill 2025]. What Is Prevention In Health? Disponible sur : https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/what-is-prevention-in-health

2. Bourque M, Quesnel-Vallée A. Politiques sociales : un enjeu de santé publique ? Lien Soc Polit. 2006;55:45-52. doi:10.7202/013223ar

3. Jacques O, Noël A. Démarchandiser pour vivre en santé : Les politiques de redistribution comme déterminants de la santé. Rapport final présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux. 2020. Rapport No.

4. Canadian Medical Association. Health care in Canada: What makes us sick?: Canadian Medical Association Town Hall Report [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Medical Association; 2013. Rapport No. Disponible sur : https://tfss.ca/wp-content/uploads/2017/11/What-makes-us-sick_en.pdf

5. Institut national de santé publique du Québec. Indicateur du taux de mortalité évitable par les soins calculé à partir du Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès) et diffusé sur le portail de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ. 2025.

6. Frieden TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. Am J Public Health. avr 2010;100(4):590-5. doi:10.2105/AJPH.2009.185652

7. Hadler N. Le dernier des bien portants. Comment mettre son bien-être à l'abri des services de santé [Internet]. Presses de l'Université Laval. 2008. Disponible sur : https://www.pulaval.com/livres/le-dernier-des-bien-portants-comment-mettre-son-bien-etre-a-l-abri-des-services-de-sante

8. Vadeboncoeur A. Prendre soin. Au chevet du système de santé. Montréal : QC: Lux Éditeur; 2022. (Lettres libres).

9. Welch, H G. Less Medicine, More Health [Internet]. Penguin Random House Canada. 2016. Disponible sur : https://www.penguinrandomhouse.ca/books/243193/less-medicine-more-health-by-dr-h-gilbert-welch/9780807077580.

10. Bernier NF. Vers une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques aux paliers fédéral, provincial et territorial? [Internet]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2023 [cité 3 juill 2025]. Disponible sur : https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/vers-une-approche-axee-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-aux-paliers-federal-provincial-et-territorial/

11. Breton É, Brochard A. Histoire de la promotion de la santé. In: La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone. Presses de l'École des hautes études en santé publique. Rennes; 2000. p. 21-41.

12. Commission on Social Determinants of Health. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de La santé. Organisation mondiale de la Santé; 2009. Rapport No.

13. Pollack Porter KM. Working Across Sectors and Political Lines to Consider Health in All Policy Decisions. Am J Public Health. mars 2026;116(3):286-8. doi:10.2105/AJPH.2025.308370

14. Godziewski C. The Politics of Health Promotion in the European Union. Palgrave Macmillan. London : UK; 2022.

15. Agence de la santé publique du Canada. Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas ? [politiques] [Internet]. 2013 [cité 3 juill 2025]. Disponible sur : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/pourquoi-canadiens-sont-sante.html

16. Pickett K, Gaugar A, Wilkinson R, Sahni-Nicholas P. The spirit level at 15: The enduring impact of Inequality. London : UK: The Equality Trust; 2024. Rapport No.

17. van der Berg A, Plante C, Raiq H, Proulx C, Faustmann S. Combating Poverty : Quebec's Pursuit of a Distinctive Welfare State [Internet]. University of Toronto Press. Toronto; 2017 [cité 3 juill 2025]. Disponible sur : https://utppublishing.com/doi/book/10.3138/9781487501563

18. Centre étude sur la pauvreté et l'exclusion. État de situation 2022. Version révisée, mars 2024 [Internet]. 2024. Disponible sur : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/RA_etat_situation_2022_CEPE.pdf

19. Statistique Canada. La santé de la population canadienne [Internet]. 2025 [cité 3 juill 2025]. Disponible sur : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82-570-X

20. Statistique Canada. Enquête sur la population active [Internet]. 2025. Disponible sur : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3701

21. Laurin I, Guay D, Fournier M, Bigras N, Solis A. Attendance in Educational Preschool Services: A Protective Factor in the Development of Children from Low-Income Families? Can J Public Health. 1 nov 2015;106(7):eS14-20. doi:10.17269/CJPH.106.4825

22. Gouvernement du Canada SC. Santé perçue, selon le genre et la province [Internet]. 2023 [cité 15 janv 2026]. Disponible sur : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=4510008101

23. Bernier NF. Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2021. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2781-reduire-vulnerabitlite-inegalites-sociales.pdf

24. St-Pierre L, Simard J, Sénéchal MR, Voisine AC. Government Policy of Prevention in Health: A HiAP Approach in Quebec, Canada. In: Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world. Government of South Australia and World Health Organization. 2017. p. 97-104.

25. Bradley EH, Elkins BR, Herrin J, Elbel B. Health and social services expenditures: associations with health outcomes. BMJ Qual Saf. oct 2011;20(10):826-31. doi:10.1136/bmjqs.2010.048363 PubMed PMID: 21447501.

26. Bradley EH, Taylor LA. The American Health Care Paradox: Why Spending More Is Getting Us Less | YaleGlobal Online [Internet]. Public Affairs. New York,; 2013 [cité 14 nov 2025]. Disponible sur : https://archive-yaleglobal.yale.edu/american-health-care-paradox-why-spending-more-getting-us-less

27. Dutton DJ, Forest PG, Kneebone RD, Zwicker JD. Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study. CMAJ. 22 janv 2018;190(3):E66-71. doi:10.1503/cmaj.170132 PubMed PMID: 29358200.

28. Kneebone RD, Wilkins M. The ratio [Internet]. School of Public Policy. University of Calgary; 2024. Disponible sur : https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2024/11/SPT-TheRatio-Nov26-Final.pdf

29. Jacques, O. & Noël, A. Démarchandiser pour vivre en santé : Les politiques de redistribution comme déterminants de la santé. Rapport final présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. 2020 [cité 10 oct 2024]. Disponible sur : http://www.alainnoel.ca/english/publications/etudes-et-rapports.html

30. Martin S, Lomas J, Claxton K. Is an ounce of prevention worth a pound of cure? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity. BMJ Open. 1 oct 2020;10(10):e036411. doi:10.1136/bmjopen-2019-036411 PubMed PMID: 33039987.

31. Jacques O, Chassé P. Priorité à la santé : Les préférences des Québécois en perspective comparée [Internet]. CIRANO; 2025 [cité 3 juill 2025]. Rapport No. Disponible sur : https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2025RP-09 doi:10.54932/HISH3220

32. World Health Organization. Regional Office for Europe. Healthy, Prosperous Lives for All: The European Health Equity Status Report. World Health Organization; 2019. Rapport No.

33. St-Pierre J, Désy M, Ganache I. La prévention en santé publique : une lecture éthique partagée. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2025. Rapport No.

34. Pollack Porter KM, Carignan S, Forest P-G. Health in All Policies Implementation in Quebec Suggests Great Promise for U.S. Annals of Global Health. 2026; 92(1): 35, 1-5. DOI: https://doi.org/10.5334/aogh.5058.

La prévention en santé : de l'intervention clinique aux politiques sociales

AUTRICES

Nicole F. Bernier, conseillère scientifique spécialisée
Maude Chapados, conseillère-cadre
Secrétariat général

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Gerlier Forest
Président-directeur général

COLLABORATION

Sarah-Émilie Racine-Hamel, médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés

David Demers-Bouffard, conseiller scientifique
Karine Hébert, conseillère scientifique
Marie-Hélène Senay, conseillère scientifique
Benoit Houle, chef d'unité scientifique
Secrétariat général

Les auteurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

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

Dépôt légal – 1er trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03494-5 (PDF)
DOI : https://doi.org/10.64490/TWEB5233

© Gouvernement du Québec (2026)

Nº de publication : 3656

Institut national de santé publique Québec