



Pour une Stratégie nationale de prévention en santé qui favorise la **santé durable** des communautés

Appel à contribution pour l'élaboration de la Stratégie nationale de prévention en santé



29 avril 2025

Mise en contexte

VITAM – Centre de recherche en santé durable a rédigé ce mémoire dans le cadre de l'appel à contribution pour élaborer une Stratégie nationale de prévention en santé concertée et mobilisatrice. VITAM est un centre de recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, affilié à l'Université Laval. Il a pour mission de contribuer à la promotion et à l'amélioration de la santé en développant et en mobilisant des connaissances par une recherche intersectorielle et socialement responsable. VITAM regroupe des expertises dans différents domaines liés à la santé, notamment dans celui de la prévention de la maladie.

Plus d'une dizaine d'expertes et d'experts de divers domaines ont été consultés dans le cadre de la rédaction de ce mémoire. Ils se sont prononcés sur l'actuelle Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) en identifiant ses forces et ses limites, en indiquant les tendances préoccupantes en matière de santé, et en proposant des recommandations concrètes, basées sur la science, pour répondre aux enjeux prioritaires en matière de prévention au Québec. Nous espérons que les recommandations de ce mémoire contribueront à l'amélioration des dimensions de la santé durable de la population et que le milieu de la recherche soutiendra la réalisation et l'évaluation de la nouvelle Stratégie nationale de prévention en santé.

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire :

Coordination et rédaction

Samira Amil, professionnelle de recherche
Anne-Marie Cardinal, conseillère en développement
de la recherche et en communication
Simon Deslauriers, chef de service
Sofia Tadlaoui, professionnelle de recherche

Révision scientifique

Lydi-Anne Vézina-Im, chercheuse d'établissement

Citoyennes partenaires

Isabelle Côté
Marie-Ève Côté

Étudiantes et étudiants

Laetitia Bert
Nataly Espinoza Suarez
Maxe F. Giguère
Anna Larice Meneses Galvao

Chercheuses et chercheurs consultés

Dominique Beaulieu, professeure régulière, Département
des sciences de la santé, Université du Québec à
Rimouski, Campus de Lévis
Simon Coulombe, professeur agrégé, Département des
relations industrielles, Université Laval
Anik Giguère, professeure titulaire, Département de
médecine familiale et de médecine d'urgence, Université
Laval
Mahée Gilbert-Ouimet, professeure agrégée, Département
des sciences de la santé, Université du Québec à
Rimouski, Campus de Lévis
Oscar Labra, professeur titulaire, École de travail social,
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Stéphanie Radziszewski, professeure adjointe,
Département d'éducation physique, Université Laval
Kadia Saint-Onge, professeure adjointe, Département de
kinésiologie, Université Laval
Joanie Thériault, professeure régulière, Département
d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

1. Des changements de paradigmes s'imposent

1.1 Les limites d'une approche centrée sur les comportements individuels et la prévention universelle

Les chercheuses et chercheurs consultés font état de divers enjeux qui amènent à un changement de paradigme. Un premier enjeu transversal est la vision individualiste de la santé qui tend à responsabiliser les individus, en mettant l'accent sur leurs comportements et leurs choix de vie. Bien que la PGPS reconnaissait les inégalités sociales de santé comme un enjeu transversal, les actions portent davantage sur des enjeux de santé individuels (maladies chroniques, obésité, etc.), sans tenir compte du contexte de la personne. Plusieurs cibles de la PGPS concernent les responsabilités individuelles (consommation de fruits et légumes, tabagisme, activité physique). Bien que ces aspects soient importants, ils sont indissociables du contexte social et politique.

RECOMMANDATION

- Faire évoluer cette approche qui a tendance à placer la responsabilité sur les épaules de l'individu et adopter une approche structurelle qui tient aussi compte des déterminants sociaux de la santé (logement, revenu, éducation, etc.).

De plus, l'importance accordée aux approches de prévention universelle (p. ex. campagnes universelles contre le tabagisme ou le Défi 5/30 équilibre) est critiquée. En proposant des solutions uniformes, sans tenir compte des écarts d'accès, de littératie en santé, ou de conditions de vie, ces approches risquent de reproduire ou d'aggraver les inégalités existantes.

RECOMMANDATION

- Adopter une approche d'universalisme proportionné plus personnalisée qui favorise des interventions dont l'intensité, les modalités et le contenu varient selon les besoins des personnes, tout en réduisant la stigmatisation qui peut être vécue par certaines personnes.

1.2 Fabriquer de la santé par une approche intersectorielle et une participation citoyenne

L'héritage du modèle biomédical fait en sorte que les systèmes de santé adoptent une vision de la prévention centrée sur la maladie, alors que pour de nombreux experts, la prévention renvoie plutôt au maintien et à la fortification de la santé et du bien-être, et non à l'absence de maladie. Faut-il seulement réduire la maladie ou plutôt « fabriquer de la santé » ? L'intention de préconiser une approche de *promotion* de la santé dans la Stratégie nationale est saluée, puisque la promotion de la santé est un concept distinct de la prévention et devrait être un élément central en amont de la prévention, notamment dans les milieux scolaires et d'enseignement supérieur.

Au fil des décennies, les multiples réformes et changements de structures organisationnelles ont contribué à une instabilité institutionnelle, rendant difficile l'élaboration d'une vision cohérente et durable en prévention et en première ligne. Un défi majeur des politiques de prévention est de réussir à mettre en place des processus qui encouragent l'intervention intersectorielle pour surmonter les structures de gouvernance en silos.

Les structures de gouvernance doivent être suffisamment flexibles pour gérer des situations complexes, comme la création d'environnements favorables à la santé et la promotion de la santé durable.

RECOMMANDATIONS

- Renforcer cette approche intersectorielle dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention, par exemple en rapprochant les organisations de santé publique avec les services de première ligne ou encore avec les municipalités.
- Renforcer l'ancrage territorial en habilitant les acteurs locaux (p. ex. cliniques locales, groupes de médecine de famille, réseaux de santé intégrés) et en adaptant les services aux réalités des différentes communautés.
- Renforcer la mobilisation et l'engagement des communautés locales en privilégiant des approches ascendantes (« *bottom-up* ») qui valorisent la participation active des communautés locales dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives de prévention. Les conseils de quartiers en milieu urbain et les conseils municipaux en milieu rural ne sont pas suffisamment valorisés et offrent un potentiel intéressant en matière de prévention en santé.

La coconstruction de solutions en prévention avec les milieux (p. ex. citoyens, travailleurs, gestionnaires, décideurs, etc.) s'inscrit dans une logique de transformation durable des milieux de vie favorables à la santé.

2. Évaluation des mesures et contribution de la recherche

Plusieurs personnes consultées soulignent que le manque de données et d'évaluation des mesures est une limite actuelle. Une culture de l'évaluation rigoureuse, transparente et inclusive représente pourtant une condition incontournable pour renforcer la légitimité de la Stratégie nationale, ajuster les mesures au fil du temps, et assurer une amélioration continue des interventions en prévention.

RECOMMANDATIONS

- Soutenir l'évaluation des mesures découlant des politiques et plans d'action en prévention, notamment en misant sur l'expertise scientifique disponible au Québec. En premier lieu, des espaces de partage et de mobilisation des connaissances entre chercheurs et décideurs viendraient appuyer significativement l'élaboration de la Stratégie nationale et des plans d'action qui en découleront.
- Reconnaître l'importance de la recherche comme outil d'évaluation, mais également comme un levier stratégique de coapprentissage et de mobilisation collective.
- Porter une attention particulière à l'évaluation des programmes de prévention mis en place pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Les évaluations doivent s'appuyer sur des indicateurs à l'échelle locale régulièrement mis à jour et qui tiennent compte des inégalités sociales de santé.

- À l'instar de la recherche participative, impliquer les citoyens et communautés dans le processus d'élaboration des politiques. En encourageant leur participation par des groupes de discussion ou lors d'activités communautaires, les décideurs peuvent obtenir des perspectives précieuses qui reflètent les besoins réels des communautés.

Une utilisation systématique des connaissances scientifiques récentes est importante pour l'élaboration des actions de prévention et leur suivi. En ce sens, le développement d'infrastructures de recherche intersectorielles dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé est une stratégie qui viendra renforcer l'actualisation de la Stratégie nationale de prévention en santé.

3. Les inégalités sociales en trame de fonds

À travers les enjeux spécifiques en matière de prévention, le problème des inégalités sociales de santé ressort comme une trame transversale et demeure un obstacle majeur à l'atteinte de l'équité en santé. Les **populations en situation de vulnérabilité, telles que celles à faible revenu, à faible niveau d'éducation ou en situation d'isolement social**, sont souvent les plus affectées par les problèmes de santé. Il est essentiel que les stratégies de prévention prennent en compte ces réalités pour éviter d'aggraver les disparités existantes. Ces inégalités se traduisent par des écarts marqués dans l'espérance de vie, la prévalence des maladies chroniques, et l'accès aux soins. Elles résultent de déterminants sociaux structurels comme le revenu, l'éducation, l'emploi et le logement qui interagissent avec d'autres facteurs comportementaux et environnementaux.

RECOMMANDATION

- La Stratégie nationale doit s'ancrer dans une approche d'équité structurelle, en adoptant une perspective de santé dans toutes les politiques. Cela implique de coordonner les actions avec les autres secteurs (emploi, éducation, transport, logement) et de renforcer les capacités locales à adapter les interventions aux réalités territoriales.

Les **communautés LGBTQ2S+** font face à des discriminations et des exclusions croissantes qui entraînent des inégalités sociales et affectent leur santé physique et mentale. Les **personnes immigrantes**, en particulier celles à statut temporaire ou sans assurance maladie, sont confrontées à des barrières linguistiques, culturelles, économiques et administratives. Elles ont un accès limité à des soins adaptés, éprouvent des difficultés à trouver un logement décent, et rencontrent des obstacles pour obtenir un emploi stable. Ces inégalités se traduisent par des effets négatifs sur leur santé physique et mentale, notamment en raison de l'insécurité résidentielle, de la précarité économique, de l'isolement social et de la stigmatisation associée à leur statut précaire.

RECOMMANDATION

- Tenir compte des enjeux d'inclusion et de diversité dans les politiques de santé publique, en accordant une attention particulière à la diversité culturelle et la diversité de genre.

La promotion d'une santé équitable passe par l'écoute des voix marginalisées et par la mise en œuvre de politiques véritablement sensibles aux réalités vécues par tous les groupes.

4. Déterminants sociaux de la santé

Les chercheuses et chercheurs consultés considèrent que la Stratégie nationale de prévention en santé devrait tenir compte de certaines tendances préoccupantes liées à des déterminants sociaux de la santé touchant les milieux de vie et les systèmes. Ils fournissent également des recommandations pour y répondre.

4.1 Aménagement du territoire

Les milieux bâtis dans lesquels évoluent les citoyens jouent un rôle fondamental dans l'adoption de modes de vie sains. La **qualité de l'environnement bâti**, qu'il s'agisse de la sécurité des rues, de l'accès aux transports actifs, à des espaces verts, à des commerces de proximité ou à des infrastructures collectives, influence directement les comportements liés à l'activité physique, à l'alimentation, à la socialisation et au bien-être général. Pourtant, la santé est encore peu intégrée dans les politiques d'urbanisme, d'aménagement du territoire et de transport.

Les **disparités territoriales** constituent un autre défi majeur pour la prévention en santé au Québec. Les régions rurales ou les petites municipalités ne bénéficient pas des ressources spécialisées, des réseaux communautaires développés et des moyens financiers des grands centres urbains. Leur champ d'action pour intervenir en promotion de la santé est limité. Il est important de soutenir les directions régionales de santé publique et les municipalités régionales de comté (MRC) pour cocréer des environnements favorables à la santé adaptés à leurs réalités. Cela nécessite un soutien technique, une harmonisation des communications entre les différents niveaux administratifs, et un financement ciblé pour expérimenter des approches innovantes à l'échelle locale. La territorialisation des actions, combinée à des indicateurs de suivi désagrégés, permettra de documenter les inégalités spatiales de santé et les réduire à long terme.

RECOMMANDATIONS

- Renforcer les capacités des acteurs municipaux (élus, corporations de développement économique municipales ou régionales, etc.) pour déployer et implanter durablement des initiatives soutenant la santé collective des citoyens par une approche participative et intersectorielle (villes, municipalités, milieux communautaires, organisations culturelles et le réseau de santé et services sociaux).
- Maintenir l'orientation n° 2 de la PGPS, « *L'aménagement de communautés et de territoires sains et sécuritaires* », tout particulièrement l'objectif 2.6. Faire davantage connaître les évaluations d'impact sur la santé (EIS) comme principal outil pour accomplir cet objectif, notamment auprès des MRC.

4.2 Logement

La crise du logement représente un obstacle significatif à l'accès à des conditions de vie favorables à la santé. Cette crise marquée par la rareté de l'offre, l'augmentation rapide des prix des loyers et la dégradation de la qualité des unités disponibles affecte une grande part de la population, particulièrement les personnes à faible revenu, les familles monoparentales, les jeunes adultes et les personnes immigrantes. L'instabilité résidentielle est associée à une

augmentation des problèmes de santé mentale, à une exposition accrue à la violence ou à l'itinérance, et à des difficultés d'accès aux soins appropriés. Les enfants de ces familles vivant dans des logements précaires ou surpeuplés sont plus à risque de troubles du développement, de difficultés scolaires et de maladies infectieuses.

RECOMMANDATION

- Développer un cadre d'action intersectoriel et territorial en logement, incluant des mesures structurantes de soutien au logement social et communautaire, des incitatifs à la construction de logements abordables, et des outils de régulation du marché locatif. Il faut donc renforcer les objectifs de la PGPS (objectifs 2.1 et 3.5) et réviser la cible « *Accroître l'offre de logements abordables, sociaux et communautaires de 49 %* ».

4.3 Milieux de vie des personnes âgées

D'ici 2031, près d'un Québécois sur quatre aura 65 ans ou plus, ce qui exige une adaptation des milieux de vie, des services et des approches en prévention, notamment pour favoriser le **maintien à domicile**. Les personnes âgées souhaitent majoritairement vieillir à domicile, dans leur communauté, mais plusieurs obstacles entravent cette aspiration légitime. Les services de soutien à domicile sont encore trop limités, inégalement répartis sur le territoire et souvent fragmentés entre les différents réseaux. Cette situation peut engendrer une perte d'autonomie prématurée, des épisodes évitables d'hospitalisation et une transition vers des milieux d'hébergement spécialisés.

RECOMMANDATIONS

- Collaborer avec et financer les organisations communautaires responsables d'offrir des services aux personnes âgées pour leur permettre de rester chez elles le plus longtemps possible, comme elles le souhaitent.
- Promouvoir des activités de dépistage des risques de perte d'autonomie (ou fragilité) directement auprès des personnes âgées et de leur famille, ou par le biais des milieux de première ligne.
- Favoriser la mixité sociale et éviter de confiner les personnes âgées dans des milieux de vie où elles sont isolées.

4.4 Milieux de travail

Les personnes consultées soulignent l'augmentation de la **détresse psychologique au travail**, particulièrement dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la sécurité publique, où les personnes sont soumises à des exigences émotionnelles et à des ressources parfois insuffisantes pour répondre aux besoins de la population. Elles notent également une hausse des violences physiques, verbales, psychologiques et systémiques au travail. L'intensification des communications électroniques et l'**hyperconnectivité** sont d'autres tendances préoccupantes au travail puisqu'elles réduisent les frontières entre vie professionnelle et vie personnelle, en plus d'engendrer une fatigue mentale et une surcharge cognitive.

RECOMMANDATIONS

- Adopter des stratégies préventives adaptées, notamment en matière de formation, de régulation des attentes numériques et de gestion du droit à la déconnexion.
- Cibler davantage les déterminants organisationnels, tels que la charge de travail excessive, le manque de reconnaissance, l'absence d'autonomie ou les pratiques de gestion déficientes. Aborder plus explicitement les risques psychosociaux du travail.
- Encourager la participation des travailleuses et travailleurs à la conception, l'adaptation et l'évaluation des programmes de prévention au travail en reconnaissant leur savoir expérientiel.

5. Habitudes de vie et comportements

Les chercheuses et chercheurs consultés notent certaines tendances préoccupantes en matière de mode de vie et de comportements liés à la santé. Ils ciblent particulièrement certaines mauvaises habitudes de vie chez les enfants et adolescents, dont l'**augmentation du temps d'écran durant les loisirs**, la **consommation de boissons sucrées avec caféine**, la faible consommation d'eau du robinet et la sédentarité. Ces habitudes de vie ont un impact notamment sur leur santé physique, leur sommeil et leur niveau d'anxiété. Ils se préoccupent de l'augmentation des **comportements sédentaires** et de la baisse de la pratique régulière d'activité physique. Ils notent aussi l'**alimentation de faible qualité**, stimulée par la forte présence de l'industrie alimentaire dans les publicités, et les problèmes d'**insécurité alimentaire**, particulièrement chez certains groupes de la population en situation de vulnérabilité. Pour répondre à ces enjeux liés au mode de vie, ils proposent les recommandations suivantes.

RECOMMANDATIONS

5.1 Temps d'écran

- Promouvoir une meilleure gestion du temps d'écran afin de lutter contre les problèmes de sommeil et l'anxiété. Par exemple, une interdiction des écrans durant les heures de cours et les pauses à l'école favoriserait les interactions sociales « en présentiel ». Une telle interdiction combinée à une promotion de l'activité physique durant les pauses pourrait contribuer à diminuer la sédentarité chez les jeunes.

5.2 Sommeil

- Accroître l'importance accordée au sommeil dans la promotion de la santé physique et mentale.

5.3 Alimentation

- Promouvoir des stratégies pour améliorer la qualité de l'alimentation des jeunes, surtout les plus vulnérables (p. ex. dîner et collations fournis par les écoles; taxer les boissons sucrées et réinvestir l'argent en promotion de la santé).

- Interdire le sucre au-delà d'un certain seuil dans les aliments et boissons, en particulier ceux disponibles dans les écoles.
- Interdire la vente de produits de faible qualité nutritionnelle dans les écoles et les centres sportifs.
- Déployer et évaluer une offre de service d'alimentation saine universelle dans les écoles primaires et éventuellement secondaires. Cette approche est depuis longtemps reconnue comme bénéfique pour la santé de la population et a fait ses preuves dans de nombreux pays. Elle réduit l'utilisation des services de santé et des services sociaux dès le plus jeune âge, tout en ayant un impact positif sur le développement des individus, de l'enfance à l'âge adulte.
- Explorer les modèles participatifs, innovants et alternatifs en matière de sécurité alimentaire, tels que les épiceries solidaires, les garde-mangers collectifs, les jardins communautaires, les cuisines collectives, etc. Ces modèles se distinguent par leur caractère universel, qui peut être moins stigmatisant que le recours au modèle caritatif de soutien à l'alimentation (p. ex. aller dans les banques alimentaires).

5.4 Sédentarité

- Renforcer les actions visant à intégrer l'activité physique quotidienne au sein des écoles, des milieux de travail et des communautés locales. En plus de contribuer à prévenir les maladies physiques et à gérer le stress et l'anxiété, cette stratégie favorise également le développement de la résilience, le sentiment de compétence et le sentiment d'appartenance.
- Miser sur les infrastructures de loisirs, non seulement pour stimuler l'activité physique, mais aussi la participation sociale, un déterminant important de l'état de santé des personnes et des communautés.
- Promouvoir plus activement le transport en commun notamment par des incitatifs (p. ex. gratuité pour les étudiants et personnes à faible revenu) et des restrictions (p. ex. taxer les véhicules plus polluants, augmenter les voies réservées au transport en commun et augmenter les tarifs de stationnements).

5.5 Approches intégrées

- Adopter une approche intégrée des saines habitudes de vie en favorisant des interventions globales qui combinent l'activité physique, l'alimentation équilibrée, la participation sociale et le sommeil, par exemple. La Stratégie nationale aura intérêt à s'appuyer sur une vision holistique qui reconnaît les interrelations étroites entre ces différentes dimensions pour obtenir un impact optimal et durable sur la santé.
- Mettre à l'échelle le modèle *Recovery College*, incarné par le Centre d'apprentissage santé et rétablissement (CASR), qui offre des formations gratuites sur la santé, le bien-être et le vivre ensemble en préconisant le croisement des savoirs scientifiques, expérientiels et cliniques. Ce modèle soutient la prévention et la promotion de la santé et contribue à l'amélioration des pratiques chez le personnel de la santé.

- S'inspirer du Programme des agents de santé communautaire (PACS) au Brésil pour renforcer le lien entre les services de santé et les communautés. Les agents communautaires de santé (ACS) assurent les liens entre la population et les services de proximité au sein de leur propre territoire. Ils jouent un rôle essentiel dans la prévention et la promotion de la santé, tout en agissant comme médiateurs sociaux et agents politiques au sein de leurs communautés. Leurs principales activités incluent le suivi familial, les soins préventifs, les approches communautaires, ainsi que des tâches administratives, avec un accent particulier sur les visites à domicile. Ce programme a des similarités avec certains services de soutien à domicile offerts par des infirmières en santé communautaire au Québec.

Les recommandations formulées dans ce document offrent un cadre d'action pour améliorer la santé et le bien-être des individus, en particulier des jeunes et des populations vulnérables. En mettant en œuvre ces recommandations, il est possible de construire des communautés plus saines et de réduire les disparités en matière de santé. L'engagement continu des parties prenantes, allié à une évaluation dynamique des politiques, sera essentiel pour réaliser ces objectifs.

Ressources suggérées

Changements de paradigme

Rechel, B. (2020). *How to enhance the integration of primary care and public health: Approaches, facilitating factors and policy options* (Policy Brief No. 10). European Observatory on Health Systems and Policies.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330491/Policy-brief-34-1997-8073-eng.pdf>

Santos, A. D. F. D., Rocha, H. A. D., Lima, Â. M. D. L. D. D., Abreu, D. M. X. D., Silva, É. A., Araújo, L. H. L. D., & Matta-Machado, A. T. G. D. (2020). Contribution of community health workers to primary health care performance in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 54, 143.

Inégalités sociales de santé

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Direction régionale de santé publique. (2017). La pauvreté et les inégalités sociales, de graves menaces à la santé des populations : mémoire des directeurs de santé publique de Montréal et de la Capitale-Nationale déposé dans le cadre de la consultation du Gouvernement du Canada en vue de l'élaboration d'une stratégie canadienne de réduction de la pauvreté (sous la direction de R. Massé, F. Desbiens ; direction scientifique et coordination, M.-F. Raynault ; recherche et rédaction, M.-F. Raynault, S. Tessier, S.-R. Hyppolite). Montréal, Québec.

Parish, A., Kim, J., Lewallen, K. M., Miller, S., Myers, J., Panepinto, R. & Maxwell, C. A. (2019). Knowledge and perceptions about aging and frailty: An integrative review of the literature. *Geriatric Nursing*, 40(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.05.007>

Santé mentale

Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.

Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., ... & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58-90.

Levesque, J. F., Breton, M., Senn, N., Levesque, P., Bergeron, P., & Roy, D. A. (2013). The interaction of public health and primary care: Functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. *Public Health Reviews*, 35, 1-27.

Morissette, M. (2025, 20 mars). La question des hommes est un enjeu de société. *La Presse*.
<https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2025-03-20/la-question-des-hommes-est-un-enjeu-de-societe.php>

Mughal, R., Polley, M., Sabey, A., & Chatterjee, H. J. (2022). *How arts, heritage and culture can support health and wellbeing through social prescribing*. National Academy for Social Prescribing. <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/5xhnkfw/wh/how-arts-heritage-and-culture-can-support-health-and-wellbeing-through-social-prescribing.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2022). Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous : vue d'ensemble. Dans *Rapport mondial sur la santé mentale: transformer la santé mentale pour tous: vue d'ensemble*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356117/9789240051928-fre.pdf>.

Aménagement du territoire

Haigh, F., Green, L., Hirono, K., Mekel, O. C. L. & Douglas, M. (2025). Global priorities in HIA research: a new agenda for the next decade." *BMC Public Health* 25(1), 791. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-21983-2>

Milieux de vie des personnes âgées

Zheng, Z., Chen, H., & Yang, L. (2019). Transfer of promotion effects on elderly health with age: From physical environment to interpersonal environment and social participation ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2794-2794. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152794>

Milieux de travail

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2023). Job demands–resources theory: Ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 25-53.

Birrell, L., Werner-Seidler, A., Davidson, L., Andrews, J. L., & Slade, T. (2025). Social connection as a key target for youth mental health. *Mental Health & Prevention*, 37, 200395.

Chénard, C., Mantha-Bélisle, M.-M., & Vézina, M. (2018). *Risques psychosociaux du travail : des risques à la santé mesurables et modifiables*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2894-risques-psychosociaux-travail-risques-sante-mesurables.pdf>

Duchaine, C. S., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., Vézina, M., Ndjaboué, R., Massamba, V., Brisson, C. (2020). Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(8), 842-851.

Gilbert-Ouimet, M., Hervieux, V., Truchon, M., Bernard, G., Thibeault, J., & Lachapelle, É. (2024). *Répertoire des pratiques organisationnelles pour réduire les risques psychosociaux du travail*. Université du Québec à Rimouski, Université Laval. <https://www.uqar.ca/app/uploads/2024/05/repertoire.pdf>

- Gilligan, D. (2023). The right to disconnect in Australia: Creating space for a new term implied by law. *University of New South Wales Law Journal*, 46, 728-752.
<https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/swales46&div=29&id=&page=>
- Gunn, V., Matilla-Santander, N., Kreshpaj, B., Vignola, E. F., Wegman, D. H., Hogstedt, C., ... & Håkansta, C. (2025). A systematic review of evaluated labor market initiatives addressing precarious employment: Findings and public health implications. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 27551938241310120.
- Les développements du droit à la déconnexion. (2019). *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2, 108-116. <https://journals.openedition.org/rdctss/3303>
- Madsen, I. E., Nyberg, S. T., Hanson, L. M., Ferrie, J. E., Ahola, K., Alfredsson, L., Batty, G. D., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Clays, E., Dragano, N., Erbel, R., Fransson, E. I., Goldberg, M., Hamer, M., Jöckel, K. H., Kittel, F., Knutsson, A., Koskenvuo, M., ... & IPD-Work Consortium. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological Medicine*, 47(8), 1342-1356.
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15, 1-14.
- Truchon, M., Gilbert-Ouimet, M., Zahiriarsini, A., Beaulieu, M., Daigle, G., & Langlois, L. (2022). Occupational Health and Well-being Questionnaire (OHWQ): an instrument to assess psychosocial risk and protective factors in the workplace. *Public Health*, 210, 48-57.
- Villeneuve, M., Coulombe, S. & Missud, A. (2023). *Portrait de la santé mentale au sein des PME canadiennes édition 2023 – Pérennisation du télétravail et autogestion de la santé mentale : impacts sur la santé et la performance organisationnelle*. Chaire de recherche Relief en santé mentale, autogestion et travail, Université Laval, Québec, Canada.
<https://crrsmat.ca/wp-content/uploads/2023/06/Chaire-de-recherche-2023-PME-Rapport-complet.pdf>

Habitudes de vie

- Canadian Society for Exercise Physiology. (2025). *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures : une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil*. <https://csepguidelines.ca/language/fr/>
- Université du Québec à Trois-Rivières. Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, Modèle Recovery College. https://oraprdnt.ugtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=5859

Temps d'écran et qualité du sommeil des jeunes et COVID-19

Vézina-Im, L. A., Beaulieu, D., Turcotte, S., Roussel-Ouellet, J., Labbé, V., & Bouchard, D. (2022). Association between Recreational Screen Time and Sleep Quality among Adolescents during the Third Wave of the COVID-19 Pandemic in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9019. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159019>

Sommeil

Chaput, J. P., Tomfohr-Madsen, L. M., Carney, C. E., Robillard, R., Sampasa-Kanyinga, H., Lang, J. J., & Canadian Sleep Research Consortium (2024). Examining sleep characteristics in Canada through a diversity and equity lens. *Sleep health*, 10(3), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2024.02.001>

Rodrigues, R., Jing, A., Anderson, K. K., Alonzo, R., Wilk, P., Reid, G. J., Gilliland, J., Zou, G., Nicholson, K., Guaiana, G., & Stranges, S. (2024). Who sleeps well in Canada? The social determinants of sleep health among middle-aged and older adults in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Sleep health*, 10(1), 104-113. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2023.09.015>

Vézina-Im, L. A., Morin, C. M., & Desroches, S. (2021). Sleep, Diet and Physical Activity Among Adults Living With Type 1 and Type 2 Diabetes. *Canadian journal of diabetes*, 45(7), 659-665. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2021.01.013>

Vézina-Im, L. A., Turcotte, S., Turcotte, A. F., Beaulieu, D., Boudreau, F., & Morin, C. (2023). Psychosocial determinants of healthy sleep habits in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Health psychology and behavioral medicine*, 12(1), 2296464. <https://doi.org/10.1080/21642850.2023.2296464>

Vézina-Im, L.-A., Turcotte, S., Turcotte, A.-F., Beaulieu, D., Boudreau, F., & Morin, C. (2024). Characterizing sleep in adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Sleep Epidemiology*, 4, 100078. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.100078>

Consommation de caféine et qualité du sommeil des jeunes

Vézina-Im, L. A., Beaulieu, D., Turcotte, S., Turcotte, A. F., Delisle-Martel, J., Labbé, V., Lessard, L., & Gingras, M. (2024). Association between Beverage Consumption and Sleep Quality in Adolescents. *Nutrients*, 16(2), 285. <https://doi.org/10.3390/nu16020285>

Alimentation

PROOF:Food insecurity policy research. (n.d.). *Household Food Insecurity in Canada*. University of Toronto. <https://proof.utoronto.ca/food-insecurity/>

Consommation d'eau du robinet chez les jeunes

Vézina-Im, L. A., Beaulieu, D., Turcotte, S., Turcotte, A. F., Lessard, L., Delisle-Martel, J., Boucher, D., Labbé, V., & Gingras, M. (2024). Individual and environmental correlates of tap water consumption among adolescents in Canada. *Appetite*, 202, 107645. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107645>