

Plan régional de santé publique 2010-2015

Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire

2

Orientation

Plan régional de santé publique 2010–2015

Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire

2

Orientation

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Une réalisation des secteurs Tout-petits – **Jeunes**
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Sous la direction de
Francine Trickey

Coordination des travaux
Sylvie Chevalier
André Gobeil
Nathalie Ratté

Collaborateurs
Robert Bastien
Jean-François Biron
Anne Chabot
Danièle Dorval
Martine Fortier
Martin Généreux
Suzanne Guay
Nancy Haley
Marie Jacques
Monique Lalonde
Christine Lefebvre
Carole Poulin
Hélène Riberdy
Ginette Veilleux

Remerciements
Isabelle Denoncourt
Sylvie Gagnon
Nicole Perreault
Pierre H. Tremblay

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)
Tous droits réservés

ISBN : 978-2-89673-087-2 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89673-088-9 (version PDF)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2011

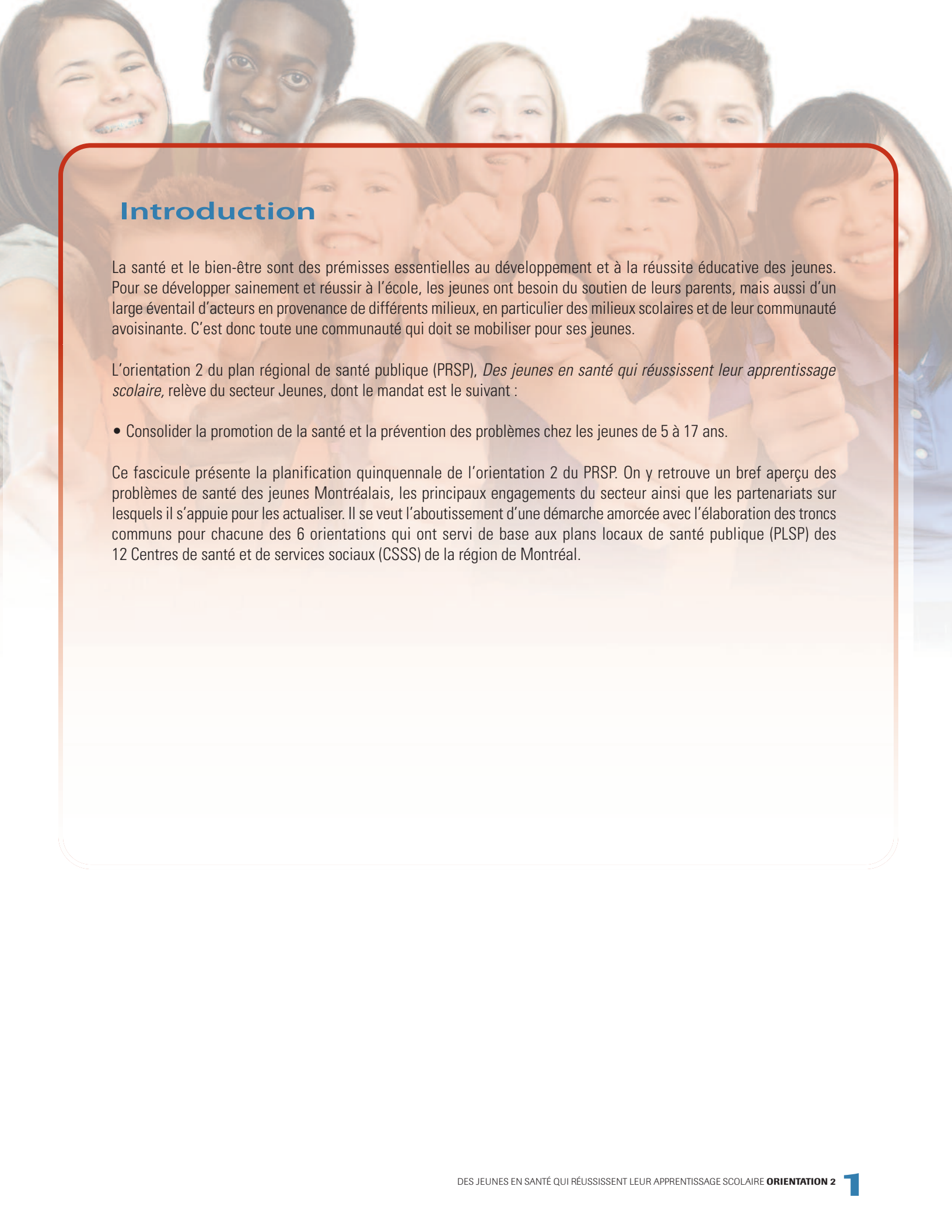
Prix : 8\$

Table des matières

Introduction	1
1. Regard sur la situation des jeunes Montréalais	3
1.1 Une jeunesse fort diversifiée	3
1.2 Des chances inégales	3
1.3 Un âge pour développer de saines habitudes de vie	4
1.4 Le goût du risque	5
1.5 Pas toujours bien dans leur peau	6
2. Cibler pour mieux performer	7
2.1 Prévenir l'obésité et l'embonpoint	8
2.1.1 L'importance d'agir	8
2.1.2 Miser sur des environnements sains	8
2.2 Prévenir la détresse psychologique	10
2.2.1 L'importance d'agir	10
2.2.2 Miser sur le développement de compétences et d'environnements sains et sécuritaires	11
3. Des activités à maintenir pour la santé des jeunes	15
3.1 La prévention du tabagisme	15
3.1.1 Des résultats à atteindre	15
3.1.2 Nos engagements	16
3.2 La prévention des problèmes buccodentaires	16
3.2.1 Des résultats à atteindre	17
3.2.2 Nos engagements	17
4. Planifier conjointement la promotion et la prévention	19
4.1 Nos engagements	20
5. Suivre nos progrès et s'ajuster	23
5.1 Surveiller l'état de santé et de bien-être des jeunes	23
5.2 Apprécier notre performance	23
5.3 Développer la recherche	24
Conclusion	25
Références	27

Liste des sigles et acronymes

ASSSM	Agence de santé et de services sociaux de Montréal
CAU	Centres affiliés universitaires
CLSC	Centre local de services communautaires
CSDM	Commission scolaire de Montréal
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal
EBJM	Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais
ÉMES	Écoles et milieux en santé
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ÉSBEQ	Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESUTC	Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada
ETADJES	Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire
INSPQ	Institut national de santé publique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infections transmises sexuellement
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAI	Jeux d'argent par Internet
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids
PASDP	Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012
PLSP	Plan local de santé publique
PNSP	Programme national de santé publique
PRSP	Plan régional de santé publique
PSEM	Programme de soutien à l'école montréalaise
QEF	Québec en Forme
SIAA	Stratégie d'intervention agir autrement
SLIM	Sport et Loisir de l'île de Montréal



Introduction

La santé et le bien-être sont des prémisses essentielles au développement et à la réussite éducative des jeunes. Pour se développer sainement et réussir à l'école, les jeunes ont besoin du soutien de leurs parents, mais aussi d'un large éventail d'acteurs en provenance de différents milieux, en particulier des milieux scolaires et de leur communauté avoisinante. C'est donc toute une communauté qui doit se mobiliser pour ses jeunes.

L'orientation 2 du plan régional de santé publique (PRSP), *Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire*, relève du secteur Jeunes, dont le mandat est le suivant :

- Consolider la promotion de la santé et la prévention des problèmes chez les jeunes de 5 à 17 ans.

Ce fascicule présente la planification quinquennale de l'orientation 2 du PRSP. On y retrouve un bref aperçu des problèmes de santé des jeunes Montréalais, les principaux engagements du secteur ainsi que les partenariats sur lesquels il s'appuie pour les actualiser. Il se veut l'aboutissement d'une démarche amorcée avec l'élaboration des tronc communs pour chacune des 6 orientations qui ont servi de base aux plans locaux de santé publique (PLSP) des 12 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de Montréal.

1 Regard sur la situation des jeunes Montréalais

La santé et le bien-être des jeunes représentent des champs d'action où les activités à réaliser pour prévenir un éventail de problèmes peuvent être nombreuses et fort diversifiées. Les données retenues dans cette section viennent appuyer les choix stratégiques du secteur Jeunes.

1.1 Une jeunesse fort diversifiée

Ils étaient près de 251 900 jeunes de 5 à 17 ans à vivre à Montréal en 2006. Parmi ceux-ci, 16 % sont nés à l'extérieur du Canada, soit cinq fois plus que dans le reste du Québec (3 %). Pour ce qui est des parents d'enfants de 0 à 17 ans, près de la moitié (47 %) sont nés à l'extérieur du Canada, par rapport à 8 % dans le reste du Québec (Recensement, 2006). De fait, les jeunes qui fréquentent les écoles de la Commission scolaire de Montréal proviennent de 180 pays et parlent plus de 150 langues maternelles (CSDM, 2005).

La grande majorité des jeunes du primaire (4^e et 6^e) et du secondaire (1^{ère}, 3^e et 5^e) se considèrent en bonne ou excellente santé et bien entourés; plus de 70 % peuvent effectivement compter sur au moins quatre personnes significatives de leur entourage pour les aider lorsqu'ils en ressentent le besoin (EBJM, 2003). Chez les 12-17 ans, 93 % d'entre eux bénéficient d'un soutien émotionnel et informationnel élevé, c'est-à-dire quelqu'un qui les écoute, les conseille en temps de crise et à qui ils peuvent se confier. Enfin, les jeunes, encouragés par leurs parents, manifestent un grand désir de réussir leur cheminement scolaire et d'obtenir un diplôme (ESCC, 2008).

1.2 Des chances inégales

De multiples facteurs tant individuels, environnementaux que sociaux interagissent pour influencer la santé des jeunes et leur développement.

La pauvreté augmente la probabilité de souffrir de problèmes de santé, de présenter des retards de développement, de vivre davantage de problèmes émotifs, de présenter des comportements à risque et d'avoir de moins bonnes performances scolaires. Une proportion importante de jeunes Montréalais de 5 à 17 ans vit sous le seuil de faible revenu, soit près du quart (24 %), par rapport à 8 % dans le reste du Québec. En outre, plus du quart (27 %) des jeunes vivent dans des familles monoparentales. Ce constat est préoccupant puisque le risque de vivre en situation de faible revenu est deux fois plus élevé chez ces derniers (39 %) par rapport à ceux vivant dans des familles biparentales (18 %) (Recensement, 2006). La situation est d'autant plus difficile chez les jeunes dont les parents reçoivent des prestations du Programme d'assistance emploi pour répondre tant bien que mal à leurs besoins essentiels. C'est la réalité de 13 % des jeunes de 6 à 17 ans à Montréal, soit plus du double de la proportion observée dans le reste du Québec (5 %) (MESS, 2006).

À Montréal, plus du tiers (33 %) des jeunes du réseau public, par rapport à 24 % dans le reste du Québec (MELS, 2006-2007), quittent le secondaire sans diplôme ni qualification, une situation préoccupante partout au Québec, et en particulier à Montréal, même si un certain nombre vont ensuite « raccrocher ». L'importance de l'éducation pour assurer un meilleur futur ne fait plus de doute. Les jeunes sans diplôme risquent d'être relégués à des emplois peu valorisés et moins bien rémunérés et, ultimement, voient leur espérance de vie diminuer.



1.3 Un âge pour développer de saines habitudes de vie

C'est au cours de l'enfance et de l'adolescence que les jeunes acquièrent de saines habitudes de vie, qui vont se répercuter sur leur développement et leur santé tout au long de leur vie. Celles-ci sont grandement conditionnées par les milieux de vie dans lesquels ils évoluent.

Au Québec, en 2004, plus de 1 garçon sur 4 (26 %) et près de 1 fille sur 2 (49 %) de 6 à 11 ans font moins de 7 heures par semaine d'activité physique. Les chiffres sont encore plus éloquentes chez les 12 à 17 ans car cette proportion passe à près de 1 sur 2 (48 %) chez les garçons et à près de 2 sur 3 (65 %) chez les filles.

Plus précisément, à Montréal comme dans le reste du Québec, plus de la moitié des jeunes de 12 à 17 ans (54 %) ne sont pas actifs durant leurs loisirs; plus de 37 % passent 25 heures ou plus par semaine devant l'ordinateur, les jeux vidéo ou la télévision, par rapport à 26 % des jeunes du reste du Québec (ESCC, 2008). L'attrait pour les médias électroniques, les jeux vidéo, le manque d'accessibilité et de diversité aux installations sportives et aux services, l'influence des amis et de la famille, sont autant de facteurs qui encouragent la sédentarité.

En outre, l'alimentation des jeunes Québécois de 6 à 16 ans est préoccupante, car seulement 6 % à 11 % d'entre eux consomment les quantités minimales requises dans chacun des quatre groupes du Guide alimentaire canadien (Lavallée, 2004). En 2008, environ 40 % des jeunes Montréalais de 12 à 17 ans mangeaient moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (ESCC, 2008), plus de 70 % des élèves du secondaire (1^{ère}, 3^e et 5^e) consommaient des aliments de type restauration rapide au moins une fois semaine, et plus de 40 % et 30 % des jeunes de 1^{ère} et 5^e secondaire respectivement indiquaient consommer croustilles ou boissons gazeuses au moins une fois par jour (EBJM, 2003). Une grande accessibilité à une alimentation riche en sucre et en gras et le marketing alimentaire sont au nombre des facteurs qui conditionnent les habitudes de consommation.

Par ailleurs, sédentarité et alimentation riche en sucre et gras et pauvre en fruits et légumes sont des déterminants majeurs de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes. De fait, ces problèmes ont connu une hausse marquée, soit de 55 % chez les 2 à 17 ans entre 1978 et 2004 au Québec (Lamontagne, 2009). À Montréal, environ 18 % des 12 à 17 ans présentent un surplus de poids (ESCC, 2005). Déjà à l'âge de 7 ans, les Montréalais sont plus nombreux à présenter un surplus de poids que dans les autres régions urbaines du Québec (21 % par rapport à 13 %) (Desrosiers, 2008).

Consommer régulièrement des aliments et des boissons sucrés tout en ayant de pauvres habitudes de brossage des dents n'est pas sans conséquence sur la santé buccodentaire. Au moins un jeune Montréalais sur quatre de la maternelle et de 6^e année et un sur cinq de 2^e secondaire consomment une collation cariogène avant le coucher. Pour ces mêmes années scolaires, 39 %, 31 % et 24 %, respectivement, ne se brossent pas les dents de façon optimale, soit deux fois par jour. De fait, la carie dentaire touche 39 % des enfants de la maternelle, 54 % des élèves de 6^e année du primaire et 73 % de ceux de 2^e secondaire (ÉSBEQ, 1996-1997, 1998-1999).

Le tabagisme s'installe tôt : 75 % des fumeurs commencent à fumer à l'adolescence (Gervais, 2006). À cet âge, la dépendance causée par le tabac se développe rapidement après l'initiation. Le marketing attrayant de l'industrie du tabac encourage l'initiation au tabagisme et la consommation de nouveaux produits. Au Québec, en 2008, on estime qu'un élève sur 5 du secondaire (22 %) fume soit la cigarette (4 %), le cigarillo (7 %) ou les deux (11 %) (ETADJES, 2008). En outre, le Québec est la province où les jeunes sont les plus exposés à la fumée secondaire du tabac (14,5 % comparativement à 8 % au Canada) (ESUTC, 2009).

1.4 Le goût du risque

L'adolescence est une période de recherche d'identité au cours de laquelle un certain nombre de jeunes vivent leurs premières relations amoureuses et sexuelles et expérimentent le tabac, l'alcool et les drogues.

Les jeunes qui ne se protègent pas adéquatement lors de relations sexuelles sont à haut risque d'une grossesse précoce, souvent non désirée, ou d'une infection transmissible sexuellement. De fait, environ 7 jeunes Montréalais sur 10, de 15 à 17 ans et sexuellement actifs, utiliseraient le condom à chacune de leur relation sexuelle, mais 16 % n'auraient aucun moyen de contraception, soit le double que le reste du Québec (8 %) (EQSP, 2008).

Par ailleurs, le taux d'incidence de la chlamydie est en hausse : entre 2006 et 2008, chez les adolescentes de 15 à 19 ans, il est passé de 756 à 907 cas pour 100 000 (MADO, 2006-2008). Par ailleurs, au cours de la période 2003-2007, le taux annuel moyen de grossesse (regroupant IVG, fausses couches, mortinaissances et naissances vivantes) chez les adolescentes Montréalaises de 14 à 17 ans est lui aussi significativement plus élevé à Montréal que dans le reste du Québec (19 par rapport à 13 pour 1 000) (MSSS, 2003-2007). Les adolescentes qui poursuivent leur grossesse proviennent fréquemment d'un milieu socioéconomique défavorisé et augmentent leur risque de décrochage scolaire, d'isolement social, de mauvais traitements, de stress et de dépression.

Des études tendent à démontrer que la consommation d'alcool avant 15 ans accroît le risque de dépendance à l'âge adulte. À Montréal, 19 % des jeunes de 12 à 14 ans ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année. Chez les 15 à 17 ans, cette proportion grimpe à 68 %, tandis que 18 % d'entre eux consomment de l'alcool une fois ou plus par semaine. Par ailleurs, la consommation excessive¹ augmente avec l'âge et le niveau scolaire : chez les Montréalais de 15 à 17 ans, 14 % consomment régulièrement (au moins une fois par mois) 5 verres ou plus au cours d'une même occasion² (ESCC, 2008).

En 2008, la consommation de drogues, au cours des 12 derniers mois, touche plus du tiers des Montréalais de 15 à 17 ans (36 %) (EQSP, 2008). Le cannabis, la plus répandue des drogues illicites au Québec, serait utilisé par 36 % des Montréalais de ce groupe d'âge au cours d'une période de 12 mois (Kairouz, 2010). Par ailleurs, les études indiquent que 9 % des utilisateurs de la marijuana deviendront dépendants et, si l'usage s'amorce dès l'adolescence, le risque s'accroît à environ 16 % (Fergusson, 2008).

Bien que des données québécoises indiquent une baisse significative d'élèves du secondaire s'adonnant aux jeux d'argent (51 % en 2002 et 37 % en 2008), la proportion de joueurs problématiques demeure toujours préoccupante et atteint 6,1 % en 2008. De plus, la pratique de jeux d'argent par Internet (JAI), notamment le poker, est à la hausse et se situe à 5 % en 2008 (Kairouz, 2010). À titre indicatif, notons que la participation aux JAI de la population adulte québécoise en 2009 se situe à 1,4 % (Papineau, 2010). Les JAI préoccupent beaucoup les acteurs de santé publique, car il s'agit d'un mode de jeu particulièrement risqué, notamment en raison des dépenses excessives et des problèmes sociaux qu'il engendre.

Enfin, l'usage d'alcool, de drogues et de tabac, de façon prolongée, peut entraîner des problèmes de santé à l'âge adulte. Environ un jeune Québécois du secondaire sur cinq (20 %) en 2008 présente un cumul de 3 à 4 comportements à risque (alcool, drogue, jeu, tabac) (Dubé, 2008).

¹ Ce type de consommation correspond généralement à 5 verres ou plus consommés à la même occasion chez les hommes et à 4 verres chez les femmes en l'espace d'environ 2 heures.

² Cette donnée ne tient pas compte du temps écoulé pour boire ces 5 consommations.



1.5 Pas toujours bien dans leur peau

Les jeunes ne sont pas épargnés par les sentiments d'anxiété, de tristesse, de mélancolie, voire de désespoir. On constate, déjà au primaire, la présence de symptômes de troubles émotifs, et au secondaire, un niveau élevé de détresse psychologique. Bien que la quasi-totalité des jeunes Montréalais se considèrent en bonne ou excellente santé mentale (97 %), plus du quart (26 %) des 12 à 17 ans présentent un niveau élevé de détresse psychologique (ESCC, 2008).

Un environnement familial où les besoins de sécurité ne sont pas satisfaits, un milieu scolaire peu soutenant, la présence d'événements stressants, la défavorisation socio-économique sont autant de facteurs associés à la détresse chez les jeunes.

Le manque de satisfaction à l'égard de sa silhouette est lui aussi associé à la détresse psychologique et à une faible estime de soi. À Montréal, plus de la moitié des jeunes garçons et filles de 6^e année, 1^{ère}, 3^e et 5^e secondaire (EBJM, 2003) sont insatisfaits de leur silhouette. Les jeunes qui désirent être plus minces sont plus nombreux à manifester un degré élevé de symptômes de troubles émotifs et de détresse psychologique élevée (EBJM, 2003).

Le tiers des élèves montréalais victimes de violence présente un degré élevé de symptômes de troubles émotifs ou de détresse psychologique, soit deux fois plus que les jeunes qui déclarent ne pas en être victimes. Plus de la moitié des jeunes du primaire ont été victimes de violence (violence verbale, physique, taxage ou brimade) à l'école ou sur le chemin de l'école : 63 % en 4^e année et 52 % en 6^e année. Le pourcentage de victimes diminue au secondaire, mais touche encore 26 % des élèves de 5^e secondaire. De plus, environ 15 % des élèves de 5^e secondaire ont été victimes de discrimination d'ordre racial, ethnique ou religieux. En outre, plus du tiers des jeunes de 3^e et 5^e secondaire ont vu leurs premières relations amoureuses minées par la violence (EBJM, 2003).

Diverses études notent que les jeunes ayant une faible estime de soi et souffrant d'un niveau élevé de détresse psychologique sont plus enclins à faire des tentatives de suicide, dont certaines sont fatales. À Montréal, 6 % des jeunes Montréalais de 12 à 17 ans ont eu des pensées suicidaires sérieuses au cours de leur vie (ESCC, 2008).

2 Cibler pour mieux performer

Les actions de promotion de la santé et du bien-être et de prévention ont comme finalité de soutenir les jeunes dans leur développement global et de contribuer à leur persévérance scolaire et à leur réussite éducative. Or, la promotion et la prévention donnent lieu à un large éventail d'actions à réaliser auprès des jeunes. Puisqu'il est impossible de tout faire, il importe de convenir de priorités en fonction des besoins des jeunes et des leviers dont nous disposons.

Ainsi, l'exercice de réflexion stratégique réalisé au cours de l'année 2010 a mené au choix de deux priorités de santé. Les priorités retenues pour l'orientation 2 du PRSP viendront clairement signifier les actions qui seront intensifiées au cours des prochaines années. Elles sont en accord avec les priorités organisationnelles de la DSP qui sont la lutte aux maladies chroniques et aux inégalités sociales de santé.

Plusieurs facteurs ont contribué à influencer ces choix, notamment les données sociosanitaires disponibles, les attentes du Programme national de santé publique (PNSP), du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG), les ententes de complémentarité nationale et régionale pour le déploiement de l'approche Écoles et milieux en santé, le tronc commun Jeunes et bien sûr, les PLSP.

Nos priorités :

Prévenir l'obésité et l'embonpoint

Contribuer à atteindre la cible nationale du PNSP de réduire, d'ici 10 ans, le taux de prévalence de l'obésité de 2 % (indice de masse corporelle – IMC – de plus de 30) et le taux de prévalence de l'embonpoint de 5 % (IMC de plus de 25).

Prévenir la détresse psychologique

Contribuer à réduire, d'ici 10 ans, la proportion de jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique.

2.1 Prévenir l'obésité et l'embonpoint

2.1.1 L'importance d'agir

Il est reconnu que l'alimentation favorise la croissance des jeunes et leur sentiment de bien-être, tout autant qu'elle les dispose à de meilleurs apprentissages. Être actif a des effets bénéfiques sur plusieurs facteurs liés au bien-être psychologique, à la santé mentale et aux habitudes de vie. En effet, la pratique régulière de l'activité physique améliore l'humeur, réduit les niveaux de stress, d'anxiété et de dépression. De plus, les jeunes actifs sont moins nombreux à fumer, ont moins de relations sexuelles non protégées, en plus d'avoir de meilleures habitudes alimentaires et de sommeil.

Outre ces effets bénéfiques sur la santé, la pratique régulière de l'activité physique et la consommation quotidienne d'aliments riches en fibres alimentaires, comme les fruits et les légumes, exercent un effet protecteur sur la prise de poids. À l'inverse, la consommation élevée de boissons sucrées et d'aliments de type restauration rapide et le marketing massif de ces aliments, les occupations sédentaires et les loisirs inactifs expliqueraient en partie l'épidémie actuelle d'obésité.

Les maladies associées à l'obésité et à l'embonpoint (maladies chroniques, diabète de type 2, cardiopathie) contribuent à accroître la pression sur un système de santé déjà fort engorgé. Le fardeau économique associé à l'obésité et l'embonpoint s'élèverait à 1,5 milliard de dollars au Québec.

Les problèmes d'obésité et d'embonpoint ont des impacts tout aussi marqués sur le plan humain. Chez les jeunes, ces problèmes les exposent au risque, non seulement de souffrir d'obésité avec l'âge, mais aussi à certaines maladies autrefois associées aux adultes ou aux aînés, tel le diabète de type 2. Les jeunes ayant un poids excessif courent aussi plus de risque de stigmatisation, de discrimination et de violence par leurs pairs, ce qui influence leur santé émotionnelle et psychosociale. Enfin, un certain nombre de jeunes préoccupés de façon excessive par leur poids peuvent développer des comportements malsains pour le contrôler.

2.1.2 Nos engagements

Miser sur les environnements favorables à une saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif

Sans minimiser le rôle important de l'éducation à la santé, l'acquisition de connaissances et la bonne volonté ne suffisent pas à adopter des comportements sains. Il est reconnu que les causes des problèmes liés au poids sont associés aussi aux environnements et que les changer constitue une priorité. En effet, nombre d'experts recommandent de privilégier la mise en place d'environnements permettant à tous les jeunes de manger mieux et de bouger plus, tant pour prévenir l'obésité que la préoccupation excessive à l'égard du poids. Les jeunes doivent pouvoir évoluer dans des milieux où faire des choix sains est plus facile, accessible et abordable que l'inverse.

Ainsi, pour contribuer à réduire l'obésité et l'embonpoint, les actions prioritaires des cinq prochaines années miseront sur la création d'environnements favorables, notamment en influençant les décideurs afin de :

- Augmenter la proportion de filles et de garçons de 5 à 17 ans faisant au moins 7 heures d'activités physiques par semaine.
- Diminuer le temps-écran de loisirs (ordinateur, jeux vidéo, télévision) chez les jeunes de 5 à 17 ans.
- Augmenter la proportion de jeunes de 5 à 17 ans qui consomment au moins 5 portions de fruits et de légumes quotidiennement.
- Réduire la proportion de jeunes de 5 à 17 ans qui consomment régulièrement des aliments riches en gras et en sucre (boissons sucrées et aliments de type restauration rapide).

À cet égard, le secteur s'engage à contribuer à produire et diffuser des connaissances, à soutenir les pratiques professionnelles et à travailler de concert avec les CSSS et ses partenaires intersectoriels régionaux.

Produire et diffuser des connaissances

Les lacunes observées en matière de connaissance et surveillance de l'obésité et de l'embonpoint, des habitudes alimentaires, de la pratique de l'activité physique et des inégalités sociales de santé chez les jeunes nous empêchent de bien cerner la problématique et son évolution à Montréal et sur les territoires de CSSS. C'est pourquoi nous proposons de :

- Documenter les problématiques et les enjeux liés à l'obésité, l'embonpoint, les habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique et diffuser ces informations.
- Faire connaître les interventions efficaces et prometteuses en matière d'environnements favorables à la saine alimentation et à la pratique de l'activité physique.
- Comprendre comment l'application des stratégies d'action sociale pour et par les jeunes contribue à rendre les environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Soutenir les CSSS pour créer des environnements favorables

Une majorité de CSSS démontre dans leur PLSP une volonté de promouvoir les saines habitudes de vie. Mais la modification des environnements constitue un domaine d'intervention relativement nouveau pour beaucoup de professionnels de la santé. Pour les CSSS qui le souhaiteront, nous offrirons de l'expertise conseil, de la formation et des outils afin de développer une vision globale de la problématique et des solutions à y apporter.

À cet égard, nous proposons de :

- Soutenir les CSSS à mieux définir leurs intentions et leurs besoins de soutien en vue d'exercer des actions de promotion d'une saine alimentation et de pratique de l'activité physique sur leur territoire.
- Choisir avec les CSSS des stratégies pour optimiser leur contribution à la promotion de la saine alimentation et de la pratique de l'activité physique sur leur territoire.
- Accompagner, former, faciliter le partage de connaissances et outiller les CSSS pour mettre en place des interventions visant la modification des environnements physiques et sociaux.

Soutenir nos partenaires intersectoriels régionaux et harmoniser nos actions

Changer les environnements nécessite l'apport d'un ensemble d'acteurs. Le directeur de santé publique, par le biais de la Table régionale sur les saines habitudes de vie, a mobilisé et rallié ses partenaires intersectoriels pour créer des milieux de vie favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie, en particulier chez les jeunes. Le secteur Jeunes collabore à ces travaux, notamment aux objectifs relevant des milieux scolaire et municipal.

À l'échelle locale, l'arrivée du Fonds Québec en Forme (QEF) amène de plus en plus de communautés locales à se mobiliser et à demander du soutien pour créer des environnements favorables à la promotion des saines habitudes de vie. Pour répondre à ces besoins, la DSP souhaite exercer un leadership et faciliter la mise en commun des expertises et des ressources autant internes qu'externes.

À cet égard, nous proposons de :

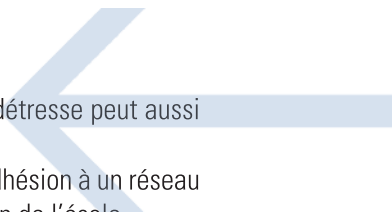
- Soutenir les travaux de la Table régionale sur les saines habitudes de vie.
- Soutenir les commissions scolaires dans l'application de la Politique cadre *Pour un virage santé à l'école*.
- Déterminer des stratégies porteuses pour inciter les décideurs scolaires et municipaux à rendre les lieux fréquentés par les jeunes favorables aux saines habitudes de vie.
- Accompagner, former et outiller les partenaires scolaires et municipaux en vue de créer des environnements favorables aux saines habitudes de vie des jeunes
- Développer et mettre en œuvre des modalités qui favoriseront l'harmonisation des pratiques et du soutien des territoires entre la DSP et les acteurs régionaux (QEF, commissions scolaires, municipalités, Sport et Loisir de l'île de Montréal (SLIM), etc.).

2.2 Prévenir la détresse psychologique

2.2.1 L'importance d'agir

La santé mentale est indispensable au bien-être et à la qualité de vie des jeunes. Elle est intrinsèquement liée à leur santé physique, à leur épanouissement social, à leur intérêt à apprendre et à leur réussite scolaire. Les jeunes exempts de détresse psychologique présentent certaines caractéristiques communes : ils reçoivent affection et attention de la part de leurs parents, ont une perception d'eux-mêmes positive, gèrent de façon positive leurs émotions ainsi que leurs comportements et bénéficient en général d'une sécurité psychologique (environnement sécuritaire, exempt de violence, de brimade et de rejet). Ces facteurs de protection sont généralement absents chez ceux qui souffrent d'un niveau élevé de détresse psychologique. Celle-ci peut se manifester par de l'agressivité, de l'irritabilité, le retrait, l'échec scolaire, la consommation de substances, etc.

La détresse psychologique est associée aux comportements sexuels à risque, à une consommation élevée d'alcool ou de drogues de même qu'à davantage de comportements d'agressivité, de délinquance et d'impulsivité. Ces manifestations s'avèrent souvent interreliées et peuvent influencer les unes sur les autres. Par exemple, la détresse



psychologique peut précéder l'usage d'alcool ou de drogues à des fins d'automédication. Mais la détresse peut aussi se manifester par suite de l'usage abusif d'alcool ou de drogues.

Par ailleurs, une consommation précoce ou fréquente d'alcool ou de drogues encourage souvent l'adhésion à un réseau de pairs favorisant la consommation continue et accrue, tout en décourageant l'engagement au sein de l'école.

Enfin, la violence à l'école et sur le chemin de l'école est une autre source de détresse. Elle contribue à instaurer un climat d'insécurité dans la vie scolaire et peut altérer le bien-être psychologique et physique du jeune ainsi que son apprentissage scolaire.

L'occurrence de l'un ou plusieurs de ces problèmes peut engendrer de sérieuses difficultés scolaires, sociales et comportementales, voire des problèmes de santé mentale.

2.2.2 Nos engagement

Miser sur le développement de compétences et d'environnements sains et sécuritaires

Pour prévenir la détresse et les problèmes psychosociaux associés, il est recommandé d'agir en amont des problèmes chez les jeunes de 5 à 12 ans, c'est-à-dire de cibler le développement des compétences personnelles et sociales, tels l'estime de soi et les comportements prosociaux.

Pour les 12 à 17 ans, en plus de renforcer leurs compétences personnelles et sociales, il est recommandé de prévenir l'adoption de comportements à risque, comme les relations sexuelles non protégées, la violence entre pairs ou au sein des relations amoureuses et la consommation problématique d'alcool et de drogues.

Par ailleurs, le réseau social d'un jeune, sa famille, son école et sa communauté représentent des ressources et des influences déterminantes qui ont le pouvoir de favoriser et d'améliorer son bien-être psychologique en offrant des environnements stimulants, sains et sécuritaires. Leurs apports contribuent au développement de ses compétences et lui offrent une protection à l'égard de la détresse psychologique.

Ainsi, pour contribuer à diminuer la proportion de jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique, les actions du secteur Jeunes viseront à :

- Diminuer la proportion de jeunes qui sont auteurs, témoins ou victimes de violence.
- Diminuer la proportion de jeunes qui présentent une consommation problématique d'alcool, de drogues, de jeux d'argent.
- Augmenter la proportion de jeunes qui estiment être en harmonie dans leurs relations interpersonnelles, amoureuses et dans l'expression de leur sexualité.
- Réduire le taux d'ITS chez les jeunes.
- Réduire le taux de grossesse non désirée et d'avortement chez les moins de 19 ans.

À cet égard, le secteur s'engage à produire et diffuser des connaissances, soutenir les pratiques professionnelles en vue de développer l'estime de soi et promouvoir les comportements prosociaux chez les jeunes de 5 à 17 ans et, d'autre part, à consolider les services préventifs en matière de prévention de la violence et des dépendances et de promotion d'une sexualité saine et responsable chez les 12 à 17 ans.

Produire et diffuser des connaissances et influencer les décideurs

Les données concernant les différentes manifestations de la violence, les problèmes de consommation chez les jeunes et les lacunes constatées à la suite du retrait des cours d'éducation à la sexualité nous incitent à :

- Documenter les enjeux en relation avec ces problématiques ainsi que certains problèmes émergents, comme le jeu d'argent en ligne.
- Déterminer et faire connaître les pratiques efficaces et prometteuses qui contribuent au développement des compétences personnelles et sociales et qui préviennent les comportements à risque.
- Produire et diffuser des connaissances dans le but d'influencer les décideurs à l'égard de l'offre et de l'accès aux jeux d'argent, à la consommation de drogues et d'alcool et à l'importance de l'éducation à la sexualité.
- Préciser les facteurs environnementaux qui soutiennent le développement des compétences personnelles et sociales et qui préviennent les comportements à risque.

Soutenir les CSSS

Préoccupés par la santé mentale des jeunes, les CSSS ont inscrit dans leur plan stratégique diverses problématiques pour lesquelles ils souhaitent poursuivre leurs efforts, notamment en prévention de la violence et des dépendances et en promotion d'une sexualité saine et responsable.

C'est pourquoi nous proposons de :

- Soutenir les CSSS pour planifier leur offre de services locale en vue d'agir sur les déterminants de la détresse psychologique.
- Accompagner, outiller, former et faciliter le partage des connaissances pour renforcer les services préventifs et les pratiques de promotion et de prévention.
- Coordonner l'action régionale et harmoniser les pratiques en prévention des grossesses non désirées.

Soutenir nos partenaires intersectoriels régionaux et harmoniser nos actions

Il nous faut bâtir des relations solides avec nos partenaires intersectoriels, plus particulièrement avec les commissions scolaires, en vue d'unir nos efforts pour l'atteinte de nos objectifs.

C'est pourquoi nous proposons de :

- Accompagner, outiller, former et faciliter le partage des connaissances pour renforcer les pratiques chez les acteurs du milieu scolaire.
- Animer et coordonner l'action intersectorielle régionale dans les dossiers de l'éducation à la sexualité et de la prévention des dépendances qui nécessitent une planification conjointe pour atteindre les buts fixés.
- Soutenir les travaux du Groupe relais montréalais sur la prévention et le traitement de la violence à l'école.
- Accompagner, former, outiller les partenaires en vue de rendre les environnements sains et sécuritaires et ainsi réduire la violence et restreindre l'accessibilité à l'alcool et aux drogues.
- Accompagner, outiller, former les partenaires pour rendre accessibles les moyens de contraception et de protection contre les ITS.

3 Des activités à maintenir pour la santé des jeunes

En relation avec les attentes du Programme national de santé publique (PNSP) et des plans d'action nationaux, le secteur maintiendra ses efforts pour améliorer les interventions préventives dans lesquelles il investit depuis plusieurs années. Deux problématiques se démarquent à cet égard : la prévention du tabagisme et la prévention des problèmes buccodentaires.

3.1 La prévention du tabagisme

D'importants acquis ont été enregistrés en prévention du tabagisme, mais l'engagement de toutes les régions du Québec doit se poursuivre à tous les paliers pour contrer cette dépendance et les maladies graves qui en découlent à l'âge adulte.

La Loi sur le tabac a sévèrement réglementé l'usage du tabac dans les lieux publics ainsi que le marketing des produits du tabac. Combinées aux hausses de taxes et aux programmes de soutien à l'abandon tabagique chez les adultes, les normes sociales relatives au tabagisme ont changé. Le premier *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015* fait état des actions qui permettraient d'atteindre les objectifs du PNSP en matière de prévalence du tabagisme. Nos efforts seront centrés sur la prévention de l'initiation et le soutien à la cessation tabagique chez les jeunes.

L'intervention prévenant l'initiation du tabagisme mettra l'accent sur les environnements favorables au non-usage du tabac, sur le développement de compétences chez les jeunes et leur engagement dans la lutte contre le tabagisme. Pour les jeunes faisant déjà usage du tabac, des services préventifs adaptés leur seront offerts en collaboration avec les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) des CSSS.

3.1.1 Des résultats à atteindre

Le secteur contribuera à l'atteinte de la cible nationale, soit réduire à 13 % la prévalence du tabagisme chez les jeunes du secondaire et à 16 % chez les jeunes de 15 ans et plus. Pour ce faire, nos actions viseront à :

- Prévenir l'initiation au tabac.
- Augmenter la proportion de jeunes non-fumeurs de cigarettes ou autres produits du tabac en 5^e secondaire (les non-fumeurs comprennent les anciens fumeurs, les anciens expérimentateurs et les non-fumeurs depuis toujours).
- Augmenter la proportion de jeunes fumeurs qui ont fait une tentative d'arrêt tabagique.

3.1.2 Nos engagements

Miser sur des environnements qui favorisent le non-usage du tabac

Notre secteur propose de réaliser les activités suivantes :

- Mobiliser et soutenir les CSSS et les commissions scolaires pour la mise en œuvre du Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015.
- Développer et mettre en œuvre des services de cessation tabagique pour l'accueil et le suivi des jeunes en collaboration avec les CSSS et les commissions scolaires.
- Collaborer à la promotion des services de cessation tabagique auprès des familles.
- Appliquer et évaluer des stratégies d'action sociale pour et par les jeunes visant à améliorer les environnements sociaux liés à l'usage du tabac, de concert avec nos partenaires intersectoriels.

3.2 La prévention des problèmes buccodentaires

Le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 (PASDP)* vise à atteindre la cible nationale de réduction de 40 % du nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

La carie dentaire demeure un problème très prévalent chez les jeunes, elle augmente avec l'âge et touche de façon plus marquée les milieux socioéconomiques défavorisés. Au Québec, 90 % de la carie dentaire sont le fait de 24 % des enfants de la maternelle. De plus, le dépistage buccodentaire, réalisé en maternelle, permet de constater que la proportion d'enfants montréalais à risque élevé est passée de 23 % à 28 % de 1998-1999 à 2007-2008. Dans les territoires de CLSC les plus défavorisés, cette proportion peut même atteindre 47 %.

Les conséquences de la carie dentaire sont multiples. Elles touchent à la fois la mastication, la nutrition, l'élocution, l'apparence, l'estime de soi et le bien-être général.

Pour atteindre sa cible, le PASDP propose notamment des pratiques cliniques préventives avec dépistage systématique du risque de carie dentaire, counselling pour une saine hygiène dentaire, suivi préventif individualisé des enfants à risque élevé (éducation à l'hygiène buccale et à une saine alimentation limitant les boissons et aliments sucrés et acides favorisant la carie et l'érosion dentaires, application topique de fluorure) et application sélective d'agents de scellement dentaire. À cela s'ajoutent des actions du côté des environnements favorables aux habitudes de vie et des actions de soutien envers la stratégie nationale sur la fluoration des eaux de consommation.



3.2.1 Des résultats à atteindre

D'ici cinq ans, nos actions porteront surtout sur le renforcement des pratiques professionnelles et sur l'amélioration des environnements favorables aux habitudes de vie et chercheront à faire adopter des politiques publiques en vue de :

- Augmenter à 80 % la proportion d'enfants qui se brossent les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré.
- Diminuer à 15 % la proportion d'enfants prenant une collation cariogène.
- Augmenter à plus de 85 % la proportion d'enfants ayant visité le dentiste au cours de la dernière année.
- Maintenir à 100 % la proportion d'enfants de la maternelle bénéficiant d'un dépistage buccodentaire systématique.
- Maintenir, parmi les enfants identifiés à risque élevé de carie, six séances de suivi préventif individualisé comprenant chacune une application topique de fluorure et des activités d'éducation à la santé buccodentaire.
- Augmenter à 20 % parmi les enfants identifiés à risque de carie, la proportion d'enfants qui bénéficie d'une application d'agents de scellement sur les premières molaires permanentes.

3.2.2 Nos engagements

Promouvoir et soutenir des pratiques cliniques préventives

En santé dentaire, les actions viseront principalement à mobiliser et à soutenir les CSSS afin qu'ils mettent en œuvre les activités prévues dans le PNSP et le PASDP. D'ailleurs, l'ensemble des CSSS ont inscrit ces activités dans leur PLSP.

À cet égard, le secteur propose de :

- Documenter les problématiques et les enjeux en matière de prévention de la carie dentaire chez les jeunes.
- Faire connaître les interventions prometteuses et efficaces.
- Mobiliser, soutenir et monitorer le déploiement régional du PASDP.
- Développer et consolider des alliances avec les partenaires régionaux afin d'harmoniser nos actions.
- Soutenir les municipalités à l'égard de la stratégie nationale sur la fluoration des eaux de consommation.

4 Planifier conjointement la promotion et la prévention

Parmi les partenaires qui s'intéressent à la santé, au bien-être, à la persévérance scolaire et à la réussite éducative des jeunes, la plupart ciblent le milieu scolaire pour y déployer leurs actions. Dans ce contexte, une planification conjointe est nécessaire afin d'assurer l'accès, la cohérence et la qualité d'actions de promotion et de prévention qui tiennent compte des besoins des jeunes.

À Montréal, dès 2008, la volonté des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation de travailler en ce sens s'est concrétisée par la signature de *l'Entente régionale pour le soutien au déploiement de l'approche Écoles et milieux en santé (ÉMES)*. La vision proposée est la suivante :

- Des jeunes développés à leur plein potentiel.
- Des partenaires coproducteurs de réussite éducative, de santé et de bien-être.

Cette notion de « coproducteurs » fait appel à une responsabilité partagée de planifier conjointement des stratégies et des actions qui agissent sur des déterminants communs à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes d'âge scolaire. Concrètement, cela implique de :

- Cerner ensemble les besoins des jeunes et de leur famille.
- Élaborer conjointement des projets de promotion et de prévention qui répondent à des conditions d'efficacité et qui tiennent compte des besoins prioritaires.
- Mettre en place les actions et les ressources qui relèvent des responsabilités propres à chacun (parents, directions d'école, enseignants, intervenants des commissions scolaires, du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire) en vue de l'atteinte d'un but commun.

Depuis la signature de cette entente, d'importants acquis ont été enregistrés. Pensons notamment à la reconnaissance du rôle de la promotion et de la prévention dans le continuum des services offerts aux jeunes en milieu scolaire. En outre, des partenariats régionaux se sont créés autour de thématiques – persévérance scolaire (Réseau réussite Montréal), obésité et saines habitudes de vie (PAG), violence (Groupe relais sur la prévention et le traitement de la violence) et éducation à la sexualité – qui permettent d'arrimer nos actions et de favoriser une meilleure convergence. De plus, les collaborations établies entre le secteur Jeunes et la direction régionale du MELS devraient permettre d'optimiser et d'enrichir nos offres de soutien respectives.

Enfin, à l'échelle locale (écoles, territoires de CSSS et de commissions scolaires), plusieurs initiatives porteuses ont vu le jour depuis quelques années.



4.1 Nos engagements

Miser sur les conditions organisationnelles favorables à la prévention et la promotion de la santé

Fort de ces acquis, le secteur Jeunes souhaite poursuivre ses efforts pour établir des conditions organisationnelles locales et régionales de façon à optimiser l'accès, la cohérence et la qualité des interventions de promotion et de prévention destinées aux jeunes.

À l'égard de la cohérence et de la qualité des interventions, le choix de nos actions d'ici cinq ans visera à :

Renforcer le déploiement de l'approche Écoles et milieux en santé en étroite collaboration avec la Direction régionale du MELS, soit :

- Soutenir les CSSS et les commissions scolaires dans le déploiement d'interventions en promotion et en prévention reconnues pour leur efficacité.
- Développer des indicateurs de suivi qui reflètent bien le travail de déploiement de l'approche ÉMES fait par les CSSS et les commissions scolaires.
- Continuer à financer des agents pivots ÉMES.

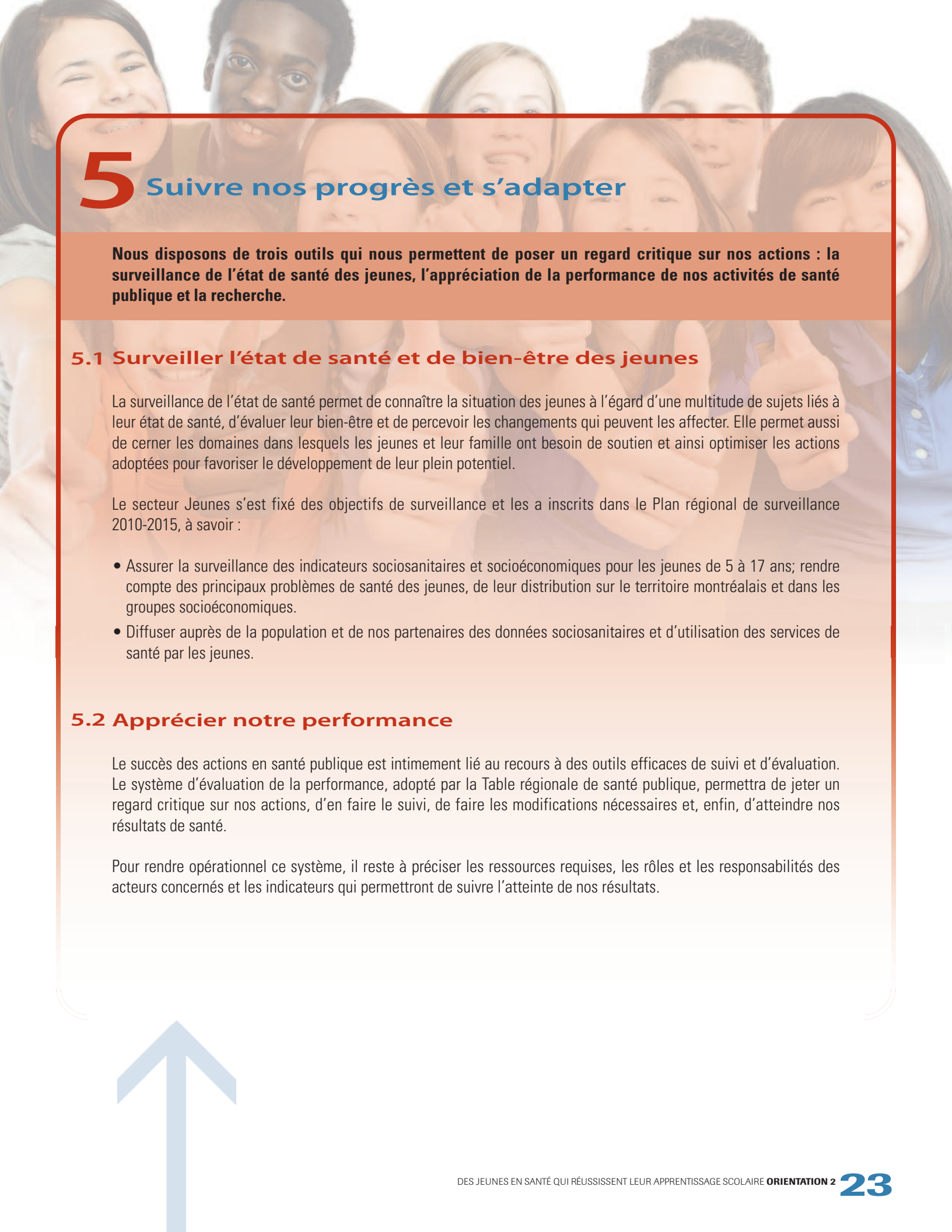
Faciliter la convergence des initiatives et mesures destinées aux milieux scolaire, municipal et communautaire :

- Renforcer le partenariat et développer une meilleure coordination des actions de promotion et de prévention au niveau régional (Mesures financées au communautaire par la DSP, Québec en forme (QEF), Stratégie d'intervention agir autrement (SIAA), Programme de soutien à l'école Montréalaise (PSEM), plans d'action pour la persévérance scolaire en collaboration avec le Réseau réussite Montréal.
- Adapter périodiquement les balises des mesures financées de santé publique aux besoins des jeunes :
 - mesures au communautaire;
 - programmes financés : jeux d'argent, lutte au tabagisme, prévention de la violence faite aux femmes. (volet relations amoureuses)
- Assurer une meilleure coordination des actions de promotion et de prévention entre les différents partenaires intersectoriels (Table régionale sur les saines habitudes de vie, comité régional éducation à la sexualité en contexte montréalais, Groupe relais montréalais sur la prévention et le traitement de la violence à l'école, Comité régional jeux d'argent et dépendances, etc.).
- Assurer une meilleure coordination des actions de promotion et de prévention entre les secteurs de la DSP afin, par exemple, de favoriser le transport actif, de contribuer à la réduction des maladies infectieuses et de contribuer à la réduction des risques pour la santé causés par les facteurs environnementaux nuisibles.

En relation avec l'accès aux interventions de promotion et de prévention, le choix de nos actions d'ici cinq ans visera à :

Optimiser les ressources (financières et humaines) en promotion et en prévention :

- Assurer l'intégration de la promotion et de la prévention dans les programmes services Jeunes en difficulté, Dépendances, Santé mentale.
- En collaboration avec les CSSS, documenter leur offre d'activités en promotion et en prévention (services cliniques de première ligne, dont les services de type clinique jeunesse) auprès des jeunes.
- En collaboration avec les CSSS, développer des stratégies pour augmenter leur capacité d'agir en prévention et en promotion de la santé.



5 Suivre nos progrès et s'adapter

Nous disposons de trois outils qui nous permettent de poser un regard critique sur nos actions : la surveillance de l'état de santé des jeunes, l'appréciation de la performance de nos activités de santé publique et la recherche.

5.1 Surveiller l'état de santé et de bien-être des jeunes

La surveillance de l'état de santé permet de connaître la situation des jeunes à l'égard d'une multitude de sujets liés à leur état de santé, d'évaluer leur bien-être et de percevoir les changements qui peuvent les affecter. Elle permet aussi de cerner les domaines dans lesquels les jeunes et leur famille ont besoin de soutien et ainsi optimiser les actions adoptées pour favoriser le développement de leur plein potentiel.

Le secteur Jeunes s'est fixé des objectifs de surveillance et les a inscrits dans le Plan régional de surveillance 2010-2015, à savoir :

- Assurer la surveillance des indicateurs sociosanitaires et socioéconomiques pour les jeunes de 5 à 17 ans; rendre compte des principaux problèmes de santé des jeunes, de leur distribution sur le territoire montréalais et dans les groupes socioéconomiques.
- Diffuser auprès de la population et de nos partenaires des données sociosanitaires et d'utilisation des services de santé par les jeunes.

5.2 Apprécier notre performance

Le succès des actions en santé publique est intimement lié au recours à des outils efficaces de suivi et d'évaluation. Le système d'évaluation de la performance, adopté par la Table régionale de santé publique, permettra de jeter un regard critique sur nos actions, d'en faire le suivi, de faire les modifications nécessaires et, enfin, d'atteindre nos résultats de santé.

Pour rendre opérationnel ce système, il reste à préciser les ressources requises, les rôles et les responsabilités des acteurs concernés et les indicateurs qui permettront de suivre l'atteinte de nos résultats.



5.2 Développer la recherche

La recherche a pour but principal de produire des connaissances et de contribuer à l'amélioration des pratiques et des interventions de santé publique. Pour le secteur Jeunes, la recherche a comme principale finalité de soutenir la décision dans les lieux de gouverne ayant une incidence directe et indirecte sur la santé des jeunes et des familles. Dans les cinq prochaines années, nos recherches seront solidement arrimées aux priorités de l'orientation 2 du PRSP, notamment à l'égard des inégalités sociales de santé, et rejoindront certaines préoccupations de plusieurs CSSS et commissions scolaires. Nous favoriserons une étroite collaboration avec les centres affiliés universitaires (CAU), les universités, l'Institut national de santé publique (INSPQ) et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) afin de permettre le regroupement d'expertises autour d'enjeux variés, d'ordre socioéconomique, politique, environnemental, ou de gestion, de processus ou de services.

Les recherches en cours illustrent bien les partenariats nécessaires et le type de thématiques au cœur de notre mandat. En effet, plusieurs recherches portant sur l'approche Écoles en santé sont menées avec l'INSPQ, des CSSS, des commissions scolaires, des milieux universitaires, des instances de concertation et des écoles. Elles visent à soutenir la réflexion autour de l'implantation de cette approche et son adaptation dans le contexte montréalais. Ces recherches ont en commun le souci d'étudier l'appropriation et la transformation de politiques, d'interventions, de programmes et d'approches à partir de divers types de connaissances — pratiques des acteurs, configuration des quartiers, diversité ethnoculturelle, obstacles et opportunités présents sur le terrain.





6 Conclusion

Dans un contexte où les besoins sont grands et les ressources limitées et où nos organisations sont imputables de leurs actions, il importe de fixer des priorités et de préciser les résultats à atteindre dans un délai déterminé. Dans le fascicule de l'orientation 2, *Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire*, le secteur Jeunes se positionne sur le plan stratégique et indique la direction qu'il entend prendre au cours des prochaines années. Ainsi, le secteur s'est engagé à intensifier ses efforts en matière de prévention de l'embonpoint et de l'obésité ainsi que de la détresse psychologique. Reste maintenant à rendre opérationnels ces engagements dans une offre de services négociée qui tiendra compte tant des priorités des CSSS que de celles des commissions scolaires et d'autres partenaires intersectoriels. Cette offre de services précisera les actions à mettre en oeuvre, les ressources requises et les rôles et responsabilités de chacun.

Par ailleurs, la réduction des inégalités sociales de santé des jeunes et des familles sera au premier plan de nos préoccupations, puisque leurs effets sont perceptibles tant sur le plan de la santé et du bien-être que dans l'accès aux services de prévention et de santé. À cet effet, les données de surveillance et de recherche du secteur Jeunes contribueront à mettre en lumière les relations entre les inégalités et le développement des jeunes.

Il est reconnu que les actions traditionnelles de santé publique qui mettent l'accent sur les facteurs de risque et les conduites individuelles contribuent de manière marginale à contrer les inégalités sociales de santé, et parfois même les amplifient. C'est pourquoi il importe d'adapter nos pratiques, tant en matière de recherche que d'intervention. Cette adaptation exige de tenir compte à la fois du revenu des familles, de leurs conditions de vie, de leurs conditions de logement, de leur accès aux services et de leur état de santé dans le choix des questions de recherche et des interventions afin de contribuer à la réduction de ces inégalités sociales.

Il est certain que la mise en œuvre de la planification quinquennale de l'orientation 2 du PRSP constitue tout un défi. Riche de la collaboration établie avec ses partenaires, le secteur Jeunes a la conviction qu'il dispose des leviers, de la volonté et de la créativité nécessaires pour faire reculer le nombre de jeunes confrontés à des situations qui portent atteinte à leur plein épanouissement.

7 Références

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005). *Objectif jeunes : comprendre, soutenir*. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise. Direction de la santé publique, Montréal, 108 p.

Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie (2007). *Les cahiers de la directrice, Pour faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire*, complément au rapport de la directrice de santé publique, p. 15.

Agence de santé et des services sociaux de Montréal (2009). *Entente régionale pour le soutien au déploiement de l'approche Écoles et milieux en santé 2008-2013 : résumé*, Direction de santé publique, 4 p.

Association pour la santé publique du Québec (2004). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, (GTPPP), 30 p.

Association pour la santé publique du Québec (2005). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à l'action*, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP), 58 p.

Ayotte, V., Gagné, C., Malai, D., Poulin, C. (2008). *Une communauté mobilisée pour ses jeunes. Stratégies de promotion et de prévention*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 222 p.

Blais, J. (2005). « La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste ! ». *Ça s'exprime*, vol. 1, no 2, hiver 2005, MSSS, Québec, 8 p.

Brodeur, J. M., M. Olivier, M. Benigeri, C. Bedos et S. Williamson (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 151 p. (Collection analyses et surveillance, no 18).

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2009). *Consolider nos forces : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire. Un guide pour les intervenants en santé et en éducation*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) (2006). *Les jeunes, les drogues et la santé mentale : Ressource pour les professionnels*. Toronto, 326 p.

Centre Léa-Roback, Centre de recherche sur les inégalités de santé de Montréal. « *Le point sur... l'effet de quartier* », L'obésité, no 2, octobre 2007, 12 p.

Centre Léa-Roback, Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal (2010). *Le point sur l'évaluation des interventions pour réduire les inégalités sociales de santé*. Hors série.

Comité scientifique de Kino-Québec (2011). *L'activité physique, le sport et les jeunes – Savoir et agir*. Secrétariat au loisir et au sport, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec. Avis rédigé sous la coordination de Gaston Godin, Ph. D., Suzanne Laberge, Ph. D., et François Trudeau, Ph. D., 104 p.

CSDM (2005). *Le défi de la réussite, plan stratégique*, Commission scolaire de Montréal, Montréal, 40 p.

Desrosiers, H., Dumitru V., et Dubois, L. (2008). *Le surplus de poids chez les enfants de 4 à 7 ans : des cibles pour l'action, dans : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 4, fascicule 3.

Diclemte, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Brown, L., Rothbaum, B., Zimand, E., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S. (2001). « *A prospective study of psychological distress and sexual risk behaviour among black adolescent females* ». *Pediatrics*, 108, p. 185.

Dubé G., et autres (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*, 2008, Québec, Institut de la statistique du Québec, 222 p.

Dubois, N., Ouchene, H. (2009). *Cadre de référence pour le développement conjoint (CSSS/DSP) d'un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique du territoire montréalais*, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 108 p.

EBJM (2003). *Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais*, Agence de santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique de Montréal.

Elkington, K., Bauermeister, J. et Zimmerman, M. (2010). « *Psychological distress, substance use and HIV/STI risk behaviors among youth* ». *J Youth Adolescence*, 39, p. 514-527.

EQSP (2008). « *Enquête québécoise sur la santé de la population* », Institut de la statistique du Québec.

ESCC (2005). « *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1* », Statistique Canada.

ESCC (2008). « *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008* », Statistique Canada.

ÉSBEQ (1996-1997). « *Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans* », MSSS, 1996-1997.

ÉSBEQ (1998-1999). « *Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et 7-8 ans* », MSSS, 1998-1999.

ESUTC (2009). « *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* », Statistique Canada.

ETADJES (2008). « *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* », Institut de la statistique du Québec.

Fassin, D. (1998). *Les figures urbaines de la santé publique*. Éditions La Découverte. Paris.

Fergusson, D. M., et Boden, J. M. (2008). « *Cannabis use and later life outcomes* ». *Addiction*, 103(6), p. 969–976; discussion p. 977–968.

Généreux, M. (2009). *Plan d'action de santé dentaire publique, Bilan régional montréalais des activités 2007-2008*. Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, 75 p.

Gervais, A., O'Loughlin, J., Meshefedjian, G., Bancej, C., et M. Tremblay (2006). « *Milestone in the natural course of onset of cigarette use among adolescents* ». Canadian Medical Association Journal, 175 (3), p. 225-261.

Gouvernement du Québec (2006). *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 50 p.

Gouvernement du Québec (2007). *Pour un virage santé à l'école : Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), 46 p.

Gouvernement du Québec (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, MSSS, 103 p.

Gouvernement du Québec (2010). *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, MSSS, 57 p.

Grant, B. F., et Dawson, D. A. (1997). « *Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey* ». Journal of Substance Abuse, 9, p. 103–110.

Infocentre de santé publique, INSPQ, *données de 2003-2007*.

Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population*, 89 p.

Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé*, 115 p.

Kairouz, S., et Nadeau, L. (2010). *Enquête Enjeu - Québec. Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*, Université Concordia, Montréal.

Lamontagne, P. et Hamel, D. (2009). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005*, Institut national de santé publique, 55 p.

Lavallée, C., (2004). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 166 p., dans Lachance, B. Pageau, M., Roy, S. et autres (2006). *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Gouvernement du Québec, 50 p.

Lavoie, S. *Document de surveillance pour l'Orientation 2 « Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire »*, p. 1.

MADO (2006-2008). *Fichier régional des maladies à déclaration obligatoire*, Agence de santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique de Montréal.

Martin, C., Arcand L. (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 64 p.

MELS (2006-2007). *Statistiques de la Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs*, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Québec.

MESS (2006). *Statistiques sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p.

MSSS (2003-2007). *Compilation spéciale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Infocentre de santé publique du Québec.

Organisation mondiale de la santé (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. OMS, série de rapports techniques, 894, Rapport d'une consultation de l'OMS, Genève, 300 p.

Organisation mondiale de la santé (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. OMS, série de rapports techniques, 894, Rapport d'une consultation de l'OMS, Genève, 284 p.

Papineau, E., Leblond, J. et J.-F. Biron (2010). *Étatisation des jeux d'argent sur Internet au Québec : une analyse de santé publique*, Institut national de santé publique du Québec.

Poirier, A., Maranda, M.-A. et Pilon, M. (2007). *Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans : troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec, MSSS, 162 p.

Raphaël, D. (2006). *Les inégalités de santé au Canada : faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités* (p. 138-159), dans O'Neill, M., Dupéré, S., Pederson, A., Rootman, *Promotion de la santé au Canada et au Québec : perspectives critiques*, PUL, Québec.

Rapport du Groupe d'action sur la persévérance et la réussite scolaires au Québec (2009). « *Savoir pour pouvoir : Entreprendre un chantier national pour la persévérance scolaire* ». Québec, 67 p.

Recensement (2006). Statistique Canada.

Warin, P. (2010). « *Ciblage, stigmatisation et non-recours* », Revue du CRÉMIS, vol. 3, no 2, (p. 16-22).

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
----------	--	--------------------------------------	-------

Plan régional de santé publique 2010-2015
Orientation 2 : Des jeunes en santé qui réussissent
leur apprentissage scolaire

8 \$

NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)

ISBN 978-2-89673-087-2

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville	Province	Code postal

Téléphone

Télécopieur

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

