

Perspectives d'appui aux adolescents :

La contribution du secteur de la santé



Comité consultatif fédéral-provincial-territorial
sur la santé de la population

Octobre 2000

Énoncé de l'artiste

« *Lorsqu'un enfant devient un adolescent puis un adulte, il est confronté à un nombre croissant de défis. L'ajout de détails à chaque métamorphose reflète cette réalité. Les motifs variés des ailes et les carreaux de couleur différente montrent que la transition à l'âge adulte ne se vit pas de la même façon pour tous, tandis que la forme de la courtepoinde exprime l'expérience commune des adolescents.* »

meaghanhaughian ★

Meaghan Haughian, jeune artiste qui a illustré la couverture

Il est interdit de modifier ce document de quelque façon que ce soit. Seule la reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Prière de citer la source du document.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore, en braille, ou sur le site Web suivant :

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/>

Also available in English under the title:

The Opportunity of Adolescence: The Health Sector Contribution

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000

N^o Cat: H39-548/2000E

ISBN: 0-662-29242-1

Remerciements

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) aimerait remercier Réseau Ado/Youth Net pour la conception de la couverture du présent rapport. Réseau Ado/Youth Net est un programme régional bilingue de promotion de la santé mentale et d'intervention précoce qui est géré par et pour les jeunes à partir de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario. L'organisme anime des discussions de groupe et organise des groupes de soutien dans la collectivité depuis l'été 1994. Sa philosophie consiste à écouter les jeunes et à créer des liens entre eux, tout en leur fournissant l'écoute de professionnels sympathiques qui leur serviront de filet de sécurité au besoin. Nous voulons remercier particulièrement Sarah Brandon, qui a coordonné la conception de la page couverture, et Meaghan Haughian, l'artiste qui a illustré la page couverture.

En octobre 1999, les personnes suivantes ont participé à une séance d'un jour pour présenter au CCSP une variété de perspectives sur les expériences et les questions liées aux jeunes Canadiens et Canadiennes d'aujourd'hui :

D ^{re} Miriam Kaufman	Hospital for Sick Children, Toronto
D ^r Simon Davidson	Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa
D ^r Roger Tonkin	McCreary Centre Society, Burnaby
D ^r Tullio Caputo	Carleton University, Ottawa
M ^{me} Elizabeth O'Neill	Big Brothers/Big Sisters, Edmonton
M. Harvey McCue	Conseiller, Ottawa
D ^{re} Sylvie Jutras	Université du Québec à Montréal, Montréal

Cette journée a contribué à l'élaboration du cadre du document. Le CCSP souhaite exprimer sa profonde reconnaissance à ces personnes pour leur appui à un stade critique de la conception de la structure et du contenu du document.

Table des matières

1.0	Sommaire	1
2.0	Documentation relative au présent rapport	6
3.0	Contexte du présent rapport..	6
3.1	L'approche axée sur la santé de la population	7
3.2	La collaboration intersectorielle	8
3.3	La participation des jeunes	9
4.0	Qui sont-ils?	9
4.1	La population	11
4.2	La structure familiale	11
4.3	L'endroit où ils vivent	11
4.4	La langue	12
4.5	Les jeunes ayant une déficience	12
5.0	Comment se portent-ils?	12
5.1	Le développement sain des enfants	12
5.2	Les services de santé	13
5.3	Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation	13
5.4	L'environnement social	13
5.5	L'éducation	14
5.6	Le revenu	14
5.7	L'environnement physique	14
5.8	Les capacités biologiques et la génétiques	14
6.0	Comment connaître leur état?	15
6.1	Gérer leur santé et leur mieux-être personnels	15
6.2	Développer des relations intimes et la vie familiale	15
6.3	Participer à la vie active	15
6.4	Participer à la vie communautaire	16
7.0	Les facteurs qui influent sur le développement des adolescents et sur les résultats relatifs à la santé	16
7.1	Le développement sain des enfants	17

7.1.1	Le développement des jeunes enfants	18
7.2	Les services de santé	19
7.2.1	L'accessibilité et la disponibilité des services	19
7.2.2	La confidentialité	20
7.2.3	Des services conviviaux axés sur les jeunes	21
7.3	Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation	23
7.3.1	La consommation d'alcool, de tabac et de drogues	24
7.3.2	L'alimentation	25
7.3.3	La santé mentale et les habiletés d'adaptation	26
7.3.4	L'appui des pratiques sexuelles saines et sans risque	27
7.3.5	Les blessures accidentelles	29
7.4	L'environnement social	29
7.4.1	Les familles	30
7.4.2	La violence familiale	32
7.4.3	Les pairs	33
7.4.4	Les jeunes sans-abri	34
7.4.5	Les communautés	35
7.4.6	Les médias et les communications	36
7.5	L'éducation	37
7.5.1	Le milieu scolaire	38
7.5.2	Le programme d'enseignement relatif à la santé	39
7.5.3	Les professionnels de la santé au sein du système d'éducation	40
7.6	Le revenu	41
7.6.1	L'accès à un revenu acceptable et l'inégalité	41
7.7	L'environnement physique	42
7.7.1	Les logements	43
7.7.2	L'exposition au soleil	43
7.7.3	La qualité de l'air et de l'eau	44
7.8	Les capacités biologiques et génétiques	45
7.8.1	Les défis de croissance, de comportement et les défis physiques que doivent relever les jeunes qui souffrent d'affections chroniques	45
7.9	Au-delà des déterminants de la santé	47
7.9.1	La recherche, l'évaluation et la surveillance	47
Annexe A : Occasions d'action		50
Annexe B : Membres du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (Avril 2000)		56
Annexe C : Membres du Groupe de travail sur le développement sain des enfants		57
Liste de références		58

1.0 Sommaire

L'adolescence se définit comme une période de grande croissance et de développement. À cette étape importante de leur vie, les adolescents développent des habiletés qui durent toute leur vie et qui leur permettent de prendre de bonnes décisions par rapport au mode de vie, à l'apprentissage, aux relations et à l'autonomie. Les déterminants de la santé tel que l'accès aux services de santé, les habitudes de santé et les habiletés d'adaptation, les soutiens sociaux, le revenu, l'environnement physique ainsi que la capacité biologique et génétique influent de façon marquée sur la santé et le bien-être des adolescents. Avec le concours des jeunes et d'autres secteurs, le système de santé a l'occasion de veiller à ce que les adolescents et leurs familles aient accès aux renseignements, aux ressources et aux services nécessaires à promouvoir sainement leur développement physique, intellectuel, émotif et social.

Au moment de l'adolescence, les jeunes doivent affronter deux transitions importantes. À l'aube de l'adolescence, les soins et le soutien que fournissent la famille et l'école se transforment pour répondre aux nouvelles attentes visant à accroître la responsabilité et l'autonomie. Les adolescents disposent de seulement quelques années précédant l'âge adulte pour accomplir tout le travail visant à la gestion de leur propre santé et bien-être, à l'établissement des relations intimes ainsi qu'à leur participation à la population active et à l'activité sociale.

Les adolescents ont besoin de milieux encourageants. Les familles, les amis, les écoles, les voisinages, les réseaux de prestation de service, les médias, le réseau Internet ainsi que leur état socio-économique influent sur l'état de santé des adolescents, sur leurs comportements liés à la santé et sur leur façon d'utiliser les services de santé. Les jeunes, à l'adolescence, acceptent davantage de responsabilités et deviennent plus indépendants par rapport aux prises de décisions. L'étude de nouveaux comportements visant à comprendre les choix offerts et à s'identifier par rapport à la famille, aux pairs, à la communauté et aux activités futures constitue une des tâches importantes de l'adolescence. En établissant des relations stables avec les parents et les amis, les adolescents pourront mieux évaluer et préciser les mécanismes sociaux tels que la capacité de définir des objectifs et des attentes, faire des choix éclairés, développer une compétence sociale, résoudre des problèmes, régler des conflits et contribuer à l'activité sociale.

Les adolescents sont un élément important de notre société. Ils ont un surplus d'énergie positive, d'esprit et d'idées nouvelles qui mettent parfois au défi les normes traditionnelles de la société. Il est essentiel de reconnaître et de nourrir leurs forces, leur créativité, leurs intérêts, leurs capacités et leurs habiletés. Les adolescents recherchent et saisissent les occasions de contribuer à la qualité de vie dans leurs écoles, dans leurs voisinages et dans la société. La vision unique et la culture des jeunes ont été et seront toujours une source majeure d'évolution sociale positive.

Quoique la plupart des adolescents au Canada réussissent bien, certains adolescents risquent d'aboutir à des résultats moins qu'optimaux. Afin de leur permettre de « gagner contre toutes attentes », des interventions efficaces sont nécessaires auprès des jeunes qui grandissent dans des conditions défavorables telles que la pauvreté, l'appui parental insuffisant, et dans un environnement social qui favorise l'usage de l'alcool et des drogues, les relations sexuelles non protégées et la violence. Alors que les facteurs qui mettent les adolescents à risque augmentent, ils ont un effet multiplicateur négatif sur la santé et sur les résultats sociaux des jeunes, ce qui exige des stratégies d'ensemble afin de favoriser la résilience. Les jeunes qui sont vulnérables et à qui l'on fournit un environnement favorable et flexible peuvent mieux accéder aux ressources nécessaires au développement de leurs capacités et ainsi relever avec succès les défis que leur présente la vie.

Intention

Le présent document offre des renseignements approfondis sur des questions de santé précises à l'intention des adolescents. À l'aide d'un cadre de travail portant sur les facteurs déterminants de la santé, le présent document décrit l'état de santé actuel des adolescents et identifie les domaines pour lesquels certains adolescents ont un plus grand besoin de renseignements et de soutien. Le document tient compte de l'importance de la différence entre les sexes ainsi que des différences ethniques et culturelles par rapport au développement et aux comportements des adolescents. Il identifie les occasions selon lesquelles les secteurs de la santé peuvent agir en vue de promouvoir le développement sain des adolescents, en prenant appui sur les investissements antérieurs du secteur de la santé dans le développement des jeunes enfants.

L'apport du secteur de la santé

Le secteur de la santé doit veiller à ce que les adolescents d'aujourd'hui grandissent dans un environnement favorisant un développement physique, intellectuel, émotif, social et spirituel sains, ce qui leur permettra de devenir les parents, les fournisseurs de soins, les travailleurs et les citoyens compétents de demain. Le secteur de la santé a réussi à placer le développement des jeunes enfants sur la scène politique et sociale. Le secteur de la santé doit maintenant protéger et améliorer cet investissement initial en investissant aussi dans la période de l'adolescence.

Cinq orientations stratégiques ont été identifiées afin d'aider le secteur de la santé à mieux satisfaire aux besoins des adolescents et de leurs familles. En se concentrant sur ces cinq orientations, les gouvernements pourront prendre appui sur leurs investissements antérieurs dans le développement des enfants dès leur jeune âge et contribuer ainsi à une durée de vie qui évolue sainement.

1. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé dans des domaines clés

Afin de franchir les étapes importantes de leur développement, tous les jeunes doivent avoir accès à un éventail de services de santé confidentiels et adaptés à eux. Ces services doivent être accessibles tant dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux. Le présent document comporte quelques suggestions concrètes qui amélioreraient grandement la disponibilité et l'accessibilité des services offerts aux jeunes. Des programmes et des services précis peuvent être créés (par exemple, des programmes d'action directe à l'intention des adolescents vulnérables, des programmes de mentorat des pairs, des groupes de soutien à l'intention des parents), des programmes et des services élargis (par exemple, fournir des bénéfices précis qui ne sont pas assurés présentement dans notre système de santé) ou des programmes et des services révisés (par exemple, retirer les obstacles législatifs qui entravent l'accès aux services). Les services peuvent être offerts dans des endroits qui sont plus accessibles aux jeunes (par exemple, au moyen de programmes d'action directe, dans les écoles, dans les mails et par l'entremise du réseau Internet). En dernier lieu, l'amélioration des domaines clés de la santé identifiés dans le présent document (par exemple, la santé mentale, la promotion de la santé, le tabagisme et la consommation de drogues, la violence familiale, la santé en matière de sexualité, les blessures) peut aussi contribuer à la santé et au bien-être des adolescents.

Le défi stratégique : Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé offerts aux jeunes dans des domaines clés. Offrir ces services dans des endroits adaptés aux jeunes et favorisant la confidentialité.
Établir, élargir et/ou réviser des programmes et des services précis.

2. Offrir des milieux favorables aux jeunes

L'environnement social et physique, ainsi que le système d'éducation, sont des déterminants importants de la santé des adolescents. Les familles, les pairs, les écoles, les collectivités, les médias et les communications ainsi que les milieux naturels et artificiels influent sensiblement sur la santé des adolescents et sur leurs habitudes personnelles de santé. Ces milieux touchent des secteurs variés tels que l'éducation, les services sociaux, le logement et l'environnement. Afin de mieux soutenir les familles et les jeunes, le secteur de la santé peut mettre en œuvre certaines stratégies particulières qui sont identifiées dans le présent document.

Le défi stratégique : Le secteur de la santé doit améliorer les services et les soutiens offerts aux adolescents et aux familles afin de favoriser le développement sain à même la famille. De plus, il doit travailler de

plus près avec les autres secteurs afin d'élaborer des stratégies réciproques qui favorisent les environnements sains à l'intention des jeunes à domicile, à l'école et dans la collectivité.

3. Inciter les jeunes à participer

Le rapport sur les soins complets intitulé *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, identifie clairement l'importance de travailler directement auprès des adolescents afin d'améliorer leur santé. Les jeunes ont nettement exprimé leur désir d'influer sur les politiques et les services qui ont été élaborés en vue de soutenir la transition sécuritaire et réussie de la petite enfance à l'âge adulte. Les experts sur le développement des adolescents favorisent aussi la participation des jeunes et ont indiqué les bienfaits tant pour les jeunes que pour la société lorsque les jeunes saisissent des occasions de contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes ainsi qu'à la prestation de services. Les décideurs et les experts doivent consulter les jeunes afin de connaître leur réaction par rapport aux orientations indiquées dans le présent document.

Le défi stratégique : Le secteur de la santé doit établir des mécanismes selon lesquels les jeunes pourront activement participer à l'identification des questions de santé qui sont importantes pour eux. Ainsi, il doit établir des priorités et élaborer des stratégies qui sauront efficacement satisfaire aux besoins de santé des adolescents.

4. La collaboration intersectorielle

Plusieurs déterminants de la santé ne relèvent pas directement du mandat du système de santé. En outre, il importe que le secteur de la santé initie des discussions avec d'autres secteurs tels que l'éducation, les services sociaux, les secteurs économique, récréatif et juridique ainsi que le secteur du logement. Afin de mieux comprendre comment les politiques et les programmes de secteurs précis affectent les adolescents et afin d'aider les jeunes en s'assurant que les choix sains sont les plus faciles à faire, il est nécessaire de clarifier le rôle de la santé dans ces domaines et d'élaborer des stratégies complètes qui favorisent le développement sain des adolescents.

Le défi stratégique : Le secteur de la santé doit identifier des possibilités de travailler de plus près avec les autres secteurs et plus particulièrement les secteurs de l'éducation et des services sociaux. Il doit collaborer à élaborer des stratégies réciproques qui soutiennent le développement sain des adolescents.

5. Augmenter la base de connaissances sur la santé et le bien-être des adolescents

Afin de soutenir le développement sain des adolescents, il est essentiel d'obtenir des données d'actualité exactes sur tous les déterminants de la santé des adolescents. Les données existantes doivent être comparables, liées au niveau régional et disponibles au niveau national. La recherche, l'évaluation des programmes et la surveillance sont nécessaires pour accroître notre compréhension des conditions qui aident les jeunes à choisir des comportements sains plutôt que des comportements qui ont tendance à entraîner à long terme des conséquences négatives sur la santé. Il importe de connaître quels modèles sont les plus efficaces et quelles approches, dans des situations précises, entraînent les meilleurs résultats.

Le défi stratégique : Le secteur de la santé, avec le concours d'autres secteurs, doit entreprendre une recherche sur la santé des adolescents pour la collecte des données de tous les déterminants. Cette collecte améliorera les connaissances relatives aux interventions qui favorisent le développement sain des adolescents et fournira des renseignements pratiques aux décideurs, aux praticiens et aux particuliers.

2.0 Documentation relative au présent rapport

De nombreuses discussions ont lieu au Canada et partout au monde sur la façon de soutenir les adolescents afin qu'ils puissent effectuer la transition de la petite enfance à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte en effectuant des choix sains sur tous les aspects de leur vie.

Le présent document identifie des possibilités d'action en réponse à la demande exprimée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (F-P-T) et les sous-ministres de la santé. En effet, ces derniers demandaient que leur secteur contribue à la collaboration intersectorielle en ce qui a trait au développement des adolescents et que des recommandations soient formulées sur la façon dont le secteur de la santé peut soutenir et contribuer au développement sain des adolescents ainsi qu'au Programme d'action national pour les enfants^a.

Le présent document prend appui et soutient certains aspects des deux rapports du Comité consultatif F-P-T sur la santé de la population, *Création d'une stratégie nationale pour le développement sain des enfants (mars 1998)*¹ et *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé (septembre 1999)*². Il souligne l'importance critique d'une approche sur la santé de la population qui met l'accent sur les déterminants clés du développement sain des adolescents. Le travail s'appuie sur les données présentées dans le rapport *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*³. Sauf indication contraire, les données présentées dans le présent document proviennent de ce rapport.

Les secteurs de l'éducation, de la santé et des services sociaux représentent les principaux points d'accès pour les adolescents et leurs familles. Bon nombre d'occasions précieuses s'offrent au secteur de la santé pour prendre action à travers les disciplines de la santé et de concert avec d'autres secteurs et d'autres ressorts afin d'améliorer la santé et le bien-être des adolescents pour mieux satisfaire à leurs besoins et à ceux de leurs familles.

3.0 Contexte du présent rapport

L'investissement dans le développement des adolescents permet aux gouvernements de protéger leurs investissements antérieurs et de prendre appui sur eux dans le développement des jeunes enfants et aussi de contribuer à une stratégie globale qui soutient le développement sain tout au

a Le Programme d'action nationale pour les enfants a été élaboré par le Conseil des ministres F-P-T sur la refonte des politiques sociales et les Organismes autochtones nationaux. Le Québec est d'accord avec les objectifs du Programme d'action national pour les enfants. Cependant, le gouvernement du Québec a décidé de ne pas participer à son élaboration puisqu'il désire contrôler de façon absolue les programmes visant les familles et les enfants à l'intérieur de son territoire. De plus, le Québec n'a pas signé l'Entente-cadre sur l'union sociale. En conséquence, toute référence aux positions communes F-P-T dans le présent document n'inclut pas le Québec.

long de la vie. Bien que la santé des adolescents est un élément clé du tissu social et économique de la société, les besoins de développement des adolescents sont souvent absents des politiques publiques et se manifestent le plus souvent lorsque les adolescents adoptent des comportements inquiétants. Des coûts importants sont imputés aux particuliers, aux familles, aux collectivités et aux gouvernements lorsque les adolescents ne réussissent pas à franchir sainement les étapes de la jeune enfance à l'âge adulte.

Lors des différentes étapes du développement, de nouvelles possibilités peuvent influencer sur le développement futur et aider à surmonter les désavantages antérieurs. L'adolescence représente une de ces possibilités et ne devrait être ni perdue ni laissée au hasard.

3.1 L'approche axée sur la santé de la population

Une approche axée sur la santé de la population est essentielle pour aborder les déterminants clés du développement sain des enfants et des adolescents. *La santé de la population* reconnaît que plusieurs facteurs, en plus du système de santé lui-même, influent sur la santé de façon marquée. Ces facteurs, connus comme étant les *déterminants de la santé*, comprennent : le revenu et l'état social, les réseaux de soutien social, l'éducation, les conditions de vie et de travail, les milieux physiques, les capacités biologiques et génétiques, les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation, le développement sain des enfants, les services de santé, la différence entre les sexes et la culture. Un cadre de travail fondé sur les déterminants de la santé examine l'interaction de tous ces facteurs visant à influencer sur la santé des particuliers, des familles, des collectivités et de la société.

Un lien manifeste existe entre le niveau de revenu, l'éducation et l'état de santé. Les riches sont en meilleure santé que la classe moyenne qui, en retour, est en meilleure santé que les pauvres. En tant qu'adultes, les personnes plus instruites sont en meilleure santé que les personnes moins instruites, et les personnes qui ont un emploi sont en meilleure santé que les personnes en chômage. La différence entre les sexes influe fondamentalement sur la santé et interagit avec les autres déterminants. Les adolescentes sont susceptibles de commencer à fumer plus tôt que les adolescents⁴. Les adolescents sont plus prédisposés aux accidents⁵ et aux problèmes de comportement⁶ que les adolescentes. Une approche

« [Puisque] d'importantes inégalités dans le domaine de la santé... sont associées aux facteurs sociaux, économiques et culturels, un cadre de travail fondé sur les déterminants de la santé contribue à la réciprocité dynamique de plusieurs autres facteurs dont le simple bon sens nous en indique l'importance ».

Fraser Mustard, *Les déterminants de la santé*, Institut canadien des recherches avancées, 1991

axée sur la santé de la population permet d'améliorer l'interaction de ces déterminants, entraînant ainsi des résultats sains pour les particuliers, les familles, les communautés et la société.

3.2 La collaboration intersectorielle

Il y a eu un regain de l'importance des recherches axées sur les façons de lier les différents secteurs qui influent sur le développement des adolescents. « L'action intersectorielle permet d'unir les forces, les connaissances et les moyens nécessaires pour comprendre et solutionner des questions complexes pour lesquelles les solutions sont au-delà des capacités et de la responsabilité d'un seul secteur⁷ ». Les secteurs de la santé, de l'éducation, des services sociaux, les secteurs récréatifs, culturels, juridiques et les secteurs du logement ont plusieurs occasions de mettre en œuvre des stratégies réciproques afin de réaliser des objectifs communs. Parmi les avantages éventuels importants découlant de la collaboration, l'on reconnaît la « capacité améliorée d'attaquer et de régler des problèmes sociaux et des problèmes de santé complexes qui ont échappé aux secteurs individuels pendant des décennies; la mise en commun des ressources, des connaissances et de l'expertise permettant aux partenaires de traiter les problèmes de façon plus efficace; la réduction du dédoublement des efforts ainsi que des façons nouvelles de travailler en commun permettant aux partenaires de contribuer aux améliorations liées à la cohésion sociale, à l'accroissement des possibilités visant un développement humain durable et une société plus dynamique et vivante »⁷.

Les secteurs de l'éducation, des services sociaux et d'autres secteurs doivent participer aux initiatives visant à promouvoir la santé et le bien-être des adolescents. Puisque la plupart des jeunes consacrent une grande partie de leur temps dans le milieu scolaire, le secteur de l'éducation joue un rôle important dans le développement sain des adolescents et est un partenaire clé dans l'élaboration des stratégies à l'intention des jeunes et de leurs familles. Le secteur des services sociaux est un autre important partenaire, plus particulièrement dans son rôle de soutien aux adolescents qui vivent des difficultés familiales.

Chaque secteur est responsable d'initier des discussions et de faire preuve de leadership afin d'engager les autres secteurs dans un effort collectif visant à mieux satisfaire aux besoins des adolescents. Partout au pays, et dans chacun des secteurs, des activités ont été mises sur pied afin de restructurer les ministères du gouvernement, de modifier leur façon de travailler ensemble et/ou de réorienter les programmes et les services subventionnés par l'État. Le réaménagement des gouvernements crée de nouvelles occasions pour les secteurs de travailler en commun. Le secteur de la santé étant axé sur les déterminants de

la santé, il est bien positionné pour agir comme catalyseur en vue de l'identification des politiques, de la planification, de la prestation des services et de la recherche liés aux besoins de santé et de développement des adolescents.

3.3 La participation des jeunes

Plusieurs consultations auprès des jeunes ont confirmé leur désir d'influer sur les décisions qui sont prises pour eux et qui les concernent. Toutefois, il existe souvent des écarts importants entre ce que les particuliers, les familles, les communautés et les gouvernements identifient comme questions clés à l'intention des jeunes, et ce que les jeunes perçoivent comme étant important. Les gouvernements et les responsables de l'élaboration des politiques sont d'accord que, pour combler cet écart, les jeunes doivent participer à l'identification des problèmes et des solutions, et ils doivent aussi participer à l'élaboration des politiques et des programmes liés à leur santé et à leur bien-être.

Le point de vue des adolescents est important et ne doit pas être négligé. Trois éléments clés contribuent à développer la capacité des jeunes et à les aider à devenir des adultes en santé : apprécier et respecter les jeunes; soutenir les jeunes dans le perfectionnement de leurs connaissances et de leurs habiletés à prendre des décisions, et créer des avenir positifs pour les jeunes⁸. Les décideurs et les fournisseurs de services doivent essentiellement créer des occasions permettant aux jeunes de participer activement à l'élaboration des décisions et des politiques qui les touchent.

« Les jeunes méritent d'être aimés et respectés pour qui ils sont. En tant que pays humanitaire et productif, le Canada a investi dans son avenir, et les jeunes sont au centre de cet investissement. »

Comité consultatif F-P-T sur la santé de la population,
Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, 1999

4.0 Qui sont-ils?

Quoique la période de l'adolescence touche généralement les jeunes de 13 à 18 ans, l'âge chronologique de plusieurs « adolescents » les situe à l'extérieur de ces plages d'âge traditionnelles. Bien que ces jeunes soient âgés de seulement 10 ans ou de plus de 18 ans, ils se présentent et se comportent comme des adolescents.

L'adolescence est une étape de la vie caractérisée par de fortes poussées de croissance et de développement. L'aspect physique des adolescents change rapidement avec des augmentations de taille pouvant atteindre 25 p.100 et des augmentations de poids pouvant atteindre 100 p.100. En plus de leur développement physique et sexuel, les adolescents acceptent plus de

responsabilités relatives aux prises de décisions et deviennent plus indépendants. Les relations avec leurs parents et leurs amis prennent de nouvelles dimensions.

L'adolescence est une étape importante pour le développement de l'estime de soi. Les adolescents commencent à se définir par rapport à leur communauté, à leur culture et à leur capacité d'influer sur leur avenir. Ils développent des aptitudes sociales et civiques. Ils apprennent à communiquer leurs idées et à exprimer leurs sentiments de façon efficace. Ils perfectionnent leur capacité de régler des conflits. Ils tentent de faire des contributions significatives et de déterminer le fonctionnement de leur communauté et de leur école en mettant l'accent sur les questions sociales locales ou sur les plus grandes questions se rapportant aux aspects de la vie sociale qui auront un effet sur leur avenir. Ils ont une passion et une nouvelle sensation de pouvoir personnel qui doivent être exprimées.

Alors qu'ils s'adonnent aux études, qu'ils développent des habiletés académiques et des habitudes personnelles importantes dans le cadre de l'éducation continue et de la participation à la population active, les adolescents consacrent une grande partie de leur temps à l'école. Les adolescents tentent de trouver leur propre identité et analysent certaines questions telles que « Qui suis-je? », « Comment puis-je changer les choses avec lesquelles je ne suis pas d'accord? » et « Qu'est-ce que j'aimerais devenir? ». À la recherche de leur identité, les adolescents commencent à découvrir des comportements nouveaux. Ils développent des valeurs personnelles et la capacité de faire des choix sains en ce qui a trait à la sexualité, à la consommation d'alcool, du tabac et d'autres drogues, aux habitudes alimentaires, à l'activité physique, ainsi qu'aux relations avec les autres. Les parents, les enseignants, les médias/communications influent sur la façon dont les jeunes perçoivent les risques qu'ils ont à prendre et les modes de vie qu'ils doivent développer. La culture et la différence entre les sexes influent particulièrement sur la formation de leur identité. Un besoin profond d'appartenance caractérise aussi l'adolescence. Les normes des groupes de pairs, les croyances et les comportements influent de façon marquée sur les choix et le développement.

Si tous les adolescents sont vulnérables et doivent affronter un certain degré de risque, certains risquent cependant davantage d'être malades en raison de l'effet cumulatif des facteurs de risque multiples⁹. Quoique certains facteurs liés à l'environnement et aux antécédents des jeunes augmentent le risque de problèmes pour les adolescents (par exemple, la pauvreté, la violence familiale), d'autres facteurs protègent et soutiennent les jeunes afin qu'ils puissent surmonter ces problèmes (par exemple, les parents efficaces, les rapports positifs avec les pairs). Le secteur de la santé peut contribuer de façon significative à la santé et au bien-être des adolescents canadiens en améliorant les conditions qui stimulent le développement humain sain et qui favorisent la résilience, permettant ainsi à un plus grand nombre d'adolescents vulnérables de devenir des adultes prospères et en santé.

Voici, en bref, les faits qui caractérisent les adolescents canadiens d'aujourd'hui :

4.1 La population

- % En 1998, 4 069 981 jeunes étaient âgés de 10 à 19 ans et représentaient 13,4 p. 100 de la population. De ce nombre, 51 p. 100 (2 088 886) étaient des garçons et 49 p. 100 (1 981 095) étaient des filles¹⁰.
- % En 1996, 157 340 jeunes Autochtones étaient âgés de 10 à 19 ans, ce qui représentait 19,6 p. 100 de la population autochtone globale (y compris les personnes qui s'identifient volontairement comme des Indiens d'Amérique du Nord, des Métis, des Inuits ou d'autres)¹¹.
- % Selon le recensement de 1996, environ 13 p. 100 des jeunes âgés de 10 à 19 ans faisaient partie d'une minorité visible¹¹.

4.2 La structure familiale

- % En 1996, la plupart des jeunes de 10 à 19 ans vivaient avec deux parents, qui étaient soit mariés, soit en union libre. Environ 77 p. 100 vivaient avec deux parents alors que 17 p. 100 vivaient dans des familles monoparentales¹¹.
- % Environ 30 p. 100 des enfants autochtones de 15 ans ou moins vivent dans une famille monoparentale¹².

4.3 L'endroit où ils vivent

- % En 1996, la plupart des jeunes (environ 75 p. 100) âgés de 10 à 19 ans vivaient dans des régions urbaines. Bien que 97 p. 100 des jeunes faisant partie de minorités visibles vivaient dans des centres urbains, seulement 47 p. 100 des jeunes Autochtones vivaient dans des régions urbaines¹¹.
- % Dans la plupart des villes, les jeunes sans abri représentent environ 10 à 30 p. 100 de la population des sans-abri et le nombre de jeunes sans abri semble à la hausse¹³.
- % En 1996, plus d'un enfant autochtone sur 10 vivait ailleurs qu'avec ses parents ce qui représente un taux d'environ sept fois plus que les enfants non autochtones¹².
- % En 1997, 19,6 p. 100 des enfants de moins de 18 ans vivaient dans la pauvreté¹⁴.

- % Les jeunes Autochtones sont 1,9 fois plus susceptibles de vivre dans une famille à faible revenu que tout autre jeune Canadien et Canadienne¹².
- % En 1997, le taux de pauvreté chez les jeunes filles âgées de 18 à 24 ans était de 26,6 p. 100; chez les garçons, le taux était de 20,2 p. 100¹⁴.

4.4 La langue

- % En 1996, 8,1 p. 100 des jeunes âgés de 15 à 24 ans vivaient dans des familles qui ne parlaient aucune des deux langues officielles à la maison¹⁵.

4.5 Les jeunes ayant une déficience

- % En 1991, la plus récente année où l'on a procédé à la collecte de données nationales, quelque 166 400 jeunes âgés entre 10 et 14 ans ont déclaré avoir une déficience. De ce nombre, 100 700 étaient des garçons (10,6 p. 100) et 65 700 étaient des filles (7,3 p. 100)¹⁶.

5.0 Comment se portent-ils?

Il est essentiel de comprendre la situation courante et de découvrir les changements qui ont eu lieu au fil du temps, en vue de considérer des stratégies visant à améliorer la santé éventuelle des adolescents. La section suivante identifie d'importants domaines de la santé et du bien-être chez les adolescents au moyen d'une approche axée sur les déterminants de la santé.

5.1 Le développement sain des enfants

- % En 1994-1995, la majorité des enfants et des jeunes au Canada jouissaient d'une bonne santé physique, émotive et sociale¹⁷.
- % Lors des trois premières années de la vie, 90 p. 100 du développement cognitif est atteint alors que, pendant ces mêmes années, la croissance physique n'atteint que 15 à 20 p. 100¹⁸.
- % En 1996-1997, 15 p. 100 des enfants arrivaient à l'école avec de faibles résultats cognitifs et 14 p. 100 marquaient des résultats élevés sur les évaluations indiquant un problème de comportement éventuel³.

5.2 Les services de santé

- % Même si les professionnels de la santé ont auparavant joué un rôle important et valable dans le milieu scolaire, la prestation directe des services de santé dans les écoles a beaucoup diminué¹⁹.
- % Les adolescents sont moins susceptibles de demander de l'aide auprès d'un professionnel (par exemple un professionnel de la santé, un enseignant ou un membre du personnel de l'école) pour résoudre certains problèmes (par exemple, lorsqu'ils sont déprimés, lorsqu'ils ont des problèmes de drogue ou d'alcool ou des problèmes avec des amis ou avec la famille)²⁰.
- % Au Canada, seulement un enfant sur six qui souffre de santé mentale bénéficie des services de santé mentale²¹.

5.3 Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation

- % Malgré la faible augmentation du taux de consommation du tabac chez les adolescents entre 1994 et 1997, les filles âgées de 12 à 17 ans continuaient de fumer à des taux beaucoup plus élevés que les garçons du même âge pendant cette même période.
- % Les adolescents n'utilisent pas des condoms régulièrement, et plusieurs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles spontanées après avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues.
- % La polytoxicomanie a réapparu chez les adolescents pendant les années 1990.
- % Le taux de grossesse chez les adolescentes a augmenté de 41 pour 1 000 en 1987 et de 47 pour 1000 en 1995.
- % Depuis le début des années 1990, le taux de suicide chez les jeunes de 10 à 14 ans a augmenté de façon marquée²².

5.4 L'environnement social

- % En 1996-1997, les adolescents et les jeunes adultes représentaient le groupe d'âge le plus apte à déclarer avoir reçu un niveau de soutien élevé.
- % Le taux de bénévolat des adolescents auprès des organismes charitables a augmenté considérablement, passant de 18 p. 100 en 1987 à 33 p. 100 en 1997.

- % Même si l'adolescence se caractérise par une indépendance grandissante par rapport aux parents, la proportion de jeunes adultes de 20 à 24 ans qui demeurent toujours avec leurs parents a augmenté de 43 p. 100 en 1981 à 57 p. 100 en 1996²³.

5.5 L'éducation

- % Les adolescents qui ont des liens solides avec l'école sont moins susceptibles d'adopter des comportements qui mettent davantage leur santé à risque²⁰.
- % Même si la plupart des étudiants déclarent être en sécurité à l'école, une faible augmentation du taux de comportement intimidant a été enregistrée entre 1994 et 1998²⁴.
- % Quoiqu'il n'y ait actuellement aucune donnée conjoncturelle nationale, l'absentéisme scolaire augmente à chaque niveau de scolarité. En 1998, 20 p. 100 des filles et 22 p. 100 des garçons en 10^e année se sont absentés pendant au moins trois jours au courant d'un trimestre²⁴.

5.6 Le revenu

- % En 1997, les jeunes âgés de 15 à 24 ans affichaient le plus haut taux de chômage²⁵.
- % En 1996, les enfants de moins de 18 ans étaient les plus aptes (21 p. 100) à être classés dans la catégorie à faible revenu²⁵.

5.7 L'environnement physique

- % Entre 1990 et 1998, les étudiants de la sixième à la dixième année ont diminué leur consommation d'aliments nutritifs et ont augmenté leur consommation d'aliments moins nutritifs²⁴.
- % En 1995, environ 1,4 million d'enfants au Canada ont été exposés à la fumée de tabac (secondaire indirecte) et ambiante dans leurs maisons.

5.8 Les capacités biologiques et génétiques

- % Environ 37 p. 100 des adolescents et 33 p. 100 des adolescentes entre 12 et 14 ans ont déclaré souffrir d'affections chroniques (par exemple, l'asthme et le trouble déficitaire de l'attention)²⁶.

6.0 Comment connaître leur état?

Selon toute vraisemblance, après l'adolescence, les personnes doivent assumer les responsabilités qu'entraîne la vie d'adulte. Selon la tradition, le fait de se joindre à la population active marque l'arrivée d'une jeune personne à l'âge adulte. Aujourd'hui, les jeunes qui progressent à l'âge adulte le font dans un environnement bien différent de celui de leurs parents puisque l'accès à des emplois à temps plein, valables et bien rémunérés a beaucoup diminué. En conséquence, plusieurs jeunes Canadiens vivent plus longtemps avec leurs parents, se marient plus tard et attendent plus longtemps avant de devenir parents.

La progression à l'âge adulte est une période complexe et incertaine pour les adolescents. En raison de conditions défavorables, certains adolescents nécessiteront un soutien supplémentaire afin de développer les compétences sociales, émotionnelles et comportementales attendues des jeunes adultes. Les adolescents qui sont bien préparés à l'âge adulte ont les connaissances et les habiletés nécessaires à²⁷ :

6.1 Gérer leur santé et leur mieux-être personnels

Chacun prend des décisions qui sont significatives de leurs résultats de santé pour la vie. Les jeunes qui sont prêts à faire des choix sains en ce qui a trait à la nutrition, à l'exercice, à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ainsi qu'à la sexualité jouiront d'une plus grande santé physique et mentale. Les jeunes qui ont développé des habiletés d'adaptation pourront s'adapter aux défis de la vie de façon positive.

6.2 Développer des relations intimes et la vie familiale

Des relations positives avec leurs pairs, les membres de leur famille et d'autres adultes préparent les jeunes à l'intimité et à la vie familiale. Les jeunes qui ont une estime de soi positive, de bonnes habiletés à prendre des décisions, de l'autonomie et un sentiment d'engagement émotionnel sont plus aptes à jouir de bonnes relations intimes.

6.3 Participer à la population active

Les jeunes qui ont réalisé leur potentiel éducatif et acquis les habiletés, l'expérience et les habitudes de travail nécessaires peuvent participer plus efficacement à la population active. En raison du dynamisme économique, les jeunes doivent être prêts à s'engager à un apprentissage à long terme, à développer des compétences en gestion d'entreprise et à s'adapter de façon continue aux possibilités et aux attentes de la population active.

6.4 Participer à la vie communautaire

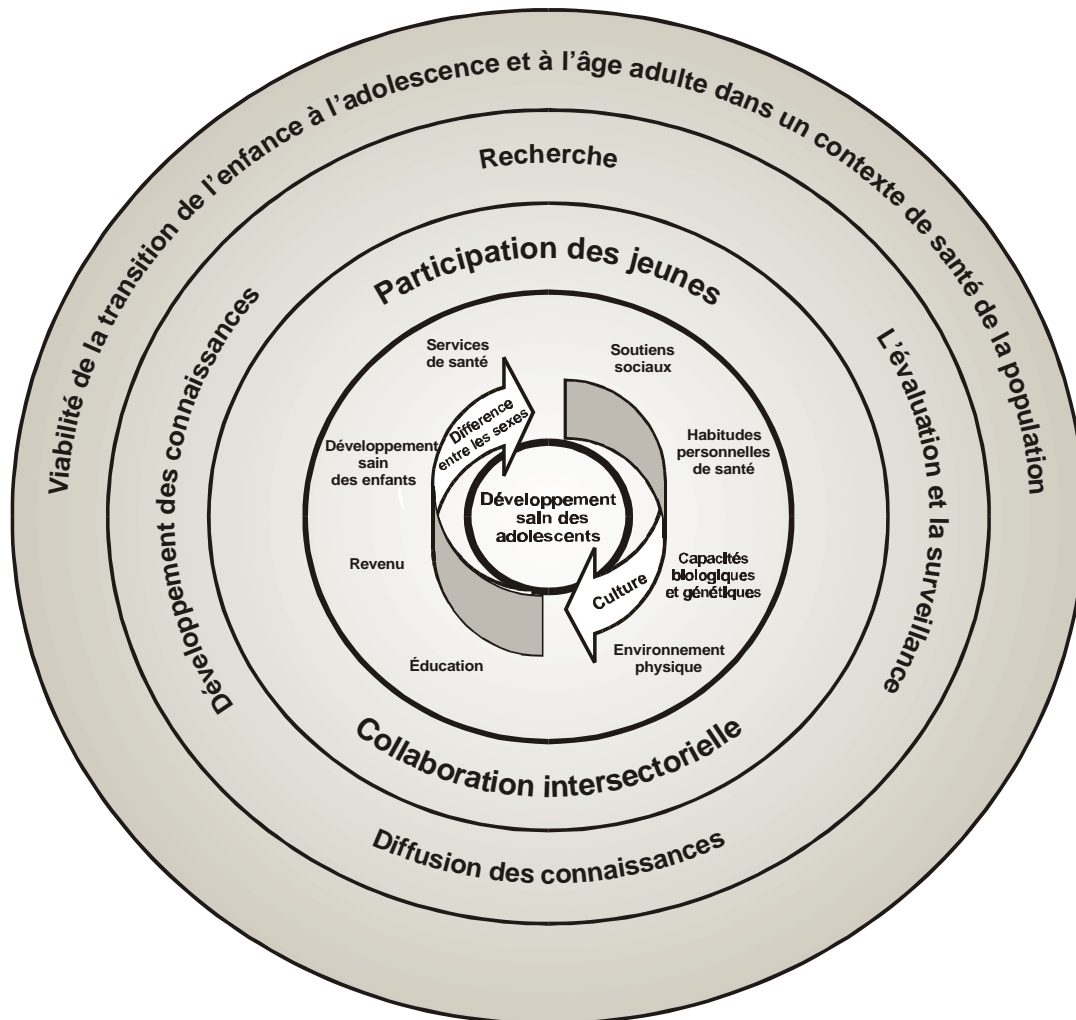
La participation aux réseaux sociaux sert de mesure de protection contre les problèmes de santé et crée un sentiment de bien-être. Les jeunes qui participent à des activités de leadership et à des services communautaires auront l'occasion de développer les compétences et les attitudes nécessaires pour contribuer efficacement à leur communauté. Une telle participation peut engendrer la santé des personnes et des communautés.

7.0 Les facteurs qui influent sur le développement des adolescents et sur les résultats relatifs à la santé

Certains déterminants de la santé influent plus particulièrement sur le développement des adolescents en santé, y compris le système de santé; les réseaux de soutien sociaux (les familles, les pairs, la communauté); le système d'éducation, les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation; l'environnement socio-économique; l'environnement physique et la capacité biologique et génétique. D'autres facteurs, tels que la culture et la différence entre les sexes, sont de puissants déterminants qui agissent dans tous les milieux.

Le cadre de travail suivant met en lumière l'interaction dynamique des déterminants qui influent sur la santé. Afin que les adolescents présentent de bons résultats de santé, la collaboration entre les secteurs et la participation des jeunes dans les décisions qui touchent leur santé et leur bien-être doivent être mis en œuvre. Les mécanismes fournissant une base d'expérience solide qui permet de mieux comprendre et d'agir par rapport à l'interaction de ces déterminants sont aussi un élément essentiel qui appuie la viabilité de la santé tout au long de la vie.

Cadre de travail relatif au développement sain des adolescents



7.1 Le développement sain des enfants

L'importance du développement des enfants et des jeunes en santé par rapport à une bonne santé future est bien documentée. Plus particulièrement, les expériences prénatales et les expériences de première enfance ont de puissants effets sur la santé à long terme. Les bons soins, la bonne alimentation et la bonne santé dès les premières années créent le fondement nécessaire à un développement cognitif positif.

Le développement sain des enfants influence grandement les autres déterminants de la santé qui à leur tour influent sur le développement. Les enfants qui vivent dans des familles à faible revenu, dans des logements médiocres ou qui sont exposés au tabac et/ou à l'alcool *in utero* sont plus à risque de développer une piètre santé. Les enfants sont plus susceptibles d'atteindre des résultats de santé positifs à l'âge adulte s'ils sont exposés à de bons soins dès leur jeune âge (par exemple, les parents qui lisent avec leurs enfants), s'ils ont établi des liens sûrs et s'ils sont disposés à apprendre au moment où ils entrent à l'école²⁸.

7.1.1 Le développement des jeunes enfants

La période de développement jusqu'à l'âge de six ans est fondamentale à la santé et au développement futur. Le développement cognitif s'effectue rapidement et de façon intensive dans les trois premières années de la vie. Le développement cognitif atteint 90 p. 100 dans les trois premières années de la vie, tandis que le développement physique atteint seulement 15 à 20 p. 100 pendant ces mêmes années¹⁸. Des billions de synapses se développent en réponse aux stimuli que l'environnement transmet au cerveau du bébé. Ainsi, l'équilibre des entrées au cerveau est essentiel pendant la jeune enfance²⁹.

Si les expériences négatives pendant les premières années ont des effets à long terme qui seront difficiles à surmonter plus tard, une bonne alimentation et des bons soins entraînent par contre un développement précoce optimal au niveau cognitif et physique, ainsi qu'un meilleur développement futur en ce qui a trait à l'apprentissage et au comportement. Il existe de plus en plus de preuves que les enfants et leurs familles bénéficient de programmes de qualité sur le développement des jeunes enfants et qui incluent la participation des parents²⁸.

En septembre 1999, les ministres de la santé F-P-T ont publié un document de travail intitulé *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé*². Le document offre une récapitulation des connaissances concernant le développement des jeunes enfants, étudie les contributions du secteur de la santé relatives à la santé générale des enfants du Canada et identifie les domaines dans lesquels le secteur de la santé peut emboîter le pas ou peut contribuer de façon marquée au développement sain des jeunes enfants. La description d'un système intégré de services et de soutiens offerts aux jeunes enfants et aux parents en milieu communautaire est un des éléments de discussion importants. D'autres domaines qui méritent un investissement comprennent l'accès à des soins de santé et à des services de santé publics de

qualité, l'éducation des parents, le développement et le soutien des habiletés, la prévention des blessures et l'hygiène du milieu, ainsi que la recherche, l'évaluation et la surveillance.

Afin de veiller à ce que les enfants soient prêts à effectuer la transition à l'adolescence, il est essentiel que les jeunes enfants et leurs familles puissent profiter des soutiens et des services nécessaires au fondement de la santé pour toute la vie.

Occasions d'action :

- < Continuer à participer activement au Programme d'action national pour les enfants.
- < Renforcer les approches intergouvernementales et intersectorielles relatives au développement des jeunes enfants comme il a été recommandé dans le document intitulé *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé*.

7.2 Les services de santé

Les services de santé contribuent de façon importante à la santé de la population, plus particulièrement les services qui maintiennent et encouragent la santé et qui préviennent la maladie et les blessures. Les services qui renseignent les adolescents sur les risques liés à la santé (par exemple, les grossesses chez les adolescentes, les infections transmissibles sexuellement [ITS], la consommation du tabac) et sur les choix sains (par exemple, le port des ceintures de sécurité et des casques de vélo) et les services qui encouragent les jeunes à adopter des habitudes de vie saines (par exemple, l'alimentation, l'exercice) contribuent de façon vitale à la santé des adolescents et à une santé continue pendant la vie entière.

Un système de soins de santé universel solide est essentiel à l'obtention de bons résultats en matière de santé. Des actions sont nécessaires dans trois domaines prioritaires afin d'améliorer les expériences que vivent les adolescents lorsqu'ils accèdent aux soins de santé et aux services de santé publique. Ces actions incluent l'accessibilité et la disponibilité des services, la confidentialité ainsi que des services conviviaux, axés sur les jeunes.

7.2.1 L'accessibilité et la disponibilité des services

Les adolescents éprouvent parfois des difficultés à accéder aux services dont ils ont besoin. À titre d'exemple, le taux de certaines maladies mentales est élevé

chez les adolescents (par exemple, la dépression, l'anxiété, les troubles alimentaires); cependant, le nombre d'adolescents traités et le nombre de services offerts est souvent très faible. Les jeunes avouent que le faible taux d'utilisation des services de santé mentale est attribuable au harcèlement, à la peur, à la stigmatisation et aux pressions par les pairs. Certains adolescents ne sont pas acceptés à un programme parce qu'ils sont considérés trop jeunes et/ou ne satisfont pas aux critères d'admissibilité d'un programme en particulier (par exemple, les programmes de patients hospitalisés pour le traitement en matière d'alcoolisme ou de toxicomanie). Les obstacles linguistiques et culturels sont aussi attribuable aux difficultés d'admissibilité de certains adolescents. Plusieurs services n'existent tout simplement pas pour les adolescents qui demeurent dans des communautés rurales, éloignées ou dans les réserves.

Occasions d'action :

- < Développer, en partenariat avec les jeunes et d'autres secteurs, des modèles de soins de santé alternatifs axés sur les besoins des adolescents (par exemple, des services axés sur les jeunes qui sont offerts par l'entremise de cliniques pour adolescents, de services d'extension, de services à l'école, de services dans les mails) afin d'éliminer les obstacles qui empêchent l'accès aux services.
- < Accroître l'accès et la disponibilité des services aux adolescents dans les régions rurales et éloignées, ainsi que dans les collectivités autochtones, tant dans les réserves qu'ailleurs.
- < Examiner les façons d'accroître l'accès aux services non assurés (les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires, les contraceptifs, les soins optiques).

7.2.2 La confidentialité

Les jeunes sont très préoccupés par la confidentialité. Pendant l'adolescence, les jeunes assument davantage d'indépendance. Ce processus comprend en partie une plus grande indépendance en ce qui touche les décisions liées à leur santé, y compris quand, où et comment ils accèderont aux renseignements, aux programmes et aux services de santé. Lorsque les jeunes communiquent avec le système de soins de santé, la confidentialité n'est pas toujours assurée. Les règlements provinciaux et territoriaux, les lois et les directives cliniques peuvent entraîner le refus d'un service à certains adolescents, sauf s'ils ont la permission explicite d'un parent ou d'un tuteur.

Occasions d'action :

- < Améliorer la confidentialité des jeunes à l'intérieur du système de soins de santé en utilisant de nouvelles technologies qui favorisent l'auto-accès (par exemple, l'accès aux renseignements et aux services de santé dans des endroits non traditionnels comme les mails, le réseau Internet, télé-santé, les centres récréatifs, les haltes-accueils, les écoles).
- < Retirer les obstacles législatifs, réglementaires et les obstacles cliniques qui limitent l'accès aux services et aux soutiens de santé en raison de l'âge et/ou de questions de consentement.

7.2.3 Des services conviviaux axés sur les jeunes

Lorsqu'on a demandé aux adolescents d'identifier les personnes à qui ils se confieraient au sujet de problèmes comme la dépression et la consommation de drogues ou d'alcool, ils ont placé les professionnels (par exemple, les professionnels de la santé ou les enseignants et/ou les membres du personnel de l'école) au dernier rang suivant les pairs et les parents. Toutefois, lorsque les adolescents ont des besoins de contraception, les professionnels sont en tête de liste²⁰. Quoique les raisons qui motivent les adolescents à rechercher de l'aide soient complexes, leur réticence à approcher les professionnels de la santé est peut-être liée à l'inaccessibilité des professionnels (par exemple, en dehors des heures régulières d'enseignement) ou parce que plusieurs professionnels de la santé sont mal à l'aise de travailler avec des adolescents et/ou n'ont pas la formation requise en ce qui touche le développement des adolescents. Un système de santé qui est sensible aux jeunes et qui répond bien à leurs besoins en matière de santé (par exemple la sexualité, la santé génésique, la santé mentale) est primordial.

Le fait que beaucoup plus de jeunes vivent dans leurs familles et vont à l'école dans leur communauté est attribuable aux progrès des traitements médicaux, de la technologie et des services de soutien. La promotion du développement sain de ces adolescents et le soutien de ces jeunes alors qu'ils assument la responsabilité de leur santé représentent des défis uniques.

Il est important de mettre en œuvre des approches culturelles pertinentes afin de résoudre les questions de santé que doivent affronter les adolescents. Par exemple, l'infrastructure traditionnelle qui aurait soutenu les jeunes Autochtones a été détruite. Les rôles des familles élargies et les traditions de conseils provenant des femmes et des hommes plus âgés de la communauté ont aussi été grandement

réduits. Des services culturels appropriés doivent être élaborés en coordination avec ces groupes afin de s'assurer que les services sont adaptés aux jeunes.

Très peu de services de santé et de services sociaux ont été mis sur pied à l'intention des jeunes marginaux. La prestation des services aux jeunes marginaux est particulièrement importante puisque ces jeunes sont souvent sujets à des risques de santé élevés et à des résultats de santé négatifs à long terme. Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin de réduire les difficultés éventuelles que devra subir cette population tout au long de la vie.

Les services doivent être compatibles afin de permettre aux adolescents d'accéder aux renseignements, aux soutiens et aux services qui sont appropriés à leur stade de développement et à leur façon d'apprendre. Cela s'applique particulièrement aux jeunes immigrants et aux jeunes réfugiés qui s'adaptent à un nouveau pays et à une nouvelle culture tout en s'attaquant aux tâches qu'entraîne le développement de l'adolescence.

Occasions d'action :

- < Inciter les jeunes, surtout les jeunes marginaux, à participer à la détermination des questions de santé qui s'appliquent à eux afin de s'assurer que les services sont accessibles et appropriés.
- < Élaborer et mettre en œuvre des politiques de santé complètes à l'intention des adolescents, incluant les perspectives ethnoculturelles et la différence entre les sexes.
- < Appuyer la création de comités interinstitutionnels et multisectoriels dans les communautés afin de se concentrer essentiellement sur les défis que présentent la santé et les comportements chez les adolescents, tout en concentrant plus particulièrement les efforts sur le changement d'attitudes par rapport aux groupes stigmatisés (par exemple, les groupes qui sont victimes de racisme, les personnes handicapées, les victimes de violence, les jeunes homosexuels, bisexuels et les lesbiennes) afin de rejoindre les jeunes qui présentent un risque élevé et de s'assurer de la confidentialité.
- < Intégrer aux plans de cours la santé et le développement des adolescents comme un élément distinct à l'intention des professionnels de la santé qui sont en formation et en formation continue.

7.3 Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation

Une gamme étendue d'habitudes personnelles de santé influe sur la santé de chacun. Au moment de l'adolescence, les jeunes commencent à prendre des décisions importantes liées à leurs valeurs personnelles, à leur mode de vie, à la consommation d'alcool et d'autres drogues, à la sexualité et à d'autres comportements. La promotion de la santé et les stratégies de prévention dans ces domaines sont nécessaires afin de s'assurer que les adolescents prennent des décisions éclairées concernant leur santé, qu'ils réduisent les préjudices et qu'ils évitent les problèmes coûteux. Par contre, lorsque les adolescents éprouvent des difficultés, les services doivent être en place pour répondre à leurs besoins particuliers en temps utile.

Les adolescents utilisent différentes stratégies en vue de comprendre et de surmonter les défis auxquels ils font face. Il est normal que les jeunes mettent plusieurs comportements à l'essai. Ainsi, ils ont besoin de renseignements précis afin d'apprendre les habiletés nécessaires qui leur permettront de développer leur identité personnelle et de satisfaire aux exigences et aux défis de tous les jours. Les jeunes sont plus aptes à prendre des risques intelligents et à agir de façon à améliorer leur santé et leur bien-être lorsque les parents, les pairs, les écoles et les communautés collaborent pour s'assurer que les choix sains sont les plus faciles à faire. Ils doivent aussi obtenir les renseignements pertinents relatifs à leur propre développement afin de reconnaître tant un comportement classique qu'un comportement qui dépasse les normes. En dernier lieu, des ressources et des services doivent être à leur disposition et ils doivent y avoir accès. L'éducation et le soutien des adolescents leur permettent de mettre à l'essai de nouveaux comportements de façon saine et appropriée.

Occasions d'action :

- < Mettre en application, en collaboration avec d'autres secteurs, des stratégies qui rendent les choix sains ceux qui sont les plus faciles à faire.
- < Inciter les jeunes à participer aux campagnes d'information et aux programmes de prévention.
- < Élaborer et mettre en oeuvre avec d'autres secteurs, des stratégies qui visent à réduire les préjudices et qui répondent aux comportements à risque chez les jeunes.

7.3.1 La consommation d'alcool, de tabac et de drogues

Au-delà de 90 p. 100 des adolescents ont déjà consommé de l'alcool avant d'atteindre la dixième année de scolarité²⁴. En 1998, 43 p. 100 des adolescents et 42 p. 100 des adolescentes ont déclaré avoir été « très ivres » à plus de deux occasions. La consommation excessive d'alcool qui commence tôt dans la vie a été associée à des problèmes de santé tels que l'hépatite aiguë et la cirrhose, les blessures de la route et la mortalité. En 1996-1997, les adolescents de 18 et 19 ans étaient les plus susceptibles de conduire après avoir consommé trop d'alcool²⁵. Les accidents d'automobile sont la principale cause de décès chez les adolescents au Canada.

Le taux de consommation de tabac a augmenté considérablement chez les adolescents, plus particulièrement chez les filles, dans les 10 dernières années. Les adolescentes sont maintenant plus susceptibles de fumer que les adolescents. Plusieurs jeunes filles avouent fumer pour alléger le stress⁴. Le taux de consommation de tabac est plus élevé chez les adolescents à faible revenu que chez les adolescents à tranche de revenu supérieur³⁰. Dans certaines communautés, la consommation du tabac commence beaucoup plus tôt chez les enfants autochtones³¹.

L'usage de drogues multiples chez les adolescents a réapparu pendant les années 1990. Le taux d'essai de drogues illicites telles que les hallucinogènes, les stimulants, les barbituriques, le cannabis et l'Ecstasy est plus élevé chez les jeunes et la consommation de cannabis augmente de façon marquée³². Certains jeunes continuent d'inhaler l'essence, la colle et d'autres produits. D'autres adolescents font des essais avec des médicaments sans ordonnance ainsi que des médicaments sur ordonnance.

La consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues (par exemple, les solvants, le cannabis) à un très jeune âge chez les populations autochtones ainsi que l'admission des enfants et des jeunes Autochtones dans les centres de traitement à un très jeune âge est une grande préoccupation. Les jeunes à faible revenu et les sans-abri présentent le taux le plus élevé de consommation de drogues³³.

Occasions d'action :

- < Élaborer des programmes d'ensemble novateurs aux fins de dépistage, d'évaluation du risque et de traitement.

- < Accroître l'application de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme, visant plus particulièrement à améliorer l'accès aux programmes et à mettre en application les programmes de prévention et de cessation de l'usage du tabac.
- < Élaborer des services et améliorer l'accès aux programmes pour toxicomanes qui sont appropriés aux âges et sensibles aux différentes cultures (par exemple, les communautés rurales, les adolescents plus jeunes, les jeunes à faible revenu, les sans-abri, les jeunes Autochtones).
- < Examiner l'efficacité des règlements existants par rapport à la publicité et à la vente du tabac et de l'alcool aux mineurs.

7.3.2 L'alimentation

La consommation d'aliments nutritifs et de repas équilibrés peut grandement améliorer les résultats de santé chez les jeunes. Bien qu'en 1998 plus de 75 p. 100 des jeunes en sixième année ont déclaré avoir consommé quotidiennement des fruits et des légumes, ce pourcentage a diminué à 70 p. 100 lorsqu'ils ont atteint la dixième année²⁴. La même étude a démontré qu'entre 1990 et 1998 il y a eu une légère diminution dans la consommation d'aliments nutritifs et une augmentation dans la consommation d'aliments moins nutritifs (par exemple, les frites, les hamburgers, les hot dogs, les croustilles, le lait riche en matière grasse) de la sixième à la dixième année. Certains groupes de population ont de la difficulté à obtenir suffisamment de nourriture saine. Les ménages à faible revenu sont les plus susceptibles à avouer qu'ils n'ont plus de nourriture, à faire appel à une banque d'alimentation et à ne pas toujours avoir assez de nourriture. Les pénuries de vivres comportent un réel problème pour certaines collectivités autochtones et inuits. En 1998, au-delà de 250 000 enfants et jeunes de moins de 18 ans faisaient appel aux banques d'alimentation.

Occasions d'action :

- < Travailler de concert avec le secteur de l'éducation afin d'améliorer les plans de cours liés à la nutrition et à la vie active.
- < Travailler de concert avec les autres secteurs afin d'améliorer la sécurité alimentaire pour les jeunes qui vivent dans des ménages à faible revenu.

7.3.3 La santé mentale et les habiletés d'adaptation

La période de l'adolescence occasionne plusieurs changements et plusieurs défis qui ont une incidence sur le développement mental, émotif et spirituel des jeunes. Les changements, tant internes (qui font partie du processus de développement comme tel) qu'externes (sociaux, économiques et culturels), s'unissent pour créer des tensions inutiles chez les jeunes. Les récentes recherches présentent une image troublante du bien-être psychosocial des jeunes Canadiens. La proportion de jeunes qui se sentaient « très heureux » dans leur vie a diminué de façon marquée à compter de la sixième année (52 p. 100) à la dixième année (30 p. 100). Lorsqu'ils ont atteint la dixième année, plus d'un tiers des filles et un cinquième des garçons ont indiqué se sentir déprimés au moins une fois par semaine²⁴.

En 1994, la recherche démontrait que 25 p. 100 des jeunes de 15 à 24 ans répondaient aux critères correspondant à un problème de santé mentale³⁴. Les données démontrent aussi que la période de l'adolescence est critique par rapport à la manifestation des troubles de santé mentale. Les jeunes Canadiens sont plus susceptibles de démontrer des niveaux élevés de stress, de détresse et d'afficher des signes de dépression²². Près de 22 p. 100 de la population canadienne âgée de 12 ans ou plus est soit déprimée, soit en détresse ou les deux²². Quoique les taux qui correspondent aux jeunes en particulier ne sont pas disponibles, les services de santé mentale touchent seulement un sur six enfants Canadiens ayant des problèmes de santé mentale²¹.

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes Canadiens de 10 à 24 ans. Le taux élevé de suicides et de tentatives de suicide chez les jeunes Canadiens démontre clairement qu'il y a beaucoup à faire pour améliorer l'esprit d'initiative personnelle et créer des milieux favorables pour les jeunes. Les niveaux élevés et non proportionnels de suicide chez les jeunes Autochtones reflètent un besoin d'interventions multiples et culturelles appropriées.

Les jeunes pratiquent des stratégies d'adaptation qui sont axées sur les problèmes (par exemple, la recherche de soutien, la résolution de problèmes) et sur les émotions (par exemple, la fuite et l'évitement, l'acceptation des responsabilités). Les stratégies que les jeunes utilisent influencent le soutien qu'ils reçoivent et ralentissent l'effet des tensions sur leur santé et sur leurs comportements liés à la santé. Des études à long terme sur la résilience ont démontré que, malgré les défis et les vulnérabilités propres aux jeunes, ils ont les ressources et les capacités nécessaires pour surmonter ces défis pourvu qu'un milieu favorable et flexible leur ait été fourni³⁵. Les facteurs et les processus de protection qui favorisent la résilience chez les enfants servent toujours à soutenir les adolescents de façon

efficace. Ces données sont importantes par rapport aux interventions auprès des jeunes puisqu'elles suggèrent fortement que les approches qui favorisent la résilience ne devraient pas être intermittentes, mais doivent plutôt être disponibles à chacune des étapes du développement.

Occasions d'action :

- < Élaborer un modèle de mise en œuvre et une infrastructure applicables à un service de santé mentale qui est multidisciplinaire et qui peut favoriser la promotion de la santé mentale ainsi que les processus d'identification précoce, d'évaluation et de traitement à l'intention des adolescents.
- < Accroître l'accès aux services de santé mentale axés sur les jeunes (par exemple, l'intervention d'urgence, le counseling, les programmes de soutien par les pairs).
- < Accroître l'accès aux programmes de santé mentale favorables qui soutiennent et qui renseignent les jeunes dans des domaines tels que l'auto-assistance, l'auto-responsabilité, les habiletés d'adaptation, l'estime de soi, comment favoriser, entretenir et améliorer la santé mentale, et qui leur apprennent quand et comment demander de l'aide concernant des problèmes comme la dépression et l'anxiété.
- < Élaborer des initiatives de mentorat, de counseling par les pairs et d'intervention dans les communautés qui affichent des taux élevés de suicide.
- < Promouvoir l'utilisation d'images de santé concernant les jeunes qui montrent la différence entre les sexes, l'image corporelle et l'apprentissage de l'autonomie chez les jeunes.

7.3.4 L'appui des pratiques sexuelles saines et sans risque

La sexualité est un aspect naturel et sain de la vie, et une des tâches importantes du développement des adolescents vise à ce qu'ils aient, rendus à l'âge adulte, une vie sexuelle saine^{36,37}. Il n'est donc pas étonnant que la sensibilisation à la sexualité et à la différence entre les sexes ainsi que les premiers comportements et les premières relations sexuelles comportent un des changements les plus significatifs pour plusieurs jeunes. Bien que les parents soient les éducateurs

principaux en ce qui concerne le développement sexuel sain de leurs adolescents, les secteurs de la santé et de l'éducation jouent aussi un rôle important dans ce domaine.

L'éducation sexuelle se dispute l'attention avec plusieurs autres sujets dans les écoles, et le travail dans les écoles est de moins en moins prioritaire pour les systèmes de santé. Les adolescents ont exprimé leur insatisfaction par rapport à la portée limitée de l'éducation sexuelle qui leur est présentement offerte¹⁹. Plusieurs adolescents ont demandé une approche plus étendue, incluant des sujets tels que l'orientation sexuelle, le viol commis par un ami, la négociation avec les partenaires sexuels et les comportements sexuels¹⁹.

Les jeunes dans plusieurs communautés ont exprimé des préoccupations concernant l'accès aux condoms ainsi que l'absence d'intimité et de confidentialité. Il est possible que ces facteurs contribuent au fait que les adolescents n'utilisent pas les condoms régulièrement et que plusieurs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles spontanées après avoir consommé de l'alcool et d'autres drogues. Le risque de VIH, d'ITS et de grossesses non voulues est toujours très élevé chez les adolescents¹⁹. Le taux de chlamydia enregistré chez les adolescentes est de 5,7 fois plus élevé que le taux national pour toutes les femmes³⁸.

En 1995, 23 657 naissances d'enfants vivants et 38 502 grossesses ont été enregistrées chez les adolescentes (47 pour 1 000). Le taux de grossesses chez les filles autochtones de moins de 15 ans est environ 18 fois plus élevé que celui de la population canadienne en général³⁹. Des programmes de prévention contre les grossesses qui sont congruents aux systèmes de croyances culturelles de certaines populations spécifiques doivent être accessibles et disponibles aux jeunes.

Occasions d'action :

- < Élaborer des programmes d'éducation sexuelle qui sont appropriés à la culture des jeunes, de concert avec les parents et les communautés dans lesquelles ils vivent.
- < Fournir des services et des soutiens relatifs à la santé sexuelle aux jeunes marginaux qui sont incapables de se procurer les services réguliers ou qui les refusent.
- < Fournir des services de santé sensibles et confidentiels en matière de sexualité et de reproduction qui sont offerts à des coûts abordables et qui

sont disponibles aux adolescents (par exemple, les contraceptifs, les services de planification des naissances, le counseling prénatal).

7.3.5 Les blessures accidentelles

Les blessures accidentelles sont toujours la cause première de mortalité chez les enfants et les jeunes, ainsi que la cause tragique et coûteuse des affections incapacitantes chez les Canadiens⁴⁰. Les garçons et les jeunes hommes subissent plus de blessures accidentelles ainsi que des blessures plus sévères que les filles et les jeunes femmes⁵. Les adolescents sont beaucoup plus susceptibles de mourir de blessures résultant d'accidents d'automobiles que tout autre enfant. En effet, ce genre de blessure compte environ la moitié des mortalités dans ce groupe d'âge⁴¹. Le taux de blessures accidentelles chez les jeunes Autochtones est trois fois plus élevé que le taux national⁴². Le risque de mort prématurée attribuable à la noyade et à d'autres causes est plus élevé chez les jeunes Autochtones.

Occasions d'action :

- < Accroître la collaboration intersectorielle afin d'identifier les priorités et d'élaborer des stratégies liées à la prévention des blessures, étendre les programmes de prévention des blessures favorables existants et inciter les jeunes à participer à l'élaboration de programmes complets de prévention des blessures.
- < Aider les jeunes à mieux comprendre les différences entre les sexes et les âges qui les disposent à prendre des risques, et élaborer des stratégies qui répondent à ces différences.

7.4 L'environnement social

L'environnement social a un effet significatif sur la santé et le bien-être des gens. Ces milieux incluent les familles, les groupes de pairs, les communautés et les médias. Le soutien social sert de ressource à l'adaptation et influence la santé, les comportements liés à la santé et l'utilisation des services de santé^{43,44}. Les environnements sociaux ont été associés à des résultats de santé positifs; cependant, ceux qui sont compromis (par exemple, par la violence) produisent un effet contraire. Le taux de mortalités prématurées⁴⁵, la dépression, les difficultés lors de la grossesse, et les déficiences entraînées par les maladies chroniques font partie des résultats négatifs qui ont été notés⁴⁶.

D'autres déterminants peuvent influencer fortement sur la qualité de l'environnement d'une personne. Par exemple, les familles à faible revenu sont plus susceptibles de faire preuve

de stress chronique, de dépression parentale et de piètre fonctionnement familial que les familles à revenu élevé⁴⁷. Les personnes qui vivent dans la pauvreté sont plus isolées et déclarent des plus petits réseaux sociaux ainsi que moins d'appui social⁴⁸. Les adolescents qui sont déprimés ont tendance à se retirer de leurs amis²⁴.

7.4.1 Les familles

Le fait d'être parent d'un adolescent constitue un défi et une grande responsabilité. La recherche approfondie démontre qu'une relation étroite et sûre entre les jeunes et leurs parents favorise le développement sain des adolescents.

Les adolescents qui vivent dans des familles encourageantes et qui ont de bonnes relations avec leurs parents affichent moins de problèmes de santé mentale, sont évalués par leurs pairs comme étant moins anxieux et moins hostiles, ont des attitudes plus positives par rapport aux pratiques sexuelles sans risque, et les filles affichent un taux moins élevé relatif au comportement sexuel à risque et elles ont moins de grossesses⁴⁹. Un lien a été établi entre les résultats de développement sains chez les jeunes et le rôle parental. Les parents chaleureux et encourageants qui établissent des règles et des attentes claires et convenables, et qui incitent leurs adolescents à participer aux décisions appropriées, favorisent une croissance et un développement positifs^{49,50}. Les parents qui encouragent les adolescents à adopter de bonnes habitudes relatives à l'étude et à apprécier l'école, et qui collaborent étroitement avec les professeurs afin de promouvoir un comportement acceptable et un travail satisfaisant, contribuent au succès des élèves et au prolongement des années d'étude^{51,52}.

La plupart des adolescents indiquent qu'ils ont de bonnes relations avec leurs parents. Des études ont démontré qu'à l'étape de l'adolescence, les relations entre les parents et les enfants commencent à diminuer⁴⁹. Bien

« Donnez-moi l'occasion d'énoncer mes opinions lors des décisions familiales (car d'habitude, mes idées sont ignorées ou prises à la légère). »

Denise, 14 ans

que, typiquement, les adolescents passent beaucoup plus de temps avec leurs pairs, il est essentiel de maintenir des relations parent-adolescent positives afin de favoriser le bien-être émotif et psychologique des adolescents⁴⁹. Alors qu'il est difficile pour certains parents de consacrer du temps aux jeunes, la majorité d'entre eux trouvent les moyens pour le faire (par exemple, organiser des sorties en famille, avoir des discussions, regarder des émissions de télévision ou pratiquer des sports ensemble)⁵³. Plusieurs parents sont au dépourvu par rapport à l'indépendance et à l'autonomie grandissantes de leurs adolescents. Bien que les

jeunes veulent une direction et le soutien de leurs parents, des conflits peuvent surgir concernant des questions de confiance et d'attentes liées aux comportements²⁴.

Les relations parent-enfant peuvent être compromises dans des moments de stress extrême (par exemple, la séparation des parents, le divorce, la mort d'un parent). En 1996, environ un sur cinq adolescents (17 p. 100) de 10 à 19 ans vivaient avec un seul parent.

« Acceptez le fait que je grandis et que j'ai besoin de découvrir le monde tant avec vous que toute seule. Mettez certaines de vos peurs de côté et laissez-moi prendre des risques qui sont bons pour moi. Je ne peux pas toujours être à vos côtés et sous votre aile. J'ai besoin d'apprendre comment devenir une bonne meneuse de moi-même. »

Trisha, 16 ans

Les adolescents qui vivent dans des familles monoparentales ont moins d'estime de soi, sont déprimés et sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui les prédisposent à prendre des risques tels que la consommation du tabac et la toxicomanie⁵⁴. Une bonne partie des adolescents qui vivent dans des familles biparentales vivent dans des familles élargies. Dans certains cas, tant dans les familles fortunées que dans les familles démunies sur le plan économique, les parents ou les autres adultes refusent ou sont dans l'impossibilité de satisfaire aux besoins de leurs adolescents, ce qui peut donner lieu au déplacement temporaire ou permanent de l'adolescent de sa demeure. Quoique la représentation des jeunes Autochtones dans le système de placement en famille d'accueil soit disproportionnée, plusieurs collectivités et plusieurs familles autochtones travaillent à retrouver et à fortifier leur identité culturelle. Alors que le placement en famille d'accueil peut entraîner des conséquences négatives sur le bien-être des jeunes, la présence d'un adulte important dans la vie d'un jeune peut favoriser la résilience. Les adolescents, même ceux qui sont vulnérables et à risque, peuvent bien réussir malgré des conditions défavorables s'ils sont soutenus et s'ils ont accès à des ressources.

La grossesse chez les adolescentes représente un défi important pour les jeunes parents et leurs enfants. Plusieurs résultats négatifs ont été liés à la grossesse chez les adolescentes, y compris un faible niveau de scolarisation, la pauvreté et de piètres résultats au niveau social. Le taux de grossesses chez les adolescentes a été relativement stable dans les dernières années; cependant, le taux de 47 pour 1 000 en 1995 est inquiétant. Les stratégies dont l'efficacité a été reconnue en ce qui

concerne la réduction des grossesses non planifiées et non voulues incluent l'association de programmes d'éducation sexuelle de première qualité, l'accès à la contraception et aux services cliniques confidentiels.

Occasions d'action :

- < Développer, à l'intention des parents, des ressources axées sur la période de l'adolescence et sur des stratégies familiales qui influent de façon positive sur le développement des adolescents en santé.
- < Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des groupes de soutien aux parents en permettant aux familles de partager l'information, les ressources et les expériences concernant le développement de leurs adolescents.
- < Fournir des renseignements aux jeunes concernant les choix auxiliaires à la condition parentale (par exemple, l'adoption) et fournir des services qui pourront les soutenir selon le choix qu'ils auront fait.

7.4.2 La violence familiale

Les différentes formes de violence et les comportements de violence auxquels sont exposés les adolescents ont des effets marqués sur le comportement et la santé à long terme. Les blessures qui peuvent en résulter incluent les fractures, les traumatismes crâniens, les ecchymoses, les brûlures, les ITS, la grossesse et une gamme étendue de difficultés telles que la dépression, la déficience intellectuelle, l'anxiété et la toxicomanie.

Le pourcentage de familles canadiennes qui ont été touchées par une forme de violence quelconque a été estimé à environ 50 p. 100⁵⁵. Les adolescents qui ont grandi dans la violence au foyer – où ils étaient exposés à la violence physique, émotionnelle et/ou sexuelle de la part d'un parent envers un autre et/ou dans une situation où ils étaient eux-mêmes les victimes – ne pourront peut-être pas échapper à de telles tendances modèles. Les adolescents tentent souvent d'intervenir en vue de protéger leur mère, ce qui peut entraîner des attaques intensifiées sur eux-mêmes. Pendant cette période, les adolescents peuvent aussi devenir abusifs non seulement envers le parent qui est déjà victime, mais aussi envers les autres.

Les adolescents, ayant de plus en plus d'indépendance physique, s'absentent souvent de la maison pour de longues périodes afin de fuir de telles situations. Cela les rend plus vulnérables aux influences négatives des groupes de pairs, des

bandes et des personnes qui profitent des jeunes qui se laissent facilement impressionner, dans l'intention de les exploiter sexuellement. Le taux d'antécédents de violence est particulièrement élevé chez les enfants de la rue ⁵⁶.

Occasions d'action :

- < Engager le secteur de la santé à participer plus activement aux stratégies qui répondent aux incidences de la violence familiale.
- < Promouvoir, de concert avec le secteur de l'éducation, l'anti-violence, les programmes éducatifs à l'école (par exemple, la maîtrise de la colère, la résolution de conflits) et les campagnes de sensibilisation du public afin de contrer les messages des médias qui prônent l'utilisation de la violence dans certaines situations.
- < De concert avec les secteurs des services sociaux, de l'éducation et de la justice, veiller à ce que les services soient disponibles aux jeunes qui vivent dans la violence familiale.

7.4.3 Les pairs

Alors que les jeunes deviennent plus indépendants et plus autonomes, ils ont tendance à consacrer moins de temps aux membres de leurs familles et à être plus souvent en contact avec les pairs du même âge. L'interaction avec leur groupe de pairs permet aux adolescents de développer, de mettre à l'essai et d'améliorer les habiletés de vie telles que la résolution de problèmes, la communication et l'adaptation aux pressions et au stress. Les adolescents qui ont des amis encourageants et responsables sont plus susceptibles d'être confiants, de se sentir bien à l'école, de bien s'entendre avec leurs parents et d'être en santé²⁴. Le soutien des pairs est particulièrement important à l'adolescence⁵⁷. Le soutien des pairs a été lié à une meilleure compétence sociale⁵⁸. Les adolescents qui participent à des programmes de mentorat formels sont moins susceptibles de consommer de l'alcool et de s'absenter des cours⁵⁹.

L'expérimentation fait partie du développement des adolescents. Le groupe de pairs est le plus important indicateur prévisionnel en ce qui concerne la prise de risque à l'adolescence puisque l'expérimentation prend surtout place dans ce milieu²⁴. Alors que la participation au groupe de pairs peut améliorer les habiletés de communication, elle peut aussi augmenter les comportements qui mettent la santé à risque⁶⁰. En conséquence, les jeunes doivent être éduqués et posséder les connaissances nécessaires pour faire les bons choix.

Les bandes attirent surtout les jeunes qui n'ont pas de compétence sociale, qui sont vulnérables (par exemple, les jeunes qui vivent dans la violence) et/ou qui sont des sans-abri. La bande répond souvent au besoin d'appartenance des jeunes et elle fournit un sentiment de communauté. L'adhésion à la bande exige souvent que les jeunes adoptent différents comportements à risques excessifs tels que la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, la participation à des activités violentes et criminelles. La participation à des bandes peut entraîner des effets destructeurs sur les résultats de santé. Il est essentiel que les adolescents vulnérables et susceptibles d'être influencés par les bandes reçoivent d'autres types de soutien.

Les parents contribuent de façon importante à réduire la probabilité que leurs adolescents participent à des activités antisociales et délinquantes. Par exemple, la recherche a démontré que la supervision parentale constante ainsi que l'initiative parentale visant à enseigner la prise de décision responsable, réduisent la probabilité de participation à des activités antisociales et criminelles liées à l'adhésion aux bandes⁴⁹.

Occasions d'action :

- < Accroître les connaissances et la sensibilisation des parents relatives à l'influence importante qu'ils peuvent exercer sur les interactions de leurs adolescents avec les groupes de pairs et sur leurs résultats éventuels de santé.
- < Promouvoir les programmes à l'école et dans les communautés qui incitent les mentors pairs et les groupes de pairs à y participer, surtout auprès des jeunes vulnérables.

7.4.4 Les jeunes sans-abri

Aucune donnée nationale n'existe présentement en ce qui concerne la population des sans-abri; on estime que de 10 à 30 p. 100 des sans-abri sont des jeunes et qu'il y a eu une augmentation de ce nombre dans les dernières années. Il existe des risques de santé visibles pour les sans-abri. Près de 50 p. 100 des jeunes de la rue à Vancouver ont déclaré une santé moyenne ou piètre⁶¹. La vie dans la rue entraîne souvent un manque d'hygiène, un régime inadéquat, des habitudes de sommeil irrégulières, l'exposition aux intempéries, et les ITS. Il arrive souvent qu'aucun traitement n'est offert puisque les jeunes sont réticents à consulter des professionnels de la santé⁶¹. Les jeunes de la rue ont aussi tendance à afficher un taux plus élevé de difficultés d'apprentissage et de troubles déficitaires de

l'attention⁶². Les comportements violents, la participation à l'industrie du sexe et la consommation d'alcool et d'autres drogues sont aussi des comportements communs qui entraînent des risques sérieux de santé pour les jeunes sans-abri.

Les jeunes sans-abri sont souvent routards, ce qui les rend plus susceptibles de vivre dans des milieux non sécuritaires comme les maisons de chambre et les édifices abandonnés. De plus, puisque les jeunes sont toujours sur la route, il leur est difficile sinon impossible de fréquenter une école régulièrement. Le fait d'être sur la route, d'avoir vécu des expériences négatives avec les services (par exemple les familles d'accueil) et l'absence de services adaptés aux jeunes sont souvent les raisons pour lesquelles les jeunes sans-abri ne recherchent pas les services dont ils ont besoin. Les services d'extension sont nécessaires afin de favoriser la participation des jeunes. Les jeunes sans-abri au Canada ont déclaré que leur plus grand défi est d'obtenir du soutien⁶³.

Occasions d'action :

- < De concert avec les autres services, élaborer et étendre les services d'extension et les services locaux à l'intention des jeunes qui sont vulnérables.
- < Mettre sur pied des équipes d'intervention intersectorielles afin de fournir un soutien et d'inciter rapidement la participation des jeunes à risque élevé qui cherchent à changer leur vie.

7.4.5 Les communautés

La qualité des milieux communautaires a un effet sur le développement des adolescents. Les communautés qui favorisent une vitalité civique offrent un milieu dans lequel les jeunes peuvent grandir et améliorer leurs habiletés. Ces communautés offrent aussi un milieu qui appuie les occasions et les initiatives qui incitent les jeunes à participer aux décisions qui les touchent. Ces communautés interviennent aussi auprès des jeunes par l'entremise d'organisations, de comités et de groupes d'intervention⁶⁴. À compter de 1998, 21 villes canadiennes sur 22 avaient mis en place des conseils consultatifs de jeunes ou avaient tenu des forums et avaient créé des comités spéciaux qui encourageaient les jeunes à s'exprimer⁶⁴. Ces initiatives peuvent diminuer les sentiments d'aliénation exprimés par plusieurs jeunes exclus du processus décisionnel.

L'augmentation des jeunes bénévoles est un effet accessoire positif occasionné par la participation des jeunes. De 1987 à 1997, le nombre de bénévoles est passé de

18 p. 100 à 33 p. 100. Le service communautaire et le bénévolat permettent aux jeunes de développer des rôles valables au sein de leur communauté afin d'utiliser leurs connaissances actuelles et d'acquérir l'expérience pratique nécessaire à leur entrée dans la population active. Ces occasions favorisent des liens coopératifs et positifs avec les pairs et les adultes en dehors de leurs familles immédiates. L'appui d'un adulte dans leur vie est un solide indicateur prévisionnel de la résilience des jeunes qui réussissent malgré des circonstances défavorables³⁵.

Occasions d'action :

- < Élaborer des mécanismes permettant aux jeunes d'évaluer leurs besoins et de renseigner leurs communautés sur des questions, des attentes, des possibilités et des solutions.
- < Fournir de meilleures occasions aux jeunes de participer à l'élaboration des politiques et des programmes.
- < Évaluer l'efficacité de différents mécanismes incitant les jeunes à participer (par exemple, des conseils consultatifs) à l'influence que peuvent exercer les jeunes sur le processus des politiques.

7.4.6 Les médias et les communications

Les médias et le réseau Internet peuvent être des sources d'information importantes sur un éventail de questions qui ont un effet sur la santé des adolescents. La programmation éducative, les sites Web interactifs et l'échange de courriels sont des moyens qui peuvent aider les jeunes à obtenir des renseignements sur la santé ainsi que du soutien. Il est possible d'obtenir des renseignements concernant des questions qui touchent la santé (par exemple, la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues) par l'entremise de campagnes de sensibilisation du public, des messages provenant des médias et des programmes éducatifs à la télévision. Il est possible d'accéder à une variété de sujets tels que les relations interpersonnelles, la sexualité et le perçage du corps. Les forums de discussion et les courriels sont aussi des véhicules de soutien qui sont accessibles aux jeunes qui souffrent de maladies chroniques ou de déficiences, et aux jeunes dans des régions rurales⁶⁵. Le soutien offert par l'entremise des ressources du réseau Internet a aussi amélioré les résultats de santé des mères adolescentes à faible revenu⁶⁶.

Toutefois, les médias et le réseau Internet peuvent aussi considérablement nuire aux jeunes. Les programmes à la télévision présentent souvent une violence

idéalisée et favorisent des formes corporelles artificielles, la consommation du tabac et de l'alcool ainsi que d'autres comportements néfastes à la santé. Le réseau Internet devient aussi un véhicule qui permet aux prédateurs sexuels d'attirer les jeunes dans des situations dangereuses.

Les parents, les éducateurs et les professionnels doivent être au courant de ces influences et de leur possibilité d'influer sur les comportements et les modes de vie choisis par les jeunes. Les jeunes doivent connaître les avantages et les risques que peuvent occasionner les messages des médias et l'utilisation du réseau Internet.

Occasions d'action :

- < Afficher les renseignements relatifs à la santé nécessaires aux jeunes (par exemple, l'alimentation saine, la santé sexuelle) dans le réseau Internet de façon à ce qu'ils soient facilement accessibles.
- < Appuyer le développement de la sensibilisation des médias au programme d'enseignement afin que les jeunes puissent connaître les avantages et les risques provenant des messages des médias et de l'utilisation du réseau Internet.

7.5 L'éducation

L'éducation influe grandement sur les résultats de santé tout au long de la vie. La recherche a souvent démontré que l'état de santé s'améliore selon le niveau de scolarité⁶⁷. Les personnes qui ont plus de scolarité sont plus susceptibles d'adopter des comportements sains (par exemple, pratiquer les méthodes qui permettent d'éviter les ITS, faire de l'exercice régulièrement, d'utiliser des équipements sécuritaires), connaissent les risques liés aux maladies du cœur et sont plus aptes à évaluer leur santé comme étant « excellente ».

Le niveau de scolarité et son influence sur la santé sont aussi en rapport étroit avec plusieurs autres déterminants. Les niveaux de scolarité plus élevés sont associés à une participation plus vive dans la population active et à un meilleur revenu. Des études ont lié un état de santé amélioré (par exemple, l'espérance de vie, moins de maladie, la diminution des mortalités chez les enfants) à des tranches de revenu plus élevées^{68,69}. Le niveau de scolarité atteint par un parent a été lié à la réceptivité de leur enfant par rapport à l'école¹⁷ ainsi qu'au succès en mathématiques et à la capacité d'élocution à l'école⁷⁰.

7.5.1 Le milieu scolaire

Le milieu scolaire est un endroit important permettant aux jeunes d'exercer des compétences intellectuelles, émotives et sociales et leur permettant de continuer à développer des habiletés importantes nécessaires à la vie adulte. Les interactions avec les pairs et les professeurs fournissent l'occasion aux adolescents de développer et d'améliorer leurs sentiments d'identité et de direction, leur capacité de raisonner et d'utiliser des idées abstraites, ainsi que de développer une pensée critique et des habiletés liées à la résolution de problèmes et aux communications. La participation à des activités extrascolaires telles que la récréation, le bénévolat et le mentorat offrent aussi des occasions de pratiquer la citoyenneté, les rôles de partenariat et de leadership ainsi que d'assumer plus de responsabilités. Un milieu scolaire positif et enrichissant peut aider à renforcer ces compétences et ces habiletés.

À l'opposé, un milieu scolaire qui est perçu comme insatisfaisant ou non sécuritaire peut contribuer à des difficultés d'adaptation et au décrochage (par exemple l'absence pendant les cours, le décrochage). Les adolescents qui décrochent de l'école secondaire avant d'obtenir leur diplôme sont plus susceptibles d'être issus de familles à faible revenu ou de communautés qui ne reconnaissent pas l'importance de terminer les études secondaires. Les adolescents qui ne terminent pas leur études secondaires sont aussi plus susceptibles d'être en mauvaise santé, d'être délinquants, d'être criminels, d'être toxicomanes, d'être économiquement dépendants et d'être plus aptes à jouir d'une moins bonne qualité de vie⁵¹. L'absentéisme lors des cours a été lié à plusieurs comportements à risque par rapport à la santé, y compris la consommation de drogues et de tabac ainsi que la consommation excessive d'alcool²⁴. Les garçons, les jeunes Autochtones, les jeunes à faible revenu et les jeunes ayant des difficultés d'apprentissage sont plus susceptibles de devenir des décrocheurs⁵¹. L'agressivité, le harcèlement, les menaces et les agressions préoccupent davantage plusieurs adolescents et contribuent au sentiment d'insécurité qu'éprouvent un grand nombre d'adolescents^{20,24,71}. De plus, au cours du cheminement des adolescents à l'école, le niveau de satisfaction relatif au milieu scolaire diminue constamment, les filles indiquant de façon constante un niveau de satisfaction supérieur à celui des garçons à tous les niveaux scolaires²⁴.

Occasions d'action :

- < Travailler de concert avec le secteur de l'éducation à élaborer des programmes complets de santé qui appuient le développement de la santé chez les adolescents dans un milieu sécuritaire.

- < Travailler de concert avec le secteur de l'éducation à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies à même le milieu scolaire en vue de répondre aux jeunes qui risquent de décrocher ou d'obtenir de faibles résultats académiques, de répondre aux événements traumatisants et de créer un milieu scolaire positif.

7.5.2 Le programme d'enseignement relatif à la santé

La gestion des aptitudes à la vie quotidienne et l'éducation physique représentent les questions principales du milieu scolaire où les adolescents apprennent à connaître leur développement, leur santé générale et leurs comportements sains, et où ils participent à des activités physiques systématiques.

La plupart des écoles offrent un niveau d'éducation de base concernant le développement physique et sexuel ainsi que des renseignements et des discussions sur des sujets précis qui ont un effet sur la santé (par exemple, la consommation du tabac, de l'alcool, des drogues, la sexualité, la nutrition, l'hygiène, l'exercice). Bien que le niveau de connaissances sur la santé et sur les comportements sains parmi la population adolescente soit généralement élevé, plusieurs jeunes adoptent encore plusieurs comportements à risque, ce qui laisse à croire que les stratégies d'éducation courantes n'atteignent pas l'efficacité souhaitée. L'apprentissage continu pendant la période de l'adolescence relatif à la santé et aux pratiques de santé peut aider les adolescents à prendre des décisions éclairées concernant leur comportement.

L'activité physique systématique offerte par l'entremise des cours d'éducation physique ou tout au long du programme favorise directement la santé des adolescents puisqu'elle est liée à une meilleure santé globale et à des résultats académiques plus élevés⁷². Cependant, seulement 40 p. 100 des enfants et des jeunes Canadiens pratiquent l'activité physique de façon à satisfaire aux niveaux recommandés pour un développement sain⁷². Les coûts élevés associés aux sports et aux activités physiques (par exemple, les coûts de déplacements et d'équipement, les frais d'utilisation) créent aussi des barrières supplémentaires pour bien des familles⁷³.

Après la neuvième ou la dixième année, les cours d'éducation physique sont souvent facultatifs et ne font plus partie d'un cours élémentaire. Cela peut contribuer au faible taux d'activité physique chez plusieurs adolescents et le grand nombre de jeunes qui adoptent des comportements à risque.

Occasions d'action :

- < Préconiser que l'éducation physique devienne un élément du programme de base tout au long de l'école secondaire.
- < Accroître la disponibilité et la qualité des programmes de santé et d'habiletés de la vie offerts aux adolescents dans les écoles.

7.5.3 Les professionnels de la santé au sein du système d'éducation

Les professionnels de la santé, tels que les infirmières de santé publique, les psychologues, les orthophonistes, les audithérapeutes et les conseillers, offrent une gamme étendue de services au sein du système d'éducation. Les professionnels de la santé font des tests de dépistage et des évaluations des risques. Ils offrent aussi un soutien, du counseling, de l'orientation, et par le passé, ils ont joué un rôle actif dans l'éducation des adolescents en ce qui touche un large éventail de questions de santé (par exemple, la sexualité, la reproduction, l'alimentation).

Toutefois, l'accès aux services de santé à même le milieu scolaire s'est bien détérioré dans les dernières années puisque les interventions ont été axées sur les services de prévention tertiaires plutôt que primaires. Par exemple, les infirmières de santé publique, les psychologues, les orthophonistes et les conseillers sont souvent accessibles seulement à ceux qui ont déjà fait preuve de problèmes. L'accessibilité à ces professionnels est souvent difficile puisqu'il arrive souvent qu'un seul professionnel est responsable de plusieurs écoles et que les listes d'attente sont considérables. Les adolescents qui n'ont pas accès à ces services au moment où ils en ont besoin sont pénalisés.

Occasions d'action :

- < Accroître l'accès aux professionnels de la santé et aux services de santé au sein du système d'éducation (par exemple offrir des services de prévention primaires et des services d'extension aux jeunes qui sont vulnérables, et jouer un rôle plus actif dans l'éducation de la santé).
- < Supporter la collaboration entre les professionnels de la santé et de l'éducation afin de promouvoir des programmes de soutien aux pairs dans les écoles.

7.6 Le revenu

La recherche démontre une corrélation directe entre le niveau de revenu et l'état de santé à l'âge adulte. En effet, les personnes à chaque niveau de revenu affichent de meilleurs résultats de santé que les personnes au niveau précédent⁷⁴. L'état socio-économique et la variation de revenu (c'est-à-dire l'écart entre les riches et les pauvres) sont des facteurs de prévision relatifs aux résultats de santé de la population. Plus l'écart est grand, plus l'inégalité qui en résulte risque de créer des problèmes sociaux importants, surtout chez les jeunes.

En 1997, 19,6 p. 100 des enfants de moins de 18 ans vivaient dans la pauvreté¹⁴. Les jeunes qui ont grandi dans la pauvreté ont subi l'effet multiplicateur de la pauvreté sur d'autres facteurs de risque. Le revenu familial est lié au niveau de scolarité des parents, qui est en soi un indicateur prévisionnel de la réceptivité d'apprentissage des enfants lorsqu'ils entrent à l'école, qui est en soi un indicateur prévisionnel du niveau d'adaptation académique et comportemental, qui est en soi un indicateur prévisionnel du succès à l'école, de l'obtention d'un diplôme et d'un emploi.

7.6.1 L'accès à un revenu acceptable et l'inégalité

Les jeunes qui grandissent dans des familles à faible revenu et dans des familles vivant dans la pauvreté, ont difficilement accès aux besoins fondamentaux tels que les médicaments, les fournitures scolaires, les cotisations d'école, le transport et les activités récréatives. Il est particulièrement difficile pour les enfants et les jeunes Autochtones, les jeunes qui vivent maintenant dans la rue et les parents adolescents, de maintenir un logement approprié et une alimentation suffisante alors qu'ils sont aux études.

Plusieurs parents adolescents vivent dans la pauvreté et élèvent leurs enfants dans la pauvreté. Le cycle de facteurs de risque associé à la pauvreté se prolonge souvent à la prochaine génération. Les mortalités infantiles et le faible poids à la naissance sont plus courants dans les familles et dans les voisinages à faible revenu. Les jeunes à faible revenu sont plus à risque de complications pendant la grossesse et à l'accouchement. Leur facteur de risque fondé sur l'âge est aggravé davantage par l'accès au soutien prénatal insuffisant, à l'alimentation et à l'éducation sur les effets négatifs de la consommation du tabac et de l'alcool.

Les jeunes se sentent souvent déplacés dans un milieu scolaire où l'acceptation des groupes de pairs est déterminée par les vêtements appropriés, les fournitures scolaires, l'accès au « revenu disponible » et la participation aux activités extrascolaires. Plusieurs étudiants travaillent à temps partiel et ainsi consacrent

moins de temps à leurs études. Le travail est une obligation pour les jeunes qui travaillent, soit pour subvenir aux besoins de leur famille, soit pour se vêtir eux-mêmes ou pour payer les cotisations d'école à des fins d'activités supplémentaires.

La recherche a démontré que le facteur de protection lié à une bonne condition parentale peut amoindrir le facteur de risque lié à la pauvreté. Les familles encourageantes et intéressées, les voisinages, les écoles et les pairs fournissent aux jeunes une « infrastructure » qui améliore les résultats de santé et les résultats socio-économiques positifs⁷⁵.

Occasions d'action :

- < Offrir des indemnités non assurées en cas de maladie aux jeunes qui vivent dans des familles à faible revenu et aux jeunes qui vivent seuls ou « dans la rue » (par exemple, les médicaments sur ordonnance, les soins optiques, les contraceptifs, les soins dentaires).
- < Offrir de l'éducation et du soutien aux jeunes afin de retarder la grossesse jusqu'à ce qu'ils aient complété leurs études secondaires.
- < Offrir une nutrition prénatale et des suppléments vitaminiques aux adolescentes enceintes et fournir un soutien aux mères adolescentes afin qu'elles cessent de fumer et de consommer de l'alcool.
- < Offrir des services d'extension complets aux parents adolescents, y compris des renseignements et des ressources qui faciliteront le développement des enfants en santé, et fournir le soutien afin qu'ils complètent leurs études secondaires et qu'ils établissent un système durable à l'intention de leur nouvelle famille.

7.7 L'environnement physique

L'environnement physique comprend à la fois l'environnement naturel et l'environnement artificiel. La qualité de l'air, de l'eau et de la nourriture, l'état (construction et entretien) des logements et des écoles dans lesquels les gens vivent et apprennent, la qualité des produits de consommation et l'environnement dans lequel les gens travaillent et s'amuse ont tous une influence sur la santé des personnes.

D'autres déterminants de la santé interagissent avec l'environnement physique et contribuent à la santé. Un voisinage qui offre beaucoup d'espaces verts et où les gens se sentent en sécurité peut promouvoir l'activité physique systématique qui, en retour, est

associée à la diminution du risque de maladies chroniques et à une myriade d'autres bienfaits liés à la santé⁷⁶. Les blessures accidentelles sont associées à des équipements de qualité inférieure dans les parcs. Les familles à faible revenu sont plus susceptibles de vivre dans des logements de qualité inférieure.

7.7.1 Les logements

La plupart des jeunes au Canada vivent dans des logements à prix abordables et sécuritaires. Toutefois, de plus en plus de jeunes doivent vivre dans des logements insalubres. Puisqu'il existe une pénurie de logements à prix abordables, plus de familles risquent de vivre dans des logements insalubres où elles sont très souvent exposées à la peinture au plomb, à des murs et des plafonds humides, à des fondations qui s'effondrent, à des tuyaux corrodés ou à un système de chauffage ou de ventilation insuffisant⁷⁷. Les familles vivant dans des logements insalubres risquent aussi d'être exposées à différents dangers liés à la qualité de l'air à l'intérieur, y compris la moisissure ou la présence de substances toxiques comme l'amiante⁷⁸.

Les communautés dans lesquelles les logements insalubres sont situés constituent aussi un risque pour la santé des personnes. Ce genre de logement est souvent situé près des secteurs industriels où la circulation est dense, où les espaces verts sont limités et où l'air est plus pollué.

Occasions d'action :

- < Accentuer l'action des inspecteurs de santé publique et appliquer les normes domiciliaires minimales.
- < Favoriser une plus grande disponibilité de logements à prix abordables et sécuritaires pour les familles à faible revenu.

7.7.2 L'exposition au soleil

Au Canada, les mois d'été représentent le plus grand danger d'exposition solaire, puisque les gens travaillent et pratiquent des activités de loisir à l'extérieur. Environ 80 p. 100 de l'exposition solaire de toute une vie est atteinte avant l'âge de 18 ans⁷⁹.

Le bronzage est souvent perçu comme étant séduisant et est associé à la santé et à la forme physique. Les adolescents qui réagissent à ces images s'exposent souvent intentionnellement au soleil afin de se faire bronzer et de conserver leur bronzage.

Les adolescents qui aiment les sports en plein air sont sujets à une exposition solaire excessive. Malheureusement, le cancer de la peau, la dépression du système immunitaire et un plus grand risque de développer des cataractes sont souvent attribuables à l'exposition excessive aux rayons ultraviolets A (UVA) et aux rayons ultraviolets B (UVB).

Occasions d'action :

- < Promouvoir des mesures protectrices (par exemple, porter des vêtements protecteurs, rester à l'ombre, éviter le soleil du midi, utiliser un écran solaire qui comporte un facteur de protection solaire supérieur à 15, porter des lunettes de soleil et un chapeau.
- < Renseigner les jeunes sur les effets dangereux des rayons UVA et UVB.

7.7.3 La qualité de l'air et de l'eau

La fumée secondaire indirecte ou la fumée de tabac ambiante est associée aux maladies du cœur, au cancer des poumons plus tard dans la vie, et elle est un facteur contributif au poids insuffisant des bébés à la naissance. En 1995, tout près de 1,4 million d'enfants canadiens ont été exposés à la fumée de tabac ambiante à la maison. Plusieurs municipalités ont imposé des restrictions à l'égard de la consommation du tabac dans des endroits publics. Par contre, dans les restaurants et les mails fréquentés par les jeunes, les plus fréquentes restrictions relatives à la consommation du tabac constituent des endroits désignés pour fumer qui sont mal aérés et qui ne protègent pas très bien les non-fumeurs.

Plusieurs Autochtones vivant dans les réserves le font dans des conditions de pauvreté extrême. Des systèmes de traitement de l'eau inadéquats contribuent à la qualité inférieure de l'eau potable, qui augmente l'exposition à des maladies d'origine hydrique. D'autres facteurs de risque tels qu'une mauvaise alimentation, l'assainissement insuffisant, les logements insalubres, les aliments contaminés et les contaminants de l'environnement intérieur et extérieur rendent les enfants et les jeunes Autochtones très vulnérables aux effets toxiques des contaminants de l'environnement⁸⁰.

Occasions d'action :

- < Favoriser la mise en application de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada, en portant une attention particulière aux politiques et

aux activités législatives qui visent à protéger les personnes exposées à la fumée de tabac ambiante.

- < Travailler avec les ministères appropriés afin d'améliorer la qualité de l'air et de l'eau dans les communautés exposées.

7.8 Les capacités biologiques et génétiques

La recherche dans plusieurs domaines, y compris les sciences sociales, la biologie et l'épidémiologie, documente les liens entre les déterminants de la santé et les mécanismes biologiques. Les facteurs biologiques et génétiques influencent l'état de santé. La taille d'une personne, la couleur de la peau et des yeux sont tous déterminés biologiquement. Les facteurs biologiques peuvent avoir des effets tant positifs que négatifs sur les résultats de santé. Bien que les antécédents familiaux de diabète, de cancer, de schizophrénie, de maladie du cœur ou d'anomalies congénitales augmentent le risque qu'une personne ait les mêmes conditions, la recherche démontre de plus en plus que les effets de l'hérédité sont grandement modérés par les environnements physiques et sociaux.

Les facteurs biologiques et génétiques sont aussi étroitement liés à plusieurs autres déterminants. Le revenu personnel d'une personne peut être touché de façon marquée si cette personne souffre d'une maladie chronique comme la schizophrénie ou l'infirmité motrice cérébrale. Les jeunes ayant des besoins spéciaux auront peut-être de la difficulté à obtenir une bonne instruction ou à retenir un emploi, surtout s'ils ont besoin de soins spécialisés ou s'ils vivent dans un milieu institutionnel. Dans le cadre de l'environnement social, les facteurs de risque biologiques et génétiques peuvent limiter le genre d'environnement dans lequel certains enfants peuvent participer. Certaines écoles et certaines installations récréatives sont incapables de répondre aux besoins des jeunes ayant une déficience.

7.8.1 Les défis de croissance, de comportement et les défis physiques que doivent relever les jeunes qui souffrent d'affections chroniques

S'il est vrai que la plupart des adolescents canadiens sont en santé, certains vivent toutefois avec des déficiences qui limitent leurs activités et compromettent leur santé générale. Alors que plusieurs jeunes ayant des déficiences doivent relever des défis uniques, ils peuvent vivre une vie active et remplie s'ils ont le soutien nécessaire. Le degré de sévérité d'une déficience varie selon l'accès aux services offerts par rapport à leur état particulier, l'efficacité de ces services et l'adaptation des parents, des écoles et des communautés⁵¹. En 1995-1996, approximativement 151 858 adolescents (7 p. 100) et 162 788 adolescentes (8 p. 100) de 10 à 19 ans ont déclaré souffrir d'une déficience²⁶.

Le trouble déficitaire de l'attention et l'hyperactivité avec déficit de l'attention sont des déficiences qui se manifestent chez les tout-petits mais qui se prolongent souvent à l'adolescence ou encore à l'âge adulte⁵¹. Les facteurs génétiques, la prématurité, et l'immaturation relative à la croissance sont des facteurs de risque importants qui peuvent causer ces déficiences⁵¹. Bien que le trouble déficitaire de l'attention et l'hyperactivité avec déficit de l'attention se manifestent le plus souvent à l'âge préscolaire ou pendant les premières années d'étude primaires, ils entraînent souvent des conditions secondaires qui ont un effet sur la santé et le développement à l'adolescence, telles que l'agressivité, le décrochage et plus tard, la toxicomanie⁵¹.

Le syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le fœtus peuvent avoir un effet sur la capacité d'une personne à vivre une vie saine et à accomplir les tâches liées au développement à l'adolescence. Ces conditions sont associées à la consommation d'alcool pendant la grossesse, ce qui peut entraîner des déficiences mentales et physiques tout au long de la vie. Les adolescents qui souffrent du syndrome d'alcoolisme fœtal ou de l'effet de l'alcool sur le fœtus doivent relever des défis spéciaux puisqu'ils éprouvent souvent des difficultés d'apprentissage et des problèmes de comportement. Ces problèmes peuvent occasionner des difficultés à se faire des amis ou des difficultés avec les groupes de pairs ainsi que des résultats scolaires inférieurs. Alors qu'il n'existe aucune statistique concernant l'ampleur de cette condition au Canada, du travail supplémentaire dans ce domaine aiderait les professionnels et les gens affectés par le syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le fœtus à mieux comprendre et développer des réponses efficaces pour ces conditions.

Des affections chroniques telles que l'arthrite, l'asthme, l'épilepsie, les allergies et autres sont communes chez les jeunes Canadiens. Les données récentes démontrent que, parmi les adolescents de 12 à 14 ans, 37 p. 100 des garçons et 33 p. 100 des filles ont déclaré souffrir d'une affection chronique²⁶. Le taux augmente avec l'âge; 40 p. 100 des garçons et 49 p. 100 des filles de 15 à 19 ans ont déclaré souffrir d'une affection chronique. Les jeunes qui souffrent d'affections chroniques nécessitent souvent des soutiens et des services supplémentaires pour répondre à leurs besoins en matière de santé.

Occasions d'action :

- < Accroître le soutien offert aux adolescents et à leurs familles afin de répondre à leurs besoins par rapport à leur affection chronique et leur fournir les soins liés à leur déficience.

- < Fournir un soutien aux adolescents et à leurs familles afin de leur permettre d'élaborer des plans pour faciliter le passage à l'âge adulte.
- < Promouvoir la sensibilisation sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse par l'entremise des campagnes publiques de sensibilisation et l'inclure dans les programmes scolaires afin de réduire l'incidence du syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le fœtus.

7.9 Au-delà des déterminants de la santé

7.9.1 La recherche, l'évaluation et la surveillance

La surveillance, l'évaluation et l'établissement de rapports concernant le progrès des enfants représentent la composante clé de base du Programme d'action national pour les enfants. Un consensus croissant démontre que des renseignements continus, fiables et opportuns sur le bien-être et le développement des adolescents sont nécessaires afin de guider les actions du gouvernement. Les évaluations et les rapports systématiques sur l'état des adolescents par rapport à des domaines clés dans leur vie et les influences clés sur leur bien-être permettent d'accroître la sensibilisation, la compréhension et l'engagement. Des efforts d'évaluation et de surveillance permettent aussi aux décideurs de déterminer si les adolescents canadiens se développent sainement et d'identifier les priorités clés pour fins d'action. En bref, la surveillance et l'évaluation servent de renseignements utiles à l'élaboration des politiques, veillant à ce que les actions soient aussi axées et efficaces que possible.

Souvent, les données courantes concernant les adolescents ne sont pas propres à chaque sexe et n'incluent pas les jeunes qui sont difficiles à joindre tels que les jeunes sur la rue, les jeunes en garde ou les jeunes Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves. D'autres recherches sont requises pour comprendre comment la différence entre les sexes et la diversité ethnoculturelle influencent le développement ainsi que les défis de développement que doivent relever les jeunes Autochtones. La base de calcul des données sur l'enquête initiale est insuffisante en ce qui a trait à la culture, aux attitudes et au comportement des jeunes, ainsi qu'aux attitudes des adultes envers les adolescents.

Nous manquons de connaissances relatives au processus selon lequel les jeunes choisissent soit des comportements à risque, soit des comportements sains, ainsi que des comportements qui améliorent la santé pendant la période de croissance et

de développement chez les adolescents. Nous avons peu de connaissances concernant les facteurs de protection qui empêchent les jeunes de choisir un mode de vie malsain.

La recherche qualitative et participative permettant aux jeunes de s'exprimer est nécessaire, surtout pour les études où les adolescents formulent des questions et participent aux actions découlant des résultats. La plupart des recherches se concentrent sur des populations spécifiques à risques élevés et leurs comportements (par exemple, les jeunes contrevenants, les toxicomanes, les adolescentes-mères qui sont seules). La majorité des jeunes doivent se faire entendre.

Occasions d'action :

- < Appuyer la liaison des données entre les secteurs et la collecte des données régionales afin d'ajouter aux données nationales.
- < Procéder à la collecte et à l'analyse des données relatives à des populations particulières (par exemple, les jeunes Autochtones vivant en région urbaine, les jeunes ayant des déficiences/affections chroniques) et y inclure les différences d'âge et de sexe.
- < Continuer à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer les modèles de collaboration intersectorielle dans la prestation des services.
- < Utiliser les données portant sur les résultats afin d'améliorer la prestation des services et accroître la prise de décisions fondée sur les résultats.
- < Appuyer la recherche dans des domaines prioritaires relatifs à la santé des adolescents : la résilience et l'identité chez les adolescents, la prise de décision concernant des comportements à risques et des comportements qui améliorent la santé, les études propres à chaque sexe et propres à chaque culture.
- < Synthétiser et diffuser la recherche sur le développement des adolescents en santé.

« Lorsqu'un enfant devient un adolescent puis un adulte, il est confronté à un nombre croissant de défis. L'ajout de détails à chaque métamorphose reflète cette réalité. Les motifs variés des ailes et les carreaux de couleur différente montrent que la transition à l'âge adulte ne se vit pas de la même façon pour tous, tandis que la forme de la courtepointe exprime l'expérience commune des adolescents. »

*meaghanhaughian **

Meaghan Haughian, jeune artiste qui a illustré la couverture

Occasions d'action

Le développement sain des enfants

1. Continuer à participer activement au Programme d'action national pour les enfants.
2. Renforcer les approches intergouvernementales et intersectorielles relatives au développement des jeunes enfants comme il a été recommandé dans le document intitulé *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé*.

Les services de santé

3. Développer, en partenariat avec les jeunes et d'autres secteurs, des modèles de soins de santé alternatifs axés sur les besoins des adolescents (par exemple, des services axés sur les jeunes qui sont offerts par l'entremise de cliniques pour adolescents, de services d'extension, de services à l'école, de services dans les mails) afin d'éliminer les obstacles qui empêchent l'accès aux services.
4. Accroître l'accès et la disponibilité des services aux adolescents dans les régions rurales et éloignées, ainsi que dans les collectivités autochtones, tant dans les réserves qu'ailleurs.
5. Examiner les façons d'accroître l'accès aux services non assurés (les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires, les contraceptifs, les soins optiques).
6. Améliorer la confidentialité des jeunes à l'intérieur du système de soins de santé en utilisant de nouvelles technologies qui favorisent l'auto-accès (par exemple, l'accès aux renseignements et aux services de santé dans des endroits non traditionnels comme les mails, le réseau Internet, télé-santé, les centres récréatifs, les haltes-accueils, les écoles).
7. Retirer les obstacles législatifs, réglementaires et les obstacles cliniques qui limitent l'accès aux services et aux soutiens de santé en raison de l'âge et/ou de questions de consentement.
8. Inciter les jeunes, surtout les jeunes marginaux, à participer à la détermination des questions de santé qui s'appliquent à eux afin de s'assurer que les services sont accessibles et appropriés.
9. Élaborer et mettre en œuvre des politiques de santé complètes à l'intention des adolescents, incluant les perspectives ethnoculturelles et la différence entre les sexes.
10. Appuyer la création de comités interinstitutionnels et multisectoriels dans les communautés afin de se concentrer essentiellement sur les défis que présentent la santé et les comportements chez les adolescents, tout en concentrant plus particulièrement les efforts sur le changement d'attitudes par rapport aux groupes stigmatisés (par exemple, les groupes qui sont victimes de racisme, les personnes handicapées, les victimes de violence, les jeunes homosexuels, bisexuels et les lesbiennes) afin de rejoindre les jeunes qui présentent un risque élevé et de s'assurer de la confidentialité.
11. Intégrer aux plans de cours la santé et le développement des adolescents comme un élément distinct à l'intention des professionnels de la santé qui sont en formation et en formation continue.

Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation

12. Mettre en application, en collaboration avec d'autres secteurs, des stratégies qui soutiennent les jeunes en rendant les choix sains ceux qui sont les plus faciles à faire.
13. Inciter les jeunes à participer aux campagnes d'information et aux programmes de prévention.
14. Élaborer et promouvoir, en collaboration avec d'autres secteurs, des stratégies qui visent à réduire les préjudices et qui répondent aux comportements à risque chez les jeunes.
15. Élaborer des programmes d'ensemble novateurs aux fins de dépistage, d'évaluation du risque et de traitement.
16. Accroître l'application de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme, visant plus particulièrement à améliorer l'accès aux programmes et à mettre en application les programmes de prévention et de cessation de l'usage du tabac.
17. Élaborer des services et améliorer l'accès aux programmes pour toxicomanes qui sont appropriés aux âges et sensibles aux différentes cultures (par exemple, les communautés rurales, les adolescents plus jeunes, les jeunes à faible revenu, les sans-abri, les jeunes Autochtones).
18. Examiner l'efficacité des règlements existants par rapport à la publicité et à la vente du tabac et de l'alcool aux mineurs.
19. Travailler de concert avec le secteur de l'éducation afin d'améliorer les plans de cours liés à la nutrition et à la vie active.
20. Travailler de concert avec les autres secteurs afin d'améliorer la sécurité alimentaire pour les jeunes qui vivent dans des ménages à faible revenu.
21. Élaborer un modèle de mise en œuvre et une infrastructure applicables à un service de santé mentale qui est multidisciplinaire et qui peut favoriser la promotion de la santé mentale ainsi que les processus d'identification précoce, d'évaluation et de traitement à l'intention des adolescents.
22. Accroître l'accès aux services de santé mentale axés sur les jeunes (par exemple, l'intervention d'urgence, le counseling, les programmes de soutien par les pairs).
23. Accroître l'accès aux programmes de santé mentale favorables qui soutiennent et qui renseignent les jeunes dans des domaines tels que l'auto-assistance, l'auto-responsabilité, les habiletés d'adaptation, l'estime de soi, comment favoriser, entretenir et améliorer la santé mentale, et qui leur apprennent quand et comment demander de l'aide concernant des problèmes comme la dépression et l'anxiété.
24. Élaborer des initiatives de mentorat, de counseling par les pairs et d'intervention dans les communautés qui affichent des taux élevés de suicide.
25. Promouvoir l'utilisation d'images de santé concernant les jeunes qui montrent la différence entre les sexes, l'image corporelle et l'apprentissage de l'autonomie chez les jeunes.

26. Élaborer des programmes d'éducation sexuelle qui sont appropriés à la culture des jeunes, de concert avec les parents et les communautés dans lesquelles ils vivent.
27. Fournir des services et des soutiens relatifs à la santé sexuelle aux jeunes marginaux qui sont incapables de se procurer les services réguliers ou qui les refusent.
28. Fournir des services de santé sensibles et confidentiels en matière de sexualité et de reproduction qui sont offerts à des coûts abordables et qui sont disponibles aux adolescents (par exemple, les contraceptifs, les services de planification des naissances, le counseling prénatal).
29. Accroître la collaboration intersectorielle afin d'identifier les priorités et d'élaborer des stratégies liées à la prévention des blessures, étendre les programmes de prévention des blessures favorables existants et inciter les jeunes à participer à l'élaboration de programmes complets de prévention des blessures.
30. Aider les jeunes à mieux comprendre les différences entre les sexes et les âges qui les disposent à prendre des risques, et élaborer des stratégies qui répondent à ces différences.

L'environnement social

31. Développer, à l'intention des parents, des ressources axées sur la période de l'adolescence et sur des stratégies familiales qui influent de façon positive sur le développement des adolescents en santé.
 32. Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des groupes de soutien aux parents en permettant aux familles de partager l'information, les ressources et les expériences concernant le développement de leurs adolescents.
 33. Fournir des renseignements aux jeunes concernant les choix auxiliaires à la condition parentale (par exemple, l'adoption) et fournir des services qui pourront les soutenir selon le choix qu'ils auront fait.
 34. Engager le secteur de la santé à participer plus activement aux stratégies qui répondent aux incidences de la violence familiale.
 35. Promouvoir, de concert avec le secteur de l'éducation, l'anti-violence, les programmes éducatifs à l'école (par exemple, la maîtrise de la colère, la résolution de conflits) et les campagnes de sensibilisation du public afin de contrer les messages des médias qui prônent l'utilisation de la violence dans certaines situations.
 36. De concert avec les secteurs des services sociaux, de l'éducation et de la justice, veiller à ce que les services soient disponibles aux jeunes qui vivent dans la violence familiale.
 37. Accroître les connaissances et la sensibilisation des parents relatives à l'influence importante qu'ils peuvent exercer sur les interactions de leurs adolescents avec les groupes de pairs et sur leurs résultats éventuels de santé.
 38. Promouvoir les programmes à l'école et dans les communautés qui incitent les mentors pairs et les groupes de pairs à y participer, surtout auprès des jeunes vulnérables.
 39. De concert avec les autres services, élaborer et étendre les services d'extension et les services locaux à l'intention des jeunes qui sont vulnérables.
-

40. Mettre sur pied des équipes d'intervention intersectorielles afin de fournir un soutien et d'inciter rapidement la participation des jeunes qui cherchent à changer leur vie.
41. Élaborer des mécanismes permettant aux jeunes d'évaluer leurs besoins et de renseigner leurs communautés sur des questions, des attentes, des possibilités et des solutions.
42. Fournir de meilleures occasions aux jeunes de participer à l'élaboration des politiques et des programmes.
43. Évaluer l'efficacité de différents mécanismes incitant les jeunes à participer (par exemple, des conseils consultatifs) à l'influence que peuvent exercer les jeunes sur le processus des politiques.
44. Afficher les renseignements relatifs à la santé nécessaires aux jeunes (par exemple, l'alimentation saine, la santé sexuelle) dans le réseau Internet de façon à ce qu'ils soient facilement accessibles.
45. Appuyer le développement de la sensibilisation des médias au programme d'enseignement afin que les jeunes puissent connaître les avantages et les risques provenant des messages des médias et de l'utilisation du réseau Internet.

L'éducation

46. Travailler de concert avec le secteur de l'éducation à élaborer des programmes complets de santé qui appuient le développement de la santé chez les adolescents dans un milieu sécuritaire.
47. Travailler de concert avec le secteur de l'éducation à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies à même le milieu scolaire en vue de répondre aux jeunes qui risquent de décrocher ou d'obtenir de faibles résultats académiques, de répondre aux événements traumatisants et de créer un milieu scolaire positif.
48. Préconiser que l'éducation physique devienne un élément du programme de base tout au long de l'école secondaire.
49. Accroître la disponibilité et la qualité des programmes de santé et d'habiletés de la vie offerts aux adolescents dans les écoles.
50. Accroître l'accès aux professionnels de la santé et aux services de santé au sein du système d'éducation (par exemple offrir des services de prévention primaires et des services d'extension aux jeunes qui sont vulnérables, et jouer un rôle plus actif dans l'éducation de la santé).
51. Travailler de concert avec le secteur de l'éducation afin d'augmenter la fourchette de programmes de soutien aux pairs dans les écoles.

Le revenu

52. Offrir des indemnités non assurées en cas de maladie aux jeunes qui vivent dans des familles à faible revenu et aux jeunes qui vivent seuls ou « dans la rue » (par exemple, les médicaments sur ordonnance, les soins optiques, les contraceptifs, les soins dentaires).
53. Offrir de l'éducation et du soutien aux jeunes afin de retarder la grossesse jusqu'à ce qu'ils aient complété leurs études secondaires.

54. Offrir une nutrition prénatale et des suppléments vitaminiques aux adolescentes enceintes et fournir un soutien aux mères adolescentes afin qu'elles cessent de fumer et de consommer de l'alcool.
55. Offrir des services d'extension complets aux parents adolescents, y compris des renseignements et des ressources qui faciliteront le développement des enfants en santé, et fournir le soutien afin qu'ils complètent leurs études secondaires et qu'ils établissent un système durable à l'intention de leur nouvelle famille.

L'environnement physique

56. Accentuer l'action des inspecteurs de santé publique et appliquer les normes domiciliaires minimales.
57. Favoriser une plus grande disponibilité de logements à prix abordables et sécuritaires pour les familles à faible revenu.
58. Promouvoir des mesures protectrices (par exemple, porter des vêtements protecteurs, rester à l'ombre, éviter le soleil du midi, utiliser un écran solaire qui comporte un facteur de protection solaire supérieur à 15, porter des lunettes de soleil et un chapeau.
59. Renseigner les jeunes sur les effets dangereux des rayons UVA et UVB.
60. Favoriser la mise en application de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada, en portant une attention particulière aux politiques et aux activités législatives qui visent à protéger les personnes exposées à la fumée de tabac ambiante.
61. Travailler avec les ministères appropriés afin d'améliorer la qualité de l'air et de l'eau dans les communautés exposées.

Les capacités biologiques et génétiques

62. Accroître le soutien offert aux adolescents et à leurs familles afin de répondre à leurs besoins par rapport à leur affection chronique et leur fournir les soins liés à leur déficience.
63. Fournir un soutien aux adolescents et à leurs familles afin de leur permettre d'élaborer des plans pour faciliter le passage à l'âge adulte.
64. Promouvoir la sensibilisation sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse par l'entremise des campagnes publiques de sensibilisation et l'inclure dans les programmes scolaires afin de réduire l'incidence du syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le fœtus.

Au-delà des déterminants de la santé

65. Appuyer la liaison des données entre les secteurs et la collecte des données régionales afin d'ajouter aux données nationales.
66. Procéder à la collecte et à l'analyse des données relatives à des populations particulières (par exemple, les jeunes Autochtones vivant en région urbaine, les jeunes ayant des déficiences) et y inclure les différences d'âge et de sexe.

67. Continuer à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer les modèles de collaboration intersectorielle dans la prestation des services.
68. Utiliser les données portant sur les résultats afin d'améliorer la prestation des services et accroître la prise de décision fondée sur les résultats.
69. Appuyer la recherche dans des domaines prioritaires relatifs à la santé des adolescents : la résilience et l'identité chez les adolescents, la prise de décisions concernant des comportements à risques et des comportements qui améliorent la santé, les études propres à chaque sexe et propres à chaque culture.
70. Synthétiser et diffuser la recherche sur le développement des adolescents en santé.

Membres du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (Avril 2000)

D^r Joel Kettner
Président, Manitoba
Directeur de la santé
Ministère de la santé

M. Ian Potter
Vice-président, Santé Canada
Sous-ministre adjoint
Santé Canada

M^{me} Teresa Hennebery
Î.-P.-É.
Directrice
Ministère de la santé et des services sociaux

M^{me} Beverly Clarke
Terre-Neuve
Sous-ministre adjointe
Ministère de la santé et des services sociaux

M^{me} Debra Keays
Nouvelle-Écosse
Directrice
Ministère de la santé

M^{me} Lyne St-Pierre-Ellis
Nouveau-Brunswick
Conseillère sur les politiques du
Ministère de la santé et du
mieux-être

D^r Richard Massé
Québec
Sous-ministre adjoint de la santé
publique
Ministère de la santé et des services
sociaux

D^r Colin D'Cunha
Ontario
Directeur de la Santé et directeur
Ministère de la santé et des
soins de longue durée

M^{me} Sue Hicks
Manitoba
Sous-ministre associée
Ministère de la santé

D^{re} Marlene Smadu
Saskatchewan
Sous-ministre adjointe
Ministère de la santé

M^{me} Cecile Lord
Alberta
Sous-ministre adjointe
Ministère de la santé et du
mieux-être

D^r Perry Kendall
Colombie-Britannique
Agent de santé provincial
Ministère de la santé

M. Ron Pearson
Yukon
Directeur
Gouvernement du Yukon

D^{re} Konia Trouton
Nunavut
Directrice
Ministère de la santé et des services
sociaux

D^r André Corriveau
Territoires du Nord-Ouest
Directeur
Ministère de la santé et des services
sociaux

D^r Tariq Bhatti
Santé Canada
Directeur
Santé Canada

D^r Bryce Larke
Vice-président F-P-T Sida
Conseiller médical provincial
Ministère de la santé et du mieux-
être

D^r David Kinloch
Secteur privé
Conseiller et chercheur sur les
politiques

D^r Ralph Nilson
Secteur privé
Doyen de la Faculté des études sur
l'activité physique

D^r Miriam Stewart
Secteur privé
Directrice
University of Alberta

M. Gary Catlin
Observateur
Directeur
Statistique Canada

M^{me} Kathy Mestery
Manitoba
Présidente associée
Ministère de la santé

Secrétariat
M^{me} Julie Pigeon
(remplacante Shélie Laforest)
Santé Canada
Gestionnaire de programme
Santé Canada

M. Pierre Génier
Santé Canada
Gestionnaire
Santé Canada

Annexe C

Membres du groupe de travail sur le développement sain des enfants

M. Brian Ward (Coprésident)
Santé Canada
Directeur
Santé Canada

M^{me} Donna Ludvigsen (Coprésidente)
Alberta
Directrice de projet
Ministère de la santé et du mieux-être

M^{me} Laraine Poole
Î.-P.-É.
Agente de liaison sur les politiques
gouvernementales
Ministère de la santé et des services sociaux

M^{me} Joy Maddigan
Terre-Neuve
Directrice
Ministère de la santé et des services communautaires

M^{me} Hope Beanlands
Nouvelle-Écosse
Coordonnatrice
Ministère de la santé

M^{me} Barbara Slater
Ontario
Directrice intérimaire
Ministère de la santé

M^{me} Leanne Boyd
Manitoba
Conseillère sur les politiques et les programmes
Secrétariat de l'enfance et de la jeunesse

M. Jim Simmons
Saskatchewan
Directeur exécutif
Ministère de la santé

M^{me} Laurie Duncan
Colombie-Britannique
Directrice
Ministère des enfants et de la famille

M. Frank Capello
Territoires du Nord-Ouest
Conseiller
Ministère de la santé et des services sociaux

M^{me} Lynda Bottoms
Santé Canada
Analyste de la recherche
Santé Canada

M. Craig Shields
Secteur privé
Conseiller, Services à la personne

D^{re} Miriam Stewart
Secteur privé
Directrice
University of Alberta

Secrétariat
M^{me} Julie Pigeon
(remplaçante Shélie Laforest)
Santé Canada
Gestionnaire de programme
Santé Canada

Liste de références

1. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Création d'une stratégie nationale pour le développement sain des enfants*, Ottawa, le Comité, 1998, n° de catalogue H39-424/1998F.
2. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé*, Ottawa, le Comité, 1999, n° de catalogue H39-504/1999F.
3. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population*, Ottawa, le Comité, 1999, n° de catalogue H39-468-/1999F.
4. Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario, *Le tabagisme et l'image projetée par les jeunes femmes*, Ottawa, Santé Canada, 1996, n° de catalogue H39-366/1996F.
5. B. Morrongiello, « Prévenir les blessures accidentelles chez les enfants », *Les déterminants de la santé; les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes, 1998, vol. 1. Les documents de recherche ont été demandés par le Forum national sur la santé.
6. D.R. Offord et E.L. Lipman, « Problèmes émotifs et problèmes de comportement », *Grandir au Canada : Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1, de Statistique Canada.
7. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *L' action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, le Comité, 1999, n° de catalogue H39-507/1999.
8. Ministère des enfants et de la famille, « Youth Policy Framework », préparé pour le ministère des Enfants et de la Famille, Colombie-Britannique, 25 novembre 1999. Publié à <http://www.mcf.gov.bc.ca/youth/POLFRAM122.pdf>.
9. R.F. Catalano et J.D. Hawkins, *Plan of Action for Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas, 1998-2001*, Washington, Organisation panaméricaine de la santé, 1998.
10. Statistique Canada, *Statistiques démographiques annuelles*, Ottawa, le Ministère, 1998, n° de catalogue 91-213.
11. Totalisation spéciale de Statistique Canada selon les données de recensement de 1996. Préparé pour le Groupe de travail sur le développement sain des enfants du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, mars 2000.

12. Groupe de travail sur la stratégie nationale pour la jeunesse autochtone, *Stratégie nationale pour la jeunesse autochtone*, Le Groupe de travail, 1999.
13. C. Ringwalt, J. Greene, N. Robertson et coll., « The Prevalence of Homelessness Among Adolescents in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 9 (1998), p. 1325-1329.
14. Conseil national du bien-être social, *Profil de la pauvreté, 1997*, Ottawa, le Conseil, 1999, n° de catalogue H67-1/4-1997F.
15. Statistique Canada, cité dans *Le progrès des enfants au Canada à l'aube du millénaire*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1999.
16. Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités : un portrait des personnes ayant une incapacité*, Ottawa, le Ministère, 1991, n° de catalogue 89-542F.
17. D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly, « Overview: Children in Canada in the 1990s », *Grandir au Canada : Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines et Statistique Canada, 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1, de Statistique Canada.
18. B. Perry, *Fifth Annual Healthy Families America Conference*, Chicago, mars 1997.
19. D. McCall, R. Beazley, M. Doherty-Poirier et coll., *Écoles, santé publique, sexualité et VIH: un rapport de situation*, préparé pour le Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 1999.
20. McCreary Centre Society, *Healthy Connections: Listening to BC Youth*, Burnaby, la Société, 1999.
21. Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario cité dans *Le développement sain des enfants et des jeunes*, Ottawa, Santé Canada, 1999, n° de catalogue H501/1999F.
22. T. Stephens, *Population Mental Health in Canada*, Unité de la promotion de la santé, DGPPS, Ottawa, Santé Canada, 1998.
23. M. Boyd et D. Norris, cités dans *Le progrès des enfants au Canada à l'aube du millénaire*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1999.
24. A.J.C. King, W.F. Boyce et M.A. King, *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999, n° de catalogue H39498/1999F.
25. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, le Comité, 1999, n° de catalogue H39-467/1999F.

26. K. Kidder, J. Stein et J. Fraser, *La santé des enfants du Canada: Un profil de l'ICSI*, 3^e éd., Ottawa, L'Institut canadien de la santé infantile, 2000.
27. Alder Group, *Grandir en santé au Canada : Guide pour le développement positif des enfants*, préparé pour la Sparrow Lake Alliance and Funders Alliance for Children, Youth and Families, 1998.
28. M.N. McCain et J.F. Mustard, *Inverser la véritable fuite des cerveaux: étude sur la petite enfance rapport final*, Toronto, Secrétariat à l'enfance, Gouvernement de l'Ontario, 1999.
29. R. Shore, *Rethinking the Brain*, New York, Families and Work Institute, 1997.
30. R. Lowry, L. Kann, J. Collins et coll., « The Effect of Socioeconomic Status on Chronic Disease Risk Factors Among U.S. Adolescents », *Journal of the American Medical Association*, vol. 276, n^o 10 (1996), p. 792-797.
31. J. Reading, *Rapport sur le tabac*, Ottawa, Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999.
32. E.M. Adlaf, F.J. Ivis et R.G. Smart, *Ontario Student Drug Use Survey: 1977–1997: Executive Summary*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997.
33. J.M. Greene, S.T. Ennett et C. Ringwalt, « Substance Use Among Runaway and Homeless Youth in Three National Samples », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n^o 2 (1997), p. 229-253.
34. D.R. Offord, M.H. Boyle, D. Campbell et coll., « Mental Health in Ontario: Selected Findings from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey: Methodology », *Canadian Journal of Psychiatry*, n^o 41 (1996), p. 549-558.
35. B. Gottlieb, « Promouvoir le développement optimal des jeunes au Canada », *Les déterminants de la santé; les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes, 1998, vol. 1. Les documents de recherche ont été demandés par le Forum national sur la santé.
36. M. Kaufman, éd., « Change is the Essence: Adolescent Development », dans *Mothering Teens: Understanding the Adolescent Years*, Charlottetown, Gynergy Books, 1997.
37. D. Haffner, « Sexuality: The Desire to be Lovable and Loving », dans *Mothering Teens: Understanding the Adolescent Years*, M. Kaufman, éd., Charlottetown, Gynergy Books, 1997.
38. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, « La chlamydie génitale au Canada », *Actualités en épidémiologie sur les MTS*, Ottawa, Santé Canada, mai 1999.
39. Santé Canada, *La santé des Premières Nations et des Inuits au Canada – un Second Diagnostic*, Ottawa, le Ministère, 1999.

40. La Fondation Sauve-Qui-Pense, *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*, Toronto, la Fondation, 1998.
 41. Transports Canada, *Totaux des collisions et des victimes 1977–1996*, Ottawa, le Ministère, 1999.
 42. H. MacMillan, C. Walsh, E. Jamieson et coll., *La santé des enfants: Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999.
 43. M. Stewart, éd., « Social Support, Coping and Self-Care as Public Participation Mechanisms », *Community Nursing: Promoting Canadians Health*, Toronto, WB Saunders Company, 2000.
 44. J. Ritchie, M. Stewart, M. Ellerton et coll., « Parents' Perceptions of the Impact of a Telephone Support Group Intervention », *Journal of Family Nursing*, vol. 6, n° 11 (2000), p. 25-45.
 45. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégie d'amélioration de la santé dans la population : investir dans la santé des canadiennes*, Ottawa, le Comité, 1994, n° de catalogue H39-316/1994F.
 46. R. Wilkinson et M. Marmot, éditeurs, *Les déterminants sociaux de la sante: des preuves solides*, Copenhagen, Organisation mondiale de la santé, 1998.
 47. D.P. Ross et P. Roberts, *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : Un nouveau regard au débat sur la pauvreté*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1999.
 48. L. Reutter, « Socioeconomic Determinants of Health », dans *Community Nursing: Promoting Canadians Health*, M. Stewart, éd., Toronto, W.B. Saunders Company, 2000.
 49. A.B. Doyle et M.M. Moretti, « Attachement aux parents et adaptation pendant l'adolescence: analyse bibliographique et incidences, non publié, préparé pour la Division de l'enfance et de la jeunesse, Santé Canada, Ottawa.
 50. D. Dougherty, cité par A.J.C. King, W.F. Boyce et M.A. King, dans *Trends in the Health of Canadian Youth*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
 51. Santé Canada, *Le développement sain des enfants et des jeunes*, Ottawa, le Ministère, 1999, n° de catalogue H39-501/1999F.
 52. Alder Group, *Growing Healthy Canadians: A Guide for Positive Child Development*, préparé pour la Sparrow Lake Alliance and Funders Alliance for Children, Youth and Families, s.l., 1998.
 53. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants au Canada à l'aube du millénaire*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1999.
 54. M.D. Resnick et coll., cités par A.J.C. King, W.F. Boyce et M.A. King, *Trends in the Health of Canadian Youth*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
-

55. M. Eichler, *Families in Canada Today: Recent Changes and Their Policy Consequences*, Toronto, Gage Publishing, 1983.
56. Association canadienne de santé publique, *Déclaration de principe: l'absence de logement et la santé*, l'Association, 1997.
57. B. Bryant, « How Does Social Support Develop During Childhood? », *Social Problems and Social Contexts in Adolescence: Perspectives Across Boundaries*, K. Hurrelman et S.F. Hamilton, éditeurs, New York, Aldine de Gruyter, 1996.
58. M. Stewart, C. Mangham et G. Reid, « Fostering Children's Resilience », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 12, n° 1 (1997), p. 21-31.
59. Tierney JP, Branch AY (1992). *College Students as Mentors for At-Risk Youth: A Study of Six Campus Partners in Learning Programs*. Philadelphia: Public/Private Ventures.
60. Organisation mondiale de la santé, *Health and Health Behaviour Among Young People*, Copenhagen, Organisation mondiale de la santé, 2000.
61. McCreary Centre Society, *Adolescent Health Survey: Street Youth in Vancouver*, Burnaby (C.-B.), la Société, 1994.
62. OMA Committee on Population Health, *Literature Review on Homelessness and Health in Canada*, Toronto, le Comité, 1995.
63. Santé Canada, *Répondre aux besoins des jeunes à risque au Canada : leçons à retenir d'un projet national de développement communautaire*, Ottawa, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, le Ministère, 1997, n° de catalogue H39-411/1997F.
64. Conseil canadien de développement social, *Le Progrès des enfants au Canada 1998 : gros plan sur les jeunes*, Ottawa, le Conseil, 1998.
65. A. Lefebvre, « Ability On-Line: Promoting Social Competence and Computer Literacy in Adolescents with Disabilities », s.l., *Rehabilitation Digest*, vol. 23 (1992), p. 3-6.
66. P.J. Dunham, « Staying Connected: A Computer Mediated Parenting Support Network for Young Single Mothers », non publié, 1997.
67. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, Ottawa, le Comité, 1996, n° de catalogue H39-385/1996-1F.
68. R.G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London, Routledge, 1996.
69. R. Evans, M. Barer et T. Marmor, éditeurs, *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, Aldine De Gruyter, s.d.

70. J.D. Willms, « Indicators of Mathematics Achievement in Canadian Elementary Schools », *Grandir au Canada : Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Développement des ressources humaines et Statistique Canada, 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1, de Statistique Canada.
71. W.M. Craig, R.D. Peters et R. Konarski, *L'intimidation et la victimisation chez les enfants d'âge préscolaire au Canada*, document préparé pour la Direction générale de la recherche appliquée, politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada, 1998.
72. S. Cragg, C. Cameron et coll., *Canada's Children and Youth: A Physical Activity Profile*, série de rapports spéciaux de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1999.
73. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, « Les obstacles à l'activité physique », *progrès et prévention*, Bulletin n° 4, 1996.
74. M.G. Marmot, G. Rose, M. Shipley et coll., « Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 32 (1987), p. 244-249.
75. M.G. Marmot, « Social Inequalities in Mortality: The Social Environment », *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, R.G. Wilkinson, éd., London, Tavistock, 1986.
76. C. Bouchard, R. Shepard et T. Stephens, *Physical Activity, Fitness, and Health*, Débats internationaux et protocole d'accord, Champaign (Ill.), Human Kinetics Publishers, Inc., 1994.
77. D.P. Ross, K. Scott et M. Kelly, *La pauvreté: quelles sont les conséquences?* Ottawa, Centre de statistiques internationales sur le bien-être social et économique des familles et des enfants, Conseil canadien de développement social, 1996.
78. R.D. Bullard et B. Wright, « Environmental Justice for All: Perspectives on Health and Research Needs », *Toxicology and Industrial Health*, vol. 9, n° 5 (1993), p. 821-841.
79. Association canadienne de dermatologie, *Your Kids and the Sun*, Ottawa, l'Association, 1993.
80. T.K. Young, L. Bruce, J. Elias et coll., *The Health Effects of Housing and Community Infrastructure on Canadian Reserves*, Northern Health Research Unit, University of Alberta; Indian and Northern Affairs, 1991.