

***La santé durable, pour
les générations
futures***



AUTEURS

Christelle Féthière, M. Sc.
Chargée de projets, ASPQ

Yves G. Jalbert, Ph.D.
Spécialiste de contenu, ASPQ

SOUS LA DIRECTION DE

Lucie Granger, Adm.A, ASC
Directrice générale, ASPQ

COLLABORATION

Jean Alexandre
Responsable des communications et collecte de fonds, ASPQ

Martine Gagnon
Adjointe administrative, ASPQ

Ce mémoire est produit par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

ISBN : 978-2-920202-72-6

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document sont interdites sans l'autorisation préalable de l'Association pour la santé publique du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en mentionner la source.

MISE EN CONTEXTE

Le gouvernement du Québec s'est engagé à renouveler la Politique québécoise de la jeunesse 2001-2015 axée sur les jeunes de 15 à 29 ans qui, en 2012, représentaient 18,9 % de la population (ISQ, 2013). Pour ce faire, le gouvernement organise une consultation auprès des jeunes, des personnes et des groupes.

Les stratégies d'action de cette nouvelle mouture visent à instaurer des mesures pour aider ces jeunes à être en santé, à parfaire leur éducation, à occuper un emploi qui leur correspond et à participer à la vie de leurs communautés (Secrétariat à la jeunesse, 2015).

Pour sa part, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPO) répond dans ce mémoire aux questions de l'axe d'intervention 1 qui concernent les saines habitudes de vie, et scrute la question sous l'angle de la *santé durable*. Lorsqu'il est question de santé et de *santé durable*, leurs déterminants dépassent largement la sphère médicale. Ils trouvent écho dans le travail, l'éducation, les transports, l'environnement, l'économie, l'agriculture, la famille et l'immigration entre autres. Se situant au carrefour des connaissances scientifiques et des systèmes économique, politique et social, le domaine de la santé publique possède la compétence requise pour intervenir en amont sur la santé des citoyens.

Pour l'ASPO, la santé représente bien plus qu'un état individuel de bien-être physique et mental. Il s'agit d'un actif social et économique qui doit être préservé et mis en valeur par une approche durable qui tienne compte des conséquences des décisions futures pour la santé qui sont prises aujourd'hui.

L'État joue un rôle de premier plan dans l'adoption d'une approche durable de la santé. Par la réglementation et par ses interventions diverses, incarnées par le personnel de la santé publique, il facilite l'adoption de pratiques et de comportements durables en matière de santé.

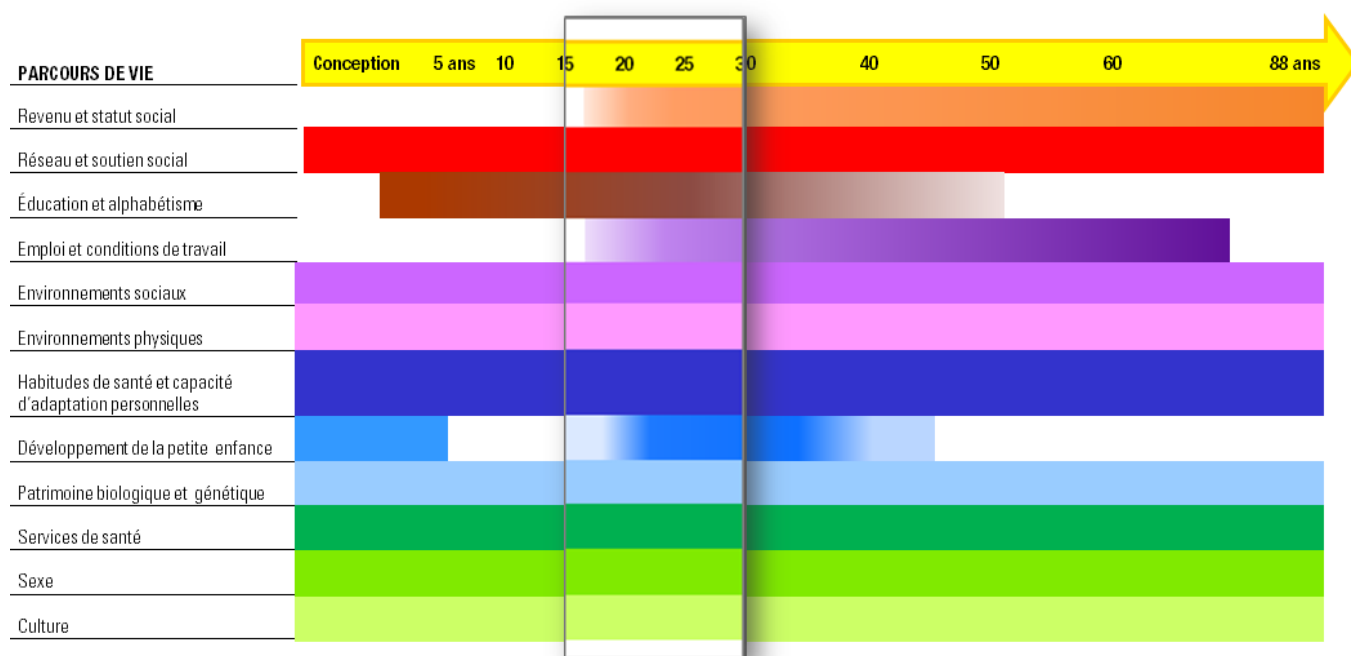
Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, évoluent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Chacune de ces circonstances sont déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique (OMS, 2011)¹.

Au Québec, plus de la moitié de la population âgée de 12 ans et plus souffre d'au moins une maladie chronique (AQESS, 2014). Les maladies chroniques comprennent les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies de l'appareil musculo-squelettique, les maladies dégénératives, les problèmes de santé mentale et le cancer. Fait à noter, 80 % des cas de maladies cardiovasculaires et d'AVC, 80 % des cas de diabète de type II et 50 % des cancers sont évitables en adoptant de meilleures habitudes de vie (OMS, 2006). Il faut souligner que les jeunes de 15 à 29 ans ciblés par la Politique Jeunesse constituent la première génération à subir les conséquences liées aux changements climatiques. Les enfants d'aujourd'hui formeront la première génération depuis longtemps à avoir une espérance de vie moins longue que celle de leurs parents[i]. L'une des raisons invoquées est le taux d'obésité qui a augmenté de façon significative. Il semble clair également que l'obésité est reliée à un faible niveau d'activité physique et à une mauvaise alimentation[ii].

Le capital santé des jeunes est influencé par des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux. Ces facteurs ont une incidence directe ou indirecte sur leur santé tout au long de leur vie et jouent un rôle crucial dans l'atteinte d'une *santé durable*. Les déterminants de la santé et le modèle axé sur le *parcours de vie* (voir la figure 1) aident à comprendre comment certains facteurs ou expériences peuvent avoir une incidence sur la santé et sur la capacité à faire des transitions saines d'une étape de vie à une autre.

La *santé durable* est aussi le résultat de comportements individuels teintés par ces facteurs. Pour faire une différence auprès des jeunes, il faut s'intéresser à eux dès leur conception tout en s'attardant aux déterminants de la santé, à la réduction des inégalités sociales de santé, aux populations vulnérables et à l'amélioration de la littératie en santé dans leur parcours de vie.

Figure 1. Influence des déterminants sociaux de la santé durant le parcours de vie – de la conception à la vie adulte



Les passages de l'enfance à l'adolescence puis de l'adolescence à la vie adulte sont des moments cruciaux, charnière et complexes dans le parcours de vie des jeunes et varient d'un individu à l'autre. Durant ces périodes, on voit apparaître d'un côté, de nouveaux défis pour ces jeunes marqués par une transition déterminante sur les plans biologique, psychologique, économique et social; et de l'autre, certaines problématiques en lien avec l'adoption de saines habitudes de vie, la persévérance et la réussite scolaire, l'entrée sur le marché du travail et la participation citoyenne. En fait, c'est durant ces périodes importantes que les jeunes adoptent des attitudes et des comportements qu'ils garderont tout au long de leur vie et qui détermineront leur état de *santé durable*. L'aide du gouvernement et de ses partenaires dans la création de conditions et d'environnements dynamiques et favorables à leur épanouissement s'avère essentielle.

Les jeunes âgés de 15 à 29 ans constituent un segment de la population de plus en plus diversifié et les tendances dans les transitions de vie ont aussi largement évolué depuis la mise en œuvre de la première politique de la jeunesse. La frontière entre la fin de l'adolescence et l'âge adulte varie d'une personne à l'autre : elle peut fluctuer

davantage si une personne appartient à un groupe en difficulté, marginalisé ou laissé pour compte. En effet, le portrait de santé des jeunes âgés de 15 à 29 ans évolue et les besoins de ces jeunes se cristallisent dans les nouveaux enjeux et défis auxquels le gouvernement et ses partenaires devront s'adapter.

L'ASPO considère la jeunesse comme une ressource capitale et comme moteur de changements puisque les jeunes sont les piliers du développement durable et de la *santé durable*.

Littératie en santé

La Politique québécoise de la jeunesse se doit de mettre l'accent sur la littératie en santé : un facteur de protection qui favorise une démarche axée sur les déterminants de la santé et qui permet de réduire les inégalités en santé. La littératie en santé est la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie.

La littératie en santé est vue par plusieurs comme un déterminant de la santé, probablement plus important que la scolarité (ISQ, 2012). Rappelons que le niveau de littératie se retrouve dans les compétences personnelles et sociales de la carte de la santé et de ses déterminants du ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS 2012).

Le *Conseil canadien sur l'apprentissage* (2008) et le *Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé* (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008) estiment que 60 % des Canadiens de 16 ans et plus ont un faible niveau de littératie en santé, dont les immigrants qui ne parlent ni français, ni l'anglais, les adultes ayant un faible revenu ou qui sont sans emploi et les adultes ayant une faible scolarité

Au Québec, 66 % des personnes de 16 ans et plus présentent des niveaux de littératie inférieurs au niveau 3, lequel est jugé souhaitable pour ce qui est de la littératie en santé (ISQ, 2012). En fait, ces personnes n'ont pas les compétences nécessaires pour trouver, comprendre et utiliser l'information de manière à pouvoir prendre de bonnes décisions pour leur santé. L'interprétation des messages de marketing et de l'information sur la santé provenant des professionnels et/ou du web joue un rôle primordial sur l'adoption de comportements qui contribuent à prévenir les maladies chroniques.

Les Canadiens ayant les niveaux les plus faibles de littératie en santé sont deux fois et demie plus susceptibles d'être dans un état de santé moyen ou mauvais que ceux qui atteignent les niveaux les plus élevés; ils sont beaucoup moins susceptibles de faire partie de groupes communautaires ou de faire du bénévolat et plus de deux fois et demie plus susceptibles de recevoir des prestations de soutien du revenu (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008).

Une bonne littératie permet de travailler de façon plus sécuritaire, d'être plus productif, de s'adapter aux changements plus facilement, d'apprendre plus rapidement des compétences techniques, d'être en meilleure santé, d'être mieux rémunéré, de trouver plus rapidement du travail, de participer davantage à la vie démocratique et d'accroître le taux de diplomation (Littératie Québec, 2011).

Les jeunes Québécois ne jouissent pas tous d'une bonne santé et les inégalités sociales de santé sont préoccupantes. En effet, les jeunes issus de milieux modestes, qui présentent un faible niveau de scolarité, qui vivent ou travaillent dans des conditions difficiles et qui ont un accès limité à des services de santé, de soutien social ou d'aide à la petite enfance sont plus exposés à des problèmes de santé physique et mentale que les jeunes de milieux favorisés.

Les déterminants sociaux de la santé (Mikkonen et Raphael, 2011)

- Les personnes aux prises avec des **conditions de vie sociales et matérielles défavorables** souffrent d'un haut degré de stress physiologique et psychologique.
- Le **niveau de revenu** détermine les conditions de vie en général, influence le fonctionnement psychologique et influe sur les habitudes liées à la santé, comme la qualité de l'alimentation, le degré d'activité physique, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool.
- Le **niveau d'éducation** est étroitement lié à d'autres déterminants sociaux de la santé comme le niveau de revenu, la sécurité d'emploi et les conditions de travail. L'éducation renforce la **littératie** et la compréhension des moyens que peut prendre personnellement un individu pour promouvoir sa santé.
- Un **emploi stable** offre à la fois un revenu garanti, un sentiment d'identité, en plus de faciliter l'organisation de son quotidien.
- Les **conditions de travail** constituent un important déterminant social de la santé en raison des longues heures passées sur les lieux de travail.
- Les expériences de la **petite enfance**, d'un point de vue biologique, psychologique et social, ont une influence immédiate et prolongée sur l'état de santé.
- La **nourriture** constitue l'un des principaux besoins humains en plus d'être un important déterminant de la santé.
- Un **logement adéquat** est essentiel si on veut mener une existence en santé.
- L'**exclusion sociale** touche certaines tranches de la population qui se voient refuser la possibilité de participer pleinement à la vie québécoise.
- Le **filet de sécurité sociale** comprend toute une gamme de prestations, de programmes et d'aides aptes à protéger la population lors de divers changements qui peuvent altérer la santé durant le parcours de vie d'un individu.
- Les **services de soins de santé** de qualité constituent à la fois un déterminant social de la santé et un droit fondamental.
- Les déterminants sociaux de la santé à l'égard du **sexe** sont plus défavorables pour les femmes que pour les hommes.
- Les minorités culturelles évoluent dans un contexte défavorable non seulement pour leur santé, mais aussi pour la santé et le bien-être de la société québécoise dans son ensemble.

Les clientèles vulnérables

- les jeunes en difficulté, marginalisés et laissés pour compte (jeunes décrocheurs, jeunes en centres jeunesse, jeunes en famille d'accueil, jeunes monoparentaux, jeunes de la rue, jeunes sans-abri, jeunes ayant des problèmes de santé mentale, jeunes handicapés ou à mobilité réduite, jeunes des minorités sexuelles, jeunes travailleurs du sexe, jeunes en situation d'itinérance, jeunes infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C, jeunes utilisateurs de drogues injectables, jeunes en milieu carcéral, jeunes membres de gang de rue, jeunes de familles à faible revenu);
- les jeunes chômeurs;
- les jeunes vivant dans une collectivité éloignée;
- les jeunes immigrants;
- les jeunes autochtones.

Remarque

De façon générale, il faut soulever la difficulté de répertorier des données épidémiologiques pertinentes concernant les jeunes ciblés par cette politique. En effet, ces données sont fractionnées par catégories d'âge (0-5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans, 18-24 ans et 25-29 ans); mais aucune catégorie spécifique ne regroupe les 15-29 ans. De plus, les études canadiennes et québécoises sont réalisées auprès des jeunes fréquentant les écoles, les cégeps et les universités, vivant dans des ménages privés ou utilisant des ressources communautaires. Les jeunes en difficulté, marginalisés et laissés pour compte ainsi que ceux issus des milieux les plus démunis et défavorisés sont peu étudiés. Parmi les exclus, on note également les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes, des établissements et de certaines régions éloignées. De plus, les enquêtes canadiennes et québécoises ne couvrent pas l'ensemble des problèmes de santé physique et mentale et l'ensemble des habitudes de vie des jeunes

QUESTION 1 Les priorités d'intervention déterminées par le gouvernement au sein de cet axe d'intervention sont-elles celles sur lesquelles la prochaine Politique jeunesse doit s'attarder, au cours des quinze prochaines années?

Oui, les priorités d'intervention déterminées au sein de l' « Axe d'intervention 1 - de saines habitudes de vie » sont celles sur lesquelles la prochaine politique jeunesse doit s'attarder au cours des 15 prochaines années. Cependant, tel que stipulé plus haut, elles devront tenir compte de la littératie en santé ainsi que des inégalités de santé.

Pour participer à la gestion de sa propre santé, il faut un certain degré de littératie en santé, c'est-à-dire être capable de consulter, de comprendre et de mettre en application de l'information sur la santé qui provient des programmes d'éducation et de sensibilisation du gouvernement (L'administrateur en chef de la santé publique, 2014). La littératie en santé permet de prendre des décisions éclairées sur l'utilisation des services de santé, les mesures de prévention et de promotion de la santé, afin de maintenir ou d'améliorer la santé et la qualité de vie tout au long du parcours de vie des personnes (traduction libre de Sorensen et collab., 2012; OMS, 2013).

Les inégalités sociales de santé (ISS) ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale : elles font écho aux écarts d'état de santé observés entre des groupes sociaux. Elles font référence aux relations entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc.). Les ISS concernent toute la population selon un gradient social. Dans tous les pays où les inégalités sociales sont bien mesurées, le groupe social mieux nanti présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur (<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>).

Il est important de souligner que les quatre axes d'intervention sont intrinsèquement interreliés et que la santé et l'éducation sont les assises sur lesquelles le gouvernement doit miser dès la petite enfance et poursuivre tout au long de la vie adulte.

Autres enjeux

Il serait judicieux de considérer la problématique du recours aux produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) dans la Politique Jeunesse. L'appel à l'action de l'ASPO intitulé *La face cachée des PSMA et l'imposture de l'industrie de l'amaigrissement, Démasquer l'industrie de l'amaigrissement*, fait référence aux sommes considérables que les Canadiens engloutissent chaque année dans cette industrie en pleine croissance. À titre d'exemple, l'industrie de l'amaigrissement réalisait un chiffre d'affaires de 6,09 milliards de dollars américains en 2014. Il devrait atteindre 8,33 milliards en 2019, soit une hausse de 30 % (Marketsandmarkets, 2015b). Si une fraction de ces sommes était consacrée à l'achat de fruits et de légumes frais, non seulement cela contribuerait-il à améliorer la santé de la population, mais cela permettrait aux citoyens de contracter de meilleures habitudes alimentaires et, du même coup, ferait prospérer l'industrie agricole québécoise. Qui plus est, l'industrie de l'amaigrissement exploite la vulnérabilité des personnes préoccupées par leur poids en utilisant des pratiques commerciales trompeuses qui reposent sur des études scientifiques douteuses. Les PSMA nuisent à l'adoption de saines habitudes de vie et à la santé physique et mentale de leurs utilisateurs.

Enfin, à notre avis, il serait souhaitable d'inclure la problématique des jeux de hasard et d'argent dans la liste des priorités d'intervention en lien avec les comportements à risque.

QUESTION 2 Comment le gouvernement du Québec et ses partenaires peuvent-ils influencer les habitudes des jeunes en ce qui concerne l'alimentation, l'activité physique, les comportements à risque ou les problèmes de santé mentale?

- Voir les tableaux ci-après

QUELQUES FAITS IMPORTANTS

OBÉSITÉ

- Entre 2009 et 2011, 21 % des jeunes de 15 à 29 ans faisaient de l'embonpoint et 9 % étaient considérés comme obèses (ISQ, 2014)
- Le surpoids augmente avec l'âge, passant de 20 % chez les 15 à 19 ans à 30 % chez les 20 à 24 ans et enfin à 40 % chez les 25 à 29 ans (ISQ, 2014)
- Parmi les 15 à 29 ans, les hommes sont plus enclins que les femmes à avoir un surpoids (embonpoint ou obésité) (ISQ, 2014)

○ **HABITUDES LIÉES AUX RECOMMANDATIONS DU GUIDE ALIMENTAIRE CANADIEN** (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)

- Les jeunes ne suivent pas les recommandations du Guide alimentaire canadien en matière du nombre de portions à consommer quotidiennement
- Les fruits et légumes jouent un rôle préventif sur certaines maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancer, obésité, diabète) et sont de bonnes sources de fibres alimentaires et de vitamines. Leur consommation contribue aussi au maintien du poids et au contrôle du diabète. Or:
- Les jeunes (15-29 ans) ne consomment pas leurs 5 portions quotidiennes de fruits et légumes
- Les hommes consomment moins de fruits et légumes que les femmes
- Les individus moins scolarisés ou à plus faibles revenus consomment moins de fruits et de légumes
- La consommation de produits laitiers des jeunes adultes ne rencontre pas les recommandations du Guide alimentaire canadien
- La consommation de produits céréaliers à grains entiers est toujours faible auprès des jeunes
- La consommation de poissons, légumineuses, noix et graines est insuffisante chez les jeunes.

ALIMENTS RICHES EN SUCRE, SEL GRAS (HAUTE TENEUR ÉNERGÉTIQUE ET FAIBLE VALEUR NUTRITIVE)

- La consommation de boissons sucrées et énergisantes occasionne des problèmes de santé dentaire, d'obésité et de diabète, ostéoporose. Les jeunes adultes consomment davantage leurs fruits sous forme de jus, qui sont plus caloriques et sans fibres (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)
- La consommation de boissons sucrées et de boissons énergisantes est élevée chez les jeunes (Blanchet, Plante, Rochette, 2009).
- Les jeunes hommes consomment davantage de boissons sucrées (gazeuses et aux fruits) et de boissons énergisantes que les femmes (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)
- La consommation d'aliments transformés ou de restauration rapide est élevée chez les jeunes (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)
- Les jeunes hommes consomment davantage des aliments préparés à l'extérieur de la maison et surtout des aliments de restauration rapide (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)

STYLE DE VIE

- Les jeunes hommes sont plus nombreux à sauter le déjeuner (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)
- Les jeunes hommes consomment moins de calories au dîner et ils en ingèrent beaucoup plus lors des collations (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)
- Les hommes âgés de 19 à 30 absorbent 25% de leur apport énergétique journalier en collations (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)
- Les horaires d'études, de sport, de loisirs et de travail ne permettent pas de consacrer du temps à l'achat et à la préparation des aliments et des repas maison.
- Le quart de l'apport énergétique des Québécois âgés de 19 ans et plus est associé à des aliments sans grande valeur nutritive (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)

INÉGALITÉS SOCIALES

- Les personnes plus favorisées rencontrent davantage les recommandations du Guide alimentaire canadien (Blanchet, Plante, Rochette, 2009)
- Les Québécois n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires font plus souvent face à l'insécurité alimentaire
- Les Québécois ayant de faibles revenus font plus souvent face à l'insécurité alimentaire
- Compte tenu des données ci-haut présentées, une attention particulière devrait être accordée aux jeunes hommes.

INTERVENTIONS

PRIORITAIRES

- Accessibilité:
 - Éliminer les déserts alimentaires
 - Favoriser la vente de fruits et légumes dans les points de vente populaires (dépanneurs, marchés, etc.)
 - Limiter l'implantation de restaurants rapides autour des écoles secondaires, cégeps et universités
- Développer des compétences culinaires des jeunes dès le primaire, pour favoriser leur autonomie (CQPP, 2013)
- Réglementer l'offre alimentaire dans les cégeps et les universités, comme c'est le cas dans les écoles secondaires
- Implanter une taxe sur les boissons sucrées dont les revenus seraient dédiés à la prévention

PISTES DE RÉFLEXION

- Élaborer un Guide alimentaire québécois inspiré du Guide alimentaire brésilien :
 1. Préparer les repas à partir de produits frais et d'ingrédients de base.
 2. Utiliser les huiles, les gras, le sucre et le sel avec modération.
 3. Limiter la consommation de mets prêt-à-manger et de boissons de toutes sortes.
 4. Manger à des heures régulières et ne pas faire autre chose (livre, ordinateur...) en mangeant. Manger dans un endroit agréable. Éviter les endroits bruyants et stressants et les buffets à volonté.
 5. Manger en bonne compagnie si possible.
 6. Faire les emplettes dans les établissements qui offrent une grande variété de produits frais. Éviter ceux qui vendent principalement des plats prêts à manger.
 7. Prendre plaisir à développer, exercer et partager vos habiletés à la préparation des repas et à cuisiner.
 8. Faire participer toute la famille : partager les responsabilités pour prendre le temps nécessaire à la préparation de repas sains.
 9. Choisir des restaurants qui offrent des plats cuisinés sur place. Éviter les chaînes de restauration rapide.
 10. Être critique à l'endroit des publicités de l'industrie alimentaire.
- Encourager l'implantation d'une carte de rabais pour les 15-29 ans dans les épiceries
- Travailler en partenariat avec le MAPAQ pour standardiser les portions recommandées dans les restaurants rapides et interdire les services de boissons sucrées à volonté afin de prévenir le surpoids et l'obésité
- Interdire la vente de boissons énergisantes aux mineurs (moins de 18 ans).
- Émettre des mesures d'encadrement plus strictes pour la commercialisation des PSMA

LES HABITUDES DES JEUNES EN CE QUI CONCERNE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

QUELQUES FAITS IMPORTANTS

SÉDENTARITÉ

- La sédentarité est le 4^e facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale : elle constitue un facteur de risque de nombreuses maladies chroniques (OMS, 2011)
- Le mode de vie sain et actif joue un rôle déterminant sur la santé physique, psychologique et sociale des individus
- La pratique d'activité physique dès le jeune âge diminue les probabilités de développer à l'âge adulte des maladies cardiovasculaires, du diabète, du surpoids, de l'obésité, de l'ostéoporose et certains cancers. Elle améliore également la concentration, la créativité, la mémoire et facilite l'apprentissage scolaire (INPES, 2011)
- Environ 17 % des jeunes de 15 à 29 ans sont considérés comme des personnes sédentaires en 2009-2010 (ISQ, 2014)
- La sédentarité augmente avec l'âge (ISQ, 2014)
- Les moins nantis pratiquent moins d'activité physique (McGill, 2015)

TRANSPORT ACTIF

- Les niveaux d'activité physique, de loisir et de transport dépendent certes des infrastructures, de l'éloignement géographique et d'autres facteurs personnels, mais ces activités s'accomplissent aussi en partie selon le désir de chacun (ISQ, 2008)
- Selon Statistique Canada, 50 % des jeunes âgés de 18 à 25 ans se rendent au travail en automobile. Une fois les études complétées, la proportion augmente de 20 % et d'un autre 10 % une fois la famille constituée (Journal 24H Montréal, 2015)
- Les personnes âgées de 18 ans et plus, au Québec, marchent pour se rendre au travail ou à l'école ou pour faire des courses. Les femmes sont un peu plus nombreuses à utiliser le transport actif (ISQ, 2008)

TEMPS D'ÉCRAN

- L'avènement des nouvelles technologies (tablettes, jeux vidéo, ordinateurs,) sédentarise de plus en plus les jeunes
- Les jeunes âgés de 12 à 17 ans sont plus nombreux à s'adonner à des jeux vidéo et à la lecture que les 18-24 ans (ISQ, 2015)
- Près du deux tiers des jeunes de 12 à 24 ans passent 15 heures ou plus par semaine devant des écrans et les garçons sont plus nombreux que les filles à adopter ce comportement (ISQ, 2015)
- La moyenne d'heures passées devant des écrans équivaut à près d'une journée par semaine (ISQ, 2015).

INTERVENTIONS

PRIORITAIRES

- Rendre obligatoire un temps minimal pour l'éducation physique au secondaire, au cégep et à l'université (CQPP, 2013)

PISTES DE RÉFLEXION

- Favoriser le transport actif entre la maison et l'école ou le travail dans toutes les régions du Québec
- Aménager des pistes cyclables de plus en plus sécuritaires.
- Offrir un rabais aux jeunes de 15-29 ans pour l'achat d'équipement (vélo, patins à roulettes, etc.) et l'abonnement à des centres sportifs.

LES HABITUDES DES JEUNES EN CE QUI CONCERNE LES COMPORTEMENTS À RISQUE

QUELQUES FAITS IMPORTANTS

ALCOOL: L'alcool est la substance la plus nocive, la plus consommée par les jeunes et les jeunes adultes au Canada (L'administrateur en chef de la santé publique, 2011). La consommation d'alcool est le troisième facteur de risque de maladie dans le monde (OMS, 2010). L'usage nocif de l'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies (dépendance à l'égard de l'alcool, cirrhose, certains cancers, maladies cardiovasculaires, etc.) et traumatismes résultant d'actes de violence, de suicides et des accidents domestiques de la route et du travail (OMS). L'impact de l'alcool dépend principalement de la quantité totale d'alcool consommé, du mode de consommation, boire une grande quantité lors d'une même occasion et de la qualité de l'alcool consommé (OMS). Les adolescents et les personnes jeunes sont particulièrement vulnérables aux effets nocifs de l'alcool. Durant l'adolescence, l'alcool peut conduire à des modifications structurelles de l'hippocampe, une structure responsable de la mémoire (OMS, 2007). La consommation excessive d'alcool entraîne également la diminution des habiletés psychomotrices qui accompagnent une alcoolémie élevée, pouvant causer des accidents de la route, des chutes, des noyades ou des empoisonnements (OMS). La consommation d'alcool entraîne des décès et des incapacités prématurés. Dans la tranche des 20-39 ans, près de 25 % du nombre total des décès sont attribuables à l'alcool (OMS, 2015)

o **CONSUMMATION CHEZ LES JEUNES**

- La consommation excessive d'alcool chez les jeunes est plus fréquente chez les jeunes adultes que dans les autres strates de la population (Statistique Canada, 2010). En effet, les jeunes s'adonnent de plus en plus à des activités de calage.
- Les jeunes commencent à boire de l'alcool vers l'âge de 16 ans, soit deux ans avant l'âge légal fixé au Québec (L'administrateur en chef de la santé publique, 2011)
- Le tiers des Québécois âgés de 15 à 29 ans a bu au moins cinq consommations au cours d'une même occasion au moins 12 fois au cours de l'année (ISQ, 2014)
- Les hommes, les adultes de 20 à 24 ans et les personnes nées au Canada boivent de l'alcool régulièrement dans de plus fortes proportions (ISQ, 2014)
- 7,6% des jeunes de 20 – 24 ans et 5,1% des jeunes de 15 – 19 ans sont des buveurs à risques : ils consomment 3 verres ou plus par jour
- Les jeunes canadiens de 15 à 24 ans consomment moins fréquemment que les personnes plus âgées, mais lorsqu'ils consomment, ils en prennent en plus grande quantité (INSPQ, 2009)
- Les étudiants universitaires québécois sont plus nombreux à consommer de l'alcool que les étudiants des autres provinces (INSPQ, 2009)

o **INÉGALITÉS SOCIALES**

- La littérature rapporte l'absence d'un facteur de risque unique, dominant, sauf que les personnes vulnérables sont plus susceptibles de présenter des problèmes liés à l'alcool du fait de sa consommation d'alcool (OMS, 2015)
- Certains facteurs environnementaux affectent la consommation d'alcool : le développement économique, la culture, l'offre d'alcool ainsi que la mise en œuvre et l'application des politiques en la matière (OMS, 2015)
- Les personnes provenant de milieux socioéconomiques défavorisés expérimentent davantage de méfaits liés pour la même quantité d'alcool consommée que ceux des milieux mieux nantis (OMS, 2014)

TABAC: Le tabagisme passif entraîne, chez l'adulte, de graves maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon. Les fumeurs sont moins actifs physiquement et consomment plus d'alcool. Les personnes défavorisées socialement et économiquement sont plus susceptibles de s'initier au tabac et d'être exposées à la fumée secondaire dans les lieux privés, comme le domicile et l'automobile (INSPQ, 2012). L'usage du tabac constitue un problème majeur de santé publique au Québec : on y déplore jusqu'à 10 000 décès par année (INSPQ, 2012)

o **CONSUMATION CHEZ LES JEUNES**

- 18 % des Québécois âgés de 15 ans et plus fument des cigarettes sur une base régulière (ISQ, 2014)
- Les hommes fument davantage que les femmes sur une base régulière ainsi que les personnes de 20 à 29 ans et celles nées au Canada (ISQ, 2014)
- Au Québec, 13% des 15-19, 20% des 20-24 ans et 19,5% des 25-29 sont fumeurs, sans distinction entre les sexes (ISQ, 2014)
- Le taux de tabagisme dans la population québécoise âgée de 12 ans et plus est de 23,3 % (MSSS, 2015)
- Les 20-24 ans constituent la tranche de la population affichant le taux de tabagisme le plus élevé, soit 31 % (MSSS, 2015)
- Le taux de tabagisme au secondaire est de 15 % (MSSS, 2015)
- Les filles au secondaire fument plus que les garçons (17 % c. 13 %) (MSSS, 2015)
- 28 % des jeunes du secondaire ont essayé la cigarette électronique et 20 % des jeunes n'ayant jamais fumé la cigarette ont utilisé la cigarette électronique (CQCT, 2014)
- Les jeunes du secondaire ayant utilisé du tabac ont consommé à un moment donné un produit aromatisé à 71 % et 26 % font usage de la cigarette au menthol (CQCT, 2014)
- De multiples facteurs influencent le tabagisme chez les jeunes : le prix, l'environnement familial et les pairs, les campagnes de prévention, la réglementation sur la consommation, la publicité, les nouveaux produits, les nouvelles saveurs, les nouveaux emballages, etc. (CQCT, 2014)
- Les jeunes qui consomment le plus la pipe à eau (chicha ou narguilé) sont plus jeunes, de sexe masculin, anglophones, ne vivent pas avec leurs parents, et le revenu de leur ménage est élevé (Dugas, 2010)

INTERVENTIONS

PRIORITÉS – ALCOOL (Giesbrecht, 2014)

- Maintenir le monopole de l'État sur la vente d'alcool. Il est pertinent toutefois de travailler en partenariat proche avec la Société des alcools du Québec (SAQ), afin de l'appuyer dans son mandat qui consiste à protéger la santé de la population en limitant la consommation d'alcool, particulièrement chez les jeunes et les femmes enceintes.

PISTES DE RÉFLEXION - ALCOOL

- Établir un prix minimum pour les vins et les spiritueux : le Québec établit un prix minimum pour les bières seulement et pas encore pour toutes les catégories de boissons alcoolisées vendues pour emporter.
- Limiter la densité (quantité) des points de vente d'alcool, particulièrement autour des cégeps et dans les universités
- Établir un âge minimal légal: le Québec n'a pas de programme gouvernemental d'inspection des points de vente d'alcool à emporter privés (dépanneurs, épiceries)
- Mettre en œuvre des programmes de dépistage et d'interventions brèves pour la consommation excessive et dangereuse d'alcool
- Travailler en partenariat avec le ministère de la sécurité publique afin de renforcer les contrôles d'alcool au volant
- Émettre des messages de prévention sur les bouteilles de vin, d'alcool et de bière.
- Rendre obligatoire une formation pour les tenanciers de bars ainsi que leurs barmen
- Faire un suivi et une surveillance de la consommation d'alcool chez les jeunes de 15 à 29 ans de façon récurrente afin de suivre l'évolution des tendances de consommation.

PRIORITÉS - TABAC

- Surveiller la consommation de tabac et de cigarette électronique chez des jeunes
- Adopter des lois musclées pour protéger les jeunes contre la fumée du tabac
- Éliminer le commerce illicite des produits du tabac auprès des jeunes
- Standardiser les mises en garde sur les emballages de produits du tabac vendus au Québec, notamment en imposant une taille minimum pour celles-ci (CQCT, 2015).

QUESTION 3 Quels sont les comportements à risque que la prochaine Politique jeunesse devrait prioriser?

- Surconsommation de sucre, de sel et de gras
- Sédentarité et temps d'écran
- Consommation fréquente et excessive d'alcool
- Consommation de cigarettes au menthol et cigarettes électroniques
- Recours aux produits, services et moyens amaigrissants

QUESTION 4 Promouvoir les relations interpersonnelles harmonieuses, par exemple la lutte contre le sexisme, le racisme et l'homophobie contribue-t-il à une meilleure intégration de tous les jeunes à l'école, sur le marché du travail et dans la société en général?

Il est indéniable que la promotion de relations interpersonnelles harmonieuses dans la lutte contre le sexisme, le racisme et l'homophobie contribue à une meilleure intégration des jeunes à l'école, sur le marché du travail et dans la société en général.

Toutefois, selon une étude réalisée par l'ASPQ auprès de jeunes âgés de 14 à 18 ans de 78 écoles secondaires, on constate que la première source d'intimidation et de stigmatisation est le poids d'un individu. On entend par stigmatisation du poids les attitudes et croyances négatives concernant le poids qui s'expriment sous la forme de stéréotypes, de préjugés et de traitements injustes à l'égard des personnes en surpoids ou obèses (Pulh, 2009).

Une attention particulière doit être apportée sur la stigmatisation à l'égard du poids dans les mesures d'intervention auprès des jeunes, car cette situation fait des ravages silencieux.

QUESTION 5 Quels sont les meilleurs moyens de favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie chez les jeunes?

Les meilleurs moyens de favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie sont :

1. l'amélioration de la littératie en santé auprès des jeunes;
2. la réduction des inégalités sociales de santé;
3. le développement d'un plan d'action pour la mise en œuvre de la politique québécoise de la jeunesse; en assurer un financement adéquat et une évaluation des impacts et du processus.

Références

- Agence de la santé publique du Canada (2014). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2014 : La santé publique et l'avenir*, 124 p.
- Agence de la santé publique du Canada (2011). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2014 : Jeunes et jeunes adultes en période de transition*, 212 p.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2014). *Maladies chroniques. Agir là où ça compte*, 52 p.
- Blanchet C., C. Plante, L. Rochette (2009). *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois*, Institut national de santé publique du Québec, 187 p.
- Cazale, L., M.-C. Paquette et F. Bernèche (2012). Poids, apparence corporelle et actions à l'égard du poids. Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 1 Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie.* (Chapitre 5, 121-148). Québec : Gouvernement du Québec.
- Coalition québécoise sur la problématique du poids (2013). *Un trio de recommandations pour permettre aux jeunes de développer leurs compétences alimentaires et culinaires à l'école*, 7 p.
- Coalition Québécoise sur le contrôle du Tabac (2014). *Nouvelles données sur le tabac chez les jeunes Québécois: Baisse du tabagisme, popularité des produits aromatisés et croissance de l'usage de la cigarette électronique.* Disponible sur : http://www.cqct.qc.ca/Communiqués_docs/2014/PRSS_14_11_25_Reactions_ETADJES_2013.pdf, consulté le 29 septembre 2015.
- Conseil canadien de l'apprentissage (2008). *La littératie en santé au Canada : Une question de bien-être* : Ottawa, 41 pages.
- Dugas, E., M. Tremblay, N.C.P. Low, D. Cournoyer et J. O'Loughlin (2010). Water-Pipe Smoking Among North American Youths, *Pediatrics*, 125(6):1184-1189..
- Fédération des Cégeps (2010). *Portrait de santé des jeunes québécois âgés de 15 à 24 ans*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 61 p.
- Giesbrecht, N., A. Wettlaufer, N. April et L. Plamondon (2014). *Réduire les méfaits et des coûts liés à l'alcool au Québec : Rapport sommaire provincial.* Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2014). *Regard statistique sur la jeunesse: État et évolution de la situation des Québécois âgés de 15 à 29 ans 1996 à 2012*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 189 p.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2015). *L'activité physique chez les adultes québécois en 2005 Portrait de l'activité physique de loisir et aperçu des transports actifs*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec 8p.

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2012). Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec 8 p.

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 209 p.

Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (INPES) (2011). *L'activité physique au quotidien protège votre santé*, 27 p. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp040211.pdf>, consulté le 29 septembre 2015.

Journal 24H Montréal (2015). Décourager l'achat de voiture, p. 3, diffusé le weekend du 18 – 20 septembre 2015.

Littératie Québec (2011). Vidéo disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=TaU12jwkwI>

McGill, Inégalités croissantes en santé chez les adolescents, Salle de presse 2015, disponible sur : <https://www.mcgill.ca/newsroom/fr/channels/news/in%C3%A9galit%C3%A9s-croissantes-en-sant%C3%A9-chez-les-adolescents-241526>, consulté le 29 septembre 2015.

Mikkonen, J. et D. Raphael (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2012). *La santé et ses déterminants – Mieux comprendre pour mieux agir*, 26 p.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2006). *Les maladies chroniques et leurs facteurs de risque communs*. Disponible en ligne : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/information/factsheets_FR_web.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2011). *L'exercice physique peut contribuer à réduire le risque de cancer du sein et du colon*. Disponible en ligne : http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/fr/, consulté le 29 septembre 2015.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2015). *Consommation d'alcool*. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>, consulté le 29 septembre 2015

Pulh, R. M. (2009). The Stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)*, 17(5), 941-964.

Rootman I., D. Gordon-El-Bihbety (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada, Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*, Association canadienne de santé publique, 54 p.

Secrétariat à la jeunesse (2015). *Ensemble pour les générations futures, politiques québécoise de la jeunesse – Document de consultation*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 56 p.

ⁱ <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/450482/percee-sante-dans-les-depanneurs>



ASSOCIATION POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE DU QUÉBEC

POUR EN SAVOIR PLUS WWW.ASPQ.ORG