

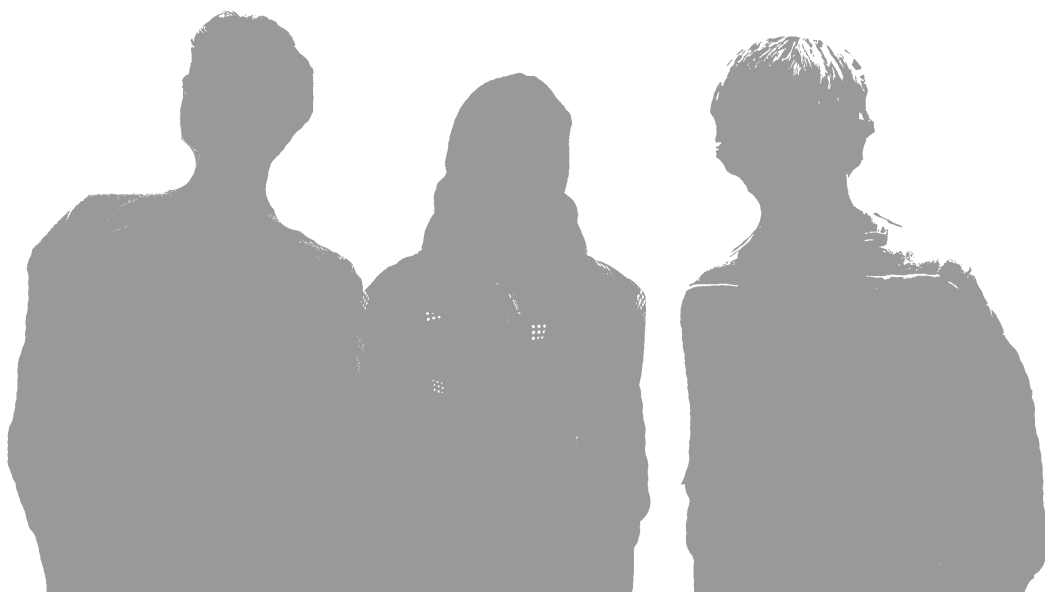
SERVICES PRÉVENTIFS EN
CLINIQUE JEUNESSE
CADRE DE RÉFÉRENCE





**SERVICES PRÉVENTIFS EN
CLINIQUE JEUNESSE**
CADRE DE RÉFÉRENCE


Janvier 2006



*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie*

Québec 

Réalisé par la Direction de santé publique



Le Cadre de référence des services préventifs en clinique jeunesse est une publication de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Auteurs

Catherine Risi, MD, M. Sc.
Françoise Caron, inf. MA (sexologie)
Linda Milette, MD, M. Sc., FRCPC

Secrétariat et mise en page

Manon Gaudreau et Nicole Beauregard

Conception et réalisation de la page couverture

Le zeste graphique

Responsable de l'édition

Jean-François Lapierre

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Service ressources documentaires – Vente de publications
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777, poste 4213

Cette publication est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss16.gouv.qc.ca.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Santécom : 16-2005-030

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-339-6

Collaborateurs

Comité aviseur interne

Nancy Chouinard, Caroline De Brouwer, France Janelle, Johanne Lessard, Dominique Tremblay.

Comité aviseur externe

Pierre Bouchard, CSSS Haut-Richelieu/Rouville; Louise Dépelteau, Centre jeunesse de la Montérégie; Chantal Gariépy, CSSS Richelieu-Yamaska; Yves Lambert, Centre jeunesse de la Montérégie; Lise Landry, CSSS Jardins-Roussillon; Shirley Lussier, CSSS du Haut-Saint-Laurent; Marielle Pelletier, CSSS Pierre-Boucher; Chantal Rochon, CSSS Champlain; Isabelle Rodier, CSSS Richelieu-Yamaska.

Groupe de consultation des infirmières

Nicole Blais, CSSS Pierre-Boucher; Suzanne Blaquière, CSSS Pierre-Boucher; Diane Caron, CSSS Jardins-Roussillon; Diane Chalifoux, CSSS de Sorel-Tracy; Céline Grondin, CSSS Haut-Richelieu/Rouville; Joanne Guérin, CSSS Richelieu-Yamaska; Diane Lagacé, CSSS de la Haute-Yamaska; Claire Lavallée, CSSS Jardins-Roussillon; Raymonde Lestage, CSSS Jardins-Roussillon; Marie-Josée Migué, CSSS la Pommeraie; Diane Morin, Centre jeunesse de la Montérégie; Mary Smith, CSSS Pierre-Boucher; Francine Roy, CSSS la Pommeraie; Claire Vivier, CSSS Champlain.

Groupe de consultation des médecins

Caroline Beausoleil, CSSS Pierre-Boucher; Guylaine Bérubé, CSSS Champlain; Pierre Bouchard, CSSS Haut-Richelieu/Rouville; Dorice Boudreault, CSSS du Suroît; Stella Brochu, CSSS Pierre-Boucher; Louise Cadoret, CSSS Jardins-Roussillon; Myriam Colette, CSSS Richelieu-Yamaska; Julie Larochelle, CSSS Jardins-Roussillon; Reine Lemyre, CSSS la Pommeraie; Denise Paré-Aubin, CSSS Pierre-Boucher; Caroline Perreault, Centre jeunesse de la Montérégie; France Quintal, CSSS Richelieu-Yamaska.



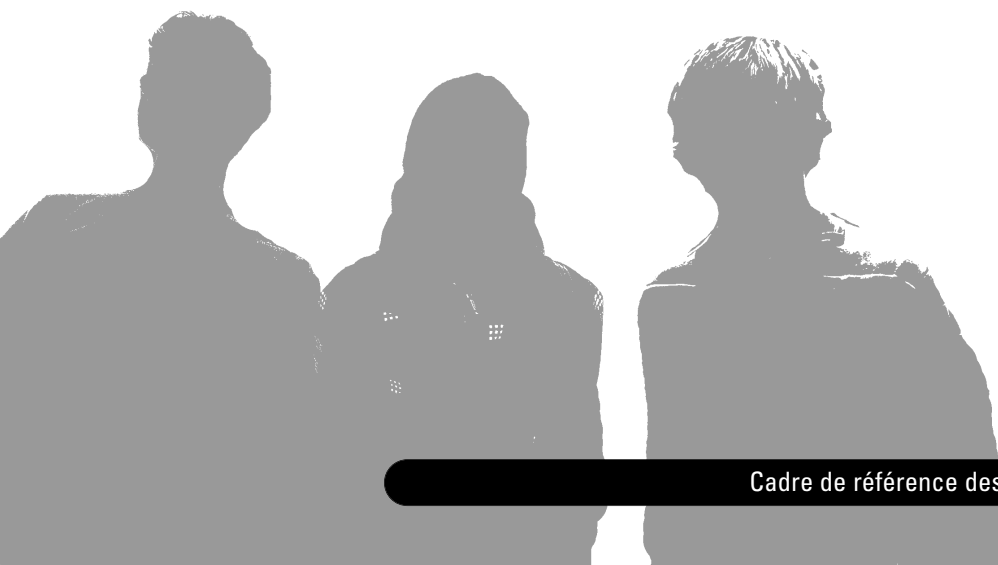
REMERCIEMENTS

La collaboration des collègues de la Direction de santé publique et des partenaires, notamment des infirmières et des médecins travaillant en clinique jeunesse, est essentielle pour l'élaboration d'un cadre de référence. C'est pourquoi nous remercions sincèrement les membres des comités aviseurs et des groupes de consultation qui ont participé aux différentes réunions et qui, de par leurs suggestions, ont enrichi grandement notre réflexion.

Merci également aux coordonnateurs famille-enfance-jeunesse des différents CSSS de la Montérégie pour leur assiduité à suivre nos travaux.

Merci aux docteurs Huguette **Bélanger**, Stéphane **Groulx**, Lina **Perron** et Stéphane **Roy** de la Direction de santé publique de la Montérégie et Andrée **Gilbert** de la Direction de santé publique de Montréal pour leurs commentaires constructifs.

Une pensée toute spéciale à Suzanne **Auger**, coordonnatrice du Programme enfance-jeunesse de la Direction de santé publique de la Montérégie, pour son appui tout au long des travaux et finalement un merci à Manon **Gaudreau** et Nicole **Beauregard** pour la mise en page du document.





MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Programme national de santé publique recommande d'implanter des services de « type clinique jeunesse », notamment en matière de santé sexuelle. Le Plan d'action régional de la Montérégie et les plans d'action locaux reprennent cette cible en réaffirmant l'importance de développer ces services près des milieux de vie des jeunes.

Afin de fournir un outil aux CSSS pour soutenir l'organisation des services en clinique jeunesse, la Direction de santé publique a élaboré ce cadre de référence.

Outre le fait de définir les services à offrir en clinique jeunesse et préciser la clientèle ciblée, le cadre de référence propose les pratiques cliniques préventives à offrir prioritairement et une façon de dispenser ces services par les professionnels les plus appropriés.

De plus, le présent document identifie certaines pistes afin d'organiser des services en clinique jeunesse adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes.

Nous espérons donc que cet outil que nous diffusons aujourd'hui devienne une aide précieuse pour les gestionnaires et professionnels des cliniques jeunesse et soit le point de départ d'une réflexion qui amènera une implantation et organisation optimales des cliniques jeunesse en Montérégie.



Jocelyne Sauvé, M.D.



TABLE DES MATIÈRES

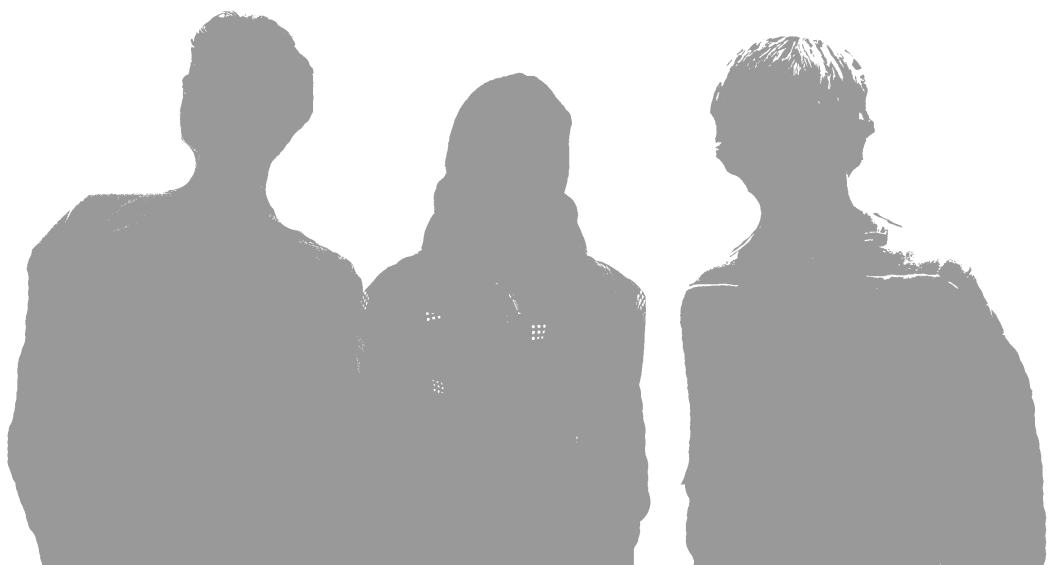
Auteures	2
Collaborateurs	3
Remerciements	5
Mot de la directrice	7
Table des matières	9
Liste des tableaux	10
Liste des acronymes	11
Introduction	13
1. Mise en contexte	15
1.1 Définition d'une clinique jeunesse	15
1.2 Objectif des cliniques jeunesse	16
1.3 Efficacité des cliniques jeunesse	16
2. Services en clinique jeunesse	17
2.1 Critères de priorisation	17
2.2 Offre de service	17
2.3 Comment organiser les services en clinique jeunesse	21
2.4 Considérations éthiques et légales	26
3. Implantation et consolidation des cliniques jeunesse	27
3.1 Conditions de mise en œuvre et barrières à l'implantation	27
3.2 Étapes pour implanter et consolider les services	27
3.2.1 Améliorer l'offre de service	28
3.2.2 Améliorer l'utilisation des services	28
3.2.3 Planifier l'évaluation pour orienter l'action	28
3.3 Rôles de la Direction de santé publique	29
Conclusion	31
Bibliographie	33
Annexe 1 : Cadre théorique	37
Annexe 2 : Portrait de santé	41
Annexe 3 : Modèle logique du cadre de référence	49
Annexe 4 : Trajectoire type d'un jeune	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Services préventifs dispensés principalement par l’infirmière et pouvant cibler <u>tous les jeunes de 12-24 ans</u>	19
Tableau 2	Services préventifs ciblant des jeunes de 12-24 ans ayant des <u>conditions particulières</u>	20
Tableau 3	Mesures à prendre en considération pour organiser des services en clinique jeunesse adaptés aux jeunes au niveau de <u>la relation jeune/professionnel</u>	22
Tableau 4	Mesures à prendre en considération pour organiser des services en clinique jeunesse adaptés aux jeunes au niveau de <u>l’épisode de soins</u>	23
Tableau 5	Mesures à prendre en considération pour organiser des services en clinique jeunesse adaptés aux jeunes au niveau de <u>l’environnement et de l’organisation</u>	24-25

LISTE DES ACRONYMES

- CAT** Centre d'abandon du tabagisme
- CLSC** Centre local de services communautaires
- CSSS** Centre de santé et de services sociaux
- COU** Contraception orale d'urgence
- DRMG** Département régional de médecine générale
- GMF** Groupe de médecine familiale
- IPPAP** Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et de leurs partenaires
- ITSS** Infections transmissibles sexuellement et par le sang
- IVG** Interruption volontaire de grossesse
- MADO** Maladies à déclaration obligatoire
- OLO** Oeufs-lait-oranges
- PAP** Papanicolaou
- PAR** Plan d'action régional
- PIQ** Protocole d'immunisation du Québec
- SIDEP** Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
- UDI** Utilisateurs de drogues par injection





INTRODUCTION

Au Québec, les cliniques jeunesse fournissent des services préventifs et curatifs aux adolescents et aux jeunes adultes. Pour certains jeunes, notamment ceux qui ont plusieurs facteurs de risque, les consultations en clinique jeunesse peuvent représenter la seule opportunité pour eux d'être en relation avec des professionnels de la santé. De plus, implantées en milieu scolaire, les cliniques jeunesse agissent en complémentarité avec les autres interventions de santé publique, comme École en santé, les environnements favorables, le soutien social, etc. L'adolescence est une période charnière pour l'acquisition de bonnes habitudes de vie et pour l'intervention précoce. En effet, promouvoir des comportements sains, identifier les comportements à risque et intervenir précocement sont des stratégies importantes en prévention clinique. Pour toutes ces raisons, il importe d'augmenter l'accessibilité à des services de première ligne de type clinique jeunesse pour ce groupe d'âge.

La Direction de santé publique de la Montérégie a considéré pertinent d'élaborer un cadre de référence des services préventifs à offrir en clinique jeunesse. **L'objectif principal de ce cadre de référence est de fournir un outil aux CSSS pour faciliter le choix des services préventifs à offrir dans une clinique jeunesse ainsi que des mesures pour organiser les services de façon optimale.** Ce cadre de référence permet également d'actualiser une stratégie mise de l'avant dans le Programme national de santé publique (PNSP), soit d'encourager le recours à des pratiques cliniques préventives efficaces. En effet, il est important de développer une stratégie de prévention clinique pour les cliniques jeunesse. Cette stratégie doit guider la priorisation des pratiques cliniques préventives et préciser le rôle des professionnels et des intervenants (Clapperton, 2005). Ce travail vise à favoriser une meilleure efficacité en proposant des pratiques cliniques préventives démontrées efficaces et pertinentes en fonction des objectifs de santé du PNSP et en suggérant une façon de dispenser ces services par les professionnels les plus appropriés. Une meilleure intégration du travail de l'infirmière, notamment celui fait dans le cadre des « cliniques nursing » à celui des autres professionnels, est également visée.

Ce cadre de référence est divisé en trois parties. Une première partie décrit succinctement le contexte actuel dans lequel évoluent les cliniques jeunesse. La deuxième partie, le cœur du document, décrit les services préventifs à offrir en clinique jeunesse et propose une façon d'organiser ces services. Finalement, une dernière partie aborde les éléments rattachés à l'implantation et à la consolidation de ces services en milieu scolaire ou en CSSS. Des annexes viennent compléter le document, soit : le cadre conceptuel d'une planification basée sur les besoins, un bref portrait de l'état de santé des jeunes, le modèle logique relié à ce cadre de référence et un exemple des services préventifs pouvant être offerts lors d'une consultation en clinique jeunesse.



1. MISE EN CONTEXTE

Les cliniques jeunesse existent au Québec depuis plus de vingt ans et relèvent actuellement des CSSS. Elles sont des priorités en termes d'offre de service depuis quelques années. Déjà, en 1999, le programme À toute jeunesse de la Direction de santé publique de la Montérégie recommandait la mise en place des cliniques jeunesse pour assurer des services de santé accessibles et adaptés aux jeunes (Lafontaine et autres, 1998). Le PNSP (MSSS, 2003) recommande d'implanter des services de « type clinique jeunesse », notamment en matière de santé sexuelle. Cet objectif est également présent dans le Plan d'action régional en santé publique de la Montérégie et repris dans tous les plans d'action locaux. De plus, les continuums d'intervention « Jeunes en difficulté » et « Universel », par le biais d'École en santé, rappellent l'importance de développer de tels services en première ligne. Toutefois, le type de services à inclure et la façon de les offrir ne sont pas définis de façon explicite.

1.1 Définition d'une clinique jeunesse

En 1999, les directeurs de santé publique du Québec se sont prononcés sur ce que devrait être une clinique jeunesse, soit :

« Les services à offrir en clinique jeunesse le sont par une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière et intervenant social) et visent à offrir des services préventifs et curatifs, spécifiquement organisés pour les adolescents, notamment en matière de santé sexuelle, d'habitudes de vie et de comportements sécuritaires, de compétences personnelles et sociales, de santé mentale, etc. Ces cliniques devraient être situées près des milieux de vie des jeunes, soit dans les écoles secondaires ou dans les CLSC à proximité. » Conseil des directeurs de santé publique, 1999.

Les cliniques jeunesse se distinguent donc des autres services de première ligne (par exemple cabinets privés, GMF) par la dispensation prioritaire des services préventifs, par leur réponse aux besoins spécifiques des jeunes et par leur proximité des milieux de vie.

Dans le contexte actuel et en continuité avec les services déjà existants, la définition suivante d'une clinique jeunesse a été retenue. **Une clinique jeunesse offre des services préventifs et des services curatifs adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes (12-24 ans), de préférence en milieu scolaire (écoles secondaires, cégeps, éducation aux adultes, centres de formation professionnelle) ou près des milieux de vie des jeunes.** Pour atteindre les objectifs de santé fixés dans le PNSP, la clientèle ciblée par les cliniques jeunesse devrait inclure les jeunes de 18 à 24 ans car la prévalence de plusieurs problèmes de santé est plus élevée dans ce groupe d'âge, notamment les ITSS, les grossesses non désirées, les problèmes de santé mentale, la consommation de tabac et d'alcool. De plus, les problématiques liées à ce groupe d'âge sont davantage comparables à celles des 12-17 ans qu'à celles des adultes plus vieux.

La présence régulière sur les lieux d'un médecin serait idéale pour faciliter la consultation et le suivi médical.

Pour les milieux où initialement aucun médecin n'est disponible pour offrir des services sur place, il est possible d'implanter une clinique jeunesse en assurant une référence rapide et une collaboration régulière avec un médecin. Des corridors de services avec des médecins de la communauté travaillant en cabinet privé ou en GMF pourraient être une alternative à envisager. Finalement, l'accès simple, rapide et prédéterminé à d'autres ressources, par exemple les services en santé mentale jeunesse et adulte ou les services sociaux, est essentiel. Il est donc important de développer des ententes de services au sein de chaque CSSS, selon les besoins.

1.2 Objectif des cliniques jeunesse

Dans une logique d'approche populationnelle, l'objectif général d'une clinique jeunesse est d'offrir des services de santé (préventifs et curatifs) dans le but d'améliorer ou de maintenir l'état de santé de la population desservie. Ces services sont donc développés en fonction d'objectifs de santé qui déterminent un « état de santé désiré » (voir le cadre théorique présenté à l'annexe 1). Depuis 2003, des objectifs de santé ciblant les jeunes sont définis dans le PNSP. Par conséquent, il est logique de déduire que la majorité des services préventifs offerts en clinique jeunesse devrait découler des objectifs de santé du PNSP. L'annexe 2 fait le lien entre les objectifs de santé du PNSP (état de santé désiré) et un bref portrait de la santé des jeunes en Montérégie (état de santé actuel).

1.3 Efficacité des cliniques jeunesse

La majorité des évaluations sur l'efficacité des cliniques jeunesse a été réalisée aux États-Unis. Le contexte américain étant fort différent, certaines données sur l'évaluation des cliniques jeunesse ne sont pas applicables au contexte québécois, notamment au niveau de l'accessibilité aux services. Par contre, il demeure intéressant de regarder l'impact de tels services sur la santé des jeunes. Les principaux résultats de ces études sont un taux moindre d'absentéisme scolaire et une plus grande probabilité de poursuite des études (McCord et autres, 1993), un nombre plus élevé de jeunes terminant leurs études (Kisker et Brown, 1996; McCord et autres, 1993), l'utilisation plus fréquente de contraceptifs lors de relations sexuelles (Galavotti et Lovick, 1989) et l'augmentation des connaissances relatives à la sexualité (Kisker et Brown, 1996; Zabin et autres, 1986). De plus, des effets positifs accrus sont observés lorsque la clinique jeunesse est associée à un programme de promotion de la santé ou d'éducation en matière de sexualité (Edwards et autres, 1980; Kirby et autres, 1991; Kisker et Brown, 1996; Zabin et autres, 1986). En ce qui concerne l'accessibilité, une étude faite en Montérégie (Lavoie, 2001) a démontré que les cliniques jeunesse en milieu scolaire (école secondaire), avec la présence d'un médecin, ont un effet positif sur la consultation des garçons.

Afin de bien comprendre l'efficacité théorique des cliniques jeunesse au Québec, nous avons développé un modèle logique (annexe 3). Ce modèle soulève l'hypothèse que l'implantation, en clinique jeunesse, des services prévus aura un impact sur la santé des jeunes en lien avec les objectifs du PNSP. Cependant, rappelons que pour entraîner des effets positifs à moyen et à long terme sur la santé sexuelle, les comportements sécuritaires, les habitudes de vie, la santé physique et mentale, il est nécessaire d'agir à plusieurs niveaux, soit auprès du jeune, de sa famille, de l'école et de la communauté. Par conséquent, les cliniques jeunesse ne peuvent à elles seules combler les écarts entre l'état de santé des jeunes et celui visé dans le PNSP. Cependant, lorsque la clinique jeunesse s'inscrit dans une intervention globale et concertée (approche École en santé incluant un programme d'éducation à la santé, des politiques publiques, des environnements favorables, etc.), elle contribue à compléter l'offre de service auprès des 12-17 ans et à favoriser un impact positif sur leur santé à moyen et à long terme.

Il en est de même pour les 18-24 ans, mais pour ce groupe d'âge, l'accessibilité à des services en clinique jeunesse vient compléter d'autres interventions de santé publique, par exemple, le Programme 0-5-30 Combinaison Prévention, les campagnes publicitaires ITSS, etc.

2. SERVICES EN CLINIQUE JEUNESSE

Dans cette section, les services à offrir en priorité dans les cliniques jeunesse sont précisés et quelques pistes de réflexion sur la façon d'organiser ces services sont proposées.

2.1 Critères de priorisation

Pour identifier les services les plus pertinents, les critères de priorisation suivants ont été pris en considération (Pineault et Daveluy, 1995) :

Objectifs du PNSP (état de santé désiré)

- Importance du problème
- Incidence, prévalence
- Problème en émergence, changement au niveau des tendances
- Morbidité et mortalité associées
- Coûts

Efficacité des interventions existantes

- L'efficacité des interventions se base sur la solidité des études épidémiologiques sous-jacentes. Pour évaluer l'efficacité de la majorité des interventions préventives, les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et du U.S. Preventive Services Task Force ont été révisées. Lorsque l'opinion divergeait entre les deux groupes, les recommandations les plus récentes ont été retenues. Pour la vaccination, les recommandations sont basées sur le PIQ.

Faisabilité de l'intervention

- Légale
- Opérationnelle
- Politique
- Économique
- Éthique
- Sociale
- Considération des effets pervers
- Besoins perçus par les utilisateurs

2.2 Offre de service

Idéalement, l'offre de service des cliniques jeunesse devrait comprendre des services préventifs et des services curatifs. Les services curatifs à offrir sont définis par les raisons de consultation des jeunes et la réponse à ces demandes repose sur le jugement clinique des professionnels. Pour cette raison, dans ce document, la priorisation des services à offrir ne concerne que les soins préventifs.

Les tableaux 1 et 2 présentent l'ensemble des services préventifs pouvant être offerts à un jeune. Les services répondant à une problématique importante, généralement appuyée par un objectif de santé du PNSP, dont l'efficacité est démontrée et dont la mise en place est faisable, sont listés sous la colonne **Services prioritaires**. Lorsqu'un ou deux des critères

mentionnés précédemment ne sont pas remplis, les services sont indiqués sous la colonne **Services complémentaires**¹. Ces services devraient être offerts seulement lorsque la grande majorité des services identifiés comme prioritaires est disponible. La dernière colonne décrit les **Services à ne pas rendre** puisqu'il existe peu d'évidences de leur efficacité ou même des évidences existent quant à leur inefficacité. Le tableau 1 présente les services préventifs pouvant être offerts à tous les jeunes qui consultent à la clinique jeunesse. S'adressant le plus souvent à des jeunes « en santé », ces services sont dispensés principalement par l'infirmière. Le tableau 2 présente les services préventifs pouvant être offerts à certains jeunes qui consultent à la clinique jeunesse. Ces jeunes présentent des conditions particulières, par exemple échec de la contraception, plusieurs partenaires sexuels, utilisation de drogues par injection, obésité, grossesse, etc., identifiées lors du questionnaire ou de l'examen physique et pour lesquelles des services préventifs peuvent être offerts. À noter que la majorité de ces services peut être dispensée principalement par l'infirmière, tandis que d'autres peuvent être rendus par l'infirmière ou le médecin, ou si rendus par l'infirmière, nécessitent souvent une référence médicale. Il est important de mentionner que les services préventifs présentés dans les deux tableaux le sont de façon succincte. Bien entendu, dans un deuxième temps, la Direction de santé publique de la Montérégie offrira des formations ou des outils aux professionnels des cliniques jeunesse afin de préciser le type de counselling à offrir, le test de dépistage à utiliser et la population à cibler, l'outil validé à privilégier, etc.

L'annexe 4 résume une trajectoire type d'un jeune qui consulte à la clinique jeunesse, trajectoire qui intègre la prévention et le curatif. Tout d'abord, l'infirmière identifie la raison de consultation et fait une évaluation globale. Par la suite, elle répond au besoin du jeune, soit elle-même ou en le référant à un médecin ou à tout autre professionnel de la santé, selon le cas. Elle lui offre également les services préventifs tels le counselling, la vaccination, le dépistage, etc., en lien avec la raison de consultation et des facteurs de risque préalablement identifiés. Il est fort probable que tous les services prioritaires ne pourront être offerts lors d'une seule consultation. Les visites subséquentes deviennent autant d'occasions pour la prévention clinique. Cette façon de faire reconnaît à l'infirmière un rôle d'intervenante-pivot pour l'évaluation des besoins du jeune. Ainsi, l'évaluation d'une offre de service de soins préventifs devient une priorité.

Comme il a été mentionné, une telle organisation des cliniques jeunesse doit inclure la possibilité d'une référence rapide à un médecin ainsi que des ententes sur des corridors de services, notamment pour des problématiques particulières. En effet, pour utiliser les ressources de façon optimale et assurer la continuité des soins, il est important, dans la mesure du possible, de rediriger les jeunes qui consultent pour des services non visés ou non offerts par la clinique jeunesse. Par exemple, si un jeune consulte pour un problème de santé mentale et que ce service n'est pas offert par la clinique jeunesse, un corridor de services doit exister avec l'équipe Grandir en santé mentale du CLSC ou l'équipe adulte en santé mentale afin qu'il puisse obtenir des services rapidement.

Rappelons que ces recommandations sont des lignes directrices qu'il faut adapter aux conditions locales. Puisque les services préventifs sont souvent offerts **sans que le jeune en fasse explicitement la demande**, seulement les services reconnus efficaces devraient lui être proposés. Par contre, dans certaines situations, la réponse du professionnel de la santé pourrait être différente de celle qui est suggérée dans ces tableaux, notamment face à une demande spécifique du jeune. **Le jugement clinique demeure essentiel.**

Finalement, afin d'optimiser l'efficacité et l'accessibilité, la majorité des services préventifs retrouvés dans ces tableaux a été assignée à l'infirmière. Mentionnons que ce partage des tâches est une suggestion. En effet, les particularités et le contexte propre à chaque CSSS pourraient amener une répartition des tâches différente de celle qui est proposée dans ce cadre de référence.

¹ Par exemple, la problématique est importante mais l'efficacité de la mesure n'est pas démontrée.

Tableau 1 - Services préventifs dispensés principalement par l’infirmière et pouvant cibler tous les jeunes de 12-24 ans

Services prioritaires	Services complémentaires	Services à ne pas rendre
<ul style="list-style-type: none"> • Questionner sur la santé sexuelle. • Faire le counselling en matière de comportements sexuels sécuritaires et de contraception autant pour les garçons que pour les filles. • Assurer l'accès à des condoms gratuits ou à prix modiques. • Questionner sur le statut tabagique et donner un message clair de renforcement. • Recommander la pratique de l'activité physique. • S'assurer de la mise à jour de la vaccination, incluant les vaccins du calendrier régulier et ceux requis en raison d'une condition particulière, selon les recommandations du PIQ. • Faire le counselling concernant le port de la ceinture de sécurité en automobile, l'abstention de l'alcool ou de drogues lors de la conduite de véhicules motorisés ou d'activités récréatives et les comportements sécuritaires lors des loisirs². • Dépister³ les buveurs à risque (avec un outil validé) chez les 18-24 ans, faire du counselling et les référer selon le cas à des programmes de consommation modérée d'alcool (dépister seulement si services rapidement accessibles). • Dépister la dépression (avec un outil validé) chez les 18-24 ans s'il existe un accès rapide à des services intégrés en santé mentale (diagnostic et traitement). • Mesurer la tension artérielle pour les 18-24 ans (chez < 18 ans seulement si indiqué). • Recommander le brossage des dents avec dentifrice fluoré. • Recommander l'utilisation de la soie dentaire aux 18-24 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer les vaccins requis (services prioritaires si clinique jeunesse en CLSC). • Faire le counselling sur la pratique d'activités physiques (intensité modérée au moins 60 minutes/jour chez les moins de 18 ans et 30 minutes/jour chez les 18 ans et plus). • Faire le counselling nutritionnel. • Faire le counselling sur la fumée de tabac dans l'environnement. • Recommander l'utilisation de la soie dentaire aux <18 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister les problèmes d'acuité visuelle ou d'audition. • Dépister la malnutrition. • Dépister la scoliose idiopathique. • Faire l'enseignement de l'auto-examen des seins. • Donner les premiers soins (mais l'école doit s'assurer qu'il y ait, en tout temps, du personnel formé pour administrer les premiers soins).

² Bien que les évidences soient parfois insuffisantes, le U.S. Preventive Task Force recommande le counselling étant donné l'important fardeau associé aux traumatismes. Toutefois, il semble préférable d'introduire ce counselling lorsque la relation de confiance s'est installée.

³ On parle de dépistage lorsqu'on recherche une maladie ou un facteur de risque chez une personne ASYMPTOMATIQUE.

Tableau 2 - Services préventifs ciblant des jeunes de 12-24 ans ayant des conditions particulières

Services prioritaires	Services complémentaires	Services à ne pas rendre
Services dispensés par l'infirmière		
<ul style="list-style-type: none"> • Dépister les ITSS selon le Guide provincial. • Assurer l'accès au dépannage (contraceptifs oraux). • Assurer l'accès aux tests de grossesse. • Assurer l'accès à la COU. • Référer pour IVG. • Référer les jeunes mères à risque et leurs enfants au programme OLO et au programme intégré 0-5 ans. • Faire l'IPPAP selon les recommandations du programme provincial. • Être alerte aux signes et symptômes de consommation par injection ou autres drogues dures afin : <ul style="list-style-type: none"> - d'informer sur l'usage sécuritaire, - d'offrir un service d'accès au matériel stérile, - de référer pour réadaptation et soutien (désintoxication, méthadone). 	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les < 18 ans, être alerte aux signes et symptômes de consommation inappropriée d'alcool ou drogues et, avec un outil validé, quantifier le niveau de risque. Faire le counselling et les référer selon le cas à des programmes de prévention (seulement si services accessibles). • Dépister l'obésité avec IMC pour les 18 ans et plus, si suspicion d'un IMC de plus de 30 et si accès à du counselling intensif et à une intervention comportementale pour permettre une perte de poids. • Calculer l'IMC chez les jeunes de 12-17 ans susceptibles de développer des maladies reliées à un excès d'adiposité et évaluer la possibilité d'entreprendre une démarche axée sur la famille incluant le counselling sur la saine alimentation et la pratique d'activités physiques⁴ (seulement si services accessibles). 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une diète faible en calories aux jeunes obèses.
Services dispensés par l'infirmière ou le médecin		
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'accès à la contraception orale⁵. • Faire le premier PAP test à l'intérieur de 3 ans suivant le début des relations sexuelles ou à 21 ans et aux 3 ans par la suite si résultats normaux. • Offrir le counselling minimal ou bref concernant l'abandon du tabac ou orienter, si pertinent, vers le Centre d'abandon du tabagisme du CLSC (adapter le discours pour les moins de 18 ans)⁶. • Recommander un supplément d'acide folique chez les adolescentes et jeunes femmes enceintes ou planifiant une grossesse. • Évaluer le risque suicidaire chez les sujets suivants : personnes ayant un problème de santé mentale, de toxicomanie ou d'alcoolisme, personnes ayant des antécédents personnels de tentatives ou des antécédents familiaux récents de suicide. • Être alerte aux signes et symptômes de la violence dans les relations amoureuses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Référer les jeunes asthmatiques aux centres d'éducation sur l'asthme pour les CSSS où ils existent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher les marqueurs tumoraux du cancer des testicules. • Faire l'examen pelvien lors de la première visite pour contraception si aucun facteur de risque ou symptôme.

⁴ Recommandation tirée du Rapport de la Directrice de santé publique de la Montérégie (2005).

⁵ Une ordonnance collective est nécessaire pour que l'infirmière puisse initier la contraception orale.

⁶ Bien que les évidences soient insuffisantes chez les moins de 18 ans (U.S. Preventive Task Force), les experts (dont ceux du Collège des médecins du Québec) recommandent quand même d'intervenir; cependant, l'adaptation du discours pour la clientèle adolescente est importante.

2.3 Comment organiser les services en clinique jeunesse : Quelques mesures pour orienter l'action

Pour adapter les services aux jeunes, plusieurs éléments doivent être pris en considération. L'objectif ici est d'offrir des services selon un ensemble de critères favorisant la meilleure offre possible. Pour ce faire, les différentes dimensions de la qualité des services ont été considérées (Contandriopoulos et autres, 2000). L'identification des éléments à considérer découle également d'une recension de la littérature (McIntyre et autres, 2002; Blanchet et autres, 1993) et de consultations auprès des jeunes de la Montérégie (Lajoie, 2001; Caillé et autres, 2005).

Les éléments à considérer pour adapter les services des cliniques jeunesse aux 12-24 ans se situent à trois niveaux.

Le tableau 3 suggère des moyens à mettre en place au niveau de **la relation avec le professionnel**. À ce niveau, les éléments à considérer sont la confidentialité, l'accès à du personnel ouvert face aux jeunes et l'obtention d'un consentement libre et éclairé.

Le tableau 4 suggère des moyens à mettre en place au niveau de **l'épisode de soins**, soit la continuité et la globalité des services, l'approche multidisciplinaire et une pratique basée sur des lignes directrices et appuyée par la qualité technique la plus appropriée.

Finalement, le tableau 5 suggère des moyens à mettre en place en ce qui concerne **l'environnement physique et organisationnel**. On peut penser ici à l'importance d'avoir un environnement privé, soutenant pour les jeunes et d'offrir une certaine disponibilité et accessibilité aux services.

Tableau 3 - Mesures à prendre en considération pour organiser des services en clinique jeunesse adaptés aux jeunes au niveau de la relation jeune/professionnel


Mesures	Moyens	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la confidentialité. 	<ul style="list-style-type: none"> Afficher cette politique sur la porte et toujours expliquer clairement à chaque adolescent le principe de la confidentialité. 	<ul style="list-style-type: none"> Les études ont démontré que les adolescents consultent davantage et sont plus enclins à aborder des questions plus intimes lorsqu'ils ont l'assurance que la confidentialité est assurée (Proimos, 1997; Sigman et autres, 1997; Klein et autres, 1997; Malus et autres, 1987).
<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès à du personnel en qui les jeunes ont confiance. 	<ul style="list-style-type: none"> Débuter l'entrevue par les sujets neutres, ce qui permet de mettre à l'aise l'adolescent, pour terminer par les questions plus sensibles, habituellement embarrassantes. Il est préférable d'introduire les pratiques cliniques préventives en expliquant la pertinence des questions posées car, à première vue, l'adolescent peut être surpris par la nature des questions (Gilbert, 2005). Favoriser l'établissement d'un lien de confiance durable en assurant la stabilité du personnel infirmier et médical. 	<ul style="list-style-type: none"> Écouter, rassurer et porter un vif intérêt à un adolescent lui donne le sentiment d'être pris au sérieux, d'être compris et de faire preuve de maturité (Rochefort et autres, 2005).
<ul style="list-style-type: none"> Assurer un consentement libre et éclairé. 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une information objective et honnête, sans contrainte, respecter le choix individuel. Dispenser des services aux jeunes de 12 à 14 ans sans le consentement des parents nécessite une bonne évaluation et dépend du jugement clinique et éthique du professionnel. 	

Tableau 4 - Mesures à prendre en considération pour organiser des services en clinique jeunesse adaptés aux jeunes au niveau de l'épisode de soins

Mesures	Moyens	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la continuité. 	<ul style="list-style-type: none"> Instaurer un système de rappel. Offrir des corridors de services avec référence simple et rapide pour les problématiques qui ne peuvent être prises en charge par la clinique jeunesse, par exemple réseau intégré santé mentale, services en toxicologie, services d'interruption volontaire de grossesse, etc. 	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la globalité des services. 	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser une approche axée sur la promotion et la prévention, mais aussi sur l'accès aux soins curatifs. Offrir des services en santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> L'accès à des services curatifs permet de rejoindre un plus grand nombre de garçons. Selon une étude montréalaise, les problèmes de santé mentale ou les difficultés psychosociales sont le deuxième motif pour lequel un jeune consulte et ces motifs de consultation sont mentionnés deux fois plus souvent par les garçons que par les filles (Vanier, 2001).
<ul style="list-style-type: none"> Avoir une approche multidisciplinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès à plusieurs professionnels de la santé. Implanter des mécanismes de référence avec des organismes communautaires. 	
<ul style="list-style-type: none"> Appliquer les lignes directrices. 	<ul style="list-style-type: none"> Avoir accès à de la formation, à des outils, etc., pour une mise à jour des recommandations. 	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la qualité technique la plus appropriée. 	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'utilisation du PCR urinaire pour dépister la chlamydia chez les garçons. L'utilisation du PCR urinaire chez les filles asymptomatiques pourrait aussi être considérée, bien que la sensibilité soit légèrement inférieure au test usuel. 	
<ul style="list-style-type: none"> Rendre disponibles des informations écrites ou autres outils adaptés aux jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès aux dépliants, etc. Compléter l'information par des références à un site Web, etc. 	

Tableau 5 - Mesures à prendre en considération pour organiser des services en clinique jeunesse adaptés aux jeunes au niveau de l'environnement et de l'organisation

Mesures	Moyens	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> Offrir un environnement privé, accueillant et évitant la stigmatisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Éviter de n'offrir que des cliniques spécialisées, par exemple en traitement des infections transmissibles sexuellement ou en santé mentale. Les jeunes ont tendance à éviter d'utiliser ce type de services parce que le motif de leur consultation est connu de tous. Rendre la salle d'attente accueillante (affiches, dépliants d'information). 	<ul style="list-style-type: none"> Les adolescents sont particulièrement sensibles aux jugements des autres personnes.
<ul style="list-style-type: none"> Assurer une disponibilité. 	<ul style="list-style-type: none"> Voir le Plan d'action régional : « Une clinique jeunesse sera accessible près des milieux de vie des jeunes au moins 2 demi-journées par semaine dans chaque territoire de CLSC et dans au moins 50 % des écoles secondaires de plus de 1 000 élèves ayant un indice de défavorisation de 7 à 10 », Direction de santé publique de la Montérégie, 2003. Rendre disponibles des services pour les 18-24 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> La disponibilité est une condition préalable à l'accessibilité dans la mesure où une ressource doit d'abord exister avant d'être accessible.
<ul style="list-style-type: none"> Donner priorité au mode de consultation sans rendez-vous, mais offrir également des consultations sur rendez-vous. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une courte période d'attente et une référence rapide. Offrir des modes de consultation sur rendez-vous, notamment pour les rencontres avec le médecin afin de rentabiliser sa présence et pour les suivis. 	<ul style="list-style-type: none"> Il importe de prendre en considération ce facteur, à tout le moins pour les plus jeunes adolescents, chez qui la capacité de prévoir, de planifier et de se projeter dans l'avenir n'est pas tout à fait acquise. Ces jeunes se distinguent également par leur impulsivité.
<ul style="list-style-type: none"> Permettre une ouverture simple du dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> Permettre souplesse et flexibilité, notamment au niveau administratif. 	

Tableau 5 (suite) - Mesures à prendre en considération pour organiser des services en clinique jeunesse adaptés aux jeunes au niveau de l'environnement et de l'organisation

Mesures	Moyens	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> Assurer une accessibilité. 	<ul style="list-style-type: none"> Rendre disponibles, selon les territoires de CLSC, des points de services adaptés aux clientèles plus vulnérables, par exemple dans le centre jeunesse. Ajuster l'offre de service selon le milieu, par exemple, s'il y a beaucoup de décrochage scolaire, s'assurer que ces jeunes sont rejoints dans d'autres endroits qu'à l'école. Si le CSSS n'a pas de SIDEP, assouplir l'offre de service des cliniques jeunesse pour faciliter la consultation des jeunes adultes vulnérables. Assurer une accessibilité géographique dans les milieux de vie ou près des milieux de vie; sinon, diminuer l'effort à déployer par le jeune pour se déplacer d'un endroit à un autre : accès à un transport simple, rapide et peu coûteux, par exemple en taxi payé ou avec un billet d'autobus gratuit. Assurer une accessibilité temporelle, en milieu scolaire ou très près de celui-ci, durant les heures de cours; considérer les besoins particuliers des jeunes en milieu rural. Assurer une accessibilité temporelle hors du milieu scolaire, avant ou après les cours, durant l'été, les vacances, les fins de semaine; considérer les besoins particuliers des décrocheurs. Assurer une accessibilité économique, par exemple accès gratuit ou à prix modique à la COU, à des condoms, à la contraception orale et à l'IVG; référence au Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS. 	<ul style="list-style-type: none"> La présence d'une clinique jeunesse dans l'école augmente la consultation des garçons (Lajoie, 2001). Près d'un jeune sur trois de 15-19 ans travaille en même temps qu'il étudie et cette proportion augmente à un sur deux entre 20-24 ans. La présence d'une clinique dans le milieu de vie facilite la consultation (Rheault, 2004). Plusieurs adolescents consultent à l'insu de leurs parents et les médicaments qu'on leur prescrit sont souvent couverts par le régime privé d'assurance de leurs parents.



2.4 Considérations éthiques et légales

En lien avec les cliniques jeunesse, plusieurs considérations éthiques et légales sont importantes. Certaines de celles-ci ont été abordées dans les sections précédentes, notamment la confidentialité, le consentement libre et éclairé, l'accès à l'information, le choix d'interventions basées sur les données probantes et le retrait des interventions dont les inconvénients sont supérieurs aux bénéfiques. De plus, la notion de justice, c'est-à-dire une offre de service égale à tous les jeunes, doit être considérée. Ce principe s'actualise selon les moyens mis en place pour répondre aux besoins particuliers des jeunes les plus vulnérables : les jeunes décrocheurs, les jeunes marginaux, les jeunes d'orientation homosexuelle, les jeunes suivis en centre jeunesse et les jeunes de la rue. Il faut aussi s'assurer que la façon de dispenser les services permette de rejoindre les garçons et les jeunes appartenant aux minorités culturelles.

En ce qui concerne les enjeux éthiques et légaux du consentement des jeunes âgés de moins de 14 ans, un article publié dans le *Médecin du Québec* a apporté l'éclairage suivant (Rochefort et autres, 2005). Le professionnel doit reconnaître la capacité du jeune d'exercer son jugement et le guider vers des pistes de réflexion qui lui permettront de prendre une décision rationnelle et réfléchie quant à son bien-être et d'en assumer les conséquences. Parfois le professionnel se sent piégé entre l'obligation d'obtenir le consentement du parent et son désir de conserver le lien thérapeutique et de respecter l'autonomie du jeune âgé de moins de 14 ans. Dans ce cas, il faut être prudent et vigilant. Certains principes à considérer sont le contexte de vie (par exemple la violence), l'urgence de la situation, la nécessité d'une bonne relation et d'une alliance thérapeutique pour permettre un suivi efficace, la maturité de la personne qui consulte, la Loi sur la protection de la jeunesse, etc. Si on décide de dispenser les services sans obtenir le consentement des parents, il est important de bien documenter au dossier les circonstances qui ont justifié ce choix et d'inciter le jeune à discuter de sa situation avec ses parents. Les adolescents ont tendance à oublier que les parents peuvent être des alliés et les soutenir.

3. IMPLANTATION ET CONSOLIDATION DES CLINIQUES JEUNESSE

3.1 Conditions de mise en œuvre et barrières à l'implantation

Certaines conditions de mise en œuvre sont indispensables pour actualiser l'offre de service proposée dans ce cadre de référence. La liste ci-dessous est un rappel des points importants à considérer lors de l'implantation d'une clinique jeunesse. Cette liste n'est pas exhaustive.

- Réviser l'offre des services préventifs selon la présence d'une prise en charge adéquate des personnes qui pourraient avoir besoin de soins curatifs. Par exemple, il est recommandé de dépister la dépression chez le jeune adulte seulement si les soins en santé mentale sont accessibles pour tous.
- Prévoir des modalités de référence rapide par l'infirmière lorsque les autres professionnels (médecin, travailleur social, etc.) ne sont pas présents sur les lieux de la clinique jeunesse. Il serait intéressant d'établir de telles modalités avec des médecins en cabinet privé ou en GMF, s'il y a lieu.
- Prévoir des ententes de services avec les services en santé mentale, avec les services psychosociaux, avec les SIDEP existants, avec les services en réadaptation, etc.
- Préciser l'offre de service avec le Centre jeunesse de la Montérégie, puisque ces jeunes sont une clientèle à risque qui bénéficierait des services offerts par les cliniques jeunesse.
- Rencontrer la direction et/ou le personnel des écoles secondaires, des cégeps et autres milieux d'éducation ciblés pour faire connaître le rôle de l'infirmière et la nature des services offerts et pour obtenir leur collaboration, par exemple pour permettre la diffusion d'information sur le service, pour autoriser les jeunes à quitter un cours, pour consulter la clinique jeunesse, etc.

De plus, il serait intéressant d'identifier les barrières à l'intégration de la prévention clinique dans le milieu. Bien qu'une clinique jeunesse soit un milieu propice à la prévention, certaines barrières ont été identifiées dans la littérature. En voici des exemples (Clapperton, 2005; Hensrud, 2000) :

- La perception chez les professionnels de la santé que la prévention/promotion de la santé est inefficace.
- La perception chez les professionnels de la santé que la prévention ne fait pas partie de leur rôle.
- Le manque de temps des professionnels.
- La demande du patient qui est rarement de nature préventive (sauf pour la contraception ou le counselling sur la santé sexuelle).
- La non-observance des patients à la suite d'un counselling.
- L'absence de consensus dans les lignes directrices ou dans les guides de pratique.
- Le manque de soutien pour les pratiques cliniques préventives dans l'environnement et dans l'organisation des services.

3.2 Étapes pour implanter et consolider les services

Les étapes pour implanter ou consolider les cliniques jeunesse doivent permettre d'améliorer l'offre de service, l'utilisation de ces services et de prévoir, dès maintenant, l'évaluation.

3.2.1 Améliorer l'offre de service

Dans les faits, chaque CSSS devrait identifier les écarts entre les services actuellement offerts en clinique jeunesse dans son milieu et la population ciblée et les recommandations du cadre de référence. Par la suite, des ajustements pourraient être faits tant au niveau des pratiques que de l'environnement et de l'organisation des services. Il est fort probable que tous les ajustements identifiés ne pourront être apportés la première année. Dans ce cas, une priorisation des changements à effectuer devrait être faite. Lors de la consultation sur l'élaboration de ce cadre de référence, les professionnels ont suggéré que la mise en place d'un comité local regroupant les gestionnaires et les intervenants de la clinique jeunesse pourrait grandement faciliter ce travail.

Au niveau régional, il serait pertinent de maintenir une communication soutenue entre la Direction de santé publique, les gestionnaires et les intervenants afin de maintenir l'intérêt et d'offrir la possibilité de partager les expériences.

3.2.2 Améliorer l'utilisation des services

Plusieurs jeunes ne connaissent pas l'existence des cliniques jeunesse (Vanier, 2001). L'atteinte des objectifs de santé sera impossible si les jeunes ne consultent pas pour obtenir des services. La publicité auprès des jeunes et des adultes qui les entourent (parents, enseignants, etc.) est donc essentielle. Cette promotion devrait se faire de façon continue mais il faut être en mesure de répondre à la demande qui sera générée par cette publicité. De plus, les jeunes doivent savoir où aller consulter lorsque les services dont ils ont besoin ne sont pas offerts à la clinique jeunesse.

3.2.3 Planifier l'évaluation pour orienter l'action

Il serait important dès maintenant de réfléchir aux différentes possibilités d'évaluation. Le prérequis à ce type d'exercice est de bien identifier l'objectif de l'évaluation et de préciser comment les résultats obtenus serviront à orienter l'offre de service.

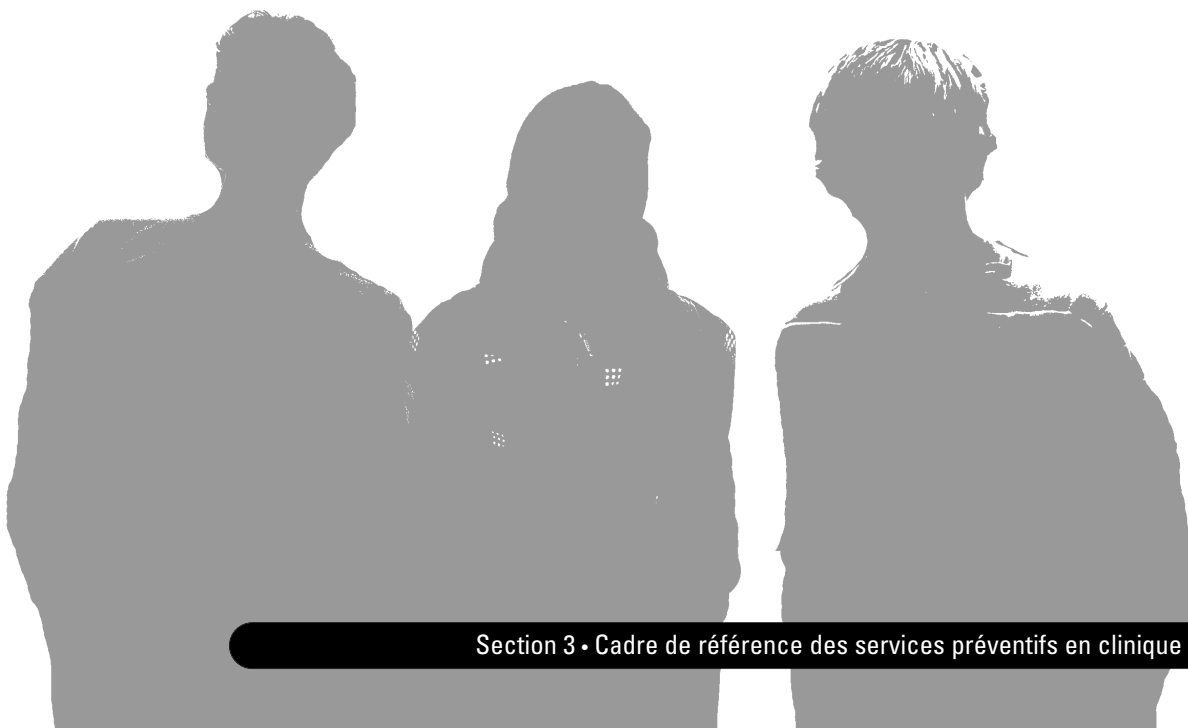
À la suite des changements instaurés, une évaluation normative (monitoring) demeure un outil intéressant pour obtenir du feedback et renforcer les changements entrepris tant au niveau de l'organisation des services qu'au niveau des changements de pratiques chez les professionnels. À titre d'exemple, voici les indicateurs dont le suivi pourrait permettre d'améliorer la planification des services offerts : raisons de consultation, profil des jeunes qui consultent, nombre de consultations en fonction de l'heure, de la journée, du lieu, etc., nombre de consultations sans rendez-vous versus avec rendez-vous, satisfaction des usagers et des dispensateurs, délais d'attente pour consulter un médecin, nombre de tests de dépistage réalisés, etc.

De plus, il pourrait être intéressant de faire le portrait de l'utilisation de certaines pratiques cliniques préventives et de vérifier les effets de celles-ci sur les comportements des jeunes. Par exemple, à la suite de l'implantation systématique du counselling sur la cessation tabagique, on pourrait décider de vérifier l'impact de cette mesure sur le taux de tabagisme chez les jeunes. Cependant, ce type d'évaluation est plus complexe à faire. Par contre, le suivi de certains indicateurs, notamment ceux qui seront disponibles par le plan de surveillance, sera intéressant (Bourdages et autres, 2004), même si ceux-ci sont des mesures très indirectes des effets reliés à l'implantation des cliniques jeunesse.

3.3 Rôles de la Direction de santé publique

Outre l'élaboration de ce cadre de référence, la Direction de santé publique peut agir à plusieurs niveaux pour soutenir les CSSS dans l'implantation et la consolidation des cliniques jeunesse. En effet, il existe plusieurs stratégies pour promouvoir et soutenir la prévention clinique. L'efficacité reconnue de ces différentes stratégies permet d'identifier les rôles suivants :

- Développer et offrir des formations, par exemple sur le dépistage des ITSS et le counselling sur les saines habitudes de vie.
- Développer et fournir des outils pour soutenir l'offre de service en prévention clinique (outils pour les infirmières, les médecins et les patients).
- Offrir un accompagnement au milieu pour soutenir les changements au niveau des pratiques, de l'environnement et de l'organisation des services. Cet accompagnement pourrait également servir à soutenir l'harmonisation et la systématisation des pratiques, ou encore, la priorisation des services préventifs à offrir.
- Mobiliser les partenaires régionaux : Centre jeunesse, DRMG, groupes de soutien à l'implantation des GMF, etc.
- Favoriser la mise en commun des expériences et des outils entre les professionnels des différents CSSS.
- Évaluer l'implantation du cadre de référence.



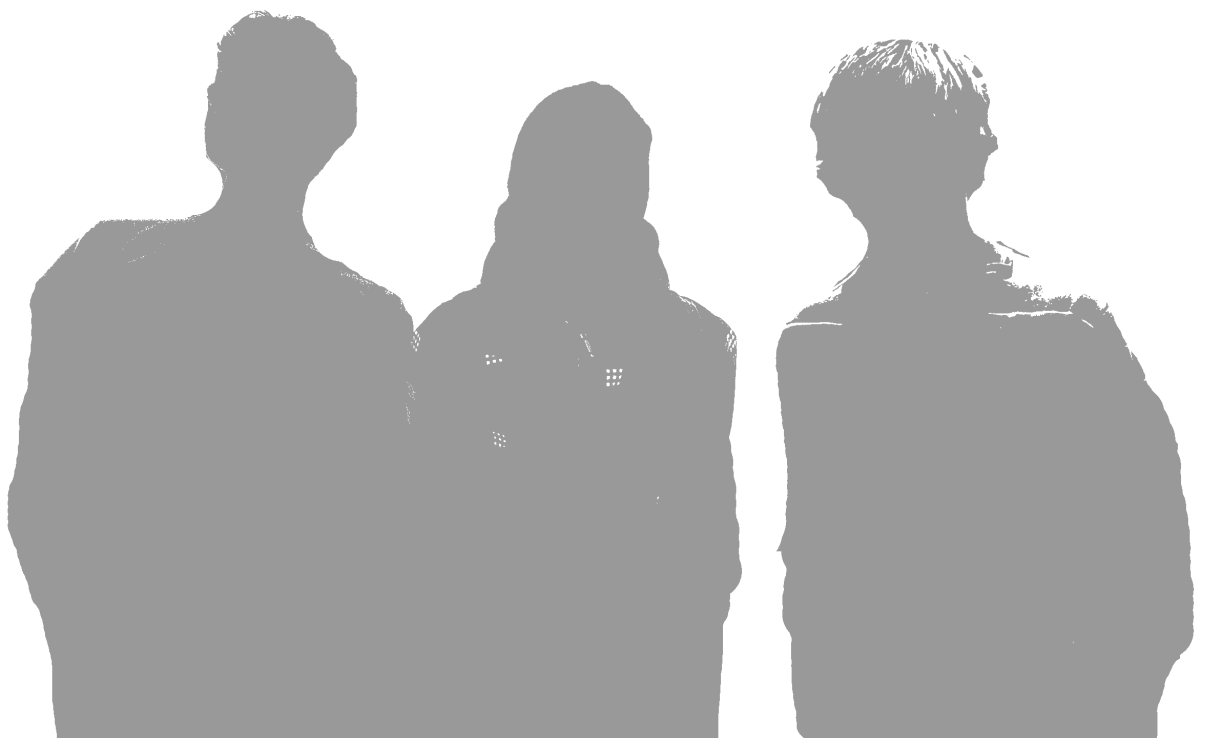


CONCLUSION

Étant des services de première ligne, les cliniques jeunesse doivent, par une offre des services curatifs, répondre à différentes problématiques touchant les jeunes au niveau de la santé sexuelle, de la santé mentale, de la santé physique, etc. Outre le fait d'offrir des formations ou de diffuser des lignes directrices, l'encadrement des services curatifs est limité car la réponse à une demande de soins repose en grande partie sur les connaissances et le jugement clinique des professionnels concernés. Par contre, au niveau de la première ligne de soins, l'offre et l'organisation des services préventifs gagnent à être priorisées et systématisées. Ce cadre de référence a été élaboré pour apporter un soutien au CSSS qui désire emprunter cette voie.

La Direction de santé publique de la Montérégie a élaboré ce cadre de référence pour favoriser l'organisation des services préventifs basée sur les besoins de santé des jeunes et sur les objectifs du PNSP ciblant cette clientèle (approche populationnelle). Plusieurs balises sont proposées dans ce cadre, notamment concernant l'intégration de la prévention clinique aux soins curatifs, l'importance de cibler les adolescents et les jeunes adultes (12-24 ans) et la nécessité de prévoir des corridors de services pour assurer une référence rapide à cette clientèle.

Pour nous tous, l'objectif ultime est d'améliorer la santé des adolescents et des jeunes adultes de la Montérégie. Le fait d'offrir des services de type clinique jeunesse, tels que ceux proposés dans ce cadre de référence, et d'agir en complémentarité avec d'autres interventions de santé publique comme l'approche École en santé, le Programme 0-5-30 Combinaison Prévention et les campagnes publicitaires (habitudes de vie, ITSS), nous permettra de faire des pas dans cette direction.



BIBLIOGRAPHIE

- AUBIN, J. et autres. 2002. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*, 1999, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.
- BARON, G. et P. GOGGIN. 2005. *Cancer et prévention en 2005 : agir à temps*, Institut national de santé publique du Québec, 20 p.
- BEDWANI, N.C. 2001. « Le suicide chez les jeunes : attention à la comorbidité ! », *La revue médicale*, p. 16-21.
- BELLEROSÉ, C., J. BEAUDRY et S. BÉLANGER. 2002. Enquête « *Expérience de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie 1998* », Rapport général, Longueuil, 194 p.
- BERTRAND, L. 2004. *Consommations alimentaires*, Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, p. 89-102.
- BÉRUBÉ, J. 1999. « Prévention des grossesses non désirées : comment intervenir? » *Le Médecin du Québec*, vol. 34, numéro 6, p. 63-68.
- BLANCHET, L. et autres. 1993. *La prévention et la promotion en santé mentale*, Éditions Gaëtan Morin, 137 p.
- BOURDAGES, J. et autres. 2004. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, 2004-2007*, Service de surveillance de l'état de santé de la population, ministère de la Santé et des Services sociaux, 60 p.
- BRODEUR, J.M. et autres. *Les facteurs psychosociaux associés à la santé buccodentaire chez les écoliers québécois de 13 à 14 ans*, Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur santé publique, 79 p.
- CAILLÉ, F.X. et autres. 2005. *Besoins et attentes des jeunes de la Montérégie en matière de cliniques jeunesse*, rapport présenté aux Dr Geneviève Baron et Dr François Milord, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 34 p.
- CLAPPERTON, Irma. 2005. « La prévention pratico-pratique », *Le Médecin du Québec*, volume 40, numéro 5, p. 33-39.
- Conseil des directeurs de santé publique*. 1999. « Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents », *Conférence des Régions régionales de la santé et des services sociaux*, 65 p.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et autres. 2000. « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Rev. Épidm. et Santé Publ.* 48, p. 517-539.
- DAVELUY, C. et autres. 2000. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique, 642 p.
- Direction de santé publique de la Montérégie*. 2005. « Ensemble pour faire contrepoids », *Rapport de la Directrice de santé publique*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 47 p.
- Direction de santé publique de la Montérégie*. 2003. « Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie », *Plan d'action régional 2004-2007*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 184 p.
- DONABEDIAN, A. 1973. *Aspects of medical care administration : specifying requirements for health care*, Cambridge, Harvard University Press, 649 p.
- Éco-Santé*, Québec. 2004. Site Web : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/santé/index.htm>.
- EDWARDS, L.E. et autres. 1980. « Adolescent pregnancy prevention services in high school clinics », *Fam Plann Perspect*, Janvier-Février : 12 (1) : 6-7, 11-14.

GALAVOTTI, C. et S.R. LOVICK. « School-based clinic use and other factors affecting adolescent contraceptive behavior », *J Adolesc Health Care*, 10 : p. 506-512.

GILBERT, A. 2005. « L'examen médical préventif chez les adolescents, prévention en pratique médicale », *L'actualité médicale*, Février 2005, p. 1-4.

GROULX, J., J. BEAUDRY et S. BÉLANGER. 2004. *La planification de la recherche évaluative dans le cadre du Plan d'action régional (PAR) en santé publique*, Direction de santé publique de la Montérégie, 18 p.

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Site Web : <http://www.ctfphc.org>.

HAMEL, D. 2001. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Institut national de santé publique du Québec, MSSS, Québec, 462 p.

HENSRUD, D.D. 2000. « Clinical Preventive Medicine in Primary Care : Background and Practice », 1, *Rationale and Current Preventive Practices*, Mayo Clin Proc. 75 : p. 165-172.

JULIEN, M. 2004. *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Institut national de santé publique du Québec, 49 p.

KIRBY, D., C. WASZAK et J. ZIEGLER. 1991. « Six school-based clinics : their reproductive health services and impact on sexual behavior », *Fam Plann Perspect*, 23 (1) : p. 6-16.

KISKER, E.E. et R.S. BROWN. 1996. « Do school-based health centers improve adolescents' access to health care, health status and risk-taking behavior? », *J Adolesc Health*, 18 (5) : p. 35-343.

KLEIN, J.D. et autres. 1997. « Access to medical care for adolescents : results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls », *J Adolesc Health*, 25 : p. 120-130.

LAFONTAINE, G. et autres. 1998. *À toute jeunesse*, Répertoire de promotion-prévention auprès des jeunes de 5-17 ans et de leur famille, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 65 p.

LAJOIE, E. 2001. *Portrait de l'utilisation des services cliniques en matière de sexualité chez les Montérégiens de 5^e secondaire et impact des cliniques jeunesse scolaires sur cette utilisation*, Rapport de recherche, Université de Sherbrooke, Département des sciences de la santé communautaire, 333 p.

LAJOIE, M. 2003. *Prévenir la grossesse à l'adolescence*, Prévention en pratique médicale, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 6 p.

LEVAC, E. et autres. 2005. *Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse*, Rapport annuel 2004, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 72 p.

MALUS, M. et autres. 1987. « Priorities in adolescent health care : The teenager's viewpoint », *J Fam Pract*, 25 (2) : p. 159-162.

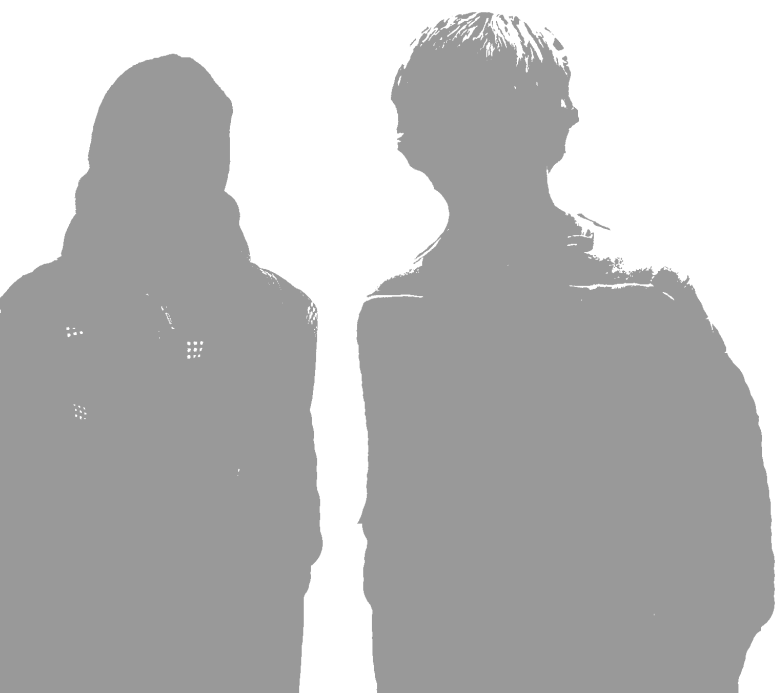
MCCORD, M.T. et autres. 1993. « School-based clinic use and school performance », *J Adolesc Health*, 14 : p. 91-98.

MCINTYRE, P., WILLIAM et S. PEATTIE. 2002. *Adolescent friendly health services : An agenda for change*, disponible sur le site Web de l'Organisation mondiale de la santé : http://www.who.int/reproductive-health/publications/cah_docs/cah_02_14.html.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. « Programme national de santé publique 2003-2012 », Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.

Ministère de la Sécurité publique. 2003. « Programme DUC 2 ».

- OTIS, J. 1996. *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH*, Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Collection études et analyses, 164 p.
- PELLETIER-BASQUE, D. et L. DÉPELTEAU. 2004. *Apprivoiser les différences*, Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite, Les Centres Jeunesse de la Montérégie, Direction des services professionnels, 86 p.
- PERRON, B. et J. LOISELLE. 2003. *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002*, Rapport d'analyse, Québec, Institut de la statistique du Québec, 240 p.
- PINEAULT, R. et C. DAVELUY. 1995. *La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies*, Éditions nouvelles, 480 p.
- PROIMOS, J. 1997. « Confidentiality issues in the adolescent population », *Current Opinion Pediatr*, 9 : p. 325-328.
- RHEAULT, S. 2004. *La réussite professionnelle des garçons et des filles : un portrait tout en nuances*, document d'accompagnement à la publication *La réussite des garçons : des constats à mettre en perspective*, Québec, Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs, ministère de l'Éducation.
- ROCHFORT, L., L. GARNEAU et F. PAQUIN. 2005. « L'éthique dans la pratique auprès des adolescents », *Le médecin du Québec*, 40, (1) : p. 49-57.
- Santé Canada*. 2000. « Principales causes de décès par groupe d'âge », Québec, 1997.
- Santé Canada*. 2001. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 1.1. 2000-2001 », fichier de microdonnées à grande diffusion (PUMF), Région sociosanitaire : 24916, Montérégie.
- Santé Canada*. 2003. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 1.2. (2002) », fichier de microdonnées à grande diffusion (PUMF), Région sociosanitaire : 24916, Montérégie.
- Santé Canada*. 2004. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 2.1. (2003) », fichier de microdonnées à grande diffusion (PUMF), Région sociosanitaire : 24916, Montérégie.
- SAUVAGEAU, Y. 2003. *Le portrait de santé : la Montérégie et ses territoires de CLSC*, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montérégie, 432 p.
- SIGMAN, G. et autres. 1997. « Confidential health care for adolescents : Position paper of the Society for Adolescent Medicine », *J Adolesc Health*, 21 : p. 408-415.
- Statistique Canada*. 2004. « Recensement canadien 2001 », fichiers 95F0495XCB01001 et 95F0495XCB01002, Compilation : Équipe surveillance, DSP de la Montérégie, février 2004.
- U.S. Preventive Services Task Force*. Site Web : <http://www.ahrg.gov/clinic/uspstfix.htm>.
- VANIER, C. 2001. *Évaluation de l'implantation de la clinique jeunesse, Saint-Jean-sur-Richelieu*, rapport d'évaluation, Direction de santé publique de la Montérégie, 134 p.
- ZABIN, L.S. et autres. 1986. « Evaluation of a pregnancy program for urban teenagers », *Fam Plann Perspect*, 18 (3) : p. 119-126.



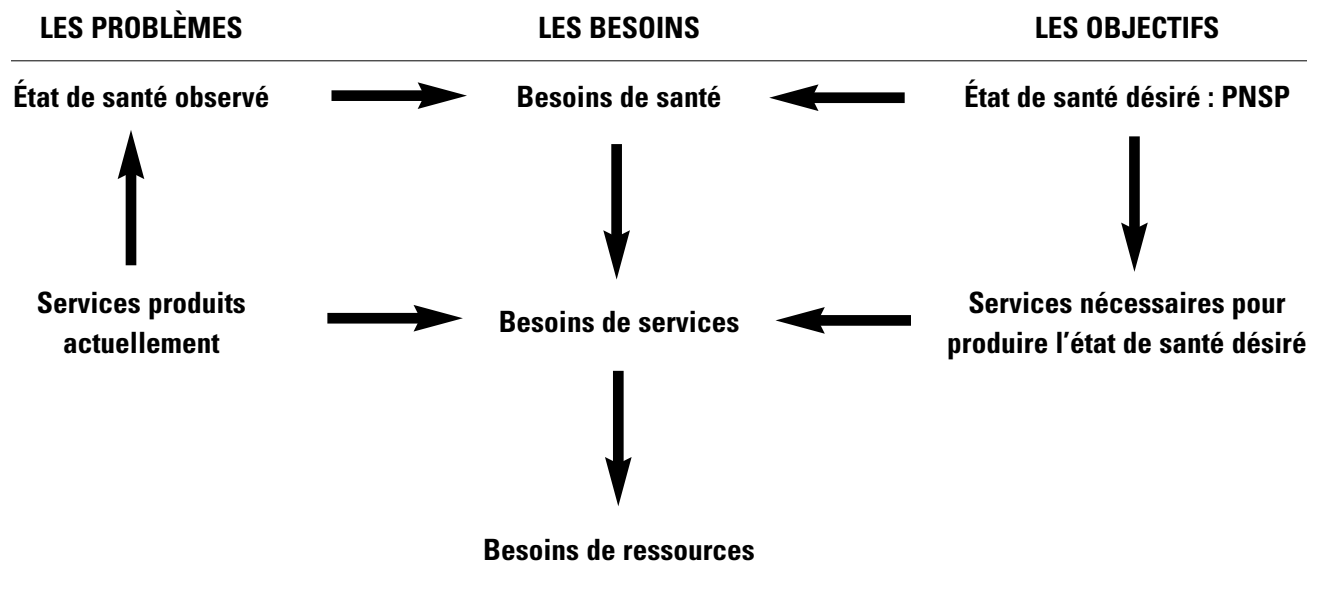


ANNEXE 1 : CADRE THÉORIQUE



ANNEXE 1 : CADRE THÉORIQUE

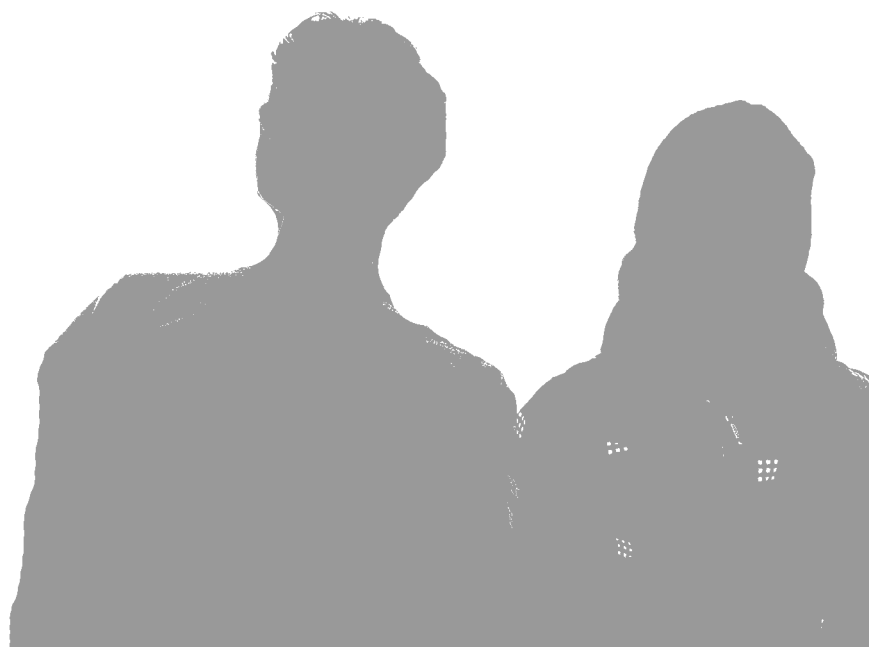
Pour une planification basée sur les besoins⁷



⁷ Référence : Adaptation de Donabedian (1973), tirée de Pineault et Daveluy (1995).



ANNEXE 2 : PORTRAIT DE SANTÉ



ANNEXE 2 : PORTRAIT DE SANTÉ

Portrait de santé

Les jeunes de 15 à 24 ans représentent plus de 160 000 personnes en Montérégie, soit 13 % de l'ensemble de la population (Statistique Canada, 2004). Au Québec, selon le site Web du MEQ, la proportion de jeunes de 19 ans qui ne fréquentent pas l'école et qui n'ont pas eu de diplôme secondaire est de 23,9 % chez les garçons et 13,4 % chez les filles (<http://www.meq.gouv.qc.ca>).

Santé sexuelle

On estimait, en 1998, en Montérégie, l'âge de la première relation sexuelle autour de 15-16 ans. La majorité des jeunes sexuellement actifs n'avait eu qu'un seul partenaire au cours des 12 mois précédant l'enquête (Daveluy et autres, 2000). En ce qui concerne les comportements de protection des jeunes de 16 ans et plus sexuellement actifs, au Québec, 64 % des garçons et 45 % des filles disaient avoir utilisé une protection contre les ITSS lors de leur dernière relation et 80 % des garçons et 76 % des filles disaient avoir utilisé une protection contre les grossesses lors de leur dernière relation (Aubin et autres, 2002).

Les ITSS les plus fréquentes sont l'herpès et les condylomes (causés par le virus du papillome humain ou VPH). La prévalence de l'infection par le VPH varie de 5 % à plus de 20 % selon les populations, avec un risque d'acquisition à vie dépassant probablement 70 % (Baron et Goggin, 2005). Toutefois, bien que le VPH est maintenant reconnu comme l'agent causal du cancer du col utérin, la plupart des infections vont régresser spontanément et le risque d'évolution vers un cancer apparaît lorsque l'infection persiste plusieurs années (Baron et Goggin, 2005).

Selon le Rapport annuel 2004 des MADO en Montérégie (Levac et autres, 2005), la répartition des infections à chlamydia est la suivante : 237 cas chez les hommes de 15-24 ans et 977 cas chez les femmes de 15-24 ans. Ces résultats suggèrent que les garçons sont sous-dépiés.

Pour la gonorrhée, il y a eu, en 2004, 68 cas dont plus du tiers étaient chez les 15-24 ans.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ainsi que la syphilis sont très rares chez les 12-24 ans.

État de santé désiré d'ici 2006

- Réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.
- Réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15-24 ans.
- Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination.
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil d'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes).
- Maintenir sous le seuil d'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.
- Réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique.
- Et d'ici 2012, réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH.

Grossesses à l'adolescence

Chez les 14-17 ans, il y avait, en 2000, en Montérégie, 17 grossesses par 1 000 filles et 13 interruptions volontaires de grossesse (IVG) par 1 000 filles (Echo-Santé Québec, 2004). La grossesse de trois jeunes filles de moins de 18 ans sur quatre se termine en IVG. Chez les 18-19 ans, on retrouvait 66 grossesses par 1 000 filles et 39 IVG par 1 000 filles (Echo-Santé Québec, 2004). Selon plusieurs experts, l'utilisation plus répandue de la COU préviendrait 50 % des grossesses non planifiées dont la moitié se termineraient par une IVG (Bérubé, 1999). À chaque mois, une fille sur cinq oublie au moins deux contraceptifs oraux, d'où l'importance d'un counselling répété en matière de contraception (Lajoie M., 2003).

État de santé désiré d'ici 2012

- Réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes.

Alimentation

Près d'un jeune de 15 à 24 ans sur cinq percevait avoir de moyennes ou de mauvaises habitudes alimentaires en 1998, en Montérégie (Sauvageau, 2003). Au Québec, près de 50 % des garçons et 67 % des filles, de 15-16 ans, ne consomment pas les 5 à 10 portions de fruits et légumes recommandées chaque jour. La consommation médiane est de 4,3 portions (Bertrand, 2004).

État de santé désiré d'ici 2012

- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour.

Activité physique

La proportion des adolescents de la Montérégie de 12 à 19 ans qui ont fait 15 minutes ou plus d'activités physiques de loisirs par jour au cours des 3 derniers mois est de 67 %. Chez les 20 à 24 ans, elle est de 62 %. Lorsque l'on considère l'intensité suffisante nécessaire pour améliorer la santé (en fonction de la dépense énergétique totale), ces pourcentages chutent à 38 % chez les 12-19 ans et 21 % chez les 20-24 ans pour un niveau d'intensité « actif »⁸ (Santé Canada, 2001).

État de santé désiré d'ici 2012

- Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans.
- Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans et plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

⁸ Actif : > ou = 3 kcal/kg/j ; modéré entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/j ; inactif < 1,5 kcal/kg/j.



Poids

On considère qu'un adulte présente un surplus de poids si son IMC est >24,9. Environ 16 % des jeunes de 18-19 ans, et près de 30 % des 20-24 ans, au Québec, en 2003, ont déclaré (selon leur taille et poids rapportés) avoir un IMC de 25 ou plus (Santé Canada, 2003).

État de santé désiré d'ici 2012

- Prévenir l'excès de poids et l'obésité chez les adolescents.
- Réduire la prévalence de l'excès de poids chez les adultes à 22 % et celle de l'obésité à 10 %.

Tabagisme

En Montérégie, en 2000-2001, 20 % des jeunes de 12-19 ans fumaient régulièrement et la prévalence atteignait 31 % chez les 20-24 ans (Santé Canada, 2001). L'âge de l'initiation au tabac est d'environ 13 ans (Bellerose et autres, 2002). De plus, 42 % des 12 à 24 ans sont exposés à la fumée de tabac à la maison (Santé Canada, 2004).

État de santé désiré d'ici 2012

- Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire.
- Réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac à 18 %.
- Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE).

Alcool et drogues

En Montérégie, en 2000-2001, un jeune sur trois de 12-19 ans buvait de l'alcool une fois par semaine ou plus (au cours des 12 derniers mois) et la proportion augmentait à plus d'un jeune sur deux chez les 20-24 ans (Santé Canada, 2001). Aussi, plus d'un jeune consommateur sur deux rapporte avoir bu cinq consommations d'alcool ou plus en une occasion au cours de l'année précédant l'enquête (Santé Canada, 2001). Au Québec, l'âge du début de la consommation régulière d'alcool est de 14 ans et elle est de 13 ans pour la drogue (Perron et Loiselle, 2003). En 2002, 39 % des jeunes du secondaire avaient consommé du cannabis au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête (Perron et Loiselle, 2003).

État de santé désiré d'ici 2012

- Réduire les problèmes reliés à la consommation d'alcool ou de drogues (retarder l'âge d'initiation, diminuer la consommation régulière ou problématique, diminuer les problèmes de santé associés à la consommation inappropriée).

Santé mentale

La deuxième cause de décès chez les 15-24 ans, au Québec, est le suicide (Santé Canada, 2000). Près d'un jeune Montréalais sur trois (29 %) âgé entre 15-24 ans, a présenté des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant une enquête canadienne (Santé Canada, 2001). Entre 1999 et 2001, il y a eu 259 suicides au Québec, chez les 15-19 ans (18/100 000) et 360 suicides chez les 20-24 ans (24/100 000) (Julien, 2004). Environ 90 % des jeunes qui se suicident souffrent d'une maladie psychiatrique, dont la dépression (Bedwani, N.C., 2001).

Par ailleurs, les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles que le reste de la population de présenter des troubles mentaux et des problèmes de dépendance à une substance. En 2002, au Canada, 18 % de ceux-ci rapportent avoir éprouvé des sentiments ou des symptômes concordant avec au moins un trouble mesuré ou une dépendance à une substance (épisode dépressif majeur, épisode de manie, trouble de panique, trouble d'anxiété sociale, dépendance à l'alcool et dépendance aux drogues illicites) au cours des 12 mois précédant l'enquête canadienne (Santé Canada, 2003).

État de santé désiré d'ici 2012

- Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides.
- Réduire les troubles des conduites et la délinquance chez les adolescents.
- Augmenter la proportion de jeunes en bonne santé mentale.

Violence⁹

Au Québec, environ 1 jeune sur 100 est le perpétreur de voie de fait, 1 jeune sur 1 000 commet une agression sexuelle et 1 jeune sur 10 000 est impliqué dans une tentative ou un complot en vue de commettre un meurtre (ministère de la Sécurité publique, 2003). Ces données proviennent des plaintes signalées au corps policier et qui sont retenues comme étant des plaintes fondées. Finalement, en Montérégie, environ 40 % des jeunes du secondaire ayant eu une relation amoureuse au cours des 12 derniers mois déclarent avoir été victimes au moins une fois d'un comportement violent de la part de leur « chum » ou de leur « blonde » (Bellerose et autres, 2002). À noter que les situations déclarées de violence dans les relations amoureuses les plus fréquentes sont de nature psychologique et touchent autant les filles que les garçons.

État de santé désiré d'ici 2012

- Réduire les troubles des conduites, incluant la violence envers les adolescents.
- Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agressions sexuelles et de négligence à l'endroit des adolescents.

⁹ Bien que la problématique de la violence soit très importante, il n'existe pas d'intervention efficace, de nature préventive, à offrir en clinique jeunesse. Toutefois, tous les intervenants doivent être alertes aux signes et symptômes de violence dans les relations amoureuses afin d'identifier les personnes qui en sont victimes pour leur offrir du soutien en réponse à leurs besoins. De plus, il faut rappeler l'importance de maintenir des interventions d'autres natures (développer des habiletés de résolution de problèmes et autres habiletés sociales, favoriser l'action communautaire) pour contrer la problématique de la violence chez les jeunes.

Traumatismes non intentionnels

Les blessures non intentionnelles sont toujours la principale cause de décès chez les 15-24 ans, au Québec. Pour la période 1997-1998, les blessures non intentionnelles ont causé 236 décès en moyenne par année dans ce groupe d'âge au Québec avec un taux de mortalité de 24 pour 100 000. Chez les 15-24 ans de la Montérégie, on comptait 2 320 hospitalisations par année pour cette cause (Hamel, 2001). La prévalence annuelle de blessures ayant causé une limitation des activités normales (par exemple : fracture, brûlure grave) est de 14 % chez les 12 à 19 ans et de 18 % chez les 20 à 24 ans, en Montérégie, en 2000-2001 (Santé Canada, 2001).

État de santé désiré d'ici 2012

- Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez l'ensemble des usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route.
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs et sportifs.

Santé dentaire

Selon une étude effectuée auprès des écoliers québécois de 13 à 14 ans (Brodeur et autres, 1999), les jeunes ont des connaissances adéquates concernant la prévention de la carie dentaire, mais il demeure important de renforcer leur perception concernant leur propre rôle. De fait, une grande majorité des jeunes affirment se brosser les dents deux fois par jour ou plus, mais la durée du brossage est insuffisante. De plus, ces mêmes jeunes démontrent une attitude plutôt négative vis-à-vis l'utilisation de la soie dentaire.

État de santé désiré d'ici 2012

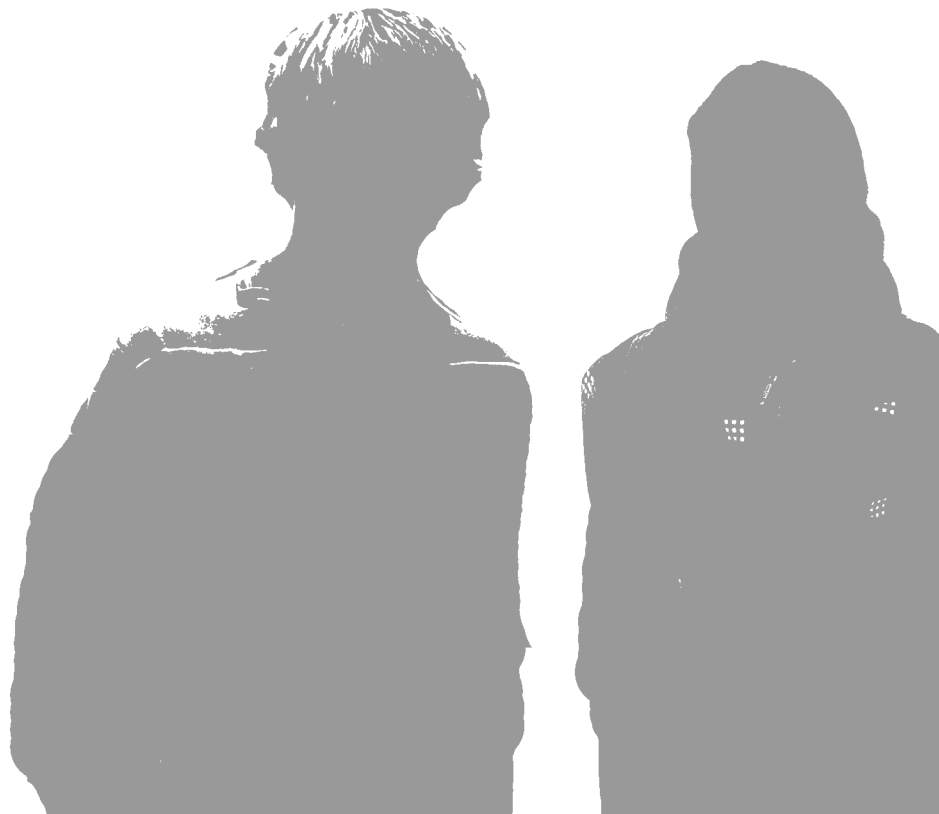
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge.
- Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les moins de 18 ans.

Quelques statistiques sur la santé des jeunes en centre jeunesse

Il existe peu de statistiques récentes sur la santé des jeunes en centre jeunesse. En 1996, dans un document produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur la santé sexuelle et la prévention des ITSS des adolescents et jeunes adultes, on rapportait les chiffres suivants : 70 % à 93 % des jeunes de 14 à 16 ans ont eu des relations sexuelles et l'âge de la première relation sexuelle se situe autour de 13 ans. Le profil comportemental de ces jeunes se caractérise notamment par de multiples partenaires, une utilisation moindre du condom (50 % lors de la première relation sexuelle et 17 à 36 % lors de toutes les relations sexuelles), une utilisation accrue de drogues par injection (5 à 13 %) et par des activités de prostitution (5 à 15 %). On observe qu'entre 12 % et 14 % de ces jeunes actifs sexuellement ont déjà été traités pour au moins une ITSS (Otis, 1996).

En ce qui concerne les problèmes de santé mentale, une étude menée en 2003 indique qu'il y aurait 8 % de la clientèle suivie par le Centre jeunesse de la Montérégie qui présenterait un problème de santé mentale (Marcoux, 2003, cité dans Pelletier-Basque et Dépelteau, 2004).

La santé des jeunes en centre jeunesse est donc plus précaire que celle de l'ensemble des jeunes. Il faut alors leur assurer des services curatifs adaptés, mais aussi des services préventifs afin de réduire l'écart qui existe entre leur santé et leur bien-être et celui de l'ensemble des jeunes de la Montérégie.



ANNEXE 3 : MODÈLE LOGIQUE DU CADRE DE RÉFÉRENCE

ANNEXE 3 : MODÈLE LOGIQUE DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Disponibilité d'une infirmière	Disponibilité de l'équipement requis	Publicité sur l'offre de service de la clinique	Disponibilité d'un médecin
Éducation, counselling sur mesures préventives	Réalisation de tests de grossesse, de tests de dépistage, identification précoce de cas	Accessibilité aux condoms, à la contraception et à la COU	Références aux services appropriés ou suivi sur place

RÉSULTATS À COURT TERME (hypothèses des interventions)

- Amélioration des connaissances des jeunes sur les bénéfices et les coûts de l'action préventive = augmente la probabilité de croire en l'efficacité de l'action à entreprendre.
- Amélioration des connaissances des jeunes sur la vulnérabilité et la sévérité des conséquences = augmente la probabilité de comprendre que la menace est réelle et possible :
 - donc, on augmente la probabilité chez le jeune d'entreprendre l'action préventive recommandée.
- Amélioration de la capacité matérielle (condom dans le sac) et apprentissage de nouvelles habiletés = augmente la probabilité d'avoir une meilleure perception du contrôle sur le comportement et donc d'entreprendre l'action préventive recommandée.
- Renforcement du comportement par l'infirmière ou le médecin = augmente la probabilité de maintenir le comportement.
- Meilleure prise en charge et suivi par des rappels, aide-mémoire, accès rapide et publicité.
- Dépistage et prise en charge précoce de différentes problématiques : toxicomanies, dépression, ITSS, etc.
- Amélioration de la couverture vaccinale.

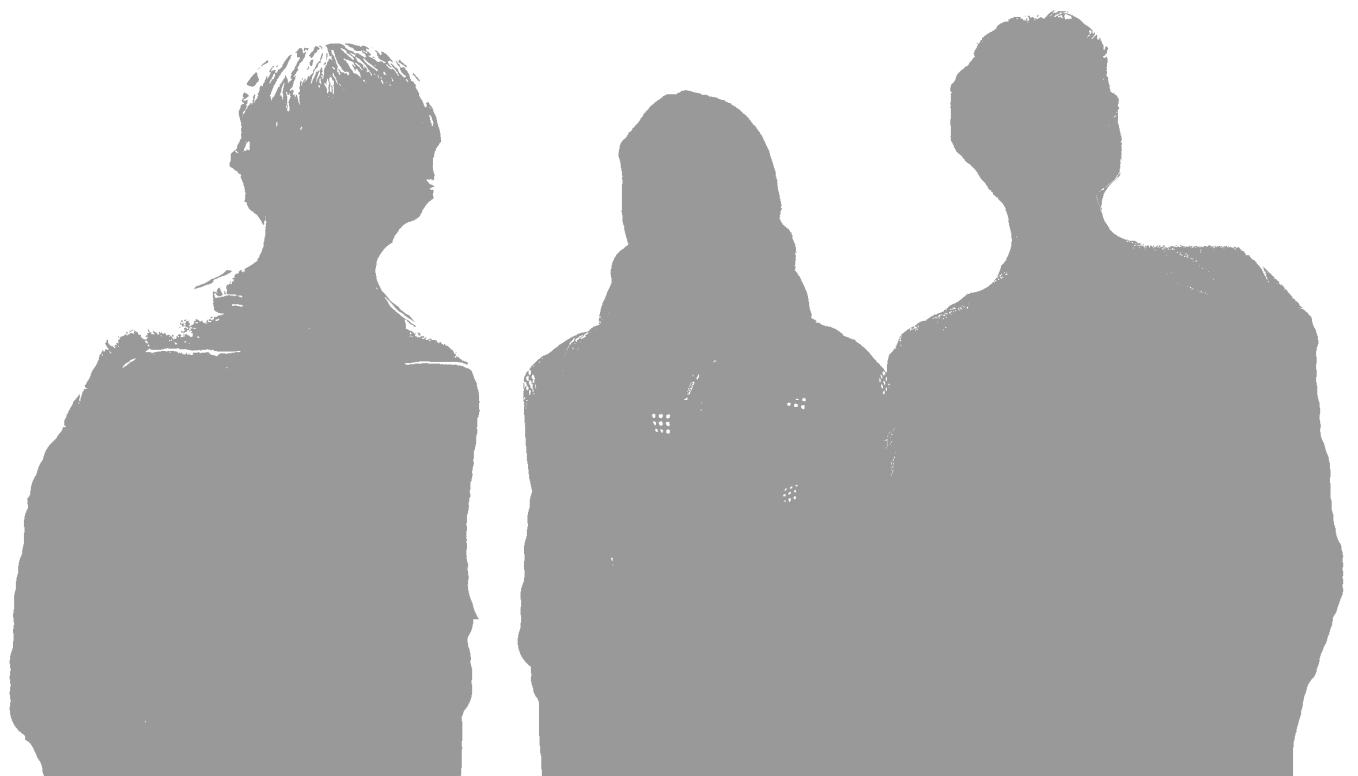
RÉSULTATS À MOYEN TERME (hypothèses causales)

ATTENTION, BEAUCOUP D'AUTRES FACTEURS EXTERNES :

- Diminution des grossesses à l'adolescence.
- Diminution de l'incidence des ITSS.
- Amélioration des habitudes de vie.
- Amélioration de la sécurité dans les sports et loisirs.
- Consommation plus sécuritaire et réfléchie d'alcool ou de drogues.
- Diminution de la prévalence de certaines problématiques (toxicomanies, santé mentale, maladies chroniques, infections évitables par l'immunisation, etc.).
- Diminution de l'utilisation des services curatifs.

RÉSULTATS À LONG TERME

- Amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes adultes montérégiens.





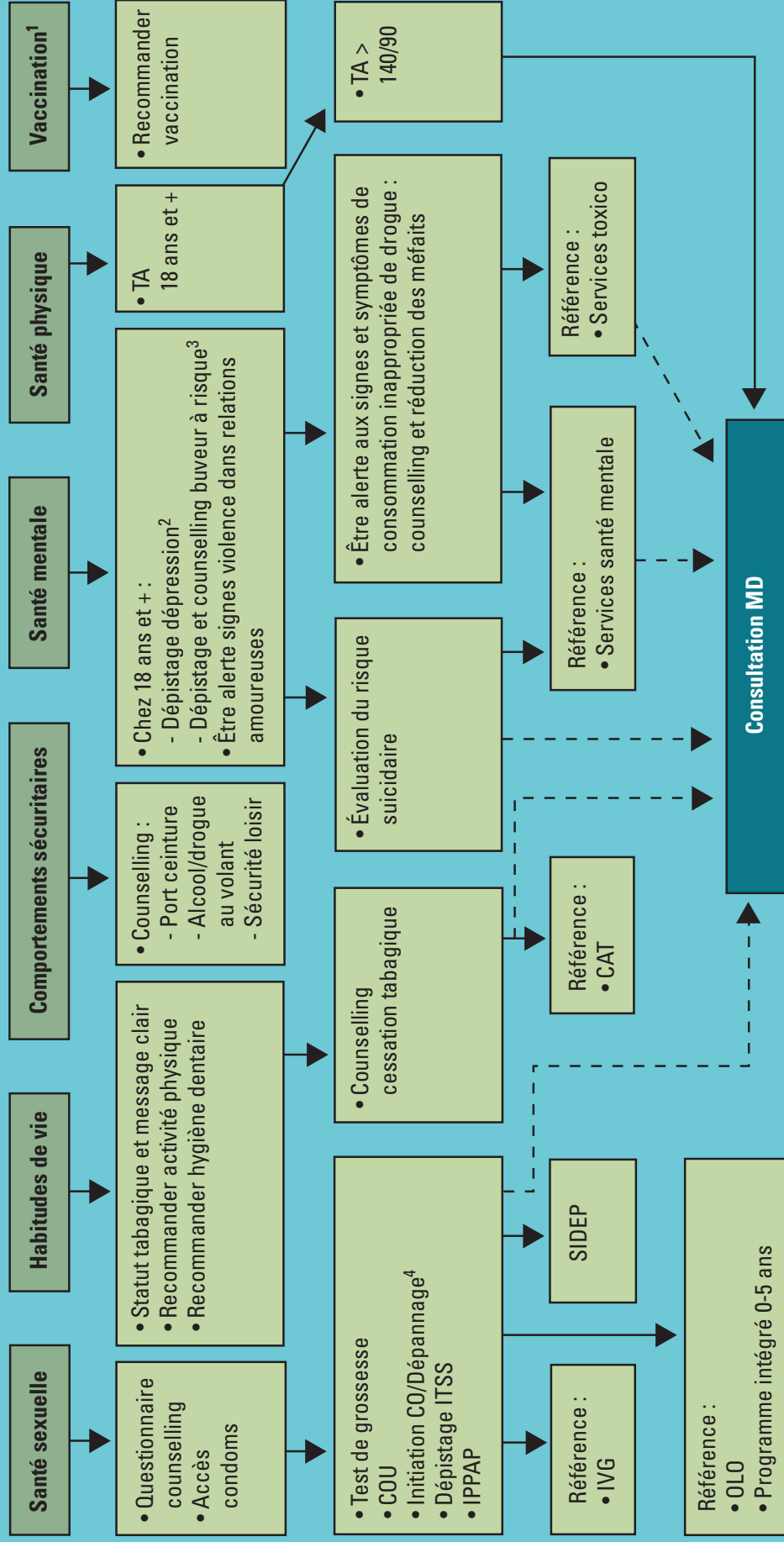
ANNEXE 4 : TRAJECTOIRE TYPE D'UN JEUNE



TRAJECTOIRE TYPE D'UN JEUNE

Raison de consultation

Évaluation par l'infirmière



• Prescription et suivi contraception

• Counselling et prescription thérapie de remplacement à la nicotine

• Suppléments acide folique

• Examen mental — Évaluation risque suicidaire — Diagnostic et traitement

• Dépistage cancer du col⁵

• Examen physique, diagnostic et traitement

1 Selon les recommandations du PIQ et vacciner si clinique faite au CLSC
 2 Utilisation d'un outil validé : seulement si corridor de services avec équipe santé mentale
 3 Utilisation d'un outil validé : seulement si corridor de services en toxicomanie
 4 Selon ordonnance collective adoptée par le CMDP
 5 Selon les recommandations, peut être fait par l'infirmière



**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

Réalisé par la Direction de santé publique

1225 Beauregard, Longueuil, J4K 2M3

Téléphone : 450-928-6777

Télécopieur : 450-679-6443

Site : www.rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique