CADRE DE RÉFÉRENCE

Pour soutenir LA COLLABORATION ENTRE LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS) ET LES COLLÈGES PUBLICS DU QUÉBEC

Québec

CADRE DE RÉFÉRENCE

Pour soutenir LA COLLABORATION ENTRE LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS) ET LES COLLÈGES PUBLICS DU QUÉBEC

Québec

Recherche et rédaction

Julie Gauthier

Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux

Caroline Villeneuve

Direction des affaires étudiantes universitaires et collégiales
Secteur de l'enseignement supérieur, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Les remerciements

Nous tenons à souligner la participation des personnes qui ont été associées à certaines étapes ou à l'ensemble des travaux du comité tripartite sur les services sociaux et de santé aux étudiants du réseau collégial. Ce comité, formé de représentants de la Fédération des cégeps, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du ministère de la Santé et des Services sociaux, s'est réuni à plusieurs reprises pour commenter et enrichir le présent document.

Les membres du comité

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Ginette Dion, directrice, Direction des affaires étudiantes universitaires et collégiales

Hélène Bonnelli, conseillère aux clientèles particulières, Direction des affaires étudiantes universitaires et collégiales

Caroline Villeneuve, conseillère aux affaires étudiantes, Direction des affaires étudiantes universitaires et collégiales

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Marthe Hamel, chef de service, Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction du développement des individus et de l'environnement social

Josée Lepage, adjointe, Direction de la santé mentale

Julie Gauthier, agente de recherche, Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction du développement des individus et de l'environnement social

Manon Duhamel, agente de recherche, Direction de la santé mentale

Patricia Dumas, agente de recherche, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

Penny Sutcliff, médecin-hygiéniste et directrice générale du Service de santé publique de Sudbury (Ontario), jusqu'au printemps 2007

Gaëtan Trudeau, Services sociaux généraux, Direction des services sociaux généraux, de la jeunesse et du communautaire, jusqu'à l'été 2008

Sylvie Veilleux, Service de la promotion de saines habitudes de vie, Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, jusqu'à l'été 2007

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Denis St-Amand, conseiller, Direction de l'organisation des services et de la qualité

Fédération des cégeps

Yves Carignan, directeur des affaires étudiantes, Cégep Montmorency

Francine Duquette, directrice des affaires étudiantes, Cégep Marie-Victorin

Yves Fontaine, directeur des études et des affaires étudiantes, Cégep de Valleyfield

Jacques Fortin, directeur des affaires étudiantes et communautaires, Cégep de Lévis-Lauzon

Véronique Raymond, conseillère à la recherche et au développement, Fédération des cégeps

Claire Sylvain, directrice des affaires étudiantes, Cégep de Rivière-du-Loup

France Turgeon, directrice des affaires étudiantes, Cégep de Sherbrooke

Dépôt légal

© Gouvernement du Québec 2010 – 10-00248

ISBN 978-2-550-59478-9 (Version imprimée)
ISBN 978-2-550-59479-6 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2010

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DES MINISTRES 5

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE PARTIE : contexte 9

DEUXIÈME PARTIE : principes associés au cadre de référence 11

TROISIÈME PARTIE : les responsabilités de chaque réseau 13

3.1. Réseau de la santé et des services sociaux 13

3.2. Réseau de l'éducation 14

QUATRIÈME PARTIE : quelques orientations en vigueur 15

4.1. Programme national de santé publique, 2003-2012 15

4.2. Plan d'action en santé mentale, 2005-2010 – La force des liens 15

4.3. Plan d'action interministériel en toxicomanie, 2006-2011 16

4.4. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, 2006-2012 16

4.5. Plan d'action « Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait » 16

4.6. Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale 16

4.7. Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle 17

4.8. Politique « À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité » 17

CINQUIÈME PARTIE : la collaboration soutenue interréseaux : pour l'établissement de véritables partenariats 19

5.1. Convenir, entre partenaires, du contenu et des modalités de la collaboration 19

5.2. Concilier le partage de l'information et le respect de la confidentialité 19

5.3. Prévoir un suivi des collaborations pour soutenir la pérennité des engagements 20

5.4. Suivi du cadre de référence 21

Annexe 1 : Faits saillants du Portrait de santé des jeunes Québécois de 15 à 24 ans 25

Annexe 2 : Fonctionnement en réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) 29

Annexe 3 : Contenu type d'un protocole d'entente 31

Annexe 4A : Notes explicatives du modèle de formulaire de consentement présenté en annexe 4B 33

Annexe 4B: Modèle de formulaire de consentement 35

MESSAGE DES MINISTRES

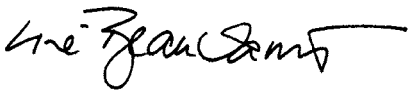
Le présent cadre de référence s'inscrit dans la continuité du Guide sur les services de santé et de bien-être aux étudiants et étudiantes des collèges[1], publié en 1994 par le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les auteurs réaffirment l'importance d'assurer la prestation de services adaptés aux besoins des jeunes du collégial sur les plans physique, mental et psychosocial. Ils se fondent, pour ce faire, sur le principe selon lequel la qualité de la santé et du bien-être des cégépiens influe directement sur leur réussite et sur leur maintien aux études. Il importe donc de les soutenir en ce sens, à cette étape charnière de leur vie.

La révision de ce guide a permis de situer la mission et les responsabilités de chacun des réseaux en cause, en tenant compte du contexte de prestation de services. On pense entre autres au récent mode d'organisation du réseau de la santé et des services sociaux où les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont appelés à jouer un rôle pivot dans la coordination des services sur leur territoire local.

L'organisation concertée des services sociaux et de santé est reconnue, dans l'ensemble des pays industrialisés, comme l'un des déterminants de la santé et du bien-être d'une population[2]. Dans cette perspective, la convergence des efforts des cégeps et des CSSS s'avère essentielle à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services sociaux et de santé offerts aux jeunes dans l'ensemble des territoires locaux.

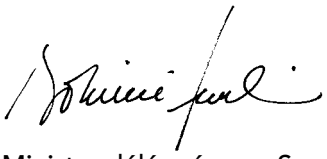
Le présent cadre de référence vise à fournir aux cégeps et aux CSSS un outil facilitant l'établissement de partenariats. Le but de cet outil est de remplir un engagement qui lie les deux réseaux, soit celui de mieux soutenir les besoins de santé et de bien-être des jeunes en cette période clé de leur parcours. Ce travail en synergie ne peut qu'intensifier l'effet des actions déjà menées par les deux réseaux au profit de la santé des jeunes et de leur réussite présente et future.

Compte tenu de l'importance de la population qui fréquente le réseau collégial public, les jeunes doivent se situer au centre des préoccupations et des actions des cégeps, des CSSS et autres organismes voués à leur bien-être. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport misent sur une mobilisation accrue des réseaux et sur le renforcement des partenariats entre les collèges publics et les centres de santé et de services sociaux afin de réunir, aujourd'hui, les conditions favorables à la santé et à la réussite des jeunes qui formeront la société de demain.



Ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Ministre de la Santé et des Services sociaux



Ministre déléguée aux Services sociaux

1. Québec, ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide sur les services de santé et de bien-être aux étudiants et étudiantes des collèges, Québec,* gouvernement du Québec, 1994, 38 p.

2. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, « Section II : Le rôle des services de santé et des services sociaux », Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 59-67.

INTRODUCTION

Investir pour la santé et le bien-être des jeunes aujourd'hui est […] garant de la santé des adultes qui composeront la société de demain[3].

À l'automne 2005, environ 157 629 jeunes de 15 à 24 ans poursuivaient des études collégiales, à l'enseignement ordinaire ou à la formation continue[4]. Les établissements de cet ordre d'enseignement constituent donc un milieu privilégié pour joindre les jeunes de ce groupe d'âge. Les années de fréquentation du réseau collégial constituent une étape importante du développement personnel. Cette période de transition vers une autonomie croissante comporte son lot de défis, de choix et de risques qui ont trait à la santé, à l'identité et à l'équilibre. Si la majorité des étudiants franchissent de façon satisfaisante ce passage vers la vie adulte, il faut reconnaître qu'il implique des changements majeurs induisant du stress et pouvant affecter la santé et le fonctionnement social. De plus, le cumul et la combinaison des problèmes de santé accroissent la vulnérabilité des jeunes et peuvent interférer avec leur réussite scolaire[5,6]. Intervenir rapidement permet d'éviter un enchaînement d'effets défavorables sur leur cheminement. Somme toute, l'éducation favorise le maintien de la santé et procure à son tour les conditions nécessaires à l'apprentissage.

L'élaboration du *Portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans* — réalisé en 2007-2008 dans le cadre des travaux du Comité tripartite (ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et Fédération des cégeps) sur les services sociaux et de santé dans le réseau collégial public — a permis de faire ressortir les principaux déterminants associés à la santé et au bien-être des étudiants du réseau collégial public de même que l'ampleur des problèmes qu'ils présentent (voir l'annexe 1). Ce portrait visait à faciliter le relevé des besoins des cégépiens en matière de services psychosociaux et de santé ainsi que la définition d'une offre de services permettant d'y répondre de façon optimale.

La première partie du cadre de référence expose les éléments de contexte entourant la démarche adoptée pour son élaboration. La seconde énonce les principes sur lesquels il est construit tandis que la troisième précise les responsabilités des deux réseaux concernés. La quatrième partie présente quelques orientations en vigueur pouvant guider les partenaires en matière de planification des services destinés aux jeunes. Enfin, la cinquième et dernière partie traite de la valeur ajoutée que représente une collaboration soutenue entre les établissements des deux réseaux.

3. Fédération des cégeps, *Portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans*, Montréal, Fédération des cégeps, 2010, p. 15.

4. Ces données englobent les réseaux des collèges privés et publics ainsi que les écoles gouvernementales, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction de la recherche, des statistiques et de l'information, *Banque d'informations sur le collégial*, version 2007.

5. Fédération des cégeps, *Rapport de recherche sur les services psychosociaux et les services de santé dans les collèges en 2002-2003*, Montréal, Fédération des cégeps, 2004, p. 10-18.

6. Valérie Houle, *Repérage en milieu collégial des étudiants et étudiantes à risque de développer des problèmes d'adaptation : description, analyse et faisabilité*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 2005, p. 1.

PREMIÈRE PARTIE
Contexte

Depuis leur création à la fin des années soixante, les établissements d'enseignement collégial se sont dotés de services aux étudiants qui comportent, dans la majorité des cas, des services de santé. La prestation de ces services résulte d'une collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et les collèges.

C'est ainsi que, entre 1976 et 1994, la collaboration entre le ministère de l'Éducation (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est traduite par l'élaboration de « guides de services » visant à faciliter la conclusion d'ententes locales. En 1994, la publication du *Guide pour assurer les services de santé et de bien-être aux étudiantes et étudiants des collèges* consacrait la reconnaissance, par le MEQ, le MSSS et les partenaires des réseaux, de l'intérêt de maintenir une association étroite pour assurer des services de santé à la population étudiante du collégial. La dernière version du guide remonte donc à 1994.

En 2003, la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux a connu d'importants changements annonçant à la fois une amélioration de l'utilisation des ressources et une plus grande capacité d'action en faveur du maintien et de l'amélioration de la santé des populations locales. Ces changements se sont traduits par la création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), chacun étant coordonné par un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Cette instance locale résulte de la fusion administrative de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH).

L'implantation des RLS s'appuie sur la définition d'un projet clinique qui vise à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en intégrant le principe de responsabilité populationnelle et celui de la hiérarchie des services au modèle d'organisation. Ce principe implique que les partenaires d'un RLS partagent collectivement une responsabilité à l'endroit de la population de leur territoire en offrant un ensemble de services qui soit le plus complet possible, de la prévention jusqu'au soutien en fin de vie. Les collèges étant les représentants du milieu de l'éducation, ils comptent parmi les partenaires du RLS avec lesquels le CSSS peut prendre entente dans le cadre de l'exercice de ses responsabilités.

En 2005, la Fédération des cégeps déposait auprès du ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et du ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) un rapport de recherche sur les services psychosociaux et les services de santé offerts dans les collèges publics, pour l'année 2002-2003[7]. Ce rapport faisait état d'une diminution des services de santé dans les collèges publics et d'une variation des services entre les établissements. De plus, il révélait une augmentation des problèmes de santé mentale au sein de la population étudiante. La principale recommandation visait la création d'un comité tripartite provincial regroupant des représentants du MELS, du MSSS et de la Fédération des cégeps afin de revoir et d'actualiser le guide de 1994 en considérant, d'une part, la réalité des jeunes qui fréquentent les collèges et, d'autre part, l'évolution de chaque réseau.

7. Fédération des cégeps, *Rapport de recherche sur les services psychosociaux et les services de santé dans les collèges en 2002-2003*, Montréal, Fédération des cégeps, 2004, 80 p.

DEUXIÈME PARTIE
Principes associés au cadre de référence

Déjà en 1994, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux énonçaient des principes pour soutenir la prestation de services adaptés aux besoins des jeunes des collèges. Le présent cadre de référence est l'occasion de rappeler ces principes et, au besoin, de les adapter au contexte des dernières années. Le MELS et le MSSS ont reconnu, par consensus, les sept principes suivants.

1. Les jeunes de 15 à 24 ans présentent une diversité de besoins sur les plans physique, mental ou psychosocial.

Plusieurs aspects de la santé des jeunes présentent des défis importants à relever, tant sur le plan des habitudes nuisibles et des comportements à risque que sur celui de l'état de santé physique, mentale et psychosociale[8]. Il est important de prévoir une offre de services qui répond à la diversité de leurs besoins.

2. Les jeunes d'âge collégial font l'apprentissage de l'autonomie.

On reconnaît que les jeunes qui fréquentent les collèges évoluent sur le plan de l'autonomie, notamment à l'égard de leur santé. Il n'en reste pas moins qu'ils ont besoin d'être guidés et accompagnés pour acquérir et maintenir des comportements de santé responsables et de saines habitudes de vie.

3. Les établissements d'enseignement collégial constituent un milieu de vie privilégié pour joindre les jeunes de 17 à 24 ans.

Le milieu de vie des jeunes joue un rôle majeur sur le plan de leur santé et de leur bien-être[9]. C'est là que des normes sociales favorables à la santé peuvent être transmises au moyen des activités scolaires et parascolaires et du rôle que jouent, notamment, les enseignants et les professionnels. La concentration d'un nombre important de jeunes dans les collèges facilite également la tenue de certaines activités de promotion et de prévention ainsi que l'offre de services sociaux et de santé.

4. L'état de santé des jeunes influe sur leur réussite scolaire qui, à son tour, agit sur leurs conditions de santé tout au long de leur vie.

La qualité de la santé des cégépiens est d'autant plus importante qu'elle est directement liée à leur persévérance dans leur parcours collégial. Il a été établi que les taux de réussite des jeunes qui bénéficient d'une meilleure santé sont plus élevés, ce qui réduit les risques de décrochage scolaire et partant, favorise la poursuite des études[10, 11]. Ainsi, afin de maintenir et d'améliorer leur état de santé, les jeunes du collégial doivent demeurer au centre des préoccupations des partenaires concernés. Leur réussite se répercutera sur leur santé, tout au long de leur vie.

5. L'accès à des services sociaux et de santé continus et de qualité permet d'éviter certains problèmes ou contribue à réduire leur aggravation.

Le cumul des problèmes de santé accroît la vulnérabilité. Intervenir rapidement permet d'éviter un enchaînement d'effets défavorables, notamment sur le cheminement scolaire des jeunes. En conséquence, les efforts des partenaires doivent converger vers l'accessibilité à une large gamme de services sociaux et de santé destinés aux jeunes du territoire local, dont ceux des collèges.

8. Le portrait de santé des jeunes Québécois de 15 à 24 ans fait ressortir les principaux déterminants de leur santé et de leur bien-être ainsi que la nature et l'ampleur des problèmes de santé qu'ils présentent.

9. Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec), *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 2006, p. 67.

10. Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick, *L'interdépendance de la réussite scolaire de l'élève et de sa santé*, [En ligne], 2002, [www.aefnb/Comm3b.html] (13 juillet 2009).

11. Observatoire Jeunes et Société, *Taux de chômage des 15-24 ans selon la scolarité, Québec, 1990-2005*, [En ligne], [http://www.obsjeunes.qc.ca/F/veille/statistiques/insertion/chomage/cd1t02anChomScol15_24.htm] (18 août 2009).

6. La collaboration intersectorielle est un facteur clé dans l'amélioration de l'offre de services sociaux et de santé aux jeunes sur un territoire défini.

Avec la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, associée à la création des CSSS, le territoire local apparaît désormais comme un lieu d'échanges intersectoriels où divers acteurs, dont le milieu collégial, coordonnent leurs efforts pour mieux contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

7. La communication de renseignements doit se faire dans le respect des règles relatives à la confidentialité des renseignements personnels.

La communication des renseignements personnels doit être effectuée dans le respect du cadre législatif applicable au Québec et plus particulièrement de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels[12] et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux[13].

12. Québec, *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnel : LRQ, chapitre A-2.1, à jour au 27 juillet 2009*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2009.

13. Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : LRQ, chapitre S-4.2, à jour au 11 février 2008*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2008.

TROISIÈME PARTIE
Les responsabilités de chaque réseau

Afin de bien situer les rôles et les responsabilités des partenaires concernés, cette section présente quelques éléments qui se rattachent à chacun des réseaux.

3.1 Réseau de la santé et des services sociaux

L'accès équitable à des soins et à des services de qualité repose sur un partage des responsabilités à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Ce partage est défini dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)[14] pour chacun des paliers de gestion, soit le provincial, le régional et le local.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Au palier provincial, le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de la définition des orientations et établit les priorités de même que les objectifs du système de santé et de services sociaux. Il alloue les ressources financières et convient des résultats attendus au moyen d'ententes de gestion. Il évalue, pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. De plus, en vertu de sa mission, le Ministère propose à l'État et aux autres secteurs d'activité des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

Agences de la santé et des services sociaux

Au palier régional, les agences de la santé et des services sociaux sont responsables de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région, particulièrement en matière de financement, de répartition des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. Elles facilitent également le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). Enfin, elles fournissent les services régionaux de santé publique en matière de surveillance de l'état de santé et de bien-être, de promotion, de prévention et de protection, tel que prévu par la Loi sur la santé publique.[15]

Centres de santé et de services sociaux

Au palier local, les CSSS ont pour mission de coordonner le RLS devant assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services sur son territoire local. Dans une perspective de responsabilité populationnelle, les CSSS doivent également agir sur les déterminants de la santé. Pour ce faire, le CSSS élabore un projet clinique, lequel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales. Il doit de plus respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus. De façon particulière, le projet clinique comprend les éléments suivants[16] :

- les besoins sociosanitaires[17] et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population par une gamme de services généraux, incluant des services de prévention et, selon leur disponibilité, des services spécialisés et surspécialisés;
- les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires du RLS.

Afin d'améliorer l'état de santé de la population, les CSSS ont à établir des collaborations avec divers partenaires provenant du même secteur ou avec d'autres acteurs de leur territoire. Ces collaborations permettent aux CSSS de convenir, en concertation avec leurs partenaires, des éléments de l'offre de services, des paramètres décrits à l'intérieur des ententes de services ainsi que des moyens pour assurer le partage d'information.

14. *Ibid.*

15. *Québec, Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1er novembre 2008*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2008.

16. « Projet clinique et organisationnel », dans Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : LRQ, chapitre S-4.2, à jour au 1er janvier 2008*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2008, chapitre I.1, art. 99.5.

17. Les caractéristiques sociosanitaires de la population renvoient à l'état de santé et de bien-être de la population ou d'un groupe en particulier ainsi qu'aux facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui influent sur ce même état. Ces caractéristiques ont donc une implication particulière pour la planification des interventions requises. « Services offerts », dans Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : LRQ, chapitre S-4.2, à jour au 1er janvier 2008*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2008, chapitre I.1, art. 99.6.

3.2. Réseau de l'éducation

Le système d'éducation québécois repose sur un partage de responsabilités entre le gouvernement, les universités, les collèges, les commissions scolaires et les écoles. On compte 48 collèges d'enseignement général et professionnel, appelés cégeps, et 23 collèges privés subventionnés qui ont la responsabilité d'offrir, avec l'autorisation de la ministre, des programmes d'études préuniversitaires ou techniques conduisant à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

En vertu de sa loi constitutive, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport est investi de la responsabilité d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives aux domaines de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et secondaire, de l'enseignement collégial ainsi que de l'enseignement et de la recherche universitaires. Ainsi, il favorise l'accès à l'éducation sous toutes ses formes à quiconque a la volonté et la capacité de s'instruire. Il veille également à l'harmonisation des orientations et des activités éducatives avec l'ensemble des politiques gouvernementales et avec les besoins économiques, sociaux et culturels de la société québécoise. Il est également chargé de conseiller le gouvernement en matière de loisir et de sport et d'assurer la cohérence interministérielle dans ces domaines.

Les collèges d'enseignement général et professionnel

La Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel et ses règlements d'application encadrent l'accomplissement de la mission des cégeps qui est d'offrir des programmes d'études collégiales[18]. Cette loi ne contient aucune disposition particulière en ce qui a trait aux besoins de santé et aux besoins psychosociaux des effectifs étudiants. Toutefois, depuis leur création, la plupart des cégeps ont mis en place des services aux étudiants et étudiantes lesquels incluent des services de santé, dans la majorité des cas. L'ensemble de ces services a grandement évolué au cours des années, notamment depuis l'avènement des projets éducatifs et l'élaboration des plans de réussite qui font une large part au développement global de la personne en vue de sa réussite éducative.

18. Québec, *Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel : LRQ, chapitre C-29, à jour au 2 octobre 2006*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, *c*2006.

QUATRIÈME PARTIE
Quelques orientations en vigueur

En vue d'actualiser et de favoriser le renouvellement d'ententes de service entre les collèges et les CSSS, il apparaît important de rappeler certaines orientations ministérielles et gouvernementales déjà adoptées. Parallèlement à la connaissance des caractéristiques sociosanitaires des jeunes fréquentant un collège donné, ces orientations peuvent contribuer à la détermination de l'offre de services nécessaire, étape qui guidera l'élaboration des ententes de service à intervenir, d'une part, entre les partenaires des deux réseaux et, d'autre part, entre les collèges et d'autres partenaires offrant des services de santé destinés aux jeunes.

4.1 Programme national de santé publique, 2003-2012[19]

Le Programme national de santé publique définit les activités de santé publique nécessaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Instituée par la Loi sur la santé publique, la structure du programme reflète les fonctions de santé publique, fonctions qui délimitent le champ d'action du secteur et les responsabilités qui incombent aux acteurs concernés. Le programme traite de l'ensemble des activités à offrir à la population, lesquelles se rattachent à l'une ou l'autre des fonctions suivantes : promotion de la santé et du bien-être; prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes; protection de la santé ainsi que réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé.

Depuis 2003, plusieurs documents complémentaires ont précisé certains aspects de l'offre de services définie dans le programme. C'est le cas, par exemple, du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2012*, de la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009*, etc. Les activités retenues ainsi que les stratégies d'action du programme mis à jour en 2008 respectent en tous points les orientations énoncées dans ces divers documents. La même remarque vaut pour tous les documents d'orientation ministérielle qui structurent les activités de chaque programme axé sur les services, notamment les documents d'orientation sur la toxicomanie et ceux sur la santé mentale.

Le programme national se déploie au moyen des plans d'action régionaux de santé publique, sous la responsabilité des agences de la santé et des services sociaux, et des plans d'action locaux de santé publique, sous la responsabilité des CSSS.

4.2 Plan d'action en santé mentale, 2005-2010 : La force des liens[20]

L'objectif général poursuivi par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* est de doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental. Il propose des changements importants aux modes d'organisation des différents niveaux de services en santé mentale.

Des priorités ont été établies pour les personnes qui présentent un risque élevé de suicide. Dans cette optique, et en collaboration avec les acteurs sociaux, le MSSS souhaite intensifier, entre autres, la mise en place des réseaux de sentinelles visant à prévenir le suicide chez les jeunes. De plus, parmi les enjeux soulevés par le plan d'action figure l'amélioration de l'accessibilité des services de santé mentale de première ligne, particulièrement pour les personnes qui présentent des troubles modérés et qui ont besoin d'être évaluées et traitées rapidement, tant sur le plan médical que psychosocial.

19. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.

20. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.

4.3 Plan d'action interministériel en toxicomanie, 2006-2011[21]

À partir d'un diagnostic reconnu par tous les partenaires, le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* propose une intervention gouvernementale cohérente et concertée visant à réduire tant la demande de psychotropes que leur accessibilité au sein de la société québécoise. Le plan désigne quatre axes d'intervention propres à répondre d'une manière adaptée aux besoins des personnes et des milieux d'intervention : la prévention, l'intervention précoce, le traitement et la réinsertion sociale ainsi que la recherche. Une attention particulière est accordée à certains groupes de la population, notamment aux jeunes dont les besoins spécifiques doivent être pris en compte en toxicomanie. Les milieux d'intervention désignés dans le plan d'action pour atteindre les objectifs fixés et poursuivre les actions comptent, entre autres, les milieux scolaires (jeunes et adultes). Il s'agit d'un lieu social d'éducation et d'apprentissage propice à l'acquisition de saines habitudes de vie et à la prévention de problèmes affectant la santé et le bien-être. Des mesures du plan d'action visent précisément les effectifs étudiants des cégeps et des universités.

4.4 Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, 2006-2012[22]

Ce plan d'action annonce l'engagement du gouvernement dans une stratégie collective pour l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être des Québécoises et Québécois. Les mesures proposées constituent des actions qui s'appuient sur les résultats de recherches effectuées au Québec et ailleurs. Les décideurs et les planificateurs les tiennent pour prioritaires afin de mettre en place des environnements qui favorisent une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif pour les jeunes et leur famille, et ce, afin de prévenir les problèmes reliés au poids.

C'est dans un tel contexte que le MELS a publié, en concertation avec d'autres organismes du réseau de l'enseignement collégial et universitaire et en partenariat avec d'autres ministères, un cadre de référence pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif. Cet outil, adapté aux réalités des jeunes de 17 à 25 ans, vise à renforcer les actions engagées par les établissements collégiaux et universitaires et à stimuler l'innovation.

4.5 Plan d'action « Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait »[23]

Ce plan d'action gouvernemental regroupe des orientations et des actions qui interpellent plusieurs ministères et organismes gouvernementaux dans le but de favoriser l'égalité entre les hommes et les femmes. Pour que l'égalité devienne une valeur de société, le gouvernement s'appuie sur un large éventail de partenaires, dont les milieux de l'éducation, partenaires qui peuvent fournir un apport important en raison de leur rôle respectif dans la société. Trois des six orientations relatives à la question de l'égalité entre les hommes et les femmes s'appliquent plus spécifiquement aux collèges et aux universités : la promotion de modèles et de comportements égalitaires, la conciliation des études et des responsabilités familiales de même que le respect de l'intégrité des femmes et leur sécurité dans tous leurs milieux de vie. Cette dernière rejoint notamment la question de la prévention de la violence et des abus dont les femmes sont victimes. L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) est l'un des instruments privilégiés par le gouvernement pour apprivoiser l'égalité entre les hommes et les femmes. Déjà utilisé pour plusieurs politiques et orientations, cet instrument devrait servir pour l'ensemble des décisions tant gouvernementales que régionales et locales. Concrètement, il s'agit de tenir compte, dans l'élaboration de lois, de projets ou d'activités, des réalités et des besoins différenciés des femmes et des hommes.

4.6 Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale[24]

Ce plan d'action gouvernemental comprend 72 engagements qui s'articulent autour de quatre axes d'intervention de la politique en matière de violence conjugale, soit : la prévention, le dépistage, l'adaptation aux réalités particulières et l'intervention sociojudiciaire. Huit ministères incluant trois secrétariats et leurs réseaux d'intervention respectifs d'aide et de

21. Ministère de la Santé et des Services sociaux et autres, *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 80 p.

22. Gouvernement du Québec, *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, 2006-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 50 p.

23. Gouvernement du Québec, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait. Plan d'action 2007-2010,* Québec, ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2007, 57 p.

24. Gouvernement du Québec, *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, ministère de la Justice et ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, 2004, 32 p.

protection sont responsables de ces engagements. Le plan d'action suscite la mobilisation de l'ensemble de la société québécoise pour contrer la violence conjugale dans tous les milieux de vie. Il s'appuie également sur la reconnaissance de l'existence même de la violence conjugale comme étant un obstacle à l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes. Les engagements accordent la priorité, notamment, à la sécurité et à la protection des personnes victimes.

C'est dans cette perspective que des actions visent le MSSS, entre autres, afin qu'il favorise l'acquisition, par les intervenants, des habiletés nécessaires pour déceler, de façon précoce, les signes de violence conjugale chez les adultes et pour détecter, chez les enfants, les signes d'exposition à cette violence, tout en assurant un suivi adéquat. Le MELS est également désigné pour mettre en œuvre des actions visant l'intégration de notions et d'attitudes liées aux rapports égalitaires entre les sexes et la prévention de la violence dans le milieu de l'éducation.

4.7 Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle[25]

Ce plan d'action présente les engagements de dix ministères, dont le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces actions s'articulent autour des quatre axes d'intervention prévus dans les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle : la promotion des valeurs fondamentales, la prévention des agressions sexuelles, le dépistage en matière d'agression sexuelle et l'intervention psychosociale, médicale, judiciaire et correctionnelle. Le plan présente également les principales conditions de réussite des interventions pour contrer ces agressions, entre autres la concertation intersectorielle et la coordination des services. Les orientations font valoir la nécessité d'adapter les interventions à la réalité autochtone ainsi qu'à celle des communautés culturelles. Plusieurs actions spécifiques sont inscrites dans le plan d'action afin de mieux rejoindre les communautés autochtones et les communautés culturelles.

4.8 Politique « À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité[26] »

Cette politique s'avère une référence incontournable pour les ministères et les organismes publics qui assument des obligations à l'égard des personnes handicapées. Elle est le fruit d'une importante démarche de consultation qui a permis de faire le point sur la situation de la participation sociale des personnes handicapées et de mettre la perspective d'ensemble à jour par une réflexion sur les orientations, les valeurs et les approches à privilégier. Parmi les priorités d'intervention énoncées figurent l'amélioration de l'accessibilité, la complémentarité et la coordination des programmes et services. Cette politique constitue, avec la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, une assise solide pour orienter l'action gouvernementale à l'égard des personnes handicapées et de leur famille.

25. Gouvernement du Québec, *Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle, 2008-2013*, Québec, Secrétariat à la condition féminine du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2008, 71 p.

26. Gouvernement du Québec, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait. Politique gouvernementale pour l'égalité entre les hommes et les femmes*, Québec, ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2006, 91 p.

CINQUIÈME PARTIE
La collaboration soutenue interréseaux : pour l'établissement de véritables partenariats

La concertation interréseaux fournit, d'une part, une occasion de porter un regard d'ensemble sur les problématiques de santé des jeunes pour un milieu donné et, d'autre part, d'évaluer les forces et les ressources du milieu afin d'en optimiser l'impact. C'est pourquoi le présent cadre de référence mise sur la valeur ajoutée que représente une collaboration intersectorielle soutenue entre les établissements des deux réseaux.

Dans l'exercice de la responsabilité populationnelle, les CSSS ont la responsabilité d'offrir localement une gamme étendue de services de proximité, incluant les services de santé publique visant à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé[27]. L'établissement de liens avec les autres secteurs d'activité ayant un impact sur la santé et le bien-être des jeunes, dont fait partie le milieu de l'enseignement collégial, permet donc de mieux rejoindre cette population sur le territoire. C'est dans cet esprit que la présente section du cadre de référence vient rappeler certaines des conditions propices à l'établissement de telles collaborations.

5.1 Convenir, entre partenaires, du contenu et des modalités de la collaboration

De façon très concrète, les CSSS et leurs partenaires peuvent recourir à différents moyens pour préciser et suivre les diverses formes de collaboration[28] en place sur le territoire local, selon le contexte, l'objet et l'historique de la collaboration. Cette collaboration sera d'autant plus efficace et durable qu'elle sera encadrée par des mécanismes reconnus, que les contenus seront inscrits dans des documents officiels et que chacune des organisations signataires s'engagera à y donner suite. Outre les modalités habituelles de consignation écrite de l'information — dans un compte rendu ou une correspondance confirmant les mécanismes retenus —, les partenaires peuvent choisir d'officialiser leur collaboration dans une entente. Cette façon de faire permet de convenir de dispositifs jugés bénéfiques par les partenaires, comme les mécanismes d'accueil, de référence, de liaison, de suivi conjoint des usagers, et d'établir les modalités de la collaboration[29]. En général, ces ententes ne visent ni un financement spécifique ni des engagements relatifs à des volumes de services à rendre à la clientèle visée[30][31].

Les ententes de collaboration constituent un levier important pour l'action intersectorielle au bénéfice des jeunes. On sait, par ailleurs, qu'au-delà d'une approche administrative au sens strict, le succès de l'action intersectorielle repose sur certains facteurs clés qui concernent tant les individus que les organisations, notamment l'engagement envers la population et les diverses clientèles, la reconnaissance de l'expertise des autres secteurs ainsi que les modalités de prise de décision favorables aux rapports égalitaires entre les partenaires[32].

5.2 Concilier le partage de l'information et le respect de la confidentialité

La mise en œuvre de la collaboration convenue entre les CSSS et les cégeps doit être conforme à la législation en vigueur régissant le partage d'information entre les établissements de santé et de services sociaux et les établissements d'enseignement. À l'intérieur de l'entente de collaboration, les partenaires auront donc à définir des mécanismes de partage de renseignements qui respectent les règles

27. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 11.

28. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 6.

29. À titre indicatif, l'annexe 3 présente la liste des sujets que les partenaires pourraient y inclure.

30. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 6.

31. Pour la question de la transmission d'information, nous nous sommes inspirés de Sonia Amziane, *Guide d'application sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS)*, Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2007, p. 16-20.

32. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 66-71.

de confidentialité prévues par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur les services de santé et les services sociaux[33]. Les renseignements personnels portent sur une personne physique et permettent de l'identifier[34]. Ils sont confidentiels et, sous réserve de certaines exceptions prévues à ces lois, ils ne peuvent être communiqués sans le consentement de la personne concernée[35]. Il est à noter que la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule que le dossier d'un usager est confidentiel et que nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom[36].

Le consentement écrit, libre et éclairé : une priorité

Lorsqu'un jeune reçoit simultanément des services d'un établissement du réseau collégial public et d'un CSSS, la mise en commun des savoir-faire amène parfois les intervenants à communiquer pour établir les besoins du jeune et à préciser les interventions à fournir[37]. Les partenaires d'une entente de collaboration doivent donc préserver la confidentialité des renseignements personnels transmis et les utiliser uniquement aux fins pour lesquelles ils leur ont été communiqués.

Chaque organisme public doit respecter le caractère confidentiel des renseignements personnels qu'il détient[38]. En se dotant d'une procédure claire de transmission de ces renseignements, dans le respect des critères de validité du consentement à la communication entre organismes publics, les cégeps et les CSSS faciliteront grandement la concertation professionnelle interréseaux. Ultimement, la cohérence des interventions et la continuité des services en seront renforcées.

Le consentement à la communication autorise la circulation de renseignements personnels entre organismes publics dans la mesure où ces renseignements sont nécessaires aux attributions de ces organismes ou à la mise en œuvre d'un programme dont ils ont la gestion[39]. Il est préférable, pour une question de preuve, que le consentement soit attesté par un document signé librement et de façon éclairée. De plus, il doit concerner la communication d'un renseignement personnel, donné à des personnes identifiées, pour des fins précises ainsi que pour une durée limitée.

Pour faciliter cette étape, le présent cadre de référence propose un modèle de formulaire commun de consentement à la communication de renseignements personnels (Annexes 4A et 4B). Enfin, les organisations partenaires gagneraient à prévoir des mécanismes de diffusion de l'information pertinente, incluant les dossiers des usagers, aux intervenants et aux gestionnaires touchés par l'entente de collaboration. Ces mécanismes seraient liés aux règles de communication des renseignements personnels et à la législation.

5.3 Prévoir un suivi des collaborations pour soutenir la pérennité des engagements

Mis à part l'officialisation des ententes de collaboration, incluant la définition des modalités pour faciliter la communication des renseignements dans le respect des limites juridiques, le suivi des ententes figure parmi les conditions favorables à l'évolution des partenariats. Ainsi, les CSSS et les collèges pourront prévoir, dans les ententes, un suivi de leurs engagements en fonction des attentes de chacun des partenaires et des objectifs communs qu'ils se seront fixés. Un tel suivi a l'avantage d'offrir un lieu d'échange et de discussion pour soutenir la collaboration entre les intervenants et, au besoin, établir les perspectives d'amélioration.

33. Québec, *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels : LRQ, chapitre A-2.1, à jour au 27 juillet 2009*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2009.
Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : LRQ, chapitre S-4.2, à jour au 11 février 2008*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2008.

34. Commission d'accès à l'information du Québec, *Protection des renseignements personnels*, [En ligne], 2009, [http://www.cai.gouv.qc.ca] (25 août 2009).

35. *Ibid.* La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels prévoit que, si cette personne est mineure, le consentement peut également être donné par le titulaire de l'autorité parentale (art. 53).

36. Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : LRQ, chapitre S-4.2, à jour au 1er janvier 2008*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2008, chapitre II, art. 19.

37. À titre indicatif, le lecteur pourra se référer aux documents de soutien à la mise en œuvre de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. L'un d'entre eux porte sur la conciliation entre le respect de la confidentialité et le partage de l'information. Ces documents sont disponibles sur le site Internet du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport à l'adresse suivante : http://www.meq.gouv.qc.ca/lancement/ententemeq-msss/index.htm

38. Commission d'accès à l'information, *Guide en matière de protection des renseignements personnels dans le développement des systèmes d'information à l'intention des ministères et organismes publics*, version 1.0, Québec, Commission d'accès à l'information, 2002, p. 3.

39. *Ibid.*, p. 10.

5.4 Suivi du cadre de référence

Le Comité tripartite (MSSS – MELS – Fédération des cégeps) sur les services sociaux et de santé dans le réseau collégial public suivra les effets du cadre de référence sur les collaborations entre les partenaires des deux réseaux. Enfin, le cadre sera actualisé périodiquement pour tenir compte à la fois de l'évolution des besoins des jeunes et des contextes d'intervention à l'échelle locale.

ANNEXES

ANNEXE 1
Faits saillants du Portrait de santé des jeunes Québécois de 15 à 24 ans[40]

Faits saillants

Les données démographiques

- En 2005, plus de la moitié des jeunes de 15 à 24 ans étaient aux études. Parmi ceux-ci, environ 32 % fréquentaient un établissement collégial. Plus de la moitié de la population étudiante des cégeps est âgée de 15 à 19 ans et le quart, de 20 à 24 ans. Les 15 à 24 ans composent plus de 80 % de l'effectif collégial, et la proportion des femmes est de 58 %.
- Parmi les nouveaux inscrits en première année du collégial et qui proviennent du secondaire, le quart migre de leur région vers une autre partie de la province. Les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale accueillent environ la moitié des cégépiens.

Les déterminants de la santé

Les conditions socioéconomiques

- Environ 51 % des mères des cégépiens sont titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (collégial ou universitaire) contre 45 % des pères, en 2005-2006.
- En 2005-2006, sur une cohorte de 100 élèves ayant suivi un cheminement scolaire depuis le primaire, la probabilité d'accéder au collégial était de 59,6 % et à l'université (au baccalauréat), de 41,7 %.
- Environ le quart des cégépiens ont quitté le nid familial et vivent en colocation, en union ou seuls. Les autres, c'est-à-dire la majorité, demeurent chez leurs parents.
- En 2005, une proportion de 16,3 % des jeunes de 16 à 24 ans ont un faible revenu. Le revenu personnel moyen des étudiants du collégial est inférieur à 10 000 $.
- En 2006, plus de la moitié (56 %) des 15 à 24 ans occupaient un emploi. Des données récentes indiquent que 72 % des collégiens travaillent 17 heures en moyenne par semaine pendant l'année scolaire, pour un salaire moyen de 149 $.
- Les cégépiens qui habitent en appartement et qui dépendent du programme de prêts et bourses et ceux qui sont de jeunes parents forment deux groupes plus à risque d'endettement.

Le soutien social

- En 2005, la majorité des jeunes Québécois de 15 à 24 ans (90 %) estimaient que le soutien social dont ils bénéficiaient était élevé. Les jeunes hommes se confient moins que les jeunes filles lorsqu'ils se heurtent à des problèmes.

Les habitudes de vie

- Près de la moitié des 15 à 24 ans consommaient moins de cinq portions de fruits et légumes par jour, en 2005. Cette faible consommation était plus marquée chez les 20 à 24 ans que chez les 15 à 19 ans, et chez les hommes que chez les femmes.
- En 2005, près du tiers (29 %) des jeunes hommes de 15 à 24 ans et près de la moitié (46 %) des jeunes femmes de cette tranche d'âge étaient inactifs physiquement durant leurs loisirs.
- Le quart des 15 à 19 ans et le tiers des 20 à 24 ans fumaient en 2005. C'est au sein de cette dernière tranche d'âge que l'on enregistre le plus haut taux de tabagisme, toutes générations confondues. Parmi les provinces canadiennes, c'est également le Québec qui enregistre la plus forte proportion de fumeurs chez les 15 à 24 ans.
- La plus forte proportion de consommateurs d'alcool (89,2 %) se trouvait dans le groupe des 20 à 24 ans, en 2005. C'est également dans ce groupe d'âge que le nombre de consommateurs à risque est le plus élevé. Les 15 à 24 ans forment le segment de population présentant le plus grand risque de dépendance à l'alcool (3,9 %). Par ailleurs, la proportion des 20 à 24 ans dont la consommation d'alcool est élevée a enregistré une hausse entre 2001 et 2003, passant de 29 à 35 %.
- En 2002, le groupe des 20 à 24 ans affichait la plus forte proportion de consommateurs de drogues illicites (57,4 % comparativement à 53,7 % chez les 15 à 19 ans, et à 37,3 % chez les 25 à 64 ans). En 2004, 28 % des 20 à 24 ans et 20 % des 15 à 19 ans avaient déjà consommé des hallucinogènes, de la cocaïne, de l'ecstasy ou de l'héroïne.

40. Fédération des cégeps, *Portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans*, Montréal, Fédération des cégeps, 2010.

- Le cannabis est la drogue la plus consommée par les jeunes.

Les comportements

- Les Québécois ont des relations sexuelles plus tôt et se protègent moins que les jeunes des autres provinces canadiennes. Les adolescents sont exposés d'autant plus longtemps au risque d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) ou de grossesse non désirée que leur initiation à la vie sexuelle se fait plus jeune. En 2003, 74 % des Québécois de 15 à 24 ans se déclaraient actifs sexuellement, comparativement à 62 % dans le reste du Canada. La moyenne d'âge de la première relation sexuelle se situait à 15 ans au Québec. Parmi les célibataires et ceux ayant compté plus d'un ou une partenaire au cours de la dernière année, 44 % ne se protégeaient pas systématiquement, cette proportion étant la plus élevée au pays.
- Les jeunes auraient moins tendance à adopter des comportements sécuritaires que les adultes. La conduite avec facultés affaiblies par l'alcool en est un bon exemple : entre 2001 et 2005, 43 % des conducteurs de 16 à 24 ans qui ont perdu la vie dans un accident de la route avaient de l'alcool dans le sang.
- En 2005, 94,5 % des jeunes de 15 à 24 ans ont consulté un professionnel de la santé, cette proportion étant légèrement plus élevée que chez leurs aînés. Plus de sept jeunes Québécois sur dix ont consulté un médecin au cours de l'année 2005, cette proportion étant légèrement plus faible que chez les 25 à 64 ans. D'autres données révèlent que 5,9 % des jeunes de 15 à 19 ans et 7,7 % de ceux qui ont entre 20 et 24 ans ont consulté un professionnel pour des problèmes de santé mentale.
- Au Québec, en 2005, près d'un jeune sur cinq de 15 à 19 ans (18,1 %) et plus du quart de ceux de 20 à 24 ans (26,8 %) perçoivent la plupart de leurs journées comme assez stressantes ou extrêmement stressantes. Les jeunes femmes se disent davantage stressées que les jeunes hommes.
- Certains événements comme la première session, les périodes d'examen et l'obtention d'un premier emploi influent certainement sur le degré de stress des étudiants au collégial.

Les principaux problèmes de santé des jeunes

Les problèmes de santé physique

- De manière générale, les jeunes de 15 à 24 ans sont moins touchés que les personnes des autres tranches d'âge par les maladies chroniques et les maladies infectieuses. Les principaux problèmes de santé physique touchant cette tranche de la population sont l'obésité, l'asthme et les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).
- Les comportements observés en matière d'alimentation et de mode de vie actif trouvent écho dans la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes Québécois. En 2004, le quart (25,7 %) des 18 à 24 ans présentait de l'embonpoint et 6,9 % étaient obèses. Ces phénomènes sont en hausse depuis 1990.
- L'asthme est la maladie chronique la plus courante chez les jeunes de 15 à 24 ans au Québec : elle affecte plus d'une personne sur dix. Sans être classées dans les maladies chroniques, les allergies alimentaires sont considérées comme un problème important de santé, problème qui peut devenir chronique. Dans les deux cas (asthme et allergies alimentaires), les jeunes femmes sont touchées dans une plus grande proportion que les jeunes hommes. La présence de diabète sera à surveiller durant les prochaines décennies, car on note une augmentation du nombre de cas dans toutes les tranches d'âge.
- Les comportements à risque relatifs à la sexualité adoptés par les jeunes se reflètent dans les hauts taux de prévalence des ITSS. La chlamydia et l'infection gonococcique sont en hausse depuis quelques années; les jeunes de 15 à 24 ans affichaient les plus hauts taux de chlamydiose en 2007, tandis que les jeunes hommes de 20 à 24 ans constituaient le groupe le plus touché par l'infection gonococcique. On constate par ailleurs une augmentation de près de 100 % du nombre de cas déclarés annuellement entre 2004 et 2008, cette hausse étant significativement importante chez les femmes et, en particulier, chez les jeunes femmes de 15-19 ans.
- Les traumatismes non intentionnels étaient responsables, pour la période de 2000 à 2002, de 43,5 % des décès chez les jeunes de 15 à 19 ans. Les accidents de la route constituent la première cause de mortalité chez les 15 à 24 ans : ils étaient responsables de 32 % des décès qui affectent cette tranche d'âge entre 2001 et 2005.

Les problèmes de santé mentale

- En 2005, bien qu'une large majorité de jeunes Québécois (96 %) de 15 à 24 ans estimaient que leur santé mentale était de bonne à excellente, 33,3 % d'entre eux étaient considérés comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique. Ce taux atteignait 26,4 % chez les hommes, comparativement à 39,9 % chez les femmes.
- Les données d'enquête montrent que les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes à faible revenu enregistrent des niveaux plus élevés de détresse psychologique.
- La plupart des troubles mentaux se manifestent à l'adolescence. De façon générale, ils représentent la première cause d'hospitalisation chez les 15 à 24 ans.
- Selon des données d'enquête de 2005, 6 % des jeunes de 15 à 19 ans et 3,8 % des jeunes adultes de 20 à 24 ans manifesteraient un trouble d'apprentissage. Cette population présente un risque plus grand de rapporter un état de santé mentale qualifié de passable à faible; elle a plus tendance à se trouver dans un état de détresse psychologique.
- Environ 3,7 % des jeunes de 15 à 24 ans seraient affectés d'un trouble de l'humeur et 4 % d'un trouble anxieux. Ces troubles sont d'ailleurs ceux qui sont le plus souvent observés parmi la population étudiante collégiale. Les données révèlent également qu'environ 9,2 % des 20 à 24 ans ont traversé un épisode dépressif majeur.
- Au Canada, en 2002-2003, c'est chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans que l'on trouve le taux d'hospitalisation le plus élevé pour la schizophrénie. Près de la moitié des jeunes éprouvant un premier épisode de schizophrénie présentent ou présenteront une problématique de consommation de drogues. Il s'agit de l'affection la plus incapacitante de la jeunesse.
- Au Québec, 3 % des filles et des femmes de 13 à 30 ans souffriraient de troubles de l'alimentation.
- En 2004 au Canada, 21,8 % des buveurs de 15 à 24 ans déclaraient avoir subi une conséquence négative liée à leur consommation au cours de l'année. Ce pourcentage augmente chez les consommateurs de drogues pour atteindre environ 30 % des 15 à 19 ans et 18 % des 20 à 24 ans.
- La proportion d'adolescents qui présentent des problèmes de jeu serait de deux à quatre fois plus élevée que celle des adultes. La prévalence des problèmes de jeu chez les adolescents varierait entre 2,8 et 8,4 % pour les joueurs à risque et entre 1,8 et 4,7 % pour les joueurs pathologiques probables. La cyberdépendance serait plus marquée chez les jeunes hommes socialement isolés.
- Pour la période de 2003 à 2005, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 19 ans et la première chez les 20 à 24 ans. En 2006, chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans, le taux annuel de mortalité par suicide était de 25,4 pour 100 000 personnes (comparativement à 6,4 pour 100 000 chez la population féminine du même âge) et de 9,1 pour 100 000 personnes chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans (comparativement à un taux de 3,9 pour 100 000 personnes chez les jeunes femmes du même âge).

Les problèmes psychosociaux

- Pour la période 2001-2003, le taux de grossesse chez les 18 et 19 ans s'élevait à 63,5 pour 1 000, comparativement à 17,6 pour 1 000 chez les plus jeunes. Les deux tiers des grossesses des adolescentes de 14 à 17 ans et plus de la moitié de celles chez les 18-19 ans aboutissent à une interruption volontaire.
- En 2006, c'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on enregistre les plus hauts taux d'infractions au Code criminel et de victimisation des infractions contre la personne.
- En 2006, une proportion importante des victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle se trouvait parmi les 18 à 24 ans (21 %). Les jeunes filles de moins de 18 ans constituent cependant le groupe le plus touché par les agressions sexuelles (53 %).

ANNEXE 2
Fonctionnement en réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS)

Représentation schématique des liens entre le centre de santé et de services sociaux (CSSS) et ses partenaires locaux

Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php

ANNEXE 3
Contenu type d'un protocole d'entente

IDENTIFICATION DES PARTENAIRES ET RÉPONDANTS	L'entente doit identifier chacune des parties et préciser le nom d'une personne agissant comme répondante ou répondant.
PRÉAMBULE	Le préambule permet de situer le contexte dans lequel une entente intervient. Son objectif est aussi d'indiquer l'intention des parties. Le préambule peut prendre la forme de « considérants » ou « d'attendus ». Il doit être précisé que le préambule fait partie intégrante de l'entente.
ANNEXES	Il arrive que des ententes fassent référence à des annexes. Il convient de mentionner que ces annexes font partie intégrante de l'entente comme on le fait pour le préambule, le cas échéant.
DÉFINITIONS	Il peut être nécessaire de définir certains termes employés dans l'entente afin d'éviter toute interprétation.
OBJET DE L'ENTENTE	Cette clause énonce la finalité recherchée par les parties.
OBLIGATION DES PARTIES (ou responsabilités des parties)	Dans le cadre d'une entente, les parties conviennent de leurs responsabilités respectives. À ce chapitre, les parties devront notamment mentionner si des clientèles seront ciblées, quels services seront visés et quelles seront les modalités d'accès et de coordination.
CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE LES PARTIES À L'ENTENTE	Cette clause permet aux partenaires de se doter de mécanismes de transmission des informations requises pour la référence ou la continuité des services. Les règles de confidentialité peuvent être rappelées, notamment celles qui ont trait au recours au consentement éclairé de l'usager. L'annexe 4B présente un modèle de formulaire de consentement à la communication de renseignements personnels.
DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES	Généralement, la date d'entrée en vigueur d'une entente est le jour de la signature des parties. En cas de signature à une date différente, l'entente prend effet le jour de la dernière signature. Toutefois, les parties peuvent convenir d'une autre date que celle de la signature de l'entente.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI	Certaines responsabilités telles que l'évaluation des besoins et des services sont conjointes. L'entente pourrait contenir une clause sur la création d'un comité mixte qui aurait pour mandat, entre autres, d'assurer le suivi de l'entente. La composition, le fonctionnement et le mandat de ce comité conjoint devraient être précisés dans l'entente. Il en est de même des modalités de suivi et d'évaluation de l'entente.
DURÉE ET RECONDUCTION	Il importe d'indiquer la durée de l'entente, laquelle débute à compter de son entrée en application. Les parties peuvent aussi prévoir que, au terme de l'entente, celle-ci sera reconduite aux mêmes conditions, sous réserve des modifications apportées par les parties.
MODIFICATIONS	En règle générale, les parties prévoient que l'entente peut être modifiée pendant sa durée, sous réserve du consentement écrit des parties.
RÉSILIATION	Une partie peut demander la résiliation de l'entente, en raison du non-respect des obligations de l'autre partie, à la condition de l'en aviser. La durée du préavis doit être fixée dans l'entente. Par ailleurs, les parties peuvent également prévoir la possibilité de résilier en tout temps l'entente d'un commun accord.
LES SIGNATAIRES DES PARTIES À L'ENTENTE	Seules les personnes autorisées par leur instance administrative peuvent signer le protocole et engager ainsi leur établissement, dans le respect des modalités convenues.

ANNEXE 4A
Notes explicatives du modèle de formulaire de consentement présenté en annexe 4B

Un modèle de formulaire commun de consentement à la communication de renseignements personnels est présenté à l'annexe 4B. La présente annexe se veut un guide quant aux critères à considérer pour s'assurer de l'obtention d'un consentement valide. Elle rappelle également certaines règles prévues par la législation que les établissements de la santé et des services sociaux sont tenus de respecter.

Critères d'un consentement valide :

- Manifeste : il s'agit d'un consentement clair, explicite et indiscutable.
- Libre : il s'agit d'un consentement donné volontairement et sans contrainte, pression ou discrimination.
- Éclairé : il s'agit d'un consentement donné en toute connaissance de cause. La personne qui le donne doit être suffisamment informée au sujet de l'utilisation qui sera faite des renseignements qui la concerne pour porter un jugement éclairé sur la portée de son consentement. Elle doit savoir quels renseignements seront communiqués, à qui, pourquoi et comment, et quelles en seront les conséquences.
- Spécifique : il s'agit d'un consentement donné à des fins spécifiques et pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé. La personne doit savoir pour quoi et pour quelle durée elle consent. Il ne doit pas y avoir « d'utilisation secondaire » des renseignements recueillis non prévue au consentement.

Règles prévues par la législation applicable :

- La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* jouit d'un statut particulier. Il s'agit d'une loi qui a préséance sur les autres lois lorsque ses dispositions entrent en conflit avec ces dernières, sauf si le texte de celles-ci exclut expressément l'application de la Loi sur l'accès.
- Les articles 17 à 27.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), qui prévoient les règles encadrant le dossier de l'usager, s'appliquent malgré la Loi sur l'accès. Les établissements de santé et de services sociaux sont donc soumis au premier chef à la LSSSS en ce qui concerne la protection des renseignements compris aux dossiers des usagers. Ainsi, lorsqu'il s'agit de communiquer de tels renseignements, il est essentiel que cette communication respecte la LSSSS. La Loi sur l'accès continue de s'appliquer, mais de manière supplétive.
- Une exception à la Loi sur l'accès est aussi faite par la Loi sur la protection de la jeunesse. Les intervenants des centres jeunesse doivent donc s'assurer, lorsqu'ils communiquent des renseignements en provenance du dossier d'un jeune, de respecter en premier lieu les dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse, lorsqu'elles s'appliquent.
- Il appartient à chaque établissement appelé à collaborer dans une démarche de concertation de s'assurer que le consentement à la communication de renseignements personnels de même que l'exercice du droit d'accès aux renseignements qui seront colligés dans le contexte de la concertation respectent les dispositions législatives applicables en matière de protection des renseignements personnels qui régissent cet établissement.

ANNEXE 4B
Modèle de formulaire de consentement

Ce modèle est présenté à titre d'exemple. Il devrait être adapté aux cas particuliers.

Établissement collégial et centre de santé et de services sociaux (CSSS)
Consentement à la communication de renseignements personnels

Renseignements concernant le jeune

Nom :	Prénom :	Date de naissance :

Lieu de résidence :
Famille d'accueil : ☐ oui / ☐ non

Nom du père :	Nom de la mère :

Représentant légal :

Je, soussigné(e) _____ (NOM, PRÉNOM), reconnaît avoir reçu toute l'information nécessaire à la démarche de concertation entre les intervenants du _____ (IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT COLLÉGIAL) et du CSSS _____ (IDENTIFICATION DU CSSS). **J'ai été également informé des motifs qui nécessitent cette démarche de concertation entre les intervenants et une mise en commun des renseignements personnels qui me concernent.**

De plus, une information spécifique m'a été donnée sur les éléments suivants :

la nature des renseignements personnels que les intervenants se communiqueront en rapport avec leurs champs de compétence et les fins pour lesquelles ils le feront. Les renseignements qui seront communiqués concernent le ou les éléments coché(s) ci-après et se limitent à l'objet actuel de l'intervention concertée qui me concerne :

- ☐ résumé de mes besoins,
- ☐ historique des services déjà dispensés,
- ☐ résumé des interventions antérieures et actuelles,
- ☐ évaluations réalisées,
- ☐ bilans scolaires,
- ☐ bilans de santé et de services sociaux,
- ☐ autre (préciser) _____;

la confidentialité des renseignements personnels que les intervenants autorisés ci-dessous se communiqueront. Ces renseignements ne peuvent être utilisés qu'aux fins pour lesquelles ils seront mis en commun, soit pour améliorer la concertation entre les intervenants afin de mieux m'aider, dans le respect de la législation applicable;

le nom des personnes qui se communiqueront ces renseignements et les organismes auxquels elles sont rattachées;

le caractère facultatif de ce consentement. Un refus n'empêchera pas la prestation de services;

les droits d'accès à l'information me concernant et de rectification prévus par les lois applicables.

J'ai été informé qu'il est possible que les intervenants autorisés à consulter les renseignements échangés consignent ces derniers dans leurs dossiers respectifs, et qu'à partir de ce moment, les renseignements seront soumis aux protections légales en vigueur dans leur établissement respectif. De plus, j'ai été informé que, même en cas de retrait du consentement à l'échange d'information, les renseignements déjà échangés ne pourront être repris.

Personnes autorisées à partager des renseignements personnels

Intervenants : nom, prénom, fonction	Établissement d'appartenance : nom, coordonnées

Signature du jeune (si mineur, le consentement peut également être donné par le titulaire de l'autorité parentale)

En considération de ce qui précède, j'autorise les personnes nommées ci-dessus à partager les renseignements personnels nécessaires à la compréhension de mes besoins afin de m'offrir les services sociaux et de santé appropriés à ma situation. Ce consentement est valide pour la période débutant à la date de signature et se terminant le : _____ (maximum 1 an).

Jeune : _____ Date : _____

Mère : _____ Date : _____

Père : _____ Date : _____

Tuteur légal : _____ Date : _____

Identité et signature de la personne qui effectue la démarche et recueille le consentement

Signature : _____ Établissement : _____

Nom et titre : _____ Date : _____

Éducation,
Loisir et Sport
Québec

99-6580