

Recherche quantitative originale

Disponibilité des interventions de promotion de la santé dans des écoles secondaires du Québec (Canada) selon le niveau de défavorisation scolaire

Jodi Kalubi, B. Sc. Inf. (1,2,3); Teodora Rigle, M. Sc. (1,2); Robert J. Wellman, Ph. D. (4); Jennifer O'Loughlin, Ph. D. (1,2); Katerina Maximova, Ph. D. (5,6)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire favorisent la santé et le bien-être des adolescents. Leur présence peut varier en fonction du milieu socioéconomique des écoles (défavorisation scolaire). Nous avons évalué l'importance accordée à certains problèmes de santé ainsi que la disponibilité des interventions de promotion de la santé et la disponibilité de certaines activités parascolaires en fonction du niveau de défavorisation d'écoles secondaires du Québec (Canada).

Méthodologie. En 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019, nous avons interviewé les directeurs et directrices (ou leurs représentants) de 48 écoles secondaires publiques classées soit comme défavorisées (33 %), soit comme favorisées (67 %). Les écoles ont été appelées à évaluer l'importance de 13 problèmes courants liés à la santé (nécessitant une intervention) chez leurs élèves et à indiquer si des interventions de promotion de la santé portant sur ces problèmes ou d'autres problèmes de santé ainsi que sur des activités parascolaires de sport ou d'intérêt particulier avaient été offertes dans l'année.

Résultats. Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des écoles défavorisées avaient offert une ou plusieurs interventions de promotion de la santé dans l'année, contre 73 % des écoles favorisées. Les écoles défavorisées ont été plus nombreuses en proportion que les écoles favorisées à percevoir comme importants la plupart des 13 problèmes liés à la santé. Des interventions de promotion de la santé visant l'intimidation et l'exclusion, l'éducation sexuelle et l'activité physique (problèmes faisant l'objet de mandats gouvernementaux) étaient offertes dans la plupart des écoles. Les écoles défavorisées étaient plus nombreuses en proportion que les écoles favorisées à offrir des interventions de promotion de la santé non liées à un mandat (alimentation saine, santé mentale et bien-être, consommation de substances, etc.). En revanche, les écoles favorisées étaient plus nombreuses à offrir des activités parascolaires dans les domaines autres que les sports non compétitifs, ces derniers étant offerts en proportions égales par les écoles favorisées et par les écoles défavorisées.

Conclusion. Les mandats gouvernementaux semblent favoriser la présence universelle des interventions de promotion de la santé dans les écoles et sont susceptibles d'améliorer l'équité de la promotion de la santé en milieu scolaire. Des études approfondies sont nécessaires sur les différences possibles en matière de contenu et de mise en œuvre et à propos des effets des interventions de promotion de la santé en fonction de la défavorisation des écoles.

Points saillants

- Les écoles défavorisées étaient plus nombreuses en proportion que les écoles favorisées à percevoir l'alimentation malsaine, la consommation d'alcool, le tabagisme, les comportements agressifs et les infections transmissibles sexuellement (ITS) comme des problèmes de santé importants alors que les écoles favorisées étaient quant à elles plus nombreuses à percevoir le risque de suicide et l'automutilation comme des problèmes de santé importants.
- Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des écoles défavorisées ont déclaré avoir offert une ou plusieurs interventions de promotion de la santé dans l'année, contre 73 % des écoles favorisées.
- Des interventions de promotion de la santé visant l'intimidation et l'exclusion, l'éducation sexuelle et l'activité physique (thèmes faisant l'objet de mandats gouvernementaux) étaient offertes dans la plupart des écoles.

[Suite des points saillants à la page suivante](#)

Rattachement des auteurs :

1. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Montréal (Québec), Canada
 2. Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
 3. Centre de recherche en santé publique (CRESP), Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
 4. Département des sciences de la population et de la santé, Division de médecine préventive et comportementale, École de médecine Chan de l'Université du Massachusetts, Worcester (Massachusetts), États-Unis
 5. Centre MAP de solutions en santé urbaine, Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's, Toronto (Ontario), Canada
 6. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
- Correspondance :** Jennifer O'Loughlin, Centre de recherche CRCHUM, Université de Montréal, 850, rue Saint-Denis, bureau S02-370, Montréal (Québec) H2X 0A9; tél. : 514-890-8000, poste 15858; téléc. : 514-412-7137; courriel : jennifer.oloughlin@umontreal.ca

- Les écoles défavorisées étaient considérablement plus nombreuses en proportion que les écoles favorisées à offrir des interventions de promotion de la santé liées à l'alimentation saine, à la santé mentale et au bien-être ainsi qu'à la consommation de substances.
- La plupart des écoles offraient différentes activités parascolaires, mais les écoles favorisées étaient plus nombreuses en proportion que les écoles défavorisées à offrir tous les types d'activités parascolaires à l'exception des sports non compétitifs, qui étaient offerts en proportions égales par les écoles favorisées et par les écoles défavorisées.

Mots-clés : adolescents, inégalités sociales, enquête transversale, activité physique, éducation sexuelle, alimentation saine, consommation de substances

Introduction

Après avoir été considérées comme moins importantes que la santé maternelle et infantile durant des décennies, la promotion et la protection de la santé des adolescents sont maintenant reconnues comme un domaine justifiant une prise en compte particulière et un financement gouvernemental. Les attitudes, croyances et comportements qui affectent la santé et le bien-être à l'âge adulte s'enracinent souvent à l'adolescence, et des mesures de promotion de la santé précoces peuvent avoir une influence positive sur ces éléments¹. L'Organisation mondiale de la santé a souligné l'importance de l'élaboration et de la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé destinées aux adolescents dans son appel à l'action à « améliorer durablement la santé du milliard d'adolescents que compte le monde »^{2,p.1}.

Les écoles sont des milieux idéaux pour la promotion de la santé à l'adolescence, car la plupart des adolescents fréquentent l'école. En 2020-2021, 96 % de la population canadienne de 15 ans, 94 % de celle de 16 ans et 78 % de celle de 17 ans fréquentaient l'école secondaire³. Dans la province du Québec (Canada), 98 % des adolescents de 14 ans, 97 % de ceux de 15 ans, 97 % de ceux de 16 ans et 93 % de

ceux de 17 ans étaient inscrits à l'école en 2019-2020 (ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec, données internes, 25 août 2022).

Le cadre de promotion des écoles-santé, qui s'appuie sur les principes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, est de plus en plus reconnu pour sa capacité à favoriser le développement positif et les comportements sains chez les adolescents^{4,5}. Ce cadre vise à promouvoir la santé et l'apprentissage selon trois grandes approches : la promotion de la santé dans les programmes et les activités des écoles, la promotion de la santé dans l'environnement social et physique et enfin l'implication des familles et des collectivités⁶.

L'adaptation au contexte de chaque école est au cœur de ces approches. Les intervenants scolaires doivent cerner les besoins de leur école et mettre en place des interventions pour répondre à ces besoins, de manière à ce que toutes les interventions soient adaptées au contexte de l'école⁷. Les interventions de promotion de la santé visant à favoriser la santé des adolescents dans les écoles permettent de joindre tous les milieux socioéconomiques et de soutenir l'objectif de l'Organisation mondiale de la santé de « faire de chaque école une école promotrice de santé »⁸. Les ministères de la Santé et de l'Éducation de l'ensemble des provinces et territoires du Canada se sont engagés à faire la promotion de la santé dans les écoles⁹.

Les mandats gouvernementaux pourraient jouer un rôle clé dans la présence équitable des interventions de promotion de la santé. Depuis 2012, toutes les écoles du Québec doivent s'attaquer à l'intimidation et à l'exclusion par des interventions de promotion de la santé ou des politiques scolaires¹⁰. En 2018, le gouvernement provincial a exigé la réalisation d'interventions de promotion de la santé ciblant l'éducation sexuelle¹¹ et, en 2017, une politique provinciale a été mise en place pour encourager les adolescents à être actifs pendant au moins 60 minutes par jour¹².

Pour réaliser ces mandats, les commissions scolaires et les écoles ont un vaste pouvoir discrétionnaire quant au contenu, à la forme et à la réalisation des interventions de promotion de la santé. Outre les problèmes de santé considérés comme importants par les mandats gouvernementaux, les écoles peuvent cerner d'autres

questions préoccupantes et élaborer ou mettre en place des interventions de promotion de la santé pour y remédier.

Les activités parascolaires organisées par les écoles, qui complètent les programmes d'enseignement, donnent aux élèves la possibilité de pratiquer librement des activités comme les sports individuels et d'équipe, la musique, les arts et de participer à des clubs d'intérêt particulier¹³. La participation à des activités parascolaires peut aider les jeunes à acquérir de nouvelles compétences, à améliorer leur rendement scolaire, à accroître leurs habiletés sociales et à améliorer leur capacité de gestion du temps¹⁴. Nous avons pris en compte les activités parascolaires et les interventions de promotion de la santé en partant du principe que ces activités peuvent avoir un rôle complémentaire pour faire d'une école une école promotrice de la santé.

Le cadre de promotion des écoles-santé, qui a orienté notre étude, est reconnu comme l'approche la plus prometteuse pour l'établissement de communautés scolaires en santé¹⁵. Cependant, bien que le cadre appuie l'équité en mettant l'accent sur une approche globale de la santé en milieu scolaire, il ne mentionne pas explicitement la nécessité d'une répartition équitable des interventions de promotion de la santé dans les écoles. Malgré les défis connus des écoles défavorisées (manque de ressources, surcharge de travail, etc.)^{16,17} et la création de mandats gouvernementaux, peu de données empiriques indiquent que la présence des interventions de promotion de la santé en milieu scolaire est équitable dans tous les milieux socioéconomiques^{18,19}.

Nous avions pour objectif de décrire, d'une part, la perception de l'importance des problèmes de santé des élèves selon le personnel des écoles et, d'autre part, la disponibilité des interventions de promotion de la santé et des activités parascolaires connexes, et ce, dans des écoles secondaires publiques du Québec en fonction du niveau de défavorisation scolaire.

Méthodologie

Le projet ProméSS comprend deux enquêtes transversales sur les inégalités sociales en matière de disponibilité des interventions de promotion de la santé dans les écoles primaires et secondaires du Québec. Durant la phase 1 (2016 à 2019), des données ont

été recueillies au moyen d'entrevues téléphoniques avec des administrateurs d'écoles primaires et secondaires^{19,20}. La phase 2 (2023 à 2024) prolonge la phase 1 avec une seconde enquête transversale qui vise à déterminer si la disponibilité des interventions de promotion de la santé et des activités parascolaires a changé depuis le début de la pandémie de COVID-19²⁰. Pour l'étude présentée ici, nous avons extrait des données de la première enquête.

Population à l'étude

Le recrutement des écoles s'est déroulé en deux temps. D'abord, en 2016, nous avons communiqué avec 69 des 72 commissions scolaires relevant du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)²¹ pour obtenir l'autorisation d'inviter les écoles à participer au projet ProméSS. Comme le MEES n'attribue aucun indice de défavorisation scolaire fondé sur l'Indice de milieu socio-économique (IMSE) aux écoles privées, aux écoles desservant uniquement des élèves ayant des besoins particuliers ni aux écoles comptant moins de 30 élèves, celles-ci n'ont pas été incluses dans notre étude. Les 69 commissions scolaires contactées étaient responsables de 436 écoles secondaires.

Nous avons obtenu l'autorisation de 32 commissions scolaires (46 %), responsables de 170 écoles secondaires (39 % de toutes les écoles secondaires publiques du Québec); 31 commissions scolaires ont refusé et 6 n'ont pas répondu. Une fois les autorisations obtenues, nous avons envoyé par la poste ou par courriel une lettre de présentation à chacune des écoles admissibles pour les aviser que nous allions les contacter par téléphone. Une semaine plus tard, un membre de l'équipe (une directrice à la retraite qui a travaillé durant trois décennies dans le système scolaire québécois) a communiqué avec tous les directeurs et directrices d'école pour obtenir leur consentement à participer à l'étude. Des contacts ont été établis avec le directeur ou la directrice de 77 écoles secondaires (42 % des écoles secondaires des commissions scolaires participantes) et 48 ont accepté et participé à l'entrevue. Ces 48 écoles représentent 28 % des écoles secondaires des commissions scolaires participantes et 11 % de toutes les écoles secondaires admissibles du Québec.

Procédures

Les données ont été recueillies durant les années scolaires 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019 au moyen d'entrevues téléphoniques structurées avec les directeurs et directrices d'école ou leurs représentants (qui devaient être en poste depuis au moins 6 mois). Nous avions préalablement vérifié l'interprétabilité des questions en demandant à neuf directeurs et directrices d'école à la retraite de nous transmettre leur opinion lors de leur interprétation des questions et de leur formulation des réponses. Les entrevues, d'une durée médiane de 52 minutes, ont été réalisées en français ou en anglais par des enquêteurs qualifiés.

Approbation éthique

Le Comité d'éthique du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal a approuvé cette étude. Le certificat d'éthique (2013-4130, CE 12.307) a été présenté aux commissions scolaires et aux directeurs et directrices d'école qui en ont fait la demande.

Questions d'entrevue

Importance perçue des problèmes de santé

Nous avons évalué l'importance perçue des problèmes de santé à l'aide des réponses à la question « Durant la dernière année, quelle était l'importance de chacun des problèmes de santé suivants chez les élèves? Autrement dit, est-ce que ces problèmes nécessitent une attention ou une intervention spéciale dans votre école? » Cette question était suivie d'une liste de 13 problèmes de santé communs à tous les élèves de niveau secondaire, choisis parmi les domaines évalués par l'Enquête sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC) menée auprès d'élèves canadiens de la 6^e à la 10^e année, la 10^e année étant équivalente au « secondaire 4 » au Québec (activité physique et sédentarité, problèmes de santé mentale, habitudes alimentaires saines et malsaines, consommation de substances [drogues, alcool et tabac], intimidation et cyberintimidation, comportements agressifs, santé sexuelle)²². Nous avons aussi retenu le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), qui touche entre 5 et 7 % des adolescents dans le monde²³ et est associé à des résultats défavorables sur les plans scolaire et professionnel²⁴.

Les choix de réponse « extrêmement important », « très important » et « important » ont été regroupés dans la catégorie « important », tandis que les choix « peu important » et « pas du tout important » ont été classés dans la catégorie « pas important ».

Disponibilité des interventions de promotion de la santé

Nous avons évalué la disponibilité des interventions de promotion de la santé à l'aide des réponses « oui » ou « non » à la question « Durant la dernière année, est-ce que votre école a offert des interventions de promotion de la santé pour lesquelles une participation est attendue à l'échelle des groupes, des classes, des années scolaires ou de l'école pour traiter...? » La question était suivie d'une liste de huit thèmes : activité physique et mode de vie actif (en dehors des cours d'éducation physique faisant partie du programme scolaire); éducation sexuelle (grossesse chez les adolescentes, prévention des infections transmissibles sexuellement [ITS], etc.); intimidation et exclusion; sécurité personnelle et prévention des blessures (risques à la maison, dans la collectivité et à l'extérieur; utilisation sécuritaire des technologies, etc.); santé mentale et bien-être; consommation de substances (drogues, alcool et tabac) et « autres ».

Disponibilité des activités parascolaires

Nous avons évalué la disponibilité des activités parascolaires à l'aide des réponses « oui » ou « non » à la question « Durant la dernière année, est-ce que votre école a offert les types suivants d'activités parascolaires pour lesquelles la participation est volontaire? » La liste des sept options possibles était sports compétitifs (extra-muros); sports non compétitifs (intra-muros); activités physiques (danse, ski, arts martiaux, cours d'entraînement physique, etc.); accès libre au gymnase; clubs d'intérêt particulier (échecs, mathématiques, codage informatique, robotique); clubs artistiques (musique, théâtre, arts, etc.) et « autres ».

Niveau de défavorisation scolaire

Nous avons établi le niveau de défavorisation scolaire à partir de l'indice de défavorisation scolaire (IMSE) attribué par le MEES à toutes les écoles comptant 30 élèves ou plus. L'IMSE indique dans quelle mesure les élèves de chaque école vivent en milieu socioéconomique favorisé ou défavorisé. L'indice prend en compte la situation d'emploi des deux

parents et le fait que la mère ait terminé ou non ses études secondaires²⁵. Les écoles sont classées par rang décile allant de 1 (écoles les plus favorisées) à 10 (écoles les plus défavorisées). Nous avons considéré que les écoles ayant un IMSE de 8 à 10 étaient défavorisées et que celles ayant un IMSE de 1 à 7 étaient favorisées.

Les autres caractéristiques des écoles étaient le nombre d'élèves (plage de valeurs : 13 à 2 835), le nombre d'enseignants (plage de valeurs : 4 à 225), le roulement des enseignants durant les 3 dernières années (aucun ou peu = faible; moyen ou fort = élevé), le roulement des directeurs durant les 3 dernières années (0 ou 1 changement de directeur = faible; ≥ 2 = élevé), la langue d'enseignement (français ou anglais) et la proportion d'élèves jugés par le personnel scolaire comme présentant un risque de mauvais résultats scolaires en raison d'un handicap physique, de troubles du comportement, d'un problème d'adaptation sociale ou de difficultés d'apprentissage pouvant affecter l'apprentissage et le comportement (plage de valeurs : 7,5 % à 100 %).

Nous avons utilisé les données du recensement du Canada de 2016 pour coupler les codes postaux des écoles avec les centres de population classés comme ruraux (moins de 1 000 habitants), petits (1 000 à 29 999 habitants), moyens (30 000 à 99 999 habitants) ou grands (100 000 habitants et plus)²⁶. Nous avons ensuite réparti les écoles en deux catégories : centres de population ruraux ou de petite taille et centres de population de moyenne ou de grande taille. Les caractéristiques associées aux directeurs et directrices d'école ou à leurs représentants étaient le sexe, le niveau de scolarité, le poste actuel (direction, direction adjointe, personnel enseignant, autre) et le nombre d'années dans le poste actuel.

Analyse des données

Nous présentons la proportion d'écoles défavorisées et d'écoles favorisées ayant considéré chacun des problèmes de santé comme important, ayant offert chacune des interventions de promotion de la santé et ayant offert chacune des activités parascolaires. Comme cette étude est de nature descriptive, nous avons suivi les lignes directrices STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) pour l'exclusion des tests statistiques²⁷.

Résultats

L'âge moyen des personnes interviewées était de 46,6 ans (écart-type [ET] = 6,9), 56 % d'entre elles étaient des femmes et 58 % détenaient un diplôme ou un certificat universitaire supérieur au baccalauréat. La plupart d'entre elles (29) étaient titulaires d'un poste de direction d'école, 5 étaient titulaires d'un poste de direction adjointe, 8 étaient enseignants ou enseignantes et 6 occupaient d'autres fonctions. En moyenne, les personnes interviewées occupaient leur poste depuis 8,5 ans (ET = 2,7) et 63 % avaient plus de 10 années d'expérience.

Sur les 48 écoles participant à l'étude, 16 (33,3 %) étaient classées comme défavorisées (c'est-à-dire desservant des populations défavorisées). Les autres étaient classées comme favorisées (c'est-à-dire desservant des populations moyennement à fortement favorisées).

Le tableau 1 compare les caractéristiques des écoles participantes et celles de l'ensemble des écoles secondaires du Québec (dans la mesure du possible). Les écoles participant au projet PromeSS étaient semblables à l'ensemble des écoles secondaires du Québec en matière de défavorisation scolaire, de langue et de nombre d'élèves.

Importance des problèmes de santé

Quel que soit le niveau de défavorisation scolaire, les six problèmes de santé jugés les plus importants (nécessitant une attention ou une intervention spéciale) étaient le TDAH, les problèmes de santé mentale, l'intimidation, une activité physique insuffisante, une alimentation malsaine et la consommation de substances. Le TDAH a été jugé important par 90 % des écoles et les problèmes liés à la santé mentale par 83 % des écoles (tableau 2). Une majorité un peu moins élevée d'écoles (entre 65 et 69 %) ont mentionné une activité physique insuffisante, une alimentation malsaine et la consommation de drogues comme des problèmes. Près de la moitié des écoles ont considéré la consommation d'alcool (48 %), le tabagisme (46 %) et le risque de suicide (46 %) comme des problèmes importants. Environ le tiers des écoles ou moins ont déclaré que les comportements agressifs (38 %), l'automutilation (29 %), les ITS (27 %) et les grossesses chez les adolescentes (17 %) étaient des problèmes importants dans leur établissement.

Les écoles défavorisées ont été plus nombreuses en proportion que les écoles favorisées à considérer comme des problèmes de santé importants une alimentation malsaine (75 % vs 59 %), la consommation d'alcool (56 % vs 44 %), le tabagisme (56 % vs 41 %), les comportements agressifs (50 % vs 31 %) et les ITS (38 % vs 22 %). En revanche, les écoles favorisées ont été plus nombreuses en proportion à mentionner que le risque de suicide (50 % vs 38 %) et l'automutilation (34 % vs 19 %) étaient des problèmes importants.

Disponibilité des interventions de promotion de la santé

La proportion d'écoles offrant des interventions de promotion de la santé était relativement élevée pour les problèmes faisant l'objet de mandats gouvernementaux. Des interventions de promotion de la santé portant sur l'éducation sexuelle étaient offertes dans 94 % des écoles, sur l'intimidation ou l'exclusion dans 89 % des écoles et 79 % des écoles offraient des interventions de promotion de la santé liées à l'activité physique et à un mode de vie actif (tableau 3). De nombreuses écoles offraient des interventions de promotion de la santé concernant la sécurité personnelle et la prévention des blessures (81 %) et l'alimentation saine (77 %), même si ces problèmes ne faisaient pas l'objet de mandats gouvernementaux. Les deux tiers des écoles offraient des interventions de promotion de la santé ciblant la santé mentale et le bien-être ainsi que la consommation de substances. Seulement 57 % des écoles offraient des interventions de promotion de la santé contre le tabagisme.

La proportion moyenne d'écoles offrant des interventions de promotion de la santé était de 84 % (IC à 95 % : 75 à 93) pour les écoles défavorisées et de 73 % (IC à 95 % : 64 à 82) pour les écoles favorisées. Les écoles défavorisées étaient plus nombreuses en proportion que les écoles favorisées à offrir des interventions de promotion de la santé concernant l'alimentation saine (88 % vs 71 %), la santé mentale et le bien-être (75 % vs 61 %) et la consommation de drogues (75 % vs 59 %) (tableau 3).

Disponibilité des activités parascolaires

La majorité des écoles offraient une large gamme d'activités parascolaires. Les écoles favorisées étaient plus nombreuses en

TABLEAU 1
Comparaison des caractéristiques des écoles secondaires retenues dans l'échantillon et des caractéristiques de l'ensemble des écoles secondaires du Québec, projet PromeSS, 2016-2019

Caractéristique	Écoles participant au projet PromeSS (n = 48)	Ensemble des écoles secondaires du Québec (n = 436)
Défavorisation scolaire, en % ^{a,b,c}		
Écoles favorisées	66,7	60,5
Écoles défavorisées	33,3	39,5
Langue d'instruction de la commission scolaire, en % ^{a,b}		
Français	83,3	87,0
Anglais	16,7	13,0
Nombre médian d'élèves (EI)	713 (799)	608 (726)
Nombre médian d'enseignants (EI)	57 (56,5)	n.d.
Taille de la collectivité desservie, en % ^a		
Rurale ou petite	45,8	n.d.
Moyenne ou grande	54,2	n.d.
Pourcentage moyen d'élèves vivant dans une famille monoparentale (écart-type)	42,6 (17,3)	n.d.
Pourcentage moyen d'élèves vivant dans une famille à faible revenu (écart-type)	39,7 (26,0)	n.d.
Pourcentage moyen d'élèves à risque (écart-type)	43,0 (24,2)	n.d.
Roulement élevé des enseignants, en % ^{a,d}	54,2	n.d.
Roulement élevé des directeurs, en % ^{a,d}	14,6	n.d.

Abréviations : EI, écart interquartile; n.d., non disponible.

^a Les dénominateurs ne tiennent pas compte des données manquantes.

^b Données tirées de rapports gouvernementaux publiés.

^c Classification fondée sur l'indice de défavorisation scolaire (Indice de milieu socio-économique [IMSE]) attribué par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES).

^d Quelques ou plusieurs départs durant les 3 dernières années.

proportion que les écoles défavorisées à offrir des activités parascolaires dans tous les domaines, sauf pour les sports non compétitifs, qui étaient offerts en proportions égales par les écoles favorisées et par les écoles défavorisées (tableau 4).

Analyse

Cette étude visait à décrire les problèmes de santé que le personnel scolaire jugeait suffisamment importants pour justifier une intervention au niveau de l'école et visait également à déterminer si les activités parascolaires étaient réparties de façon équitable à l'échelle des écoles secondaires du Québec. Elle a permis de dégager cinq constats principaux.

1) Les écoles défavorisées ont déclaré qu'une alimentation malsaine, la consommation d'alcool, le tabagisme, les comportements

agressifs et les ITS étaient des problèmes importants, tandis que les écoles favorisées ont signalé que le risque de suicide et l'automutilation étaient des problèmes importants.

2) Les écoles défavorisées étaient plus nombreuses en proportion que les écoles favorisées (84 % vs 73 %) à avoir offert une ou plusieurs interventions de promotion de la santé durant l'année.

3) Des interventions de promotion de la santé concernant l'intimidation et l'exclusion, l'éducation sexuelle et l'activité physique, c'est-à-dire des problèmes faisant l'objet de mandats gouvernementaux, étaient offertes dans la plupart des écoles.

4) Les écoles défavorisées étaient plus nombreuses en proportion que les écoles

favorisées à avoir offert des interventions de promotion de la santé concernant l'alimentation saine, la santé mentale et le bien-être ainsi que la consommation de substances.

5) La majorité des écoles offraient une vaste gamme d'activités parascolaires, mais les écoles favorisées étaient plus nombreuses en proportion que les écoles défavorisées à offrir des activités parascolaires dans tous les domaines, sauf en matière de sports non compétitifs, qui étaient offerts en proportions égales par les écoles favorisées et par les écoles défavorisées.

Inégalités sociales

En dépit des différences considérables entre écoles secondaires défavorisées et écoles secondaires favorisées sur le plan de l'importance perçue d'un grand nombre de problèmes de santé, nous n'avons observé aucun signe d'inégalité en matière de disponibilité des interventions de promotion de la santé. En fait, les écoles défavorisées étaient plus nombreuses que les écoles favorisées à avoir offert une ou plusieurs interventions de promotion de la santé durant l'année et elles ont aussi été plus nombreuses à offrir des interventions de promotion de la santé concernant l'alimentation saine, la santé mentale et le bien-être ainsi que la consommation de substances et le tabagisme. Au moins deux explications peuvent étayer ce résultat.

D'abord, indépendamment du niveau de défavorisation scolaire, la plupart des écoles secondaires du Québec semblent s'acquitter de leur obligation gouvernementale consistant à offrir des interventions de promotion de la santé dans des domaines précis, malgré l'existence d'écart entre l'importance perçue de plusieurs problèmes de santé et les interventions de promotion de la santé offertes. Par exemple, 89 % des écoles ont offert des interventions de promotion de la santé concernant l'intimidation et l'exclusion, alors que seulement 67 % étaient d'avis qu'il s'agissait d'un problème important et 79 % des écoles ont offert des interventions de promotion de la santé concernant l'activité physique et un mode de vie actif alors qu'elles étaient seulement 69 % à avoir déclaré qu'une activité physique insuffisante était un problème important. Il pourrait être utile de se pencher sur les causes de ces écarts.

TABLEAU 2
Proportion d'écoles ayant perçu certains problèmes de santé comme importants, selon le niveau de défavorisation scolaire, projet PromESS, 2016-2019

Problème de santé	Total (%)	Écoles défavorisées ^a (n = 16) % (IC à 95 %) ^b	Écoles favorisées ^a (n = 32) % (IC à 95 %) ^b
TD AH	90	88 (63 à 98)	91 (75 à 98)
Problèmes de santé mentale	83	88 (63 à 98)	81 (64 à 91)
Activité physique insuffisante	69	75 (50 à 90)	66 (48 à 80)
Intimidation (y compris cyberintimidation)	67	63 (40 à 83)	69 (51 à 82)
Alimentation malsaine	65	75 (50 à 90)	59 (42 à 75)
Consommation de drogues	65	63 (40 à 83)	66 (48 à 80)
Consommation d'alcool	48	56 (33 à 77)	44 (26 à 61)
Tabagisme	46	56 (33 à 77)	41 (25 à 58)
Risque de suicide	46	38 (18 à 61)	50 (34 à 66)
Comportements agressifs	38	50 (28 à 72)	31 (18 à 49)
Automutilation	29	19 (6 à 44)	34 (20 à 52)
ITS	27	38 (18 à 61)	22 (11 à 39)
Grossesses chez les adolescentes	17	19 (6 à 44)	16 (6 à 32)

Abréviations : IC, intervalle de confiance; ITS; infection transmissible sexuellement; TDAH, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

^a Toutes les écoles québécoises comptant 30 élèves ou plus sont classées en rangs déciles selon un indice de défavorisation scolaire utilisé à l'échelle de la province (IMSE), qui utilise une échelle allant de 1 (rang le moins défavorisé) à 10 (rang le plus défavorisé). Les écoles ont été réparties en deux catégories en fonction de leur score IMSE : les « écoles défavorisées » (IMSE de 8 à 10) desservant des populations défavorisées et les « écoles favorisées » (IMSE de 1 à 7) desservant des populations favorisées.

^b Des intervalles de confiance d'Agresti-Coull (ou intervalles de Wald ajustés) à 95 % ont été établis.

Dans l'ensemble, les données indiquent que les mandats gouvernementaux favorisent une présence égale des interventions de promotion de la santé indépendamment de la situation socioéconomique des élèves. Cependant, nous n'avons pas évalué la fréquence ou l'intensité des interventions de promotion de la santé, la manière dont

elles avaient été mises en œuvre ou leurs effets. Il est possible que des dimensions autres que la disponibilité divergent en fonction de la situation socioéconomique.

En second lieu, il est possible que la disponibilité relativement élevée des interventions de promotion de la santé dans

les écoles défavorisées s'explique par le fait que les membres du personnel étaient conscients que les élèves de leur école avaient besoin d'interventions dans ces domaines et qu'ils avaient la volonté et les ressources nécessaires pour mettre de telles interventions en place. Si les interventions offertes améliorent effectivement la santé et le bien-être des élèves, cette disponibilité dans les écoles défavorisées aurait un impact positif.

Éducation sexuelle

L'éducation sexuelle a été largement offerte dans les écoles secondaires du Québec à la suite du mandat gouvernemental à ce sujet, mais les ITS et les grossesses chez les adolescentes ont été généralement perçues comme des problèmes peu importants, ce qui est peut-être le signe d'un certain laxisme concernant la santé sexuelle des adolescents. Des progrès admirables ont été faits au cours des dernières décennies en ce qui concerne les grossesses chez les adolescentes. Le taux de fécondité des jeunes femmes de 15 à 19 ans au Canada est passé de 17 pour 1 000 en 2000 à 5,5 pour 1 000 en 2020²⁸, vraisemblablement à cause de l'évolution des normes sociales ainsi que de l'augmentation de la disponibilité et de l'acceptation par le public de la contraception et de l'éducation sexuelle chez les adolescents (Institut national de santé publique du Québec, 2 mai 2022, communication personnelle).

Toutefois, la prévalence des ITS a augmenté de façon marquée. Entre 2008 et 2017, la prévalence de la chlamydia, de la gonorrhée et de la syphilis infectieuse a augmenté de respectivement 10 %, 38 % et 86 % chez les adolescents canadiens²⁹. Il est essentiel de motiver les adolescents à se protéger contre les ITS (par exemple par le port du condom). En 2018, alors que la Société canadienne de pédiatrie a approuvé l'utilisation de méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action comme la meilleure option de contraception pour les adolescents³⁰, aux États-Unis, les élèves de niveau secondaire de sexe féminin qui utilisaient ces méthodes étaient 60 % moins nombreuses à utiliser aussi le condom par rapport à leurs pairs qui utilisaient des contraceptifs oraux³¹. En outre, 13 % des adolescents ont mentionné avoir eu des difficultés à accéder à leur méthode favorite de contraception, signalant les coûts élevés et la difficulté d'accès à des soins

TABLEAU 3
Proportion d'écoles ayant offert des interventions de promotion de la santé durant la dernière année selon le niveau de défavorisation scolaire, projet PromESS, 2016-2019

Intervention de promotion de la santé	Total (%)	Écoles défavorisées ^a (n = 16) % (IC à 95 %) ^b	Écoles favorisées ^a (n = 32) % (IC à 95 %) ^b
Activité physique et mode de vie actif	79	75 (50 à 90)	81 (64 à 91)
Éducation sexuelle	94	100 (77 à 103)	90 (74 à 97)
Intimidation et exclusion	89	94 (70 à 101)	87 (71 à 95)
Alimentation saine	77	88 (63 à 98)	71 (53 à 84)
Sécurité personnelle et prévention des blessures	81	81 (56 à 94)	81 (64 à 91)
Santé mentale et bien-être	66	75 (50 à 90)	61 (44 à 76)
Consommation de substances	65	75 (50 à 90)	59 (42 à 75)
Tabagisme	57	63 (40 à 83)	55 (38 à 71)

Abréviations : IC, intervalle de confiance.

^a Toutes les écoles québécoises comptant 30 élèves ou plus sont classées en rangs déciles selon un indice de défavorisation scolaire utilisé à l'échelle de la province (IMSE), qui utilise une échelle allant de 1 (rang le moins défavorisé) à 10 (rang le plus défavorisé). Les écoles ont été regroupées dans deux catégories en fonction de leur score IMSE : les « écoles défavorisées » (IMSE de 8 à 10) desservant des populations défavorisées, et les « écoles favorisées » (IMSE de 1 à 7) desservant des populations favorisées.

^b Des intervalles de confiance d'Agresti-Coull (ou intervalles de Wald ajustés) à 95 % ont été établis.

TABLEAU 4
Proportion d'écoles ayant offert des activités parascolaires durant la dernière année selon le niveau de défavorisation scolaire, projet PromESS, 2016-2019

Activités parascolaires	Total (%)	Écoles défavorisées ^a (n = 16) % (IC à 95 %) ^b	Écoles favorisées ^a (n = 32) % (IC à 95 %) ^b
Sports compétitifs	92	81 (56 à 94)	97 (83 à 101)
Sports non compétitifs	81	81 (56 à 94)	81 (64 à 91)
Activités physiques	88	75 (50 à 90)	94 (79 à 99)
Accès libre au gymnase	79	69 (44 à 86)	84 (68 à 94)
Clubs d'intérêt particulier	85	69 (44 à 86)	94 (79 à 99)
Clubs artistiques	92	81 (56 à 94)	97 (83 à 101)

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

^aToutes les écoles québécoises comptant 30 élèves ou plus sont classées en rangs déciles selon un indice de défavorisation scolaire utilisé à l'échelle de la province (IMSE), qui utilise une échelle allant de 1 (rang le moins défavorisé) à 10 (rang le plus défavorisé). Les écoles ont été regroupées dans deux catégories en fonction de leur score IMSE : les « écoles défavorisées » (IMSE de 8 à 10) desservant des populations défavorisées, et les « écoles favorisées » (IMSE de 1 à 7) desservant des populations favorisées.

^bDes intervalles de confiance d'Agresti-Coull (ou intervalles de Wald ajustés) à 95 % ont été établis.

confidentiels comme principaux obstacles³². Une éducation sexuelle adéquate demeure un impératif clé de santé publique dans cette population vulnérable, et les efforts de promotion de la santé dépendent de la présence universelle des programmes en milieu scolaire efficaces³³.

Santé mentale et consommation de substances

La plupart des écoles étaient d'avis que les problèmes de santé mentale étaient importants. De nombreux adolescents vivent des situations difficiles (divorce des parents, violence familiale, mauvais traitements et négligence, difficultés financières, etc.). Plus de la moitié des adolescents d'un échantillon de 10 000 jeunes Américains de 13 à 17 ans ont vécu au moins un traumatisme pendant l'enfance et 70 à 98 % d'entre eux ont fait état de plusieurs traumatismes, qui ont été étroitement associés à des diagnostics d'état de stress post-traumatique, de dysthymie, de dépression majeure, de TDAH, d'abus d'alcool et de dépendance à l'alcool³⁴. Bien qu'un grand nombre d'interventions de promotion de la santé en milieu scolaire visant à améliorer la santé mentale aient été évaluées^{35,36}, le tiers des écoles secondaires de notre échantillon n'offraient aucune interventions de promotion de la santé concernant la santé mentale et le bien-être ou concernant la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. L'obligation de mettre en place des interventions de promotion de la santé en milieu scolaire pour favoriser la santé mentale et le bien-être et pour prévenir la consommation de substances

pourrait jouer un rôle déterminant dans la réduction du lourd fardeau que constituent ces problèmes pour le système de santé et la société³⁷. En outre, une présence accrue dans tous les milieux socio-économiques d'interventions de promotion de la santé destinées non seulement à prévenir les problèmes de santé mentale mais aussi à améliorer la résilience et le bien-être émotionnel global³⁸ favorisera le rétablissement des effets de la pandémie de COVID-19, qui ont affecté la santé mentale et le bien-être des adolescents et creusé les inégalités socioéconomiques³⁹⁻⁴¹.

Le risque de suicide et l'automutilation font partie des indicateurs de santé mentale et de bien-être. Le suicide est la deuxième cause de décès en importance chez les 15 à 34 ans⁴². Bien que les adolescents soient moins nombreux que les jeunes adultes à décéder à la suite d'une tentative de suicide, les adolescentes sont plus nombreuses que les jeunes femmes adultes à être hospitalisées en raison d'une blessure auto-infligée⁴². En outre, les tentatives de suicide et les décès sont associés à la défavorisation socioéconomique. Celle-ci, qu'elle soit individuelle (comme le faible niveau de scolarité des parents) ou contextuelle (comme les caractéristiques du quartier ou de la collectivité) augmente les risques d'idéation suicidaire, de tentative de suicide et de décès par suicide⁴³⁻⁴⁵. L'élaboration et la mise en œuvre en milieu scolaire d'interventions de promotion de la santé aptes à augmenter la résilience émotionnelle, les capacités d'adaptation et l'auto-efficacité pourraient atténuer ces risques⁴⁶.

Toutefois, l'idéation suicidaire et l'automutilation peuvent demeurer invisibles⁴⁷ : elles sont plus difficiles à remarquer par le personnel scolaire que des comportements à risque (consommation de substances, conduite avec facultés affaiblies, distraction au volant, etc.) et certains autres problèmes de santé mentale (incapacité à se concentrer, anxiété, dépression, agressivité, trouble du comportement, etc.). Cela pourrait avoir contribué au fait que de nombreuses écoles, quel que soit leur niveau de défavorisation, n'aient pas considéré le suicide et l'automutilation comme des problèmes importants. Il est aussi possible que les écoles n'aient pas été confrontées au suicide ou à la tentative de suicide d'un élève et que des problèmes observés plus fréquemment aient eu préséance. La formation du personnel au sujet des interventions de promotion de la santé concernant la santé mentale et le bien-être devrait intégrer des techniques aidant à détecter les adolescents présentant un risque de suicide et d'automutilation afin de les diriger vers l'aide dont ils ont besoin⁴⁷.

Par ailleurs, la consommation de drogues a été mentionnée comme un problème de santé important par les deux tiers des écoles et le tabagisme par la moitié des écoles. Des proportions semblables d'écoles ont déclaré qu'elles avaient offert des interventions de promotion de la santé visant l'un de ces deux problèmes. Compte tenu de l'omniprésence de longue date de l'essai de substances chez les adolescents, de la hausse récente de la consommation de cigarettes électroniques, de la légalisation du cannabis au Canada en 2018 ainsi que des préoccupations croissantes suscitées par la consommation simultanée de plusieurs substances psychoactives, il serait sans doute temps de vérifier si la présence universelle des interventions de promotion de la santé concernant la consommation de substances est une politique de santé publique pertinente.

Prochaines recherches

Des recherches doivent être menées dans d'autres provinces et territoires pour savoir comment le personnel scolaire perçoit les problèmes de santé importants des élèves et la disponibilité des interventions de promotion de la santé ainsi que celle des activités parascolaires connexes. D'autres recherches devraient analyser la manière dont les interventions de promotion de la

santé sont mises en œuvre et quels facteurs gênent ou facilitent leur réalisation. Il faudrait également mesurer auprès des élèves les résultats de ces interventions dans leur école. Finalement, la poursuite des recherches sur les différences entre les interventions de promotion de la santé des écoles défavorisées et celles des écoles favorisées pourrait aider à mieux cibler le contenu et le public des mesures de promotion de la santé en milieu scolaire.

Limites

La faible taille de l'échantillon du projet PromeSS limite la précision de nos constatations. Ce projet repose sur un échantillon de convenance d'écoles secondaires. Bien qu'il soit semblable sur plusieurs points à l'ensemble des écoles secondaires du Québec, cet échantillon pourrait ne pas être parfaitement représentatif.

Nous avons interviewé une seule personne par école, et son point de vue n'était pas forcément totalement représentatif de celui de l'organisation. Toutefois, le questionnaire a été envoyé aux directeurs et directrices d'école avant l' entrevue de manière à ce qu'ils puissent consulter les membres de leur personnel pour se préparer à l'entrevue. Par ailleurs, nous avons collecté les données avant la pandémie de COVID-19, ce qui veut dire que nos constatations ne concernent pas la disponibilité des interventions de promotion de la santé durant la pandémie et dans la période post-pandémie.

Conclusion

Bien que nos résultats nécessitent d'être reproduits dans d'autres provinces et territoires pour être généralisables, ils invitent à penser que les mandats gouvernementaux favorisent la disponibilité universelle des interventions de promotion de la santé dans les écoles et, de ce fait, l'égalité de la présence des mesures de promotion de la santé en milieu scolaire. Des études approfondies sont nécessaires sur les variations possibles de contenu, de mise en œuvre et d'effets des interventions de promotion de la santé en fonction de la défavorisation scolaire. Si on constate que la disponibilité et les effets des interventions de promotion de la santé varient en fonction du niveau de défavorisation des écoles, les planificateurs pourraient avoir à en tenir compte dans leurs programmes et leurs politiques.

Remerciements

Le projet PromeSS est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. JK était titulaire d'une bourse d'études doctorales de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ) de 2019 à 2022. TR est actuellement titulaire de cette bourse. JOL a été titulaire d'une chaire de recherche du Canada en déterminants précoce des maladies chroniques de l'adulte de 2006 à 2021. KM est titulaire d'une chaire de la Fondation de la famille Murphy en interventions précoce.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien financier ni conflit d'intérêts en lien avec cet article.

Contributions des auteurs et avis

JK : conception, curation des données, révisions et modifications de l'article.

TR : administration du projet, enquête, curation des données, révisions et modifications du manuscrit.

RJW : rédaction de la première version du manuscrit, révisions et modifications de l'article.

JOL : conception, acquisition de financement, ressources, enquête, curation des données, analyse officielle, révisions et modifications de l'article.

KM : rédaction de la première version du manuscrit, révisions et modifications de l'article.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit et assument la responsabilité de toutes les facettes du travail.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Kleinert S. Adolescent health: an opportunity not to be missed. Lancet. 2007;369(9567):1057-1058. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60374-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60374-2)
2. Organisation mondiale de la Santé. La santé pour les adolescents du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie [Internet]. Genève (Suisse), OMS; 2014. En ligne à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141452/WHO_FWC_MCA_14.05_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Statistique Canada. Taux de participation aux études, population âgée de 15 à 29 ans, selon l'âge et le type d'institution fréquentée : Fréquence : Occasionnelle : Tableau : 37-10-0101-01 [Internet]. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; le 1^{er} novembre 2021 [consultation le 11 août 2022]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/3710010101-fra>
4. Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général. L'école et son rôle dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général : rapport d'un Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général [Internet]. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé; 1995. En ligne à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42194/WHO_TRS_870_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé. Qu'est-ce que l'approche globale de la santé en milieu scolaire? [Internet]. CCES; 2016 [consultation le 11 août 2022]. En ligne à : http://www.jcsh-cces.ca/images/Quest-ce_que_lapproche_globale_de_la_sant%C3%A9_en_milieu_scolaire.pdf
6. S Langford R, Bonell CP, Jones HE, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database Syst Rev. 2014;16(4):CD008958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
7. Bartelink N, van Assema P, Savelberg H, Jansen M, Kremers S. Evaluating health promotion in schools: a contextual action-oriented research approach. In: Potvin L, Jordan D, editors. Global handbook of health promotion research, Vol. 1, Mapping health promotion research. Cham (CH): Springer International Publishing; 14 mai 2022. p. 297-312. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97212-7_21

8. World Health Organization. Initiatives: Making every school a health promoting school [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2022 [cited 2022 Aug 05]. En ligne à : <https://www.who.int/initiatives/making-every-school-a-health-promoting-school>
9. Consortium conjoint panafricain pour les écoles en santé (CCES). Entente entre les ministres provinciaux de l'Éducation et les ministres de la Santé et du Mieux-être pour faciliter une approche globale et coordonnée de la promotion de la santé en milieu scolaire. CCES; 2020. En ligne à : http://www.jcsh-cces.ca/wp-content/uploads/2021/10/JCSH-Agreement_2020-2025.pdf
10. Assemblée nationale, Deuxième session, trente-neuvième législature. Projet de loi n° 56 : Loi visant à lutter contre l'intimidation et la violence à l'école [Internet]. Québec (Qué.), Éditeur officiel du Québec; 2012. En ligne à : http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANO.Vigie.Bll.DocumentGenerique_53469fr&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz
11. Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Apprentissages en éducation à la sexualité - Préscolaire et primaire [Internet]. 2018. En ligne à : <https://numerique.bang.qc.ca/patrimoine/details/52327/3547860>
12. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Politique de l'activité physique, du sport et du loisir - Au Québec, on bouge! [Internet]. Québec (Qué.), gouvernement du Québec; 2017. En ligne à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/Politique-FR-v18_sans-bouge3.pdf
13. Commission scolaire English-Montréal. Activités parascolaires [Internet]. Montréal (Qué.), Commission scolaire English-Montréal; 2022 [consultation le 20 août 2022]. En ligne à : <https://www.emsb.qc.ca/fr-ca/csem/colesecondeaire/programmes/activites-parascolaires>
14. Christison C. The benefits of participating in extracurricular activities. *BU J Grad Stud Educ.* 2013;5(2):17-20. En ligne à : <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1230758.pdf>
15. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN); March 2006.
16. Basch CE. Healthier students are better learners: high-quality, strategically planned, and effectively coordinated school health programs must be a fundamental mission of schools to help close the achievement gap. *J Sch Health.* 2011;8(10):650-662. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00640.x>
17. Thrupp M, Lupton R. Taking school contexts more seriously: the social justice challenge. *Br J Educ Stud.* 2006;54(3):308-328. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8527.2006.00348.x>
18. Moore GF, Littlecott HJ, Turley R, Waters E, Murphy S. Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies. *BMC Public Health.* 2015;15(1):907. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-2244-x>
19. Riglea T, Kalubi J, Sylvestre M-P, et al. Social inequalities in availability of health-promoting interventions in Québec elementary schools. *Health Promot Int.* 2022;37(1):daab023. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab023>
20. Coalition for Early Life course studies supporting Public Health Intervention and Evaluation (CELPHIE). PromESS [Internet]. Montréal (Qué.), CELPHIE; 2020 [consultation le 25 novembre 2022]. En ligne à : <https://fr.celphie.ca/promess>
21. Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Trouver un centre de services scolaire ou une commission scolaire anglophone ou à statut particulier [Internet]. Québec (Qué.); 2022 [consultation le 2 février 2022]. En ligne à : <http://www.education.gouv.qc.ca/trouver-un-centre-de-services-scolaire-ou-une-commission-scolaire-anglophone-ou-a-statut-particulier/>
22. Craig W, Pickett W, King M. La santé des jeunes Canadiens : Conclusions de l'enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2020 [consultation le 15 avril 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/jeunes-conclusions-enquete-comportements-sante-jeunes-age-scolaire.html>
23. Polanczyk GV, Willcutt EG, Sallum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):434-442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
24. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatr.* 2005;57(11):1215-1220. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
25. Éducation Québec. La carte de la population scolaire et les indices de défavorisation. Bull Stat Educ [Internet]. 2003;26:1e9 [consultation le 14 avril 2022]. En ligne à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/bulletin_26.pdf
26. Statistique Canada. Fichier de conversion des codes postaux ^{MO}. N° 92-154-X au catalogue [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017 [consultation le 30 mai 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/92-154-X>
27. Vandebroucke JP, von Elm, E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med.* 2007;4(10):e297. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040297>

28. Statistique Canada. Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes) : Tableau : 13-10-0418-01 (anciennement CANSIM 102-4505) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 29 septembre 2021 [consultation le 11 août 2022]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310041801-fra>
29. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2017 [consultation le 3 mai 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-infections-transmissibles-sexuellement-canada-2017.html>
30. Di Meglio G, Crowther C, Simms J. Contraceptive care for Canadian youth. *Paediatr Child Health*. 2018;23(4):271-277. <http://doi.org/10.1093/pch/pxx192>
31. Steiner RJ, Liddon N, Swartzendruber AL, Rasberry CN, Sales JM. Long-acting reversible contraception and condom use among female US high school students: implications for sexually transmitted infection prevention. *JAMA Pediatr*. 2016;170(5):428-434. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0007>
32. Di Meglio G, Yeates J, Seidman G. Can youth get the contraception they want? Results of a pilot study in the province of Quebec. *Paediatr Child Health*. 2020;25(3):160-165. <http://doi.org/10.1093/pch/pxz059>
33. Pérez-Jorge D, González-Luis MA, Rodríguez-Jiménez MD, Ariño-Mateo E. Educational programs for the promotion of health at school: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10818. <http://doi.org/10.3390/ijerph182010818>
34. McLaughlin KA, Grief Green, J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(11):1151-1160. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
35. O'Reilly MO, Svirydzenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(7):647-662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
36. Berger E, Reupert A, Allen K-A. School-based prevention and early intervention for student mental health and wellbeing: evidence brief [Internet]. Melbourne (AU): Monash University; 2020 Mar 13 [cited 2022 Sep 10]. En ligne à : https://education.nsw.gov.au/content/dam/main-education/student-wellbeing/mental-health-and-wellbeing/schools-user-evidence-guide-monash/Evidence_Brief_Final.pdf
37. UNICEF. Mental health: Ensuring mental health and well-being in an adolescent's formative years can foster a better transition from childhood to adulthood [Internet]. Geneva (CH): UNICEF; 2021 Oct [cited 2022 Aug 16]. En ligne à : <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health>
38. Clarke AM. Implementing universal and targeted mental health promotion interventions in schools. Dans : Berry MM, Clarke AM, Petersen I, Jenkins R (dir.). *Implementing mental health promotion*, 2nd ed. Cham (CH): Springer International Publishing; 2019. p. 341-85. https://doi.org/10.1007/978-3-030-23455-3_11
39. Jones EA, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2470. <http://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
40. Société canadienne de pédiatrie. Exposé de politique – Santé mentale des enfants et des jeunes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Société canadienne de pédiatrie; 2022. En ligne à : <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Brief/BR11751193/br-external/CanadianPaediatricSociety-10609600-f.pdf>
41. Nations Unies. La pandémie de Covid-19 révèle les inégalités mondiales, selon la numéro deux de l'ONU [Internet]. Genève (CH), ONU Info; le 3 mai 2020 [consultation le 11 août 2022]. En ligne à : <https://news.un.org/fr/story/2020/05/1068102>
42. Gouvernement du Canada. Données sur le suicide au Canada (infographique) [Internet]. Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada; le 18 juillet 2019 [consultation le 24 mai 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donnees-suicide-canada-infographique.html>
43. Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *Am J Public Health*. 1999;89(10):1522-1528. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.10.1522>
44. Chen PJ, Mackes N, Sacchi C, et al. Parental education and youth suicidal behaviours: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022;31:e19. <https://doi.org/10.1017/S204579602200004X>
45. Yildiz M, Demirhan E, Gurbuz S. Contextual socioeconomic disadvantage and adolescent suicide attempts: a multilevel investigation. *J Youth Adolesc*. 2019;48(4):802-814. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0961-z>
46. Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, Sowden A. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technol Assess*. 1999;3(22):1-207. <https://doi.org/10.3310/hta3220>
47. National Institutes of Health. News in health. Teen suicide: understanding the risk and getting help [Internet]. Bethesda (MD): NIH; 2019 Sep [cited 2022 Aug 16]. En ligne à : <https://newsinhealth.nih.gov/2019/09/teen-suicide>