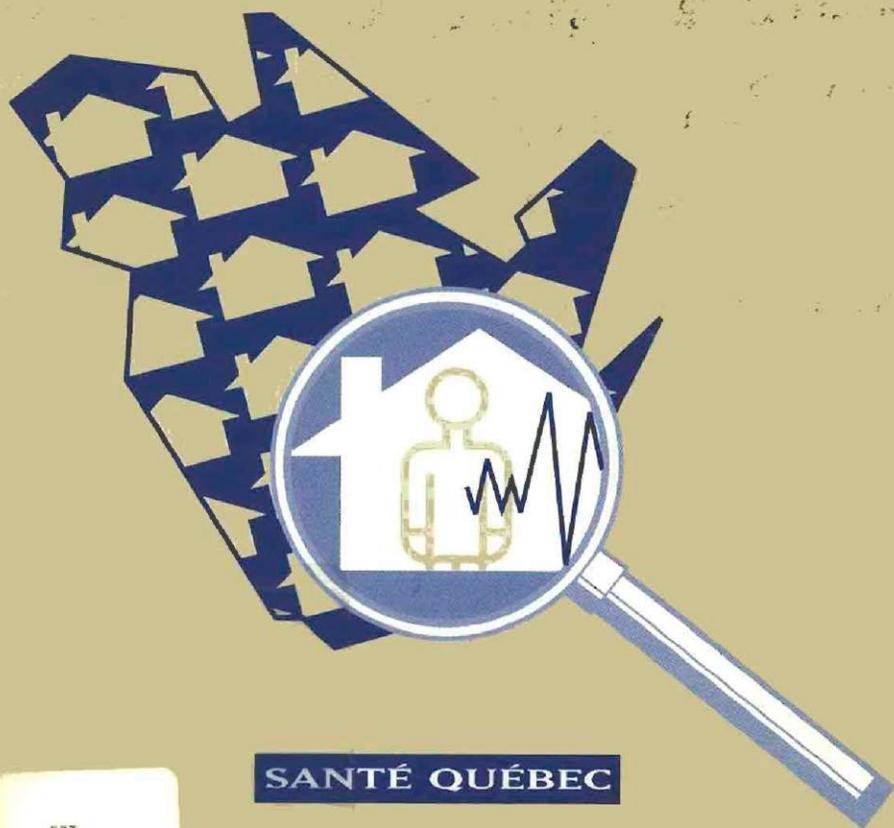


# Enquête sociale et de santé 1992-1993



**SANTÉ QUÉBEC**

WA  
900  
DC2.1  
Q44  
E1992  
N. 3  
1996

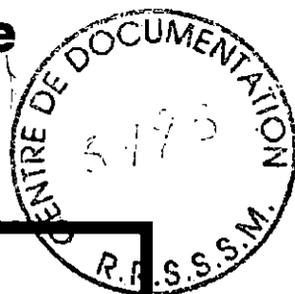
INSPO - Montréal



3 5567 00003 1333

Québec 

**Enquête sociale  
et de santé  
1992 - 1993**



**UN PROFIL DES ENFANTS ET DES  
ADOLESCENTS QUÉBÉCOIS**

**MONOGRAPHIE #3**

***JOCELYNE CAMIRAND***  
***Santé Québec***

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

**L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a été réalisée par Santé Québec grâce au financement conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et des Régions régionales de la santé et des services sociaux.**

**Direction de l'enquête : Daniel Tremblay  
assisté de Carmen Bellerose et Claudette Lavallée**

**Monographie publiée sous la direction de :**

**Claudette Lavallée  
Madeleine Levasseur  
Michèle Rioux**

**Référence suggérée : Camirand, J. (1996). *Un profil des enfants et adolescents québécois*, Monographie no. 3, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.**

**Dépôt légal - 1996  
Bibliothèque nationale du Québec  
Tous droits réservés  
ISBN 2-551-17066-4  
ISSN 1201-3730**

# SANTÉ QUÉBEC

**S**anté Québec contribue à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise, en dirigeant des enquêtes sociales et de santé.

Au service de ses partenaires, Santé Québec est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les Régies régionales et leur direction de santé publique, le Bureau de la statistique du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec et la Confédération québécoise des centres d'hébergement et de réadaptation. Le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale y contribuent également par le financement de programmes conjoints de subventions ou de soutien à la recherche.

Soucieux de répondre à leurs préoccupations, Santé Québec travaille en collaboration avec les décideurs, les planificateurs, les chercheurs et les intervenants de ces organismes et de nombreux autres, dont les universités, les CLSC, les Centres jeunesse et Statistique Canada. Il peut ainsi compter sur des ressources parmi les plus compétentes du Québec.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est la huitième enquête réalisée par Santé Québec.

## **LISTE DES ENQUÊTES COMPLÉTÉES DE SANTÉ QUÉBEC**

**Enquête Santé Québec 1987**

**Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire  
et la nutrition, 1990**

**Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991**

**Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida  
et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991**

**Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois  
âgés entre 15 et 29 ans, 1992**

**Enquête québécoise sur la santé mentale auprès des enfants  
et adolescents/es âgés de 6 à 14 ans, 1992**

**Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992**

**Enquête sociale et de santé, 1992-1993**

---

# TABLE DES MATIÈRES

---

Avant-propos .....	XI
Remerciements .....	XIII
Présentation de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 .....	XV
Lexique .....	XVII
Liste des tableaux .....	XIX
Liste des graphiques .....	XXVII
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>XXIX</b>
<b>MÉTHODES</b> .....	<b>XXXIII</b>
<b>CHAPITRE 1 • Certaines caractéristiques sociodémographiques des moins de vingt ans</b>	
1.1 Place des enfants et des adolescents dans la population .....	1
1.1.1 Répartition dans les ménages privés .....	3
1.2 Situation des enfants et des adolescents dans les ménages et les familles .....	4
1.2.1 Type de ménage et de famille .....	5
1.2.2 Certaines caractéristiques des familles et des parents .....	9
1.2.3 Niveau socioéconomique .....	13
1.3 Certaines caractéristiques des jeunes de 15 à 19 ans .....	16
1.3.1 État matrimonial .....	17
1.3.2 Activité habituelle .....	17
1.3.3 Perception de sa situation financière .....	19
1.4 Conclusion .....	21

**CHAPITRE 2 • Relations familiales et sociales**

2.1	Ruptures du milieu familial . . . . .	25
2.1.1	Ruptures avant l'âge de 12 ans . . . . .	27
2.2	Relations familiales et sociales des jeunes de 15 à 19 ans . . . . .	28
2.2.1	Indice de soutien social . . . . .	29
2.2.2	Composantes de l'indice de soutien social . . .	30
2.3	Violence familiale à l'endroit des enfants . . . . .	33
2.3.1	Conduites à caractère violent envers les enfants de 3 à 17 ans . . . . .	34
2.4	Conclusion . . . . .	38

**CHAPITRE 3 • Habitudes de vie**

3.1	Usage de la cigarette . . . . .	41
3.1.1	Type de fumeur . . . . .	42
3.2	Consommation et abus d'alcool . . . . .	47
3.2.1	Proportion de buveurs . . . . .	48
3.2.2	Quantité d'alcool consommé . . . . .	49
3.2.3	Abus d'alcool . . . . .	51
3.3	Consommation de drogues . . . . .	54
3.3.1	Caractéristiques des jeunes consommateurs . .	55
3.3.2	Type de drogues consommées . . . . .	58
3.4	Activité physique de loisir . . . . .	59
3.4.1	Pratique de l'activité physique de loisir . . . . .	60

3.5	Poids corporel	63
3.5.1	Indice de masse corporelle	64
3.5.2	Désir de changer de poids	65
3.6	Conclusion	68
<b>CHAPITRE 4 • Vie sexuelle</b>		
4.1	Grossesse à l'adolescence	73
4.2	Relations amoureuses et sexuelles des jeunes	75
4.3	Contraception	77
4.3.1	Utilisation d'anovulants	77
4.3.2	Utilisation du condom et d'autres méthodes contraceptives	79
4.4	Conclusion	81
<b>CHAPITRE 5 • Santé physique</b>		
5.1	Mortalité	83
5.1.1	Principales causes de décès	84
5.1.2	Évolution de la mortalité et de ses causes	88
5.2	Principaux problèmes de santé	90
5.3	Accidents avec blessures	94
5.3.1	Enfants et jeunes victimes d'accidents avec blessures	95
5.3.2	Lieu de l'accident	97

5.4	Perception de l'état de santé	99
5.4.1	Perception de l'état de santé chez les jeunes de 15 à 19 ans	99
5.5	Autonomie fonctionnelle	101
5.5.1	Journées d'incapacité	102
5.5.2	Limitations fonctionnelles	103
5.6	Conclusion	108

**CHAPITRE 6 • Santé mentale**

6.1	Santé mentale des enfants de 6 à 14 ans	111
6.1.1	Prévalence des troubles mentaux	112
6.2	Détresse psychologique chez les jeunes de 15 à 19 ans	120
6.2.1	Indice de détresse psychologique	121
6.2.2	Sentiments des jeunes	124
6.2.3	Conséquences de la détresse psychologique	128
6.3	Suicide chez les jeunes	129
6.3.1	Idées et tentatives de suicide chez les jeunes de 12 à 14 ans	130
6.3.2	Idées et tentatives de suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans	131
6.4	Conclusion	137

<b>CHAPITRE 7 • Utilisation de services et de médicaments</b>	
7.1 Recours aux services de santé et aux services sociaux . . . . .	141
7.1.1 Consultation et type de professionnel consulté . . . . .	142
7.1.2 Motif de la dernière consultation . . . . .	146
7.2 Usage de médicaments . . . . .	152
7.2.1 Caractéristiques des utilisateurs . . . . .	153
7.2.2 Classes de médicaments consommés . . . . .	157
7.3 Conclusion . . . . .	160
<b>CHAPITRE 8 • CONCLUSION GÉNÉRALE</b>	
8.1 Vue d'ensemble . . . . .	163
8.2 Pistes de recherche . . . . .	168
8.3 Pistes d'intervention . . . . .	170
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES . . . . .</b>	<b>173</b>
<b>TABLEAUX EN ANNEXE . . . . .</b>	<b>187</b>

---

## AVANT-PROPOS

---

**L**a présente monographie trace un profil de la santé et du bien-être des jeunes du Québec. Un ensemble de données de diverses sources y sont présentées et analysées à cette fin.

L'Enquête sociale et de santé, réalisée par Santé Québec en 1992-1993, est au coeur de la monographie. Elle fournit une part importante de l'information sur les jeunes, disponible actuellement au Québec. Mais elle est ici complétée par l'information obtenue de grands fichiers et d'autres enquêtes. C'est ce qui fait de cette monographie un instrument intégrateur de multiples caractéristiques qui permettent de mieux saisir la réalité des jeunes.

Un tel portrait permet de pousser plus loin l'analyse de données existantes, d'en exploiter encore plus la richesse et est en cela un pas de plus vers la connaissance qui est source d'action. Cette mise en commun de données permet de plus d'identifier celles qu'il faudrait obtenir pour enrichir le portrait de la situation. Nous espérons qu'à ce titre, la monographie contribuera à stimuler la recherche en plus de fournir des balises pour la planification et l'intervention pour la santé et le mieux-être des jeunes du Québec.

Afin de bien répondre aux besoins de ceux et celles qui vont utiliser l'information pour leurs programmes d'action et de prévention, nous avons constitué un comité d'orientation de la monographie qui en a suivi toutes les étapes. Nous avons aussi soumis le texte final à des lecteurs externes dont les suggestions et commentaires ont été fort judicieux. À toutes ces personnes, dont les noms paraissent plus loin, et à Jocelyne Camirand au premier chef, merci.

Daniel Tremblay  
Directeur

---

## REMERCIEMENTS

---

**D**e nombreuses personnes ont contribué à la réalisation de cette monographie. Nous tenons à les remercier chaleureusement, et plus particulièrement :

- les membres du comité de suivi, qui ont guidé patiemment la réalisation de ce projet : May Clarkson, Linda Fortin, Michèle Rioux (ministère de la Santé et des Services sociaux);
- l'équipe du Bureau de la Statistique du Québec, et plus particulièrement France Lapointe, pour leur collaboration à l'analyse statistique;
- Mireille Jetté pour sa précieuse collaboration à la rédaction des chapitres 3 et 4 et Pierre Lafontaine pour sa collaboration à la rédaction du chapitre 5;
- les lecteurs qui ont accepté de commenter l'ensemble du manuscrit : Louise Séguin, Marie Giroux et Jean Boudreau;
- les membres du comité de lecture qui ont réalisé l'édition de cette monographie : Claudette Lavallée, Madeleine Levasseur, Michèle Rioux;
- les personnes qui ont apporté des commentaires précieux à certains chapitres : Louis Duchesne, Michel Tousignant, Louise Guyon, Jacinthe Aubin, Marielle Ledoux, Lyne Mongeau, Jeannine Auger, Gilles Légaré, Marie-Blanche Rémillard, Diane Bégin, Jean Pelletier, Madeleine Levasseur;
- l'équipe de Santé Québec : Nathalie Audet et Gérald Benoit, qui ont effectué le traitement informatique; Lise Ménard-Godin, Suzanne Messier, et finalement Thérèse Cloutier qui a grandement contribué à la qualité de cette publication par son minutieux travail d'édition.

# PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1992-1993

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 avait pour objectif général d'assurer une meilleure connaissance de certaines dimensions de l'état de santé physique, mentale et psychosociale des Québécois, de ses déterminants et de ses conséquences. Cette enquête reprend ou enrichit des thèmes et des mesures de l'enquête de 1987 et en aborde de nouveaux, particulièrement en ce qui a trait aux aspects sociaux de la santé.

## THÈMES RETENUS POUR L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1992-1993

<b>DÉTERMINANTS</b>		
<b>Caractéristiques démographiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge, sexe</li> <li>• Appartenance ethnoculturelle</li> <li>• État matrimonial</li> </ul> <b>Conditions de vie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scolarité</li> <li>• Statut d'activité</li> <li>• Profession</li> <li>• Revenu</li> <li>• Situation financière</li> </ul>	<b>Milieus de vie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien social, réseau familial et séparations avant 12 ans</li> <li>• Autonomie décisionnelle au travail</li> <li>• Composition des familles et des ménages</li> <li>• Aide familiale</li> </ul>	<b>Habitudes de vie et comportements préventifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommation d'alcool</li> <li>• Usage de tabac</li> <li>• Consommation de drogues</li> <li>• Abus de substances psychoactives</li> <li>• Pratique de l'activité physique de loisir</li> <li>• Poids corporel</li> <li>• Comportements de santé propres aux femmes</li> </ul>
<b>ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE</b>		
<b>Santé physique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception de la santé</li> <li>• Accidents avec blessure</li> <li>• Autonomie fonctionnelle</li> </ul>	<b>Santé mentale et psychosociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détresse psychologique</li> <li>• Idées suicidaires et parasuicides</li> <li>• Conflits intrafamiliaux</li> </ul>	
<b>CONSÉQUENCES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recours aux services sociaux et de santé</li> <li>• Consommation de médicaments</li> </ul>		

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est l'ensemble des ménages privés des régions sociosanitaires du Québec

à l'exclusion des régions crie et inuite et des réserves indiennes. La population visée représente 97,5 % de la population du Québec.

L'enquête utilise un plan d'échantillonnage à deux degrés stratifié par région sociosanitaire et par aire homogène. Cette méthode d'échantillonnage, élaborée par le Bureau de la Statistique du Québec, a pour but de permettre une analyse de chaque région sociosanitaire et d'assurer une représentation adéquate des aires géographiques où sont concentrées les populations défavorisées.

La collecte d'information s'est déroulée en quatre vagues, échelonnées de novembre 1992 à novembre 1993 afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et des comportements. Les données ont été obtenues par entrevue directe et par questionnaire autoadministré. Dans chacun des ménages, une entrevue avec une personne de 18 ans ou plus a permis à l'interviewer de compléter une fiche d'identification (FI) afin d'identifier les membres du ménage y résidant au moment de l'enquête ainsi que leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté. L'interviewer administrait ensuite un questionnaire général portant sur chacun des membres du ménage (QRI). Chaque membre du ménage âgé de 15 ans et plus devait en outre compléter un questionnaire autoadministré qui abordait des questions plus personnelles (QAA). Des questionnaires spécifiques ont ensuite été administrés à des sous-échantillons sélectionnés parmi les informateurs clés à l'enquête. Les modes de passation de ces questionnaires sur la résolution de conflits dans la famille sont décrits au chapitre «Méthodes» et à la section 2.3.

La collecte, la codification et la saisie des données ont été effectuées par Groupe Léger & Léger Inc. La validation et le contrôle de la qualité de ces données ont été assurés à toutes les étapes de l'enquête par Santé Québec. Le traitement et l'analyse des données ont été effectués par le service informatique de Santé Québec à l'aide du logiciel SAS.

---

## LEXIQUE

---

**Indice de détresse psychologique** : est constitué de quatorze questions portant sur des états dépressifs ou anxieux, et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Le quintile supérieur de l'échelle, adopté lors de l'enquête Santé Québec de 1987 pour constituer la catégorie «élevée», a été conservé pour la présente enquête.

**Indice de soutien social** : établi à partir de sept questions, il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction face aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible.

**Ménage** : constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes vivant dans un logement privé.

**Ménages familiaux** : ménage composé de plus d'une personne unies par des liens de filiation.

**Ménages non familiaux** : ménage composé d'une personne seule, d'un couple sans enfant ou de personnes unies par des liens autre que l'union ou la filiation.

**Niveau de revenu** : indice commun à tous les membres du ménage, il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et de normes établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages.

**Pe** : nombre estimé de personnes, dans la population, correspondant à une proportion ou à un taux donné.

**QAA** : questionnaire autoadministré qui s'adresse à tous les individus d'un ménage âgés de 15 ans et plus, il couvre surtout les habitudes de vie, le milieu social et la santé psychologique.

**QRI** : questionnaire rempli par l'interviewer, il s'adresse à un informateur clé répondant pour tous les membres du ménage; il porte principalement sur les limitations d'activité, les accidents et blessures, la consommation de médicaments et le recours aux services de santé.

**Statut d'activité habituelle** : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

---

## **LISTE DES TABLEAUX**

---

- Tableau 1.1** Naissances et taux de natalité, Québec 1980-1995
- Tableau 1.2** Population de moins de 20 ans selon l'âge, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 1.3** Population de moins de 20 ans selon l'âge et le type de ménage, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 1.4** Population de moins de 20 ans selon le type de ménage, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 1.5** Population de moins de 20 ans selon l'âge de l'enfant et l'âge ou l'état matrimonial des parents, population vivant dans un ménage familial, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 1.6** Population de moins de 20 ans selon l'âge de l'enfant, le statut d'emploi des parents et le type de famille, population vivant dans un ménage familial, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 1.7** Population de moins de 20 ans selon l'âge et le niveau de revenu du ménage, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 1.8** Population de moins de 20 ans vivant dans un ménage pauvre ou très pauvre selon le type de ménage, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 1.9** Statut d'activité habituelle selon l'âge ou le sexe, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

- Tableau 1.10** Perception de sa situation financière selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 2.1** Séparation ou divorce des parents avant l'âge de 12 ans, selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 2.2** Niveau faible de soutien social selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 2.3** Composantes de l'indice de soutien social, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 2.4** Enfants victimes de conduites à caractère violent selon le type de conduite et l'âge des enfants, échantillon de familles avec enfants de 3 à 17 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.1** Usage de la cigarette selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.2** Fumeurs réguliers selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.3** Âge d'initiation et nombre de cigarettes fumées quotidiennement, fumeurs réguliers de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

- Tableau 3.4**      Quantité hebdomadaire d'alcool consommé selon le sexe ou l'âge, population de 15 à 19 ans consommant de l'alcool, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.5**      Nombre de fois où le jeune a pris cinq consommations ou plus en une seule occasion, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans consommant de l'alcool, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.6**      Nombre de fois où le jeune estime s'être enivré, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans consommant de l'alcool, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.7**      Consommation de drogues selon l'âge ou le sexe et la substance consommée, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.8**      Activité physique de loisir selon l'âge ou le sexe, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.9**      Activité physique de loisir selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 3.10**     Indice de masse corporelle selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993

- Tableau 3.11** Désir de changer de poids selon l'indice de masse corporelle et le sexe, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 4.1** Consommation d'anovulants selon l'âge, population féminine de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 4.2** Consommation d'anovulants selon certaines caractéristiques, population féminine de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 5.1** Nombre de décès et taux de mortalité selon l'âge et le sexe, population de 0 à 19 ans, Québec 1991-1993
- Tableau 5.2** Taux de mortalité selon l'âge ou les principales causes, population de 0 à 19 ans, Québec 1979-1981 et 1991-1993
- Tableau 5.3** Principaux problèmes de santé selon l'âge, population de 0 à 19 ans, Santé Québec 1987
- Tableau 5.4** Victimes d'accidents avec blessures selon l'âge, le sexe et les conséquences de l'accident, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 5.5** Victimes d'accidents avec blessures selon le lieu, l'âge ou le sexe, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 5.6** Perception de l'état de santé selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993

- Tableau 5.7** Perception de l'état de santé selon la perception de sa situation financière, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 5.8** Limitations fonctionnelles selon différents indicateurs, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 5.9** Principales causes de limitation, population de 0 à 19 ans avec limitation d'activité, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 5.10** Niveaux hiérarchiques de limitations fonctionnelles, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 6.1** Niveau élevé de détresse psychologique selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 6.2** Sentiments ressentis «assez» ou «très souvent» au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 6.3** Désespoir face à l'avenir selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 6.4** Idées suicidaires ou tentatives de suicide au cours de sa vie ou des douze mois ayant précédé l'enquête selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993

- Tableau 6.5** Idées suicidaires au cours de sa vie selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans n'ayant pas rapporté de tentative de suicide, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 6.6** Tentatives de suicide au cours de sa vie selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 7.1** Jeunes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon l'âge et le sexe, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 7.2** Jeunes ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de professionnel consulté, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 7.3** Principale raison de la dernière consultation selon l'âge, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 7.4** Durée du principal problème à l'origine de la dernière consultation selon sa nature, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Enquête sociale et de santé 1992-1993

- Tableau 7.5** Principal problème à l'origine de la dernière consultation, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 7.6** Certains problèmes à l'origine de la dernière consultation selon l'âge, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 7.7** Consommation de médicaments prescrits et non prescrits, au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, selon l'âge et le sexe, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau 7.8** Consommation de certaines classes de médicaments, au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, selon l'âge, population de 0 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau A.1** Population de moins de 20 ans selon l'âge et le type de ménage, Enquête Santé Québec 1987
- Tableau A.2** Population de moins de 20 ans selon l'âge de l'enfant et le statut d'activité habituelle des parents, population vivant dans les ménages familiaux, Enquête sociale et de santé 1992-1993
- Tableau A.3** Quantité hebdomadaire d'alcool consommé selon l'activité habituelle et le type de ménage, population de 15 à 19 ans consommant de l'alcool, Enquête sociale et de santé 1992-1993

- Tableau A.4**      **Consommation de drogues selon le statut d'activité ou le type de ménage, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**
- Tableau A.5**      **Taux de mortalité pour les principales causes selon le sexe, population de 0 à 19 ans, Québec 1991-1993**
- Tableau A.6**      **Victimes d'accidents avec blessures selon le type de ménage et l'âge, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**
- Tableau A.7**      **Limitations fonctionnelles selon l'âge ou le type de ménage, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**
- Tableau A.8**      **Lieu de la dernière consultation selon l'âge, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

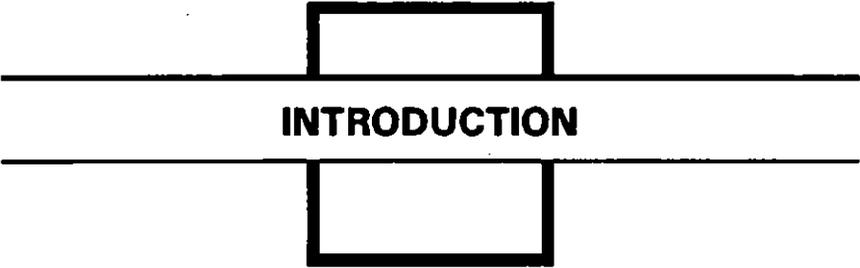
---

## LISTE DES GRAPHIQUES

---

- Graphique 3.1**      **Consommation de drogues selon l'âge, population de 15 à 24 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**
- Graphique 5.1**      **Principales causes de décès, population de 0 à 19 ans, Québec 1991-1993**
- Graphique 5.2**      **Principales causes de décès selon l'âge, population de 0 à 19 ans, Québec 1991-1993**
- Graphique 5.3**      **Présence d'au moins un problème de santé selon l'âge et le sexe, population de 0 à 19 ans, Santé Québec 1987**
- Graphique 6.1**      **Prévalence des troubles mentaux et des difficultés d'adaptation selon l'âge et le sexe, population de 6 à 14 ans, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1992**
- Graphique 6.2a**      **Prévalence des troubles mentaux intériorisés selon le sexe, population de 6 à 11 ans, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1992**
- Graphique 6.2b**      **Prévalence des troubles mentaux extériorisés selon le sexe, population de 6 à 11 ans, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1992**
- Graphique 6.3a**      **Prévalence des troubles mentaux intériorisés selon le sexe, population de 12 à 14 ans, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1992**

- Graphique 6.3b**      **Prévalence des troubles mentaux extériorisés selon le sexe, population de 12 à 14 ans, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1992**
- Graphique 6.4**      **Niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993**
- Graphique 7.1**      **Consommation de médicaments prescrits et non prescrits au cours des deux jours ayant précédé l'enquête selon l'âge, population de 0 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993**



## **INTRODUCTION**

**L'objectif de cette monographie est de tracer un profil de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents du Québec. C'est un projet ambitieux qui embrasse un segment important de la population, les moins de vingt ans.**

**L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est l'occasion de faire ce bilan. Cette enquête, quoiqu'elle ne soit pas entièrement dévolue aux enfants et aux adolescents, aborde plusieurs thèmes qui peuvent contribuer à une meilleure connaissance de la problématique propre à l'enfance et à l'adolescence. Dans cette monographie, nous avons voulu tirer le meilleur parti possible des données de cette enquête récente, qui a l'immense avantage de porter sur un échantillon représentatif de la population québécoise.**

**Cette monographie est essentiellement descriptive. À partir des principaux thèmes de l'enquête, elle dresse un profil de la santé des enfants et des adolescents selon leur âge, et examine un ensemble de facteurs que l'on sait associés à la santé et au bien-être ou qui peuvent contribuer à mieux cibler les interventions auprès des enfants et des adolescents ou de leur famille. Elle permet également de décrire l'évolution de la situation des enfants et des adolescents au cours d'une période de cinq ans, en comparant, pour plusieurs des thèmes abordés, les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 à ceux de l'enquête Santé Québec 1987.**

**La présentation de l'analyse des données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 constitue donc le coeur de cette monographie. Toutefois, nous avons voulu compléter ce profil par l'ajout de certaines données essentielles de population, notamment sur les naissances, et**

par une analyse des principales causes de mortalité chez les enfants et les adolescents. Cette monographie rappelle également les résultats de l'enquête Santé Québec 1987 sur les problèmes de santé déclarés et de certaines autres enquêtes menées par Santé Québec portant sur les enfants et les adolescents; notamment, l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6-14 ans, 1992 et l'Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS, 1991. Ces renseignements complètent et permettent de mieux situer les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993.

La population de moins de 20 ans, qui fait l'objet de cette monographie, n'est pas une population homogène. Plus que tout autre segment de la population, elle témoigne d'une étonnante diversité. Cette diversité tient au développement rapide qui s'échelonne entre la naissance et l'entrée dans le monde des adultes, développement qui mène l'enfant d'un état de complète dépendance à l'autonomie. Qu'on ne pense qu'à la croissance physique de la première année de vie, à l'acquisition du langage, au développement psychologique, cognitif et social, à la puberté; ou aux moments de transition que constituent l'entrée à l'école, le passage au secondaire, le début des relations amoureuses, l'entrée dans le monde du travail ou le départ de la maison. Ces étapes du développement de l'enfant constituent la toile de fond de cette publication.

Trois grands groupes d'âge ont été retenus pour cette monographie : les enfants d'âge préscolaire (0-4 ans), les enfants d'âge scolaire (5-14 ans) et ceux qu'on désignera ici comme étant les adolescents (15-19 ans), bien que les plus vieux d'entre eux soient de jeunes adultes à bien des points de vue, ne serait-ce que parce qu'ils ont franchi l'âge légal de la majorité.

Les grands thèmes abordés dans cette monographie comprennent, à l'instar de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, certains des facteurs qui peuvent influencer le développement, la santé ou le bien-être des enfants et des adolescents; un profil de leur santé physique et

mentale; et finalement deux éléments que l'on considère habituellement comme une conséquence de l'état de santé, soit le recours aux services et l'utilisation de médicaments.

Ces thèmes seront en général présentés pour chacun des trois groupes d'âge selon le sexe de l'enfant, le type de famille (ou de ménage) où il vit et son niveau socioéconomique. Toutefois, comme l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 recueille plus de renseignements sur la population de 15 ans et plus, certains sujets ne seront abordés que pour les jeunes de 15-19 ans.

Le premier chapitre trace un profil des principales caractéristiques sociodémographiques des enfants et des adolescents et de leurs familles. L'évolution des familles québécoises, la pauvreté et certaines caractéristiques des adolescents de 15-19 ans retiendront particulièrement l'attention.

Le second chapitre est consacré au milieu familial et social des enfants et des adolescents. Il examine trois des thèmes de l'enquête soit les ruptures du milieu familial, la perception des adolescents de leurs relations familiales et sociales, et la violence familiale à l'endroit des enfants.

Les deux chapitres suivants sont consacrés aux adolescents. Le premier aborde certaines habitudes de vie : l'usage de la cigarette, la consommation d'alcool et de drogue, l'activité physique de loisir et le poids corporel. Le second porte sur la vie sexuelle des adolescents et met l'accent sur la contraception et les grossesses à l'adolescence.

Le profil de l'état de santé physique des enfants et des adolescents (chapitre 5) débute par une présentation des principales causes de mortalité et des principaux problèmes de santé des enfants et des adolescents. Il présente ensuite les résultats de trois volets de l'Enquête sociale et de santé portant sur les accidents, la perception de l'état de santé et l'autonomie fonctionnelle.

Le chapitre 6 porte sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Il aborde trois volets : les problèmes de santé mentale qui affectent les enfants et les adolescents québécois de 6-14 ans, la détresse psychologique chez les adolescents et le suicide. Le chapitre 7 est consacré à l'utilisation des services de santé ou des services sociaux par les enfants et les adolescents et à la consommation de médicaments.

En conclusion, certaines des pistes de recherche et d'intervention qui émergent de ce profil seront dégagées.

---



# MÉTHODES

---



## **POPULATION À L'ÉTUDE ET SOURCES DE DONNÉES**

La population visée par cette monographie est l'ensemble de la population québécoise de moins de vingt ans.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est la principale source de données utilisée. Les autres sources comprennent le fichier de l'enquête Santé Québec 1987 et le Fichier des décès (ministère de la Santé et des Services sociaux). Les autres résultats figurant dans ce rapport ont été tirés de documents publiés.

Une description des procédures d'échantillonnage de l'enquête est fournie dans la section Présentation de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 (voir Bellerose *et al.*, 1995 pour une description détaillée). L'échantillon étudié ici comprend toutes les personnes âgées de 0-19 ans au moment de l'enquête. L'information recueillie à l'aide du QRI porte sur 10 134 individus de moins de vingt ans (soit environ 2 500 jeunes dans chaque groupe d'âge de cinq ans); le QAA a été complété par 2 198 personnes âgées de 15-19 ans. L'échantillon comprend, pour chacun des deux questionnaires, autant de garçons que de filles.

## **VARIABLES D'ANALYSE**

Pour chacun des thèmes de l'enquête, plusieurs variables ont été retenues. Certaines variables, tirées du QRI, sont disponibles pour tous les jeunes de 0-19 ans et sont fournies par le répondant du ménage. Ces variables comprennent certains renseignements sociodémographiques, les renseignements sur les accidents, l'autonomie fonctionnelle, le recours aux services et l'usage de médicaments. Les variables tirées du QAA sont disponibles pour les jeunes de 15-19 ans seulement et sont fournies par les jeunes eux-mêmes. Elles

comprennent les variables portant sur le milieu familial et social, les habitudes de vie, l'usage d'anovulants, la santé mentale et la perception de l'état de santé.

Six caractéristiques des enfants et des jeunes constituent les principales variables retenues pour l'analyse : l'âge, le sexe, le type de ménage, le niveau de revenu du ménage, auxquels s'ajoutent, pour les jeunes de 15-19 ans, le statut d'activité habituelle et la perception de leur situation financière. Une brève description des principales variables est fournie dans chacun des chapitres et au lexique. Le lecteur peut se référer aux rapports de l'enquête pour une description plus détaillée (Santé Québec 1995a et 1995b).

Le type de ménage distingue les ménages familiaux (familles) des ménages non familiaux. Les ménages sont dits familiaux, lorsqu'au moins deux personnes sont unies par des liens de filiation. Ces familles incluent : les familles biparentales intactes qui comprennent uniquement des enfants vivant avec leurs deux parents biologiques ou adoptifs; les familles monoparentales, où les enfants vivent avec un de leurs parents sans que celui-ci n'ait de conjoint; et les familles recomposées où un des enfants vit avec un de ses parents et son conjoint. La catégorie «autre famille» inclut les familles d'accueil et les ménages multifamiliaux. Les ménages non familiaux incluent : les jeunes vivant seuls, les couples sans enfant<sup>1</sup> et les ménages composés uniquement de personnes unies par des liens autres que ceux de l'union ou de la filiation. Le type de ménage est attribué à tous les individus du ménage.

Le niveau de revenu du ménage est aussi commun à tous les membres du ménage. Il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et de normes établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages. Cet indice comporte une

---

<sup>1</sup> Les couples sans enfants ont été inclus ici parmi les ménages non familiaux et non dans les ménages familiaux à cause de l'objet d'étude de cette monographie.

imputation des valeurs manquantes. Il n'est pas comparable à l'indice utilisé dans l'enquête Santé Québec 1987.

Le statut d'activité habituelle classe les jeunes de 15-19 ans selon leur activité principale au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. La perception des jeunes de leur situation financière est obtenue chez les 15-19 ans en réponse à la question suivante : «Comment percevez-vous votre situation financière par rapport aux gens de votre âge?». Cette question, malgré son intérêt, a un taux de non-réponse élevé (9 %) parmi les jeunes de 15-19 ans. Le taux de non-réponse est plus élevé chez les 15-17 ans (12 %) que chez les 18-19 ans (4 %); il n'est pas lié au sexe. On doit tenir compte, dans l'interprétation de ces résultats, du biais possible causé par le taux plus élevé de non-réponse chez les 15-17 ans.

Les taux de non-réponse aux autres questions utilisées dans la présente monographie sont inférieurs à 5 %, à l'exception des questions sur les conséquences des sentiments ressentis (QAA 82 à QAA 88). Les taux de non-réponse à ces questions sont comparables (9 %) aux taux observés dans l'ensemble de la population (12 % à 13 %) pour ces questions (Légaré *et al.*, 1995).

Les variables de l'enquête Santé Québec 1987 servant aux comparaisons entre les deux enquêtes sont identiques à celles de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, auxquelles s'ajoutent les problèmes de santé déclarés.

#### **ANALYSES**

Les analyses effectuées sont descriptives. L'analyse des données des enquêtes de 1992-1993 et de 1987 ont été effectuées par le service informatique de Santé Québec et par le Bureau de la statistique du Québec à l'aide des logiciels SAS et SUDAAN. L'analyse a été effectuée à partir de données pondérées. La pondération tient compte du plan de sondage et de la non-réponse et vise à rendre les résultats représentatifs de la population québécoise.

Le test du chi carré a été utilisé pour établir la présence d'une association entre deux variables. Les tests ont été effectués, dans un premier temps, à l'aide du logiciel SAS puis le niveau de signification exact du test a été établi à l'aide du logiciel SUDAAN qui permet de tenir compte du plan de sondage complexe de l'enquête. Le seuil de signification a été fixé à 5 %. En présence d'une association significative, l'égalité des proportions a été testée à l'aide d'intervalles de confiance. Les tests entre les proportions obtenues dans les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 ont été faits de manière analogue. Seules les variations significatives au seuil fixé sont mentionnées dans le texte, à moins d'indication contraire et elles sont, dans ce cas, exprimées sous forme de «tendances».

Les coefficients de variation (CV) ont été calculés pour évaluer la précision de toutes les proportions présentées dans cette monographie. Le CV est obtenu par la division de l'erreur-type de la proportion par la proportion elle-même. Les proportions dont le CV est inférieur à 15 % sont publiées sans commentaires. Les proportions dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (\*) pour montrer que l'estimation doit être interprétée avec prudence. Les proportions dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (\*\*) pour en montrer l'imprécision et ne sont fournies qu'à titre indicatif. Les CV n'ont pas été calculés pour les résultats de l'enquête Santé Québec 1987 mais ils devraient être généralement du même ordre de grandeur que ceux de 1992-1993.

Certains tableaux présentent des populations estimées (Pe) établies à partir des résultats pondérés de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Quand ils sont mentionnés dans le texte, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité.

L'analyse du fichier des décès a été effectuée au ministère de la Santé et des Services sociaux par Lafontaine (1995) selon des procédures analogues à celles définies par Legault (1995).

---

**CERTAINES CARACTÉRISTIQUES  
SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES  
MOINS DE VINGT ANS**

---

**1**

Cette section trace le profil sociodémographique des enfants et adolescents du Québec qui se dégage principalement de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Après avoir situé, dans un premier temps, la place qu'occupent les moins de 20 ans dans la population, cette section présente certaines caractéristiques des enfants, des adolescents et de leurs familles susceptibles d'être liées à leur développement, à leur santé et à leur bien-être.

Les enfants et les adolescents sont au coeur de cette description : ils sont présentés, selon leur âge, par le biais de certaines des caractéristiques de leurs familles et de leurs parents. Le type de famille où vivent les enfants, et les enfants vivant dans les ménages pauvres retiennent particulièrement l'attention.

La dernière partie de ce chapitre est consacrée plus particulièrement aux jeunes de 15-19 ans. Parce qu'ils s'intègrent graduellement au monde des adultes, certaines caractéristiques prennent de l'importance à cet âge. On abordera l'état matrimonial des jeunes, la place respective occupée par l'école et le travail chez les jeunes, leur niveau de scolarité et leur situation financière.

**1.1 PLACE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS DANS  
LA POPULATION**

Selon les dernières estimations, le Québec compte en 1995, 1 898 600 enfants et adolescents âgés entre 0 et 19 ans, et ceux-ci

représentent le quart de l'ensemble de la population (26 %) (Statistique Canada, 1996).

La place occupée par les moins de 20 ans s'est rétrécie au cours des dernières décennies. Ainsi, entre les recensements de 1981 et de 1991, tandis que l'ensemble de la population du Québec était en accroissement, la population de moins de 20 ans a diminué à la fois en nombre absolu et en proportion de la population. Alors qu'en 1981, les 0-19 ans comptaient 2 043 900 enfants et adolescents et représentaient 31 % de la population, ils n'en représentaient plus que 26 % en 1991, totalisant 1 866 300 jeunes. En 1971, les 0-19 ans représentaient 39 % de la population québécoise. Ce déclin s'explique entre autres par la baisse de la fécondité observée depuis le milieu des années 60. Le poids démographique des moins de 20 ans a été à son apogée alors qu'il comprenait la plus grande partie de la cohorte du *baby-boom*; ce qui était encore en partie le cas en 1981, mais ne l'était plus en 1991 (Duchesne et Thibault, 1995).

L'effectif des enfants et des adolescents est en lien direct avec le nombre des naissances, car les décès et les migrations sont moins importants aux jeunes âges que dans la population plus âgée (Duchesne, 1994).

En 1994, on enregistrait 90 417 naissances au Québec (tableau 1.1). Le nombre de naissances a considérablement chuté dans les années 80. Il était de 97 498 naissances en 1980 et atteignait son plus bas niveau en 1987 avec 83 600 naissances; il a amorcé ensuite une remontée qualifiée parfois de *mini baby-boom* pour atteindre, en 1990, 98 013 naissances. Cette croissance des dernières années a cependant été toute relative en regard de la baisse observée depuis une vingtaine d'années. D'ailleurs, le nombre de naissances a décliné depuis 1990, en partie à cause de l'arrivée de générations peu nombreuses aux principaux âges de reproduction. Le taux de natalité témoigne de cette évolution (Duchesne, 1994; Duchesne et Thibault, 1995).

**TABLEAU 1.1**  
**Naissances et taux de natalité, Québec 1980-1995**

ANNÉES	NAISSANCES	TAUX <sup>1</sup>
	N	TAUX/1000
1980	97 498	14,9
1981	95 247	14,5
1982	90 540	13,7
1983	87 739	13,2
1984	87 610	13,2
1985	86 008	12,9
1986	84 579	12,6
1987	83 600	12,3
1988	86 358	12,6
1989	91 751	13,2
1990	98 013	14,0
1991	97 348	13,7
1992	96 054	13,4
1993	92 322	12,8
1994	90 417	12,4
1995p	87 770	12,0

<sup>1</sup> Le taux de natalité est le rapport entre le nombre de naissances et la population.

Source : Bureau de la statistique du Québec.

p : Données provisoires.

### 1.1.1 RÉPARTITION DANS LES MÉNAGES PRIVÉS

Le profil de la population des moins de 20 ans vivant dans les ménages privés, qui est tracé à partir de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993, est similaire à celui qui se dégage des recensements canadiens. Selon l'enquête, les enfants et les jeunes de moins de

20 ans représentent un peu plus du quart de la population vivant dans les ménages privés (27 %) en 1992-1993.

Les enfants et les jeunes de moins de 20 ans se divisent à parts à peu près égales dans les différents groupes d'âge étudiés : le quart de ceux-ci sont d'âge préscolaire (0-4 ans), les enfants de 5-14 ans comptent pour la moitié et les jeunes adultes de 15-19 ans comptent pour l'autre quart (tableau 1.2). Les deux sexes sont représentés dans chaque groupe d'âge dans des proportions à peu près équivalentes (données non présentées).

**TABLEAU 1.2**  
Population de moins de 20 ans selon l'âge,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

GROUPE D'ÂGE	POPULATION DE MOINS DE 20 ANS	
	Pe	%
0-4 ANS	465 902	24,8
5-9 ANS	440 014	23,4
10-14 ANS	500 178	26,6
15-19 ANS	472 065	25,1
TOTAL	1 878 159	100,0

## 1.2 SITUATION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS DANS LES MÉNAGES ET LES FAMILLES

La famille, cadre de vie des enfants, a connu des transformations importantes au cours des dernières décennies. La baisse de la fécondité, l'augmentation du nombre des divorces et le recul du mariage au profit de l'union libre ont réduit la taille des familles et favorisé l'émergence de nouvelles formes de vie familiale, comme les familles monoparentales et les familles recomposées (Bernier *et al.*, 1994).

Les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permettent de présenter le portrait le plus à jour du type de ménage et de famille où vivent les enfants et les jeunes Québécois. En effet, contrairement au recensement canadien, l'enquête permet de distinguer les enfants vivant dans les familles recomposées de ceux qui vivent dans des familles biparentales intactes, tout en permettant, comme le recensement, de repérer les enfants vivant dans les familles monoparentales.

### 1.2.1 TYPE DE MÉNAGE ET DE FAMILLE

Les enfants et les adolescents québécois vivent presque exclusivement (98 %) dans des ménages dits familiaux, soit dans des ménages composés d'au moins un parent vivant avec un de ses enfants, comme le montre l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 (tableau 1.3)<sup>1</sup>.

Près des trois quarts des enfants et des adolescents de moins de 20 ans (73 %) vivent dans une famille biparentale intacte, c'est-à-dire dans une famille où les enfants vivent avec leurs deux parents. Une portion importante des enfants vivent également dans une famille monoparentale (15 %) ou dans une famille recomposée (9 %), soit dans une famille comptant un de leurs parents et son conjoint. L'enquête permet d'estimer que 283 491 enfants et adolescents vivent dans une famille monoparentale en 1992-1993, et 165 488 enfants, dans une famille recomposée.

---

<sup>1</sup> La quasi totalité des 0-19 ans vivant dans les familles, ont des liens de filiation (biologique ou d'adoption) avec les parents de la famille principale, i.e. qu'ils vivent avec au moins un de leurs parents (père ou mère). Les jeunes vivant dans une famille sans qu'ils en soient un des enfants comprennent ceux qui ont des liens de parenté avec les membres de la famille sans avoir de lien de filiation, (ils vivent dans la famille de leurs grands-parents, de leur oncle, de leur soeur...), les jeunes qui sont eux-mêmes les parents de la famille, et les jeunes vivant dans des familles avec lesquelles ils n'ont pas de lien de parenté (enfants de famille d'accueil, colocataires, chambreurs).

**TABLEAU 1.3**  
**Population de moins de 20 ans selon l'âge et le type de ménage,**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

TYPE DE MÉNAGE	ÂGE			TOTAL	
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	%	Po
	%	%	%		
<b>MÉNAGE FAMILIAL</b>					
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	81,2	73,2	64,9	73,1	1 372 758
FAMILLE MONOPARENTALE	11,8	16,1	16,3	15,1	283 491
PARENT FÉMININ	11,3	13,9	13,0	13,0	244 438
PARENT MASCULIN	0,5**	2,2*	3,3*	2,1	39 053
FAMILLE RECOMPOSÉE	5,6	9,5	10,8	8,8	185 488
SANS ENFANT COMMUN	1,7**	6,3	7,2	5,4	101 064
AVEC ENFANT COMMUN	3,9*	3,2	3,4*	3,4	64 424
AUTRE FAMILLE <sup>1</sup>	1,4**	0,9**	0,9**	1,0*	18 978
<b>MÉNAGE NON FAMILIAL<sup>2</sup></b>	0,0**	0,3**	7,4	2,0	37 444

<sup>1</sup> Autre famille : ménages multifamiliaux, familles d'accueil.

<sup>2</sup> Ménage non familial : Personnes seules, couples sans enfant et ménages composés uniquement de personnes unies par des liens autres que ceux de l'union ou de la filiation.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les enfants de familles monoparentales vivent surtout avec leur mère : 13 % des enfants québécois vivant dans une famille monoparentale à chef féminin alors que seulement 2 % des enfants vivent exclusivement avec leur père. La plupart des enfants de familles recomposées vivent dans une famille comptant leur parent et son conjoint sans que ceux-ci n'aient d'enfants communs (5 % des enfants québécois), tandis que 3,4 % des enfants québécois vivent dans une

famille recomposée comptant des enfants communs aux deux conjoints. La plupart des enfants des familles recomposées vivent dans une famille reconstituée autour de la mère (6 % des enfants québécois) : soit qu'il s'agit seulement des enfants de la mère (3,4 %) ou des enfants de la mère auxquels s'ajoutent les enfants issus de l'union de leur mère avec son nouveau conjoint (2,5 %) (données non présentées). En dehors des familles biparentales intactes, les enfants vivent donc principalement avec leur mère.

La proportion des enfants et des jeunes qui vivent avec leurs deux parents diminue à mesure que les enfants avancent en âge. Les enfants d'âge préscolaire vivent huit fois sur dix (81 %) dans une famille biparentale intacte, en regard de 65 % des 15-19 ans. En contrepartie, plus du quart des enfants de 5-14 ans et des adolescents de 15-19 ans vivent dans une famille monoparentale (16 %) ou dans une famille recomposée (10 % et 11 %).

Un enfant de moins de 20 ans sur cinq (20 %) vit dans une famille où il est enfant unique, 46 % des enfants vivent dans une famille comptant deux enfants et 33 % dans une famille comptant trois enfants et plus (données non présentées). Les enfants d'âge préscolaire sont ceux qui sont le plus souvent enfants uniques (30 %), ce qui reflète sans doute le fait que les jeunes enfants sont dans des ménages plus jeunes.

Le milieu familial demeure le milieu de vie prépondérant du moins jusqu'à l'âge de 15 ans, alors qu'une portion appréciable (7 %) des jeunes de 15-19 ans vivent dans des ménages non familiaux. Ces situations de vie hors famille caractérisent surtout les jeunes adultes de 18-19 ans, dont 16 % vivent dans un ménage non familial, ce phénomène est très marginal chez les adolescents de 15-17 ans (1,7 %) (données non présentées). Ces jeunes de 18-19 ans vivent dans un couple sans enfant (6 %), vivent seuls (3,3 %) ou dans un autre type de ménage non familial (par ex. colocataires) (7 %).

## ÉVOLUTION ENTRE 1987 ET 1992-1993

L'évolution des familles a été appréciable au cours de la seule période de 5 ans séparant les enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Ainsi la proportion des enfants et des jeunes de moins de 20 ans vivant dans une famille biparentale intacte est passée de 80 % à 73 % entre les deux enquêtes (tableau 1.4). Cette diminution s'observe tant chez les enfants de 0-4 ans (87 % c. 81 %), que chez les enfants de 5-14 ans (80 % c. 73 %) et chez les jeunes de 15-19 ans (73 % c. 65 %) (tableau A.1 en annexe).

TABLEAU 1.4

Population de moins de 20 ans selon le type de ménage,  
Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993

TYPE DE MÉNAGE	1987	1992-1993
	%	%
<b>MÉNAGE FAMILIAL</b>		
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	79,5	73,1
FAMILLE MONOPARENTALE	12,2	15,1
PARENT FÉMININ	10,8	13,0
PARENT MASCULIN	1,4	2,1
FAMILLE RECOMPOSÉE	5,3	8,8
SANS ENFANT COMMUN	3,6	5,4
AVEC ENFANT COMMUN	1,7	3,4
AUTRE FAMILLE	1,0	1,0*
<b>MÉNAGE NON FAMILIAL</b>	2,0	2,0

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

En contrepartie, on assiste à une augmentation de la proportion d'enfants et de jeunes vivant dans une famille monoparentale (12 % c. 15 %) ou dans une famille recomposée (5 % c. 9 %) entre les deux enquêtes. L'augmentation de la proportion d'enfants vivant dans une famille monoparentale est significative chez les enfants de 0-4 ans

(8 % c. 12 %) et de 5-14 ans (13 % c. 16 %); on observe une tendance similaire chez les jeunes de 15-19 ans (14 % c. 16 %).

L'augmentation, entre les deux enquêtes, de la proportion d'enfants vivant dans une famille recomposée est significative chez les enfants de 5-14 ans (6 % c. 10 %) et les jeunes de 15-19 ans (4,8 % c. 11 %) et la même tendance s'observe chez les enfants d'âge préscolaire (3,7 % c. 6 %). L'augmentation est particulièrement frappante pour les enfants et les jeunes de 5-19 ans; à cet âge en 1992-1993, un jeune sur dix vivait dans une famille recomposée. De plus, on remarque que les enfants et les jeunes sont plus nombreux en 1992-1993 qu'en 1987 à vivre dans une famille recomposée comptant des enfants communs aux deux conjoints (1,7 % c. 3,4 %).

La proportion des jeunes de 15-19 ans vivant dans les ménages non familiaux semble être restée stable depuis 1987 (7 %).

### 1.2.2 CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES ET DES PARENTS

Certaines caractéristiques des parents sont d'intérêt parce qu'on sait qu'elles sont liées à la santé des enfants ou qu'elles sont des indicateurs des conditions de vie ou du statut socioéconomique de la famille. On pense à l'âge des parents, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes parents, à leur état matrimonial, à leur statut d'activité, ou au niveau de revenu du ménage<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Les analyses sur les caractéristiques des parents portent sur la population des ménages familiaux à l'exclusion des familles de la catégorie «autre famille» (famille d'accueil, ménages multifamiliaux).

### ÂGE DES PARENTS

Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, un enfant d'âge préscolaire sur dix vit avec une mère de moins de 25 ans (12 %)<sup>1</sup> et huit enfants de cet âge sur dix ont une mère de moins de 35 ans (tableau 1.5). La répartition des enfants selon l'âge de leur père montre que celui-ci est plus âgé que le parent féminin. Le tiers des enfants d'âge préscolaire ont un père de 35-44 ans alors que seulement 18 % d'entre-eux ont une mère de cet âge. Rappelons que l'âge du parent vivant dans un autre ménage (habituellement le père) n'est pas considéré ici.

### ÉTAT MATRIMONIAL

La grande majorité des jeunes de 0-19 ans vivent dans une famille où la mère ou le père est légalement marié (71 % et 80 %). La proportion d'enfants vivant avec un parent légalement marié est plus élevée chez les enfants de 5 ans et plus. À l'inverse, les enfants d'âge préscolaire sont plus susceptibles de vivre dans un ménage où les parents vivent en union de fait (28 % et 31 %). Par ailleurs, le fait que 9 % des enfants vivent avec une mère veuve, séparée ou divorcée, ce qui est plus rare chez les pères (2,2 %), rappelle que les enfants vivent principalement avec leur mère après une rupture d'union, comme on l'a déjà constaté. De plus, 4,4 % des enfants vivent avec une mère célibataire.

L'état matrimonial des parents est d'ailleurs en étroite relation avec le type de famille. Ainsi, selon les données de l'enquête, 84 % des parents de famille biparentale avec enfants mineurs sont mariés, 78 % des parents de famille recomposée vivent en union libre, tandis que la majorité des parents de famille monoparentale sont veufs, séparés ou divorcés (Bernier *et al.*, 1994).

---

<sup>1</sup> Le nombre de parents âgés de moins de 20 ans est insuffisant pour en permettre l'analyse séparément; selon l'enquête, 1,6 % de l'ensemble des jeunes de 15-19 ans vivent dans un ménage avec un de leurs enfants (2,9 % des jeunes femmes et 0,5 % des jeunes hommes).

**TABLEAU 1.5**  
**Population de moins de 20 ans selon l'âge de l'enfant et l'âge ou l'état matrimonial des parents, population vivant dans un ménage familial<sup>1</sup>, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

CARACTÉRISTIQUE DES PARENTS <sup>2</sup>	ÂGE DE L'ENFANT			TOTAL
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	
	%	%	%	%
<b>ÂGE DE LA MÈRE</b>				
< 25 ANS	11,6	0,7**	1,0**	3,6
25-34 ANS	70,1	31,8	4,0*	35,1
35-44 ANS	17,9	60,5	57,6	48,9
45 ANS ET PLUS	0,4**	7,0	37,4	12,4
<b>ÂGE DU PÈRE</b>				
< 25 ANS	3,8*	0,2**	0,4**	1,2*
25-34 ANS	60,0	17,9	1,6**	24,9
35-44 ANS	33,0	64,1	38,8	50,2
45 ANS ET PLUS	3,2*	17,7	59,2	23,7
<b>ÉTAT MATRIMONIAL DE LA MÈRE</b>				
MARIÉE	61,4	73,2	75,8	70,8
UNION DE FAIT	27,7	12,8	9,6	15,9
VEUVE, SÉPARÉE, DIVORCÉE	3,8*	10,2	12,0	8,9
CÉLIBATAIRE	7,3	3,8	2,6*	4,4
<b>ÉTAT MATRIMONIAL DU PÈRE</b>				
MARIÉ	68,2	83,0	84,8	79,6
UNION DE FAIT	31,0	14,2	11,1	17,9
VEUF, SÉPARÉ, DIVORCÉ	0,4**	2,3*	4,0*	2,2
CÉLIBATAIRE	0,4**	0,8**	0,1**	0,4**

<sup>1</sup> «Autre famille» exclue.

<sup>2</sup> Parents vivant dans les ménages seulement (beaux-parents inclus).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

### STATUT D'ACTIVITÉ DES PARENTS

Plus de la moitié des enfants (55 %) vivent dans un ménage où la mère a occupé habituellement un emploi au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (tableau A.2). Cette situation est plus fréquente à mesure que les enfants avancent en âge. En effet, 47 % des enfants d'âge préscolaire ont une mère habituellement en emploi comparativement à 56 % des enfants de 5-14 ans et à 62 % des jeunes de 15-19 ans vivant dans les familles. Par contre, l'occupation habituelle des pères varie peu selon l'âge des enfants et la proportion d'enfants dont le père travaille habituellement (88 %) reste stable quel que soit l'âge des enfants.

L'occupation d'un emploi à temps plein par les parents retient l'attention car elle est la principale source de revenu pour les familles. Cette situation est aussi en lien avec la surcharge parentale, les besoins des familles en regard de services de garde, en particulier pour les jeunes enfants, et la disponibilité des parents. En examinant le statut d'emploi habituel à temps plein simultanément pour les deux parents du ménage (tableau 1.6), on constate que cette situation est fort variable selon le type de famille et l'âge des enfants.

Dans les familles qui comptent deux parents (biparentales d'origine ou recomposées), la plupart des enfants vivent dans une famille où un seul (40 %) ou les deux (52 %) parents travaillent habituellement à temps plein, tandis que 8 % des enfants vivent dans une famille où aucun des deux parents n'occupe habituellement un emploi à temps plein. La situation est très différente dans les familles monoparentales où près de la moitié des enfants de 0-19 ans (48 %) vivent dans une famille dont le parent unique n'occupe pas habituellement un emploi à temps plein. Chez les moins de 5 ans, c'est le cas des trois quarts des enfants (76 %).

TABLEAU 1.6

Population de moins de 20 ans selon l'âge de l'enfant, le statut d'emploi des parents et le type de famille, population vivant dans un ménage familial<sup>1</sup>, Enquête sociale et de santé 1992-1993

STATUT D'EMPLOI <sup>2</sup> DES PARENTS / TYPE DE FAMILLE	ÂGE DE L'ENFANT			TOTAL
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	
	%	%	%	%
<b>FAMILLE À DEUX PARENTS</b>				
2 PARENTS À TEMPS PLEIN	46,1	52,9	57,3	52,1
1 PARENT À TEMPS PLEIN	45,4	39,9	34,6	40,1
AUCUN PARENT À TEMPS PLEIN	8,5	7,3	8,1	7,8
<b>FAMILLE MONOPARENTALE</b>				
1 PARENT À TEMPS PLEIN	23,9*	57,3	61,9	52,1
AUCUN PARENT À TEMPS PLEIN	76,1*	42,7	38,2	48,0

<sup>1</sup> «Autre famille» exclue.

<sup>2</sup> Statut d'emploi habituel au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

### 1.2.3 NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE

Le statut socioéconomique est un déterminant important des conditions de vie, de l'état de santé et du bien-être des enfants et des adolescents; c'est pourquoi l'accroissement de la pauvreté des familles constitue un sujet préoccupant.

En 1991, 18 % des enfants canadiens de moins de 18 ans vivaient dans une famille dont le revenu était inférieur aux seuils de faible revenu établis par Statistique Canada. L'évolution de la situation des familles est telle que «les enfants risquent de devenir le groupe d'âge le plus pauvre au Canada» (La Novara, 1993). En effet, même si la proportion d'enfants vivant dans les familles à faible revenu est encore inférieure à celles des personnes de 65 ans et plus (18 % c. 20 %); les tendances observées au cours des années 80 laissent présager que les enfants pourraient dépasser les personnes âgées à ce triste record.

En 1992-1993, 22 % des enfants et adolescents québécois vivaient dans un ménage considéré comme pauvre (15 %) ou très pauvre (7 %) selon le revenu déclaré dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 (tableau 1.7). Cette proportion est similaire dans tous les groupes d'âge de jeunes. L'enquête permet d'estimer qu'environ 416 717 enfants et adolescents de moins de 20 ans vivent dans un ménage ayant un revenu insuffisant (pauvre et très pauvre) dont 106 378 enfants d'âge préscolaire (données non présentées).

TABLEAU 1.7

Population de moins de 20 ans selon l'âge et le niveau de revenu du ménage, Enquête sociale et de santé 1992-1993

ÂGE	NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
	TRÈS PAUVRE	PAUVRE	MOYEN INFÉRIEUR	MOYEN SUPÉRIEUR	SUPÉRIEUR
	%	%	%	%	%
0-4 ANS	8,4	14,5	34,9	34,9	7,4
5-14 ANS	6,2	15,6	34,2	33,5	10,6
15-19 ANS	8,9	13,6	30,1	25,6	11,9
TOTAL	7,4	14,8	33,3	34,4	10,1

Le type de ménage dans lequel vivent les moins de 20 ans constitue malheureusement un excellent indicateur du niveau de pauvreté de leur ménage. Dans les familles monoparentales à chef féminin près de six enfants sur dix (59 %) vivent dans un ménage pauvre (33 %) ou très pauvre (26 %) (tableau 1.8). Par comparaison, dans les familles monoparentales dont le chef est un homme, la proportion d'enfants pauvres ou très pauvres s'apparente à celle de l'ensemble des familles (22 %). La pauvreté touche, dans une moindre proportion, les enfants de famille recomposée (21 %) et de famille biparentale intacte (14 %). Une portion importante (63 %) des jeunes de moins de 20 ans vivant dans un ménage non familial sont aussi considérés comme pauvres ou

très pauvres; ces jeunes, comme nous l'avons vu, sont surtout âgés de 18-19 ans.

**TABLEAU 1.8**  
**Population de moins de 20 ans vivant dans un ménage pauvre**  
**ou très pauvre selon le type de ménage,**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

TYPE DE MÉNAGE	NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE		TOTAL	
	TRÈS PAUVRE	PAUVRE	%	Pe
	%	%		
<b>MÉNAGE FAMILIAL</b>				
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	2,9	11,3	14,2	194 659
FAMILLE MONOPARENTALE	23,1	30,5	53,7	152 078
PARENT FÉMININ	25,6	33,1	58,7	143 487
PARENT MASCULIN	7,8**	14,3**	22,1*	8 591
FAMILLE RECOMPOSÉE	8,8**	14,5	21,4	35 349
AUTRE FAMILLE	35,6**	22,0**	57,6*	10 929
<b>MÉNAGE NON FAMILIAL</b>	43,5	19,8**	63,3	23 702
<b>TOTAL</b>	7,4	14,8	22,2	416 717

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Comme les enfants de famille biparentale intacte dépassent en nombre les enfants de famille monoparentale, ils comptent à eux seuls pour près de la moitié des enfants pauvres et très pauvres, soit environ 194 659 enfants; tandis que les enfants de famille monoparentale menée par une femme totalisent environ 143 487 enfants et adolescents pauvres ou très pauvres. Toutefois, la proportion d'enfants considérés comme très pauvres dans ces familles est telle que le nombre d'enfants très pauvres est plus élevé dans les familles monoparentales québécoises à chef féminin (estimé à 62 505 enfants) que dans les familles biparentales intactes (estimé à 39 317 enfants) (données non présentées).

La proportion des enfants vivant dans une famille dont le niveau de revenu est considéré comme insuffisant est relié au statut d'emploi à temps plein des parents. En effet, la proportion d'enfants pauvres est très élevée lorsqu'aucun des parents ne travaille à temps plein (76 %) que ce soit dans les familles monoparentales (83 %) ou dans les familles à deux parents (69 %) (données non présentées). Par ailleurs, il subsiste dans les familles à deux parents une part appréciable d'enfants qui sont considérés comme pauvres en dépit du fait qu'un de leurs parents (15 %) ou les deux (7 %) travaillent habituellement à temps plein. Plus du quart (27 %) des enfants de famille monoparentale sont pauvres même si leur parent gardien occupe un emploi à temps plein.

Ces résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 confirment la situation désavantageuse des enfants de famille monoparentale dirigée par une femme. En 1991, le revenu moyen des familles monoparentales canadiennes dirigées par une femme représentait 38 % de celui des familles biparentales; et 62 % des familles monoparentales à chef féminin avaient un revenu inférieur aux seuils de faible revenu de Statistique Canada, comparativement à 24 % des familles monoparentales à chef masculin et à 11 % des familles biparentales avec enfants (La Novara, 1993).

### **1.3 CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DES JEUNES DE 15 À 19 ANS**

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 recèle plus de renseignements sur la population de 15 ans et plus que sur les enfants plus jeunes. Elle permet de ce fait de mieux décrire l'intégration graduelle des adolescents dans le monde des adultes. Les caractéristiques retenues ici sont : l'état matrimonial, le statut d'activité habituelle, les caractéristiques des jeunes occupant un emploi, le niveau de scolarité, et finalement, la perception qu'ont les jeunes de leur situation financière. La comparaison des jeunes de 15-17 ans et de 18-19 ans servira à illustrer cette intégration.

### 1.3.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Selon l'enquête, 4,0 % des jeunes de 15-19 ans sont mariés ou vivent en union de fait en 1992-1993 (données non présentées). La vie maritale ou en union de fait est plus fréquente chez les jeunes de 18-19 ans (9 %) que chez les 15-17 ans, où ce phénomène est quasi inexistant (1 %). Elle est aussi plus fréquente chez les jeunes filles que chez les jeunes hommes du même âge (7 % c. 1,6 %).

### 1.3.2 ACTIVITÉ HABITUELLE

En 1992-1993, 88 % des jeunes de 15-19 ans fréquentaient habituellement l'école dans les douze mois ayant précédé l'enquête (tableau 1.9) tandis que 9 % occupaient généralement un emploi (3,1 % des jeunes avaient un autre statut d'activité<sup>1</sup>).

Les différences selon l'âge sont importantes. Alors que la quasi totalité des jeunes de 15-17 ans (96 %) sont habituellement aux études, c'est le cas des trois quarts des jeunes de 18-19 ans (75 %). En contrepartie, près d'un jeune de 18-19 ans sur cinq occupe habituellement un emploi (20 %) comparativement à 2 % des 15-17 ans.

Par ailleurs, les garçons de 15-19 ans sont moins enclins que les jeunes filles à être habituellement aux études (86 % c. 91 %). C'est dans les ménages non familiaux qu'on retrouve la moins grande proportion de jeunes habituellement aux études (68 %) comparativement à environ 90 % des jeunes de ménages familiaux quel qu'en soit le type (données non présentées).

<sup>1</sup> Ces derniers incluent les jeunes qui ont déclaré tenir maison ou qui étaient considérés comme habituellement sans emploi (chômeurs, bénéficiaires de l'aide sociale, inactifs pour cause de maladie ou de maternité). En raison de leur faible nombre, ces jeunes sont joints à ceux qui occupent habituellement un emploi dans les analyses subséquentes.

**TABLEAU 1.9**  
**Statut d'activité habituelle selon l'âge ou le sexe, population**  
**de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

ÂGE / SEXE	STATUT D'ACTIVITÉ <sup>1</sup>		
	TRAVAIL	ÉTUDES	AUTRE
	%	%	%
<b>ÂGE</b>			
15-17 ANS	2,2**	98,2	1,6**
18-19 ANS	19,5	75,1	5,4**
<b>SEXE</b>			
GARÇON	11,1*	85,7	3,2**
FILLE	6,6*	90,5	2,8**
<b>TOTAL</b>	<b>8,9</b>	<b>88,0</b>	<b>3,1*</b>

<sup>1</sup> Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

L'activité habituelle (au cours des douze mois) est une variable importante car elle permet de décrire la situation des jeunes au-delà des variations saisonnières (emploi d'été...). Par contre, l'enquête recueille une information plus détaillée sur les jeunes occupant un emploi au moment de l'enquête. Ces derniers représentent une proportion importante (81 %) de ceux qui occupaient habituellement un emploi au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

#### CARACTÉRISTIQUES DES JEUNES AYANT UN EMPLOI

Un jeune de 15-19 ans sur cinq (22 %) occupait un emploi (23 % des garçons et 21 % des filles) au moment de l'enquête (données non présentées). Comme on pouvait s'y attendre, les jeunes de 18-19 ans sont plus nombreux à occuper un emploi (37 %) que ceux de 15-17 ans (13 %).

Près de quatre jeunes sur dix (39 %) en emploi ont dit être aux études la majeure partie de leur temps durant les deux semaines précédant l'enquête (données non présentées). On peut penser que ces jeunes cumulaient à la fois les études et un emploi au moment de l'enquête. Chez ces derniers, 39 % ont dit travailler moins de onze heures par semaine, 31 % entre onze et quinze heures, 18 % entre seize et vingt heures et 12 % plus de vingt heures par semaine. En comparaison, la majorité des jeunes (71 %) qui occupaient un emploi sans être aux études travaillaient plus de vingt heures par semaine.

Les jeunes de 15-19 ans se retrouvent principalement dans deux catégories d'emplois : les employés de bureau, de commerce et de services (49 %) et les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres (31 %). Les emplois occupés par les jeunes filles sont ceux où les femmes sont fortement représentées dans l'ensemble de la population (Chevalier *et al.*, 1995a), près des trois quarts (72 %) des filles occupant un emploi dans la première catégorie (données non présentées).

### 1.3.3 PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE

Chez les jeunes de 15-19 ans, on dispose d'information sur le niveau de revenu de leur ménage, mais aussi sur la perception qu'ils ont de leur situation financière comparativement aux gens de leur âge. Cette information paraît tout à fait pertinente compte tenu qu'à cet âge, la situation du ménage peut ne pas refléter leur situation personnelle (soutien financier de la famille, bourse d'études, jeunes ayant un emploi). Cependant, malgré l'intérêt de cette question, on doit tenir compte dans l'interprétation des résultats du biais possible causé par un taux plus élevé de non-réponse chez les jeunes de 15-17 ans.

Les trois quarts des jeunes de 15-19 ans, garçons ou filles, s'estiment à l'aise (30 %) ou considèrent leurs revenus suffisants (45 %) tandis qu'un jeune sur quatre se considère pauvre (20 %) ou très pauvre (4,6 %) (tableau 1.10). Comme le montre ce tableau, les jeunes de 15-17 ans et ceux habituellement aux études sont plus enclins à se

considérer à l'aise (33 % et 31 %) que les jeunes de 18-19 ans, ou que ceux qui travaillent ou ont un autre statut d'activité (26 % c. 22 %).

**TABLEAU 1.10**

**Perception de sa situation financière selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

CARACTÉRISTIQUE	PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE		
	À L'AISE	SUFFISANT	PAUVRE, TRÈS PAUVRE
	%	%	%
<b>ÂGE</b>			
15-17 ANS	33,3	41,9	24,8
18-19 ANS	25,5	49,6	24,9
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>			
ÉTUDES	31,4	44,8	23,8
TRAVAIL, AUTRE	21,5*	46,6	31,9
<b>REVENU DU MÉNAGE</b>			
PAUVRE, TRÈS PAUVRE	20,1*	41,0	39,0
MOYEN	22,9	51,8	25,4
SUPÉRIEUR	38,7	42,6	18,7
<b>TOTAL</b>	<b>30,2</b>	<b>45,0</b>	<b>24,6</b>

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La perception qu'ont les adolescents de leur situation financière s'écarte du niveau de revenu attribué à leur ménage. Seulement 39 % des jeunes faisant partie d'un ménage pauvre ou très pauvre s'estiment effectivement ainsi. Les divergences sont évidentes dans les ménages pauvres où six jeunes sur dix perçoivent leurs revenus comme suffisants (41 %) ou se disent à l'aise (20 %). À l'inverse, dans les ménages ayant un revenu moyen ou supérieur, 25 % et 19 % des jeunes se considèrent comme pauvres ou très pauvres.

## 1.4 CONCLUSION

### FAITS SAILLANTS

- En 1995, les enfants et adolescents de moins de 20 ans représentent plus du quart (26 %) de la population du Québec
- En 1992-1993, 73 % des enfants et adolescents québécois vivent dans une famille biparentale intacte, comparativement à 80 % en 1987. Près du quart des enfants vivent dans une famille monoparentale (15 %) ou dans une famille recomposée (9 %) comparativement à 12 % et 5 % en 1987.
- 28 % des enfants de 0 à 4 ans vivent avec une mère en union de fait avec son conjoint.
- 22 % des enfants et adolescents québécois vivent dans un ménage pauvre ou très pauvre. Dans les familles monoparentales à chef féminin, 59 % des enfants et adolescents sont pauvres ou très pauvres.
- Dans les familles monoparentales, 76 % des enfants de 0 à 4 ans et 48 % des enfants et adolescents de 0 à 19 ans vivent avec un parent qui n'occupe pas habituellement un emploi à plein temps.
- 22 % des jeunes de 15 à 19 ans occupaient un emploi au moment de l'enquête; 39 % des jeunes occupant un emploi étaient également aux études.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 confirme que la famille demeure le cadre de vie de la quasi totalité des enfants et des adolescents, du moins jusqu'à l'âge de 17 ans, alors qu'une portion appréciable des 18 à 19 ans vivent dans un ménage non familial ou ont déjà formé un couple.

Les trois quarts des enfants et des adolescents de moins de 20 ans vivent dans une famille biparentale intacte en 1992-1993. C'est donc dire que près du quart des enfants vivent dans les «nouveaux» types de familles, monoparentales ou recomposées, surtout les enfants de 5 ans et plus. Le nombre d'enfants vivant dans ces deux types de familles a connu une augmentation significative dans la période de cinq ans séparant les enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

Dans ces familles, les enfants vivent principalement avec leur mère, qu'elle soit seule ou avec un nouveau conjoint. Ceci n'est pas étonnant. En effet, on estime que sur les 18 565 enfants qui ont été touchés par un divorce en 1991, la mère a obtenu la garde de 76 % des enfants, et le père de 16 %, tandis que 8 % des enfants ont été soumis à une garde partagée (Duchesne et Thibault, 1995).

La situation d'emploi des parents n'est pas sans conséquence sur les conditions de vie des enfants. Près de la moitié des enfants d'âge préscolaire ont une mère qui occupe habituellement un emploi. On ignore cependant les conditions de garde de ces enfants.

L'importance du nombre d'enfants de famille monoparentale qui ne disposent pas de l'apport financier que procurerait l'emploi à temps plein de leur parent gardien retient l'attention. On peut penser que ces familles bénéficient d'apports financiers d'autres sources, que ce soit de la part du parent non gardien ou de l'État. Force est de constater que cet apport est insuffisant puisque près de six enfants sur dix vivent dans un ménage considéré comme pauvre ou très pauvre dans les familles monoparentales dont le chef est une femme. D'ailleurs, près de six parents de famille monoparentale sur dix rapportent être

insatisfaits de l'implication financière de l'autre parent (Bernier *et al.*, 1994).

Par ailleurs, l'analyse des caractéristiques des jeunes de 15 à 19 ans fait ressortir les différences entre les adolescents de 15 à 17 ans et leurs aînés (18 à 19 ans). Les jeunes de 18 à 19 ans sont plus nombreux à vivre maritalement ou en union libre, à occuper habituellement un emploi et à vivre dans un ménage non familial. L'analyse suggère également qu'une portion importante des jeunes occupent un emploi alors qu'ils sont aux études; certains d'entre eux travaillent seize heures et plus par semaine.

Certaines de ces caractéristiques ont été retenues parce qu'elles sont susceptibles d'être reliées à la santé et au bien-être des jeunes et serviront de fil conducteur à cette monographie. Dans les chapitres ultérieurs, ces caractéristiques serviront à décrire les enfants et les adolescents à travers les différents thèmes abordés. Pour l'ensemble des moins de 20 ans, outre l'âge et le sexe, le type de ménage ou de famille et le niveau de revenu du ménage serviront à l'examen des différents thèmes de l'enquête. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, s'ajoutent une comparaison des 15 à 17 ans et des 18 à 19 ans et l'examen de la perception des jeunes de leur situation financière. De plus, le statut d'activité habituelle des 15 à 19 ans permettra de comparer les jeunes habituellement aux études aux autres, et d'avoir une appréciation de ces phénomènes dans une population qui s'apparente sans doute à la population scolaire.

On reconnaît, depuis une vingtaine d'années, le rôle du milieu social comme déterminant de la santé. Le milieu familial et social est plus que le site de certains facteurs de risque, il conditionne fondamentalement la vulnérabilité de l'individu et son potentiel de résistance face aux conditions ou aux événements de vie critiques. Pour les enfants en particulier, la famille est le lieu où s'établissent les premiers rapports affectifs et sociaux, et le premier lieu d'apprentissage.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'examiner trois aspects du milieu familial et social des enfants et des adolescents. Ce chapitre aborde, dans un premier temps, les ruptures du milieu familial qu'ont connues les jeunes de 15-19 ans avant l'âge de 12 ans puis, leurs relations familiales et sociales. La dernière section est consacrée à la violence familiale à l'endroit des enfants de 3-17 ans.

### **2.1 RUPTURES DU MILIEU FAMILIAL**

Les événements qui conduisent à la séparation entre les enfants et les parents, comme le décès d'un des parents, le divorce ou le placement des enfants en milieu substitut, sont reconnus parmi les événements critiques de vie les plus stressants, et à ce titre, comme des facteurs susceptibles d'accroître la vulnérabilité des individus.

Des liens ont été établis entre certains de ces événements critiques et la santé ou l'adaptation des enfants. La séparation précoce de la mère, en particulier, est reconnue comme un facteur de vulnérabilité important dans l'étiologie de la dépression (Brown, 1988). La relation entre le divorce ou la séparation des parents et l'adaptation ultérieure

de l'enfant à sa situation est aussi amplement démontrée (Emery, 1982).

Plusieurs études ont montré la plus grande vulnérabilité des enfants de famille monoparentale ou recomposée (performance scolaire plus faible, problèmes émotifs, problèmes de comportement, risque accru d'accidents...) comparativement aux enfants de famille biparentale; et que parmi ceux-ci, les enfants ayant connu le divorce de leurs parents étaient les plus vulnérables (Dawson, 1991). La qualité des relations et la présence de conflits dans le processus menant au divorce ou à la séparation seraient déterminantes (Emery, 1982). Ainsi, même sans qu'il y ait séparation, les situations de mésentente grave entre les parents survenues au cours de l'enfance auraient un impact négatif sur l'état de santé ultérieur des adultes (Menahem, 1992). Les conflits familiaux auraient un effet néfaste plus important que la séparation elle-même (Mechanic et Hansell, 1989). La séparation pourrait même avoir un effet bénéfique sur le bien-être des enfants lorsqu'elle met fin à des relations conflictuelles (Emery, 1982). La majorité des enfants et des parents vivent néanmoins une période de détresse ou de désorganisation immédiatement après un divorce mais la plupart retrouvent un nouvel équilibre après une période de deux ou trois ans (Hetherington, 1989). Plusieurs facteurs contribuent à l'adaptation à long terme des enfants aux transitions familiales. Les répercussions du divorce sur l'enfant dépendraient, entre autres, du maintien de la qualité de la relation avec chacun de ses parents et des conditions de vie matérielles (Dandurand, 1994).

Plusieurs auteurs ont suggéré que ces événements critiques auraient un impact crucial lorsqu'ils surviennent avant l'âge de 12 ans (Dohrenwend et De Figueiredo, 1983). Leurs répercussions à long terme pourraient être moins grandes s'ils se produisent après cet âge, parce que la personnalité de l'enfant est mieux établie au moment où surviennent les conflits et les turbulences associés à ces événements (déménagement, restructuration familiale).

### 2.1.1 RUPTURES AVANT L'ÂGE DE 12 ANS

L'enquête sociale et de santé 1992-1993 interroge les jeunes de 15-19 ans sur quatre événements critiques qu'ils auraient pu connaître avant l'âge de 12 ans : le décès du père ou de la mère, le divorce ou la séparation des parents et le placement en famille d'accueil.

Le quart des jeunes de 15-19 ans ont déclaré avoir connu l'une ou l'autre de ces ruptures de leur milieu familial avant l'âge de 12 ans. L'événement le plus fréquent est sans aucun doute la séparation ou le divorce des parents : plus d'un jeune sur cinq (23 %) ont déclaré avoir vécu le divorce ou la séparation de leurs parents avant cet âge. En 1987, 13 % des jeunes de 15-19 ans avaient déclaré avoir connu le divorce ou la séparation de leurs parents avant l'âge de 12 ans (données non présentées). Cela représente une augmentation importante en cinq ans seulement.

Les autres types de ruptures du tissu familial sont des phénomènes beaucoup moins fréquents dans ce groupe d'âge qu'ils ne le sont chez les personnes plus âgées (Camirand *et al.*, 1995). Ainsi, de faibles proportions de jeunes ont rapporté avoir connu, avant l'âge de 12 ans, soit le décès de leur père (2,5 %) ou de leur mère (0,9 %) soit avoir été placés en famille d'accueil ou en foyer nourricier (1,9 %).

Comme on pouvait s'y attendre, les adolescents ayant vécu la séparation de leurs parents avant l'âge de 12 ans sont surreprésentés chez les jeunes de famille monoparentale ou de famille recomposée (68 % et 69 %); le tiers des adolescents vivant dans un ménage non familial ont aussi déclaré avoir connu cet événement (34 %) (tableau 2.1). Les adolescents ayant connu la séparation de leurs parents sont aussi surreprésentés chez les jeunes de ménage pauvre; le tiers des adolescents (34 %) de ménage pauvre ont connu cet événement comparativement à 18 % des adolescents de ménage avec un revenu supérieur. Cet événement est lié de façon similaire à la perception qu'ont les jeunes de leur situation financière : 29 % des

adolescents qui se considèrent pauvres ont connu cet événement, comparativement à 19 % des jeunes qui se considèrent à l'aise (données non présentées).

**TABLEAU 2.1**  
Séparation ou divorce des parents avant l'âge de 12 ans, selon  
certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	SÉPARATION OU DIVORCE DES PARENTS AVANT L'ÂGE DE 12 ANS
	%
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>1</sup></b>	
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	2,2**
FAMILLE MONOPARENTALE	67,7
FAMILLE RECOMPOSÉE	89,0*
MÉNAGE NON FAMILIAL	33,6*
<b>NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE</b>	
PAUVRE	34,4
MOYEN	21,2
SUPÉRIEUR	18,2
<b>TOTAL</b>	<b>22,5</b>

<sup>1</sup> «Autre famille» exclus.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

## 2.2 RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES DES JEUNES DE 15-19 ANS

La relation entre l'isolement social, d'une part, et la santé physique et mentale ou certains problèmes sociaux comme la violence ou le suicide, d'autre part, a été largement démontrée (Barrera, 1986; Tousignant, 1992; Tousignant et Hanigan, 1986).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'examiner le niveau de soutien social des jeunes de 15-19 ans grâce à un indice de soutien social. L'indice est établi à partir de sept questions portant sur l'intégration sociale, la satisfaction face aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les questions qui composent cet indice permettent de saisir la perception qu'ont les jeunes de leurs relations familiales et sociales.

### 2.2.1 INDICE DE SOUTIEN SOCIAL

Selon cet indice, la proportion de jeunes de 15-19 ans qui ont un faible niveau de soutien est peu élevée (15 %) (tableau 2.2) lorsqu'on la compare à la population adulte de 25-64 ans où elle se situe entre 19 % et 23 % (données non présentées) (Camirand *et al.*, 1995).

**TABLEAU 2.2**

**Niveau faible de soutien social selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

CARACTÉRISTIQUE	FAIBLE SOUTIEN SOCIAL
	%
<b>SEXE</b>	
GARÇON	17,1
FILLE	12,9
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>	
ÉTUDES	14,2
TRAVAIL, AUTRE	21,6*
<b>PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE</b>	
PAUVRE	19,5*
SUFFISANT	16,0
À L'AISE	8,9**
<b>TOTAL</b>	15,1

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les adolescents sont plus enclins à présenter un faible niveau de soutien social que les adolescentes (17 % c. 13 %). Cet avantage des femmes au chapitre du soutien social s'observe d'ailleurs dans l'ensemble de la population (Camirand *et al.*, 1995). Les jeunes qui présentent un faible niveau de soutien social sont plus nombreux chez ceux qui se considèrent pauvres que chez ceux qui se considèrent à l'aise financièrement (20 % c. 9 %); il en est de même chez les jeunes qui sont habituellement au travail ou ont un autre statut d'activité comparativement aux jeunes habituellement aux études (22 % c. 14 %).

Par ailleurs, contrairement à ce qui avait été observé dans l'ensemble de la population (Camirand *et al.*, 1995), on ne détecte pas de lien entre le niveau de soutien social des jeunes et l'expérience de la rupture de leurs parents avant l'âge de 12 ans.

### 2.2.2 COMPOSANTES DE L'INDICE DE SOUTIEN SOCIAL

Les questions qui composent l'indice de soutien social illustrent la perception qu'ont les jeunes de divers aspects de leurs relations familiales et sociales (tableau 2.3) : leur niveau de participation à certaines activités sociales, leur satisfaction quant à leurs relations, et la taille de leur réseau de confiance, d'aide et de relations affectives.

Les adolescents participent fréquemment à des rencontres familiales et sociales; 72 % d'entre eux disent participer au moins une fois par semaine à des rencontres avec des membres de la parenté, des amis ou des connaissances mais près d'un jeune sur dix (9 %) dit n'y participer que rarement (environ une fois par année ou jamais). De même, si les trois quarts des jeunes ont déclaré passer plus de la moitié de leur temps libre avec d'autres personnes, 7 % des jeunes de 15-19 ans disent passer plus de la moitié de leur temps libre seuls.

**TABLEAU 2.3**  
**Composantes de l'indice de soutien social, population**  
**de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

COMPOSANTE	%
<b>RENCONTRES AVEC LA PARENTÉ, LES AMIS, LES CONNAISSANCES</b>	
UNE FOIS PAR SEMAINE ET PLUS	71,6
AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS	19,2
UNE FOIS PAR AN, JAMAIS	9,2
<b>TEMPS LIBRE PASSÉ SEUL</b>	
PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS SEUL	7,1
MOITIÉ SEUL, MOITIÉ AVEC D'AUTRE	17,9
PLUS DE LA MOITIÉ AVEC D'AUTRE	75,0
<b>SATISFACTION QUANT À SA VIE SOCIALE</b>	
PLUTÔT OU TRÈS SATISFAIT	90,5
PLUTÔT OU TRÈS INSATISFAIT	9,5
<b>SATISFACTION QUANT AUX RELATIONS D'AMITIÉ</b>	
AUCUN AMI	2,2**
PLUTÔT OU TRÈS INSATISFAIT	4,0*
PLUTÔT OU TRÈS SATISFAIT	93,8
<b>CONFIDENTS (AMI OU FAMILLE)</b>	
AUCUN	9,9
UN	13,9
DEUX	26,8
TROIS ET PLUS	49,4
<b>PERSONNES POUVANT AIDER AU BESOIN</b>	
AUCUNE	2,8**
UNE	5,1*
DEUX	15,0
TROIS ET PLUS	77,1
<b>PERSONNES TÉMOIGNANT DE L'AFFECTION</b>	
AUCUNE	5,3*
UNE	10,1
DEUX	18,7
TROIS ET PLUS	66,0

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La grande majorité des jeunes se déclarent satisfaits de leur vie sociale, cependant, un sur dix (10 %) s'en est dit insatisfait. De même, 6 % des jeunes ont dit n'avoir aucun ami ou être insatisfaits des rapports avec leurs amis et un jeune sur dix (10 %) a déclaré n'avoir personne dans son entourage, que ce soit des amis ou de la famille, à qui il peut se confier et parler librement de ses problèmes; et un jeune sur vingt (5 %) a dit n'avoir personne (amis ou famille) de qui il se sent proche et qui lui démontre de l'affection. Par ailleurs, une très faible proportion de jeunes (2,8 %) estiment n'avoir personne (amis ou famille) qui pourrait les aider s'ils étaient mal pris, proportion qui s'apparente d'ailleurs à la proportion de jeunes qui disent n'avoir aucun ami (2,2 %).

Les filles et les garçons diffèrent à ce chapitre sous deux aspects (données non présentées). Les jeunes hommes sont plus enclins que les jeunes femmes à déclarer n'avoir aucun confident (13 % c. 7 %) et à déclarer n'avoir personne qui leur témoigne de l'affection (7 % c. 3,3 %). Cette différence de perception du réseau potentiel de soutien émotif entre les sexes n'est pas propre aux jeunes, car il s'observe dans l'ensemble de la population (Camirand *et al.*, 1995).

La satisfaction des jeunes quant à leur vie sociale retient l'attention car c'était le principal indicateur de soutien social dans l'enquête Santé Québec 1987. C'est pourquoi, à défaut de pouvoir comparer l'indice de soutien social entre les deux enquêtes, il a été retenu pour la comparaison. Celle-ci a déjà révélé une diminution de la satisfaction des jeunes de 15-24 ans quant à leur vie sociale, tandis que l'ensemble de la population affichait une certaine stabilité. Chez les adolescents de 15-19 ans, on observe une tendance similaire, soit une augmentation de la proportion de jeunes qui se disent insatisfaits de leur vie sociale (6 % c. 10 %) entre 1987 et 1992-1993.

La proportion de jeunes insatisfaits de leur vie sociale en 1992-1993 est plus élevée chez les jeunes de 15-19 ans qui se considèrent pauvres (15 %) comparativement à ceux qui se déclarent à l'aise

(4,8 %) (données non présentées). La satisfaction des jeunes n'est pas liée aux autres caractéristiques étudiées ni à l'expérience du divorce ou de la séparation de leurs parents avant l'âge de 12 ans.

### **2.3 VIOLENCE FAMILIALE À L'ENDROIT DES ENFANTS<sup>1</sup>**

Les conséquences de l'agression physique sur le développement des enfants sont bien connues. Elles vont des séquelles physiques (traumatismes, décès) aux problèmes psychologiques. Les enfants sévèrement punis ou violentés auraient plus de difficultés à se faire des amis, à réussir à l'école, et à contrôler leurs émotions et leurs comportements (bagarres, abus d'alcool, actes délinquants) (Straus et Gelles, 1990). Bien que la notion de violence ou d'abus psychologique soit parfois difficile à circonscrire, de plus en plus d'études révèlent l'impact de ce type de violence sur le développement des enfants et des jeunes. Elles font état de problèmes d'attention, d'agressivité, de délinquance et de difficultés relationnelles (Vissing *et al.*, 1991; Crittenden *et al.*, 1994; Bouchard et Tessier, 1996).

Les enfants ayant un tempérament difficile ou un handicap majeur seraient plus souvent victimes de violence, de même que les enfants de famille monoparentale ou défavorisée. Chez les parents, certaines caractéristiques contribueraient à accroître les risques de violence : connaissances erronées sur le développement de l'enfant, approche autoritaire, précocité du rôle de parent, isolement, problèmes psychologiques et comportementaux, expérience de la négligence ou de la violence dans leur enfance (Garbarino *et al.*, 1986; Bouchard *et al.*, 1996).

On dispose de peu d'information permettant d'estimer l'ampleur de la violence familiale à l'égard des enfants au Québec, si ce n'est le nombre d'enfants et de jeunes suivis en vertu de la Loi sur la protection

---

<sup>1</sup> Cette section s'inspire largement d'une monographie récemment publiée (Lavallée *et al.*, 1996).

de la jeunesse. À cela s'ajoutent deux enquêtes régionales, l'une menée dans une communauté au nord de l'île de Montréal, la seconde dans un quartier urbain très défavorisé (Bouchard et Dumont, 1989; Bouchard et al., 1993). Ces deux études montrent que les taux d'enfants maltraités dépassent largement ceux rapportés par les directeurs de la protection de la jeunesse du Québec.

### 2.3.1 CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT ENVERS LES ENFANTS DE 3 À 17 ANS

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a consacré un volet à l'usage de la violence dans la résolution de conflits dans la famille. Ce volet avait pour objectifs de mesurer pour la première fois, dans les ménages québécois, l'ampleur des conduites à caractère violent, d'évaluer la faisabilité de cette mesure dans une enquête de population, et d'étudier les caractéristiques associées aux conduites violentes.

Les données sur les conduites à caractère violent envers les enfants ont été recueillies à l'aide du Questionnaire sur la Résolution de Conflits (QRC)<sup>1</sup>. Le QRC a été administré à un sous-échantillon de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, constitué de 812 femmes répondantes principales d'un ménage, où habite au moins un enfant âgé de 3-17 ans. L'information porte sur un seul des enfants du ménage. Des différences entre les répondantes et les non-répondantes indiquent cependant que l'échantillon diffère de la population cible; c'est pourquoi les résultats provenant de cet échantillon ne peuvent être considérés comme représentatifs de la population québécoise (Bouchard et Tessier, 1996).

---

<sup>1</sup> Le QRC est une version française du *Conflict Tactics Scales* (Straus et Gelles, 1990) développée et validée au Québec. Cet instrument est largement utilisé et validé dans sa version anglaise (Santé Québec, 1996). Il mesure les conduites violentes dans le contexte de conflits familiaux, et présente différentes façons de résoudre un conflit, allant des stratégies pacifiques (négociation, raisonnement) aux conduites de plus en plus violentes.

Le questionnaire permet d'identifier trois types de conduites à caractère violent<sup>1</sup> à l'endroit des enfants : la violence psychologique (verbale ou symbolique), identifiée à partir de six items (insulter l'enfant; refuser de discuter; claquer la porte; contrarier; menacer de frapper l'enfant; casser, lancer un objet); la violence physique mineure (lancer quelque chose à l'enfant; le bousculer; donner la fessée, une gifle); et la violence grave (donner des coups de pieds ou de poings à l'enfant; le frapper avec un objet, donner une raclée; brûler; menacer avec une arme; utiliser une arme).

#### PRÉVALENCE DES CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT

Selon leurs mères, 48 % des enfants de 3-17 ans de l'échantillon ont été l'objet de conduites verbales/symboliques à caractère violent de la part d'un adulte du ménage au moins une fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête; 27 % ont été victimes de violence physique mineure et 4,4 % de violence physique grave (tableau 2.4).

Le taux de violence physique mineure décroît avec l'âge des enfants, passant de 45 % chez les enfants de 3-6 ans à 10 % chez les adolescents de 15-17 ans. Ce n'est pas le cas pour les conduites verbales/symboliques ou pour la violence grave, bien que les taux aient tendance à être plus faibles chez les 15-17 ans. Par ailleurs, les conduites à caractère violent ne semblent pas liées au sexe de l'enfant.

---

<sup>1</sup> L'utilisation de l'expression «conduite à caractère violent» vise à marquer que les conduites ne sont pas nécessairement violentes dans tous les contextes et toutes les circonstances. La notion de violence ne fait pas consensus : il existe, par exemple, des écarts entre les cultures dans la tolérance à l'égard de la punition physique des enfants.

TABLEAU 2.4

Enfants victimes de conduites à caractère violent<sup>1</sup> selon le type de conduite et l'âge des enfants, échantillon de familles avec enfants de 3 à 17 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

ÂGE DES ENFANTS	TYPE DE CONDUITE		
	VERBALE/SYMBOLIQUE	PHYSIQUE MINEURE	PHYSIQUE GRAVE
	%	%	%
3-6 ANS	47,5	45,1	4,4
7-10 ANS	52,5	32,2	5,9
11-14 ANS	49,8	20,3	4,2
15-17 ANS	40,2	10,2	3,0
TOTAL	47,9	27,4	4,4

Source : Bouchard et Tessier, 1996.

<sup>1</sup> Au moins une fois ou cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

Plus de la moitié des enfants qui ont fait l'objet de conduites verbales/symboliques à caractère violent, ont été victimes de ces conduites de deux à cinq fois au cours de l'année (54 %) et le quart, une seule fois (26 %); tandis que pour une proportion relativement élevée de ces enfants (13 %), ces conduites sont une pratique fréquente (onze fois et plus) (données non présentées). De même, si la plupart des enfants victimes de violence physique mineure ont subi ces conduites une fois au cours de l'année (43 %) ou entre deux et cinq fois (48 %), ces conduites sont fréquentes (onze fois et plus) pour 4,5 % de ces enfants. Les conduites violentes graves sont davantage rapportées comme des incidents isolés (72 %) bien que 28 % des enfants et des jeunes concernés aient subi ces conduites de deux à cinq fois au cours de l'année, selon la mère.

Les différents types de conduites à caractère violent ne sont pas étrangers l'un à l'autre. Ainsi, 47 % des enfants qui ont fait l'objet de conduites verbales/symboliques à caractère violent ont aussi été l'objet de violence physique mineure et 9 % de violence physique grave (données non présentées). De même, 15 % des enfants victimes de violence physique mineure font l'objet de violence grave; à l'inverse, la violence grave est pratiquement inexistante lorsqu'aucun autre type de conduite n'est rapporté. Ces résultats suggèrent que le recours à des conduites verbales/symboliques à caractère violent, loin d'avoir un effet libérateur pour l'adulte, augmente la probabilité de conduites physiques violentes, mineures ou graves (Bouchard et Tessier, 1996).

#### **CERTAINES CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À LA PRÉSENCE DE CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT**

L'examen d'un ensemble de caractéristiques financières des ménages de l'échantillon converge et confirme les liens maintes fois observés entre les conditions économiques précaires et les difficultés dans les relations familiales. Ainsi, le tiers (34 %) des enfants de l'échantillon vivant dans un ménage avec un niveau faible de revenu ont été victimes de violence physique mineure et 8 % de violence physique grave (données non présentées); ces taux se démarquent de ceux observés dans l'ensemble de l'échantillon (27 % et 4 %).

Les conduites à caractère violent à l'endroit des enfants de l'échantillon sont aussi plus prévalentes dans les familles comptant trois enfants et plus que dans celles qui sont moins nombreuses. Dans ces familles, 62 % des enfants ont fait l'objet de conduites verbales/symboliques à caractère violent, 43 % de violence physique mineure et 9 % de violence physique grave (données non présentées).

Le lien entre l'état psychologique de la mère (présence de détresse psychologique ou d'idées suicidaires) et les conduites à caractère violent à l'endroit des enfants est particulièrement frappant; 75 % des enfants dont la mère a rapporté des idées suicidaires ont fait l'objet de conduites verbales/symboliques à caractère violent, 44 % de violence

physique mineure et 11 % de violence grave (données non présentées). Ces liens pourraient être expliqués par la présence de facteurs auxquels sont exposés à la fois la mère et l'enfant. La violence conjugale est aussi fortement reliée à celle à l'égard des enfants. Dans les ménages où la mère a déclaré être elle-même victime de violence physique mineure, 78 % des enfants de 3-17 ans de l'échantillon ont fait l'objet de conduites verbales/symboliques à caractère violent, 50 % de violence physique mineure et 11 % de violence grave (données non présentées).

## 2.4 CONCLUSION

### FAITS SAILLANTS

- La proportion des jeunes Québécois de 15 à 19 ans qui ont connu, avant l'âge de 12 ans, le divorce ou la séparation de leurs parents est passée de 13 % en 1987 à 23 % en 1992-1993; 34 % des jeunes de ménage pauvre ont connu cette situation.
- En 1992-1993, 15 % des jeunes de 15 à 19 ans ont un faible niveau de soutien social et 10 % des jeunes ont dit n'avoir personne dans leur entourage avec qui parler librement de leurs problèmes.
- Une étude menée auprès d'un échantillon révèle que 48 % des enfants de 3 à 17 ans ont fait l'objet de conduites verbales/symboliques à caractère violent au moins une fois au cours de l'année, 27 % des enfants ont fait l'objet de violence physique mineure et 4,4 % de violence physique grave.

Ces résultats montrent une augmentation spectaculaire, entre 1987 et 1992-1993, de la proportion de jeunes de 15 à 19 ans qui ont connu le divorce ou la séparation de leurs parents avant d'avoir atteint l'âge de 12 ans. Cette augmentation fait écho à celle des divorces et à l'instabilité des unions libres. Pour cette génération de jeunes, ce n'est donc plus un phénomène marginal, en particulier chez les jeunes de milieu défavorisé où plus du tiers ont connu cet événement; ce qui est sans doute en lien avec la précarité de la situation financière des familles monoparentales.

On peut s'inquiéter des conséquences de ces événements sur la santé mentale et l'adaptation ultérieure des jeunes, en particulier pour les jeunes de milieu défavorisé qui sont soumis de surcroît aux difficultés liées à des conditions de vie précaires. Par ailleurs, on sait maintenant que les effets du divorce sur l'enfant ne sont pas «mécaniques» et que les répercussions dépendent de nombreux facteurs, dont les conditions de vie matérielles de l'enfant et le maintien de la qualité de la relation avec l'un et l'autre des parents (Dandurand, 1994).

Par ailleurs, le bilan qu'on peut faire des relations familiales et sociales des jeunes de 15 à 19 ans est dans l'ensemble positif, comme l'a aussi montré une autre enquête effectuée auprès d'adolescents québécois (Cloutier *et al.*, 1994a). La majorité des jeunes de 15 à 19 ans sont satisfaits de leur vie sociale, ont des amis, des confidents, et un large réseau de personnes qui leur témoignent de l'affection et qui peuvent les aider en cas de besoin. Cependant, une portion non négligeable de jeunes ont un réseau social moins propice à offrir le soutien nécessaire, en particulier les jeunes de ménage pauvre ou ceux qui ne sont pas habituellement aux études. Ainsi, un jeune sur dix estime n'avoir aucun confident à qui il peut parler librement de ses problèmes. Cette perception du jeune peut ne pas être fondée; cependant, elle n'est pas à sous-estimer, car en cas de situation difficile (détresse ou pensée suicidaire), ce sentiment d'exclusion ou d'isolement pourrait empêcher le jeune de recourir à l'aide dont il a besoin. Par contre, une faible

proportion des jeunes, seulement 3 %, estiment qu'ils n'auraient personne pour les aider s'ils étaient mal pris.

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 concernant la résolution des conflits intrafamiliaux n'ont pu être généralisés à la population québécoise. La mesure de l'ampleur de la violence dans les ménages québécois demeure donc un objectif à atteindre. Les données recueillies auprès de cet échantillon important de familles apportent toutefois des renseignements utiles et ont permis de tracer un portrait des enfants victimes de conduites à caractère très violent, qui confirme en grande partie les résultats des études antérieures (Bouchard et Tessier, 1996). Elles soulignent les liens entre les conduites violentes envers les enfants, la violence conjugale et les difficultés psychologiques de la mère.

Finalement, les jeunes de ménage pauvre, ou qui se perçoivent ainsi, apparaissent plus vulnérables pour plusieurs des aspects abordés ici. Ils ont connu plus souvent la violence familiale ou la rupture de leurs parents. Ils ont un plus faible niveau de soutien social et sont moins satisfaits de leur vie sociale.

L'adolescence est une période de profonds changements caractérisée par l'expérimentation et l'affirmation de soi. Les habitudes de vie des adolescents s'inscrivent dans cette période d'expérimentation et d'identification à des comportements susceptibles de se maintenir à l'âge adulte. Les habitudes de vie des adolescents sont liées à leur développement, à leur santé et à leur bien-être. Elles retiennent également l'attention parce qu'elles sont associées à la santé du futur adulte.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet de se pencher sur plusieurs des habitudes de vie des adolescents de 15-19 ans : l'usage de la cigarette, la consommation ou l'abus d'alcool, la consommation de drogue et l'activité physique de loisir. L'enquête examine également le poids corporel des jeunes, lequel sans constituer une habitude de vie, est souvent en lien avec les habitudes alimentaires et l'activité physique. En examinant l'âge d'initiation à certaines de ces habitudes, l'enquête permet aussi de donner un aperçu des comportements des enfants de moins de 15 ans.

### **3.1 USAGE DE LA CIGARETTE**

Les effets à long terme du tabac sur la santé ont été largement démontrés : mortalité accrue et augmentation du cancer du poumon et d'autres sites, des maladies cardiovasculaires et du système respiratoire (Bernier, 1995). Les risques de problèmes de santé s'accroissent lorsque l'habitude de fumer est acquise jeune et que s'allonge la durée de l'exposition (CDC, 1994a). Des recherches récentes ont aussi signalé que l'usage du tabac à l'adolescence réduirait le taux de croissance des poumons et inhiberait le développement optimal de la fonction pulmonaire de façon permanente

(CDC, 1994b). On examine aussi de plus en plus les dangers du tabagisme passif pour les enfants. On sait notamment que la fréquence des bébés de petit poids est deux fois plus élevée chez les mères fumeuses (Meyer *et al.*, 1976).

L'adolescence est un âge crucial pour la prévention du tabagisme car l'habitude de fumer s'acquiert principalement à cette période. Ainsi, comme le montre l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, c'est avant l'âge de 20 ans que la plupart (81 %) des fumeurs réguliers ont commencé à fumer dans la population québécoise de 15 ans et plus, dont la moitié (40 %) avant l'âge de 16 ans (Bernier, 1995). Les fumeurs qui contractent cette habitude après l'âge de 20 ans sont moins nombreux, et on pourrait probablement prévenir le tabagisme à l'âge adulte si on l'évitait à l'adolescence (CDC, 1994a). Les adolescents s'initient à la cigarette pour différentes raisons : par curiosité, pour se divertir ou pour se conformer aux normes sociales. Cependant, lorsqu'ils en ont pris l'habitude, les adolescents développent une dépendance à la nicotine autant que les adultes et ils continuent à fumer, même s'ils prévoyaient arrêter ou qu'ils désirent le faire (CDC, 1994c).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'examiner l'usage du tabac chez les jeunes de 15-19 ans et leurs caractéristiques ainsi que l'âge d'initiation à la cigarette.

### 3.1.1 TYPE DE FUMEUR

L'enquête montre qu'en 1992-1993, 23 % des jeunes de 15-19 ans sont des fumeurs réguliers, c'est-à-dire qu'ils fument tous les jours (tableau 3.1). De plus, près d'un jeune sur dix (9 %) dit fumer à l'occasion sans fumer quotidiennement. La majorité des jeunes sont donc des non-fumeurs, puisque la moitié n'ont jamais fumé (48 %), tandis qu'un jeune sur cinq (20 %) dit avoir déjà fumé la cigarette (anciens fumeurs) soit à l'occasion ou tous les jours. On remarque cependant que la grande majorité de ces jeunes ex-fumeurs (88 %) ont dit avoir été des fumeurs occasionnels plutôt que des fumeurs réguliers

(12 %). Ceci suggère que ces ex-fumeurs avaient une habitude du tabac peu ancrée (données non présentées).

**TABLEAU 3.1**

**Usage de la cigarette selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993**

USAGE DE LA CIGARETTE	SEXE		
	GARÇON	FILLE	SEXES RÉUNIS
	%	%	%
<b>1987</b>			
N'A JAMAIS FUMÉ	57,3	44,2	50,9
ANCIEN FUMEUR	13,5	17,2	15,3
FUMEUR OCCASIONNEL	6,3	10,5	8,3
FUMEUR RÉGULIER	22,9	28,2	25,5
<b>1992-1993</b>			
N'A JAMAIS FUMÉ	52,7	43,9	48,3
ANCIEN FUMEUR	18,0	22,0	19,9
FUMEUR OCCASIONNEL	6,6*	10,7	8,6
FUMEUR RÉGULIER	22,8	23,5	23,1

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Le profil d'usage de la cigarette des jeunes hommes et des jeunes femmes diffère. Les jeunes hommes sont plus nombreux à n'avoir jamais fumé (53 % c. 44 %). Cependant, la proportion de fumeurs réguliers est semblable chez les jeunes des deux sexes (23 % c. 24 %); comme c'est d'ailleurs le cas dans la population québécoise jusqu'à l'âge de 45 ans (Bernier, 1995).

#### CARACTÉRISTIQUES DES FUMEURS RÉGULIERS

À l'âge de 15-17 ans, un jeune sur cinq (21 %) fume tous les jours alors qu'à 18-19 ans, cette proportion atteint un sur quatre (27 %) (tableau 3.2). Quoique cette différence ne soit pas significative, elle préfigure l'augmentation observée entre l'âge de 15 et 24 ans; en

effet, chez les 20-24 ans, près d'un jeune sur trois (32 %) fume tous les jours (Bernier, 1995).

**TABLEAU 3.2**  
Fumeurs réguliers selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	FUMEURS RÉGULIERS
	%
<b>ÂGE</b>	
15-17 ANS	20,9
18-19 ANS	28,8
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>	
ÉTUDES	20,0
TRAVAIL, AUTRE	46,8
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>1</sup></b>	
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	19,2
FAMILLE MONOPARENTALE	32,2
FAMILLE RECOMPOSÉE	25,7*
MÉNAGE NON FAMILIAL	34,5*
<b>NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE</b>	
PAUVRE	29,9
MOYEN	22,5
SUPÉRIEUR	20,7
<b>TOTAL</b>	<b>23,1</b>

<sup>1</sup> «Autre famille» exclue.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Les jeunes de 15-19 ans habituellement aux études au cours des douze mois ayant précédé l'enquête comptent en proportion moins de fumeurs réguliers que ceux qui travaillent ou ont un autre statut d'activité (20 % c. 47 %). Les jeunes de familles biparentales intactes comptent aussi moins de fumeurs réguliers (19 %) que ceux des

familles monoparentales (32 %) et des ménages non familiaux (35 %). Certaines de ces différences pourraient s'expliquer par l'âge.

La proportion de fumeurs réguliers chez les jeunes de 15-19 ans diminue avec l'augmentation du niveau de revenu de leur ménage. Ainsi, dans les ménages pauvres, trois jeunes sur dix (30 %) fument tous les jours comparativement aux jeunes vivant dans les ménages à revenu moyen et supérieur (23 % et 21 %). La perception qu'ont les jeunes de leur situation financière mène à la même conclusion; les adolescents qui se perçoivent comme pauvres comptent plus de fumeurs que ceux qui considèrent leur revenu suffisant ou se perçoivent à l'aise (31 % c. 22 % et 18 %) (données non présentées). La relation entre le tabagisme chez les adolescents et le revenu du ménage est en accord avec les observations faites dans l'ensemble de la population (Bernier, 1995).

Près de huit jeunes fumeurs sur dix (78 %) ont déclaré avoir commencé à fumer tous les jours avant l'âge de 16 ans, dont près de un sur cinq (19 %) avant l'âge de 13 ans, tant chez les adolescents que chez les adolescentes (tableau 3.3)<sup>1</sup>. Plus de la moitié des fumeurs réguliers de 15-19 ans (56 %) fument dix cigarettes et moins par jour, garçons ou filles, tandis que 43 % fument entre onze et vingt-cinq cigarettes. Une portion infime (0,9 %) des jeunes fument 26 cigarettes et plus par jour.

---

<sup>1</sup> Les jeunes fumeurs de 15 ans n'ont pu que commencer avant l'âge de 16 ans. Si on ne considère que les jeunes de 16-19 ans, 74 % ont déclaré avoir commencé avant l'âge de 16 ans, dont 18 % avant l'âge de 13 ans (données non présentées).

TABLEAU 3.3

Âge d'initiation et nombre de cigarettes fumées quotidiennement,  
fumeurs réguliers de 15 à 19 ans,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	FUMEURS RÉGULIERS
	%
ÂGE D'INITIATION <sup>1</sup>	
12 ANS ET MOINS	18,6 <sup>*</sup>
13-15 ANS	59,5
16-19 ANS	22,0
NOMBRE DE CIGARETTES/JOUR	
1-10 CIGARETTES	56,3
11-25 CIGARETTES	42,8
26 ET PLUS	0,9 <sup>**</sup>

<sup>1</sup> Âge où le jeune a déclaré avoir commencé à fumer tous les jours.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; Interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

### ÉVOLUTION ENTRE 1987 ET 1992-1993

La comparaison des résultats des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 montre une certaine variation dans le profil d'usage du tabac chez les jeunes de 15-19 ans, soit une augmentation significative de la proportion d'anciens fumeurs (15 % c. 20 %) (tableau 3.1). Par contre, la proportion de fumeurs réguliers n'a pas diminué de façon significative (26 % à 23 %) (et cela même chez les adolescentes où la diminution paraît un peu plus grande) contrairement à celle observée dans la population québécoise de 20 ans et plus (Bernier, 1995). Par ailleurs, l'âge d'initiation à la cigarette chez les fumeurs de 15-24 ans ne semble pas s'être modifié entre 1987 et 1992-1993 (Bernier, 1995).

Différentes indications laissent toutefois présager une augmentation de l'usage de la cigarette depuis 1992-1993. En effet, l'Enquête sociale et de santé a été menée au moment où la contrebande de cigarettes était florissante, et l'importante diminution des taxes sur le tabac qui a suivi (9 février 1994) a eu pour conséquence d'en diminuer le prix et d'augmenter son accessibilité. Cette décision est susceptible d'avoir eu un impact sur la consommation des jeunes (Bernier, 1995).

Diverses sources de données au Canada montrent que la baisse du tabagisme observée depuis une trentaine d'années aurait connu un renversement en 1993, et une reprise à la hausse (Stephens, 1995). Celle-ci devrait toucher également les adolescents. En 1994, nombre d'adolescents ont en effet signalé qu'ils fumaient davantage en raison de la réduction des prix. Au Québec, les enquêtes les plus récentes, menées en 1994 auprès des élèves du secondaire et des jeunes usagers des Centres Jeunesse (Cloutier *et al.*, 1994a et 1994b), laissent aussi présager une telle augmentation. Toutefois, ces deux études ne sont pas basées sur des échantillons représentatifs. Une étude à paraître prochainement permettra de mesurer l'évolution de l'usage du tabac de 1985 à 1994 au Québec, entre autres chez les jeunes (Aubin *et al.*, 1996).

### 3.2 CONSOMMATION ET ABUS D'ALCOOL

Malgré le constat d'une diminution lente de la consommation d'alcool depuis une quinzaine d'années chez les jeunes Québécois et Canadiens (Morissette *et al.*, 1992) comme dans l'ensemble de la population (Chevalier, 1995a), la consommation d'alcool demeure un sujet de préoccupation. La consommation excessive continue d'être associée à des risques accrus d'accidents, à certains problèmes de santé à long terme et à certains problèmes sociaux (négligence, violence, criminalité, difficultés avec la famille, les amis, au travail, ennuis financiers). Par contre, on reconnaît désormais les effets bénéfiques d'une consommation modérée, et on s'intéresse à déceler

les consommateurs abusifs, plus susceptibles de présenter ces problèmes (Guyon *et al.*, 1995).

Chez les jeunes, l'usage de la cigarette, l'abus d'alcool ou la consommation de drogues sont interreliés et font souvent partie du profil des jeunes qui présentent certaines difficultés (faibles résultats scolaires, comportements délinquants ou suicidaires) (Giroux et Legault, 1994). Les jeunes en difficulté seraient particulièrement précoces à adopter, au tout début de l'adolescence, un profil de consommation (de cigarette, de drogue et d'alcool) que l'on ne retrouve que plus tard chez leurs pairs (Cloutier *et al.*, 1994b). La consommation d'alcool a été également associée à des pratiques sexuelles plus à risque. En effet, les jeunes qui ont consommé de l'alcool ou d'autres drogues lors de leur première relation sexuelle sont plus susceptibles de ne pas avoir utilisé le condom que les autres; et les grands consommateurs risquent également d'avoir des relations sexuelles non protégées plus souvent que les autres (Santé Québec, 1992a).

Par ailleurs, différentes études concluent à la surreprésentation des jeunes dans les accidents routiers où il y a présence d'alcool (Bourbeau *et al.*, 1991). Les jeunes sont plus affectés que les adultes par l'alcool dont les effets s'ajoutent à leur manque d'expérience de la conduite automobile et à leur tendance à prendre plus de risque; en présence d'alcool, leurs risques d'accident sont plus élevés (Bourbeau *et al.*, 1991).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'estimer la proportion de jeunes de 15-19 ans qui consomment de l'alcool, la quantité hebdomadaire consommée et la consommation élevée ou abusive.

### 3.2.1 PROPORTION DE BUVEURS

En 1992-1993, près de huit jeunes de 15-19 ans sur dix (79 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (données non présentées). Les jeunes ne figurant

pas parmi les buveurs ont déclaré n'en avoir jamais consommé (19 %) ou ne pas en avoir consommé au cours de cette période (2,0 %). La proportion de consommateurs augmente de façon importante entre l'âge de 15-17 ans, où les trois-quarts des jeunes disent consommer de l'alcool (75 %), et l'âge de 18-19 ans où cette proportion atteint 85 %. Par ailleurs, la proportion de buveurs n'est pas significativement plus élevée chez les jeunes hommes de 15-19 ans que chez les jeunes femmes (80 % c. 78 %), faisant des 15-19 ans le seul groupe d'âge, dans la population québécoise de 15 ans et plus, où on n'observe pas de différence significative selon le sexe (Santé Québec, 1994). La proportion de buveurs n'est liée à aucune autre caractéristique des jeunes.

Plus de la moitié des jeunes de 15-19 ans qui consomment de l'alcool ont dit avoir commencé à boire des boissons alcoolisées entre 15 et 19 ans (54 %) «sans compter les fois où ils avaient simplement goûté»; le tiers ont dit avoir commencé à 13 ou 14 ans (12 % et 23 %), et un jeune sur dix a dit avoir commencé à l'âge de 12 ans ou avant cet âge (8 % et 3,6 %), tant chez les adolescents que chez les adolescentes (données non présentées).

### 3.2.2 QUANTITÉ D'ALCOOL CONSOMMÉ

Les jeunes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool (au cours des douze mois ayant précédé l'enquête) devaient indiquer le nombre de consommations prises au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. Plus de la moitié de ces jeunes (55 %) ont déclaré qu'ils n'en avaient pas consommé au cours de cette semaine, le quart (27 %) d'entre eux ont rapporté entre une et six consommations; tandis qu'une portion appréciable rapporte en avoir consommé entre sept et treize (12 %) ou plus (6 %) par semaine (tableau 3.4).

Les jeunes de 15-17 ans se distinguent encore ici des plus âgés par la consommation d'une quantité moindre d'alcool. Près des deux-tiers (64 %) déclarent ne pas en avoir bu au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, comparativement à 43 % des 18-19 ans. Ils sont

aussi environ deux fois moins nombreux à déclarer avoir pris sept consommations ou plus (12 % c. 26 %).

**TABLEAU 3.4**

Quantité hebdomadaire d'alcool consommé selon le sexe ou l'âge, population de 15 à 19 ans consommant de l'alcool<sup>1</sup>,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

SEXE / ÂGE	QUANTITÉ HEBDOMADAIRE <sup>2</sup>			
	AUCUNE	1-6 CONSOM.	7-13 CONSOM.	14 CONSOM. ET PLUS
	%	%	%	%
<b>ÂGE</b>				
15-17 ANS	63,8	23,8	9,3*	3,1**
18-19 ANS	43,2	31,0	15,1*	10,6*
<b>SEXE</b>				
GARÇON	51,4	26,1	13,8	8,7*
FILLE	59,8	27,5	9,4*	3,5**
<b>TOTAL</b>	<b>55,3</b>	<b>26,8</b>	<b>11,7</b>	<b>6,2*</b>

<sup>1</sup> Jeunes ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

<sup>2</sup> Au cours des sept jours ayant précédé l'enquête.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La quantité hebdomadaire d'alcool consommé est moindre chez les jeunes femmes de 15-19 ans que chez les jeunes hommes, comme c'est le cas dans tous les groupes d'âge au sein de la population québécoise (Santé Québec, 1994). Au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, 23 % des jeunes hommes auraient consommé sept consommations et plus comparativement à 13 % des jeunes femmes; une telle consommation est également moins fréquente chez les jeunes

qui sont généralement aux études que chez ceux qui ont un autre statut d'activité (travail ou autre) (15 % c. 37 %) (tableau A.3). Les jeunes qui vivent dans des ménages familiaux, quel qu'en soit le type, sont aussi moins nombreux que les jeunes de ménages non familiaux à avoir pris sept consommations et plus par semaine (entre 16 % et 18 % c. 34 %).

### 3.2.3 ABUS D'ALCOOL

Deux indicateurs de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permettent de décrire la consommation abusive ou à tout le moins élevée d'alcool chez les jeunes de 15-19 ans qui consomment de l'alcool : le nombre de fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, où le jeune estime s'être enivré/e (bu avec excès, «paqueté/e», soûlé/e, pris une «brosse») et le nombre de fois où le jeune a pris cinq consommations ou plus dans une même occasion. Dans l'ensemble de la population québécoise de 15 ans et plus, c'est chez les hommes et chez les jeunes de 15-24 ans que ces deux comportements sont les plus fréquents (Chevalier, 1995a).

La majorité des jeunes de 15-19 ans qui consomment de l'alcool ont déclaré avoir eu, au cours de l'année, de une à quatre occasions (36 %) ou cinq occasions et plus (36 %) de boire cinq consommations et plus (tableau 3.5). Les jeunes de 18-19 ans sont plus nombreux que les adolescents de 15-17 ans à avoir pris cinq consommations ou plus au moins cinq fois durant l'année (43 % c. 32 %). Ce comportement de grande consommation est aussi plus fréquent chez les garçons que chez les filles (45 % c. 27 %) et est, à l'inverse, moins fréquent chez les jeunes qui sont habituellement aux études (34 %) que chez ceux qui occupent habituellement un emploi ou qui ont un autre statut d'activité (50 %).

**TABLEAU 3.5**

**Nombre de fois où le jeune a pris cinq consommations ou plus en une seule occasion, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans consommant de l'alcool, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

CARACTÉRISTIQUE	NOMBRE DE FOIS		
	AUCUNE	1-4 FOIS	5 FOIS ET PLUS
	%	%	%
<b>ÂGE</b>			
15-17 ANS	30,6	37,4	32,0
18-19 ANS	24,8	32,6	42,6
<b>SEXE</b>			
GARÇON	22,7	32,1	45,2
FILLE	34,1	39,0	27,0
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>			
ÉTUDES	29,9	35,7	34,4
TRAVAIL, AUTRE	16,8**	33,8*	49,6
<b>TOTAL</b>	<b>28,2</b>	<b>35,5</b>	<b>36,4</b>

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

L'enivrement est également fréquent chez les adolescents. Le quart des jeunes (24 %) estiment s'être enivrés au moins à cinq reprises au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et 43 % entre une et quatre fois (tableau 3.6). Plus de jeunes hommes que de jeunes femmes (30 % c. 18 %) considèrent s'être «paquetés» au moins cinq fois. Les jeunes habituellement aux études sont moins nombreux à avoir eu autant d'occasions de s'enivrer que ceux qui ont un autre statut d'activité (23 % c. 34 %). Contrairement au comportement précédent, l'enivrement semble aussi fréquent chez les adolescents de 15-17 ans que chez les plus âgés.

TABLEAU 3.6

Nombre de fois où le jeune estime s'être enivré, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans consommant de l'alcool, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	NOMBRE DE FOIS		
	AUCUNE	1-4 FOIS	5 FOIS ET PLUS
	%	%	%
<b>SEXE</b>			
GARÇON	29,6	40,3	30,2
FILLE	36,9	45,3	17,8
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>			
ÉTUDES	34,7	42,5	22,8
TRAVAIL, AUTRE	22,3*	43,8	33,9*
<b>TOTAL</b>	<b>33,1</b>	<b>42,7</b>	<b>24,3</b>

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

### ÉVOLUTION ENTRE 1987 ET 1992-1993

La consommation des jeunes de 15-19 ans a évolué dans le même sens que celle de la population québécoise plus âgée, entre 1987 et 1992-1993. Ainsi, la proportion de buveurs chez les jeunes de 15-19 ans n'a pas varié de manière significative entre les deux enquêtes (77 % c. 79 %) (données non présentées). Cependant, la quantité hebdomadaire d'alcool consommé a diminué. Ainsi, on observe une hausse de la proportion de jeunes qui ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des sept jours ayant précédé l'enquête (39 % c. 55 %), qui s'accompagne d'une diminution de la proportion de ceux qui affirment avoir pris entre une et six consommations (45 % c. 27 %). Par contre, la proportion de jeunes qui ont consommé une plus grande quantité d'alcool (sept consommations et plus) n'a pas varié entre les deux enquêtes (16 % c. 18 %) (données non présentées). Cette modification du profil de

consommation s'observe tant chez les adolescents de 15-17 ans que chez les 18-19 ans (données non présentées). Elle suggère que la réduction de la consommation entre les deux enquêtes est surtout le fait des jeunes qui consomment peu, comme c'est le cas dans la population plus âgée.

### 3.3 CONSOMMATION DE DROGUES

Depuis une dizaine d'année, on observe une lente diminution de la consommation de drogues au Canada chez les jeunes (Adlaf et Smart, 1991; Nadeau, 1992); cette tendance semble se confirmer chez les jeunes Québécois (Morissette *et al.*, 1992). Cette diminution n'est toutefois pas en contradiction avec les données cliniques montrant une augmentation du nombre d'usagers des services de réadaptation, une augmentation des problèmes liés à l'abus de drogue (Morissette *et al.*, 1992), et une augmentation des crimes liés à la drogue (Nadeau, 1992). L'abus de ces substances demeure un problème sérieux pour une partie des adolescents et des jeunes adultes.

De nombreux auteurs s'accordent cependant à dire que la majorité des jeunes qui consomment de la drogue n'ont pas de problèmes de consommation ou s'en tiendront à l'expérimentation (Giroux et Legault, 1994). La distinction entre l'usage et la consommation abusive est donc importante, mais ne fait pas consensus et dépend des critères retenus : fréquence, continuité de l'usage, nature et quantité de produits, conséquences négatives, besoin compulsif de consommer, etc... (Giroux et Legault, 1994).

Certains adolescents sont plus à risque d'avoir une consommation qui a une emprise sur leur mode de vie. Les caractéristiques des jeunes, leur contexte de vie, leurs difficultés, la substance consommée sont autant de facteurs liés à l'usage et à l'abus. La surconsommation de drogue s'accompagne souvent ou découle d'autres problèmes de comportements ou d'adaptation. La précocité de la consommation

chez les adolescents est un bon indicateur de problèmes futurs liés à la consommation (Giroux et Legault, 1994; Paquin, 1988).

Les problèmes reliés à la consommation de drogues diffèrent selon le type et la quantité de substances absorbées. L'usage régulier de la marijuana peut entraîner une dépendance psychologique et favoriser le développement de problèmes des voies respiratoires. La consommation, même à faible dose, des drogues dures comme l'héroïne et les autres opiacés, les barbituriques, les sédatifs, la cocaïne et les autres stimulants est beaucoup plus redoutable car elle peut occasionner une dépendance physique ou psychologique (Giroux, 1988).

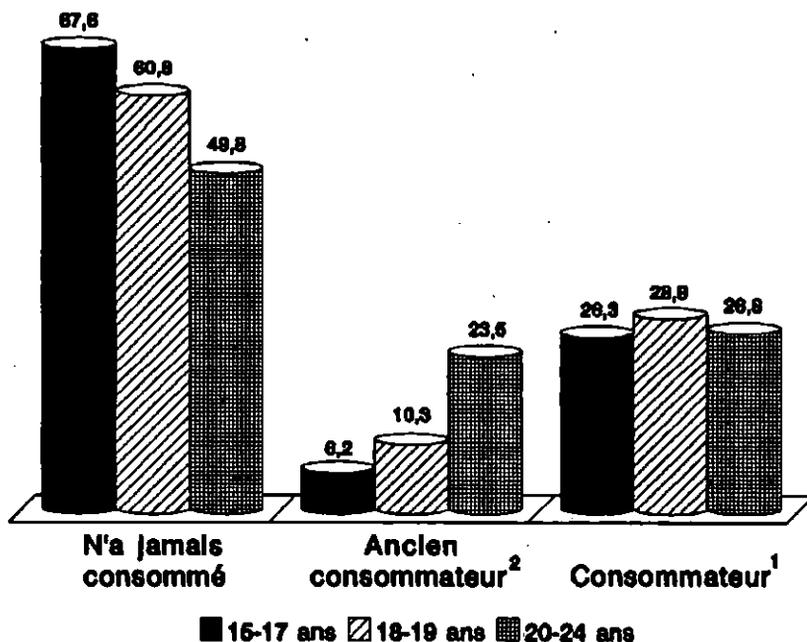
L'enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'examiner la prévalence de la consommation illicite de drogues qu'il s'agisse de drogues illégales ou de psychotropes consommés sans ordonnance. Les questions abordées dans l'enquête ne permettent pas cependant de préciser si cette consommation est régulière, expérimentale ou occasionnelle, et encore moins de repérer les jeunes toxicomanes. On sait par ailleurs que pour plusieurs raisons (dénier de comportements illicites, refus de répondre, biais de désirabilité sociale, populations itinérantes non rejointes par l'enquête...), les données d'enquête sous-estiment vraisemblablement la prévalence de ces comportements chez les jeunes (Chevalier, 1995b).

### 3.3.1 CARACTÉRISTIQUES DES JEUNES CONSOMMATEURS

En 1992-1993, plus du quart (27 %) des jeunes Québécois de 15-19 ans ont déclaré avoir consommé de la drogue au moins une fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (consommateurs), et 8 % des jeunes ont déclaré en avoir déjà pris, sans l'avoir fait au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (anciens consommateurs) (graphique 3.1). C'est donc dire que plus du tiers (35 %) des jeunes de 15-19 ans ont déjà consommé de la drogue au moins une fois au cours de leur vie, soit 33 % des 15-17 ans et 39 % des 18-19 ans.

**GRAPHIQUE 3.1**  
**Consommation de drogues<sup>1</sup> selon l'âge, population**  
**de 15 à 24 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

%



<sup>1</sup> Au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

<sup>2</sup> N'ayant pas consommé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Comme le montre le graphique 3.1 (qui présente les résultats pour les 20-24 ans à titre de comparaison), la proportion de jeunes consommateurs est presque aussi élevée chez les jeunes de 15-17 ans que chez ceux de 18-19 ans et de 20-24 ans (26 %, 29 % et 27 %).

Pris globalement, les jeunes de 15-24 ans constituent le groupe d'âge où on retrouve la plus grande proportion de consommateurs de drogues dans la population de 15 ans et plus vivant dans les ménages privés (Chevalier, 1995b).

Tandis que la proportion de consommateurs est stable entre l'âge de 15 et 24 ans, la proportion d'anciens consommateurs augmente, passant de 6 % chez les 15-17 ans à 10 % chez les 18-19 ans, pour atteindre 24 % chez les 20-24 ans. Bien que l'augmentation des anciens consommateurs entre l'âge de 15-17 ans et de 18-19 ans ne soit pas significative, cette tendance suggère, lorsqu'on compare ces jeunes aux 20-24 ans, que la drogue perd de sa popularité avec l'âge (Chevalier, 1995b). À l'âge de 20-24 ans, les anciens consommateurs représentent près de la moitié de ceux qui ont déjà consommé (Santé Québec, 1994).

Par ailleurs, la proportion importante de consommateurs chez les jeunes de 15-17 ans (27 %), et la part relativement importante des jeunes de cet âge qui ont dit avoir consommé il y a plus d'un an (6 %), suggère que pour la plupart de ces jeunes, l'initiation à la drogue s'est située avant l'âge de 15 ans.

Les adolescentes de 15-19 ans sont aussi enclines à consommer de la drogue que les adolescents (26 % c. 29 %) (tableau 3.7). Cette tendance est à mettre en relief avec la consommation moins élevée des femmes de 20-24 ans comparativement aux hommes de cet âge (Chevalier, 1995b). Par ailleurs, les jeunes qui sont habituellement aux études comptent une moins grande proportion de consommateurs que les jeunes ayant une autre activité (travail ou autre) (26 % c. 37 %) (tableau A.4). De même, les jeunes de familles biparentales intactes ont été moins enclins à déclarer avoir consommé de la drogue que les jeunes de familles monoparentales (23 % c. 40 %). Par contre, la consommation serait tout aussi prévalente chez les jeunes quel que soit leur niveau socioéconomique, contrairement à ce qui est observé dans l'ensemble de la population (Chevalier, 1995b)

**TABLEAU 3.7**  
**Consommation de drogues<sup>1</sup> selon l'âge ou le sexe**  
**et la substance consommée, population de 15 à 19 ans,**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

ÂGE / SEXE	MARIJUANA ET DÉRIVÉS SEULEMENT	MARIJUANA ET AUTRE DROGUE	TOUT TYPE DE DROGUE
	%	%	%
<b>ÂGE</b>			
15-17 ANS	13,4	12,9	26,3
18-19 ANS	16,3	12,6	28,9
<b>SEXE</b>			
GARÇON	14,3	14,3	28,5
FILLE	14,7	11,2	26,0
<b>TOTAL</b>	<b>14,5</b>	<b>12,8</b>	<b>27,3</b>

<sup>1</sup> Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

### 3.3.2 TYPE DE DROGUES CONSOMMÉES

Environ la moitié des jeunes consommateurs de 15-19 ans, garçons ou filles, déclarent avoir consommé exclusivement de la marijuana (cannabis et ses dérivés) (15 %) au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (tableau 3.7); tandis que l'autre moitié (13 %) a déclaré avoir consommé un autre type de drogues au moins une fois au cours des douze mois. La proportion des jeunes qui ont consommé d'autres drogues que la marijuana est aussi élevée chez les jeunes de 15-17 ans que chez ceux de 18-19 ans (13 %).

La marijuana est le type de drogue le plus populaire chez les adolescents, comme c'est le cas dans l'ensemble de la population (Chevalier, 1995b). Près du tiers des jeunes (32 %) affirment avoir consommé de la marijuana ou du haschisch au moins une fois durant leur vie (données non présentées). Par ailleurs, une proportion importante de jeunes (12 %) déclarent avoir déjà consommé des psychédéliques (LSD, Mescaline, Peyolt, Psilocybin, DMT, PCP) au

moins une fois au cours de leur vie; suivent les amphétamines (Stimulants, "Speed") (4,9 %), la cocaïne (Crack, Free base) (3,5 %) et les barbituriques (sédatifs, somnifères sans prescription) (2,2 %), les tranquillisants (1,4 %), l'opium (0,7 %), l'héroïne (0,2 %) ou les autres drogues (1,3 %).

#### ALCOOL ET DROGUE

Un jeune de 15-19 ans sur cinq (21 %) a déclaré n'avoir consommé ni drogue ni alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. La moitié des jeunes de 15-19 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool seulement (52 %), tandis que 27 % ont dit consommer à la fois de la drogue et de l'alcool<sup>1</sup>, tant chez les garçons que chez les filles (données non présentées).

### 3.4 ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR

L'activité physique est un besoin fondamental du corps humain et elle contribue au développement, à la santé et au bien-être des enfants comme des adolescents. La fréquence de l'activité physique est une composante majeure lorsqu'on parle de bénéfice pour la santé. La fréquence est le premier élément qui mène à créer l'habitude. De plus, des études récentes montrent que les bienfaits de l'activité physique sur la santé augmentent progressivement avec sa fréquence et que ses effets sont notables même lorsque la fréquence est modérée (Nolin, 1995).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'examiner la pratique des activités physiques des jeunes de 15-19 ans durant leurs temps libres.

---

<sup>1</sup> Les personnes rapportant consommer de la drogue seulement sont classées dans cette catégorie à cause de leur nombre restreint.

## 3.4.1 PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR

En 1992-1993, quatre jeunes de 15-19 ans sur dix (42 %) peuvent être considérés comme actifs durant leurs temps libres, puisqu'ils ont déclaré pratiquer une activité physique trois fois par semaine ou plus, à raison de 20 à 30 minutes par séance au cours des trois mois ayant précédé l'enquête (tableau 3.8). Le tiers des jeunes de 15-19 ans peuvent être considérés comme modérément actifs puisqu'ils pratiquent une activité une (14 %) ou deux (18 %) fois par semaine. Les jeunes les moins actifs comprennent ceux qui ne s'adonnent à des activités physiques durant leurs loisirs que deux ou trois fois par mois (11 %) ou une fois par mois ou moins (15 %). Mis ensemble, ces jeunes qui s'adonnent à une activité physique moins d'une fois par semaine, représentent plus du quart des adolescents de 15-19 ans (26 %).

TABLEAU 3.8

Activité physique de loisir<sup>1</sup> selon l'âge ou le sexe, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

ÂGE / SEXE	ACTIVITÉ				
	3 FOIS/ SEM.	2 FOIS/ SEM.	1 FOIS/ SEM.	2 À 3 FOIS/MOIS	1 FOIS/MOIS OU MOINS
	%	%	%	%	%
<b>ÂGE</b>					
15-17 ANS	48,1	18,2	13,2	9,0	11,4
18-19 ANS	32,8	17,2	16,3	13,1	20,7
<b>SEXE</b>					
GARÇON	52,3	16,3	11,5	8,5*	11,5
FILLE	31,9	19,4	17,3	12,8	18,6
<b>TOTAL</b>	42,3	17,8	14,4	10,6	15,0

<sup>1</sup> Au cours des trois mois ayant précédé l'enquête.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Les jeunes de 15-17 ans sont beaucoup plus actifs que ceux de 18-19 ans. Près de la moitié des adolescents de 15-17 ans (48 %) sont actifs au moins trois fois par semaine comparativement à un sur trois chez les 18-19 ans (33 %); le tiers des jeunes de 18-19 ans (34 %) ont participé à une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine comparativement à 20 % des 15-17 ans.

Les jeunes hommes et les jeunes femmes diffèrent de manière importante dans la fréquence de leurs activités physiques de loisir. La moitié des jeunes hommes de 15-19 ans (52 %) peuvent être considérés comme actifs comparativement à 32 % des jeunes femmes; 31 % des jeunes femmes pratiquent une activité moins d'une fois par semaine comparativement à 20 % des jeunes hommes.

Les jeunes habituellement aux études sont aussi plus actifs durant leurs temps libres que ceux qui travaillent ou qui ont un autre statut d'activité (44 % c. 30 %) (tableau 3.9). La proportion de jeunes qui ne pratiquent pas d'activité au moins une fois par semaine atteint 41 % chez les jeunes qui travaillent habituellement (ou ont un autre statut), en regard de 24 % chez les jeunes habituellement aux études. Ces différences ne devraient pas s'expliquer par le fait que le programme scolaire comporte des périodes d'activité physique puisque les questions portent sur l'activité physique durant les temps libres. Par ailleurs, on remarque que les différences entre les garçons et les filles subsistent même chez les jeunes habituellement aux études (données non présentées). Plus de la moitié des garçons (52 %) habituellement aux études pratiquent une activité physique de loisir au moins trois fois par semaine comparativement à 34 % des filles. À l'inverse, la proportion de jeunes qui ont des activités physiques de loisir moins d'une fois par semaine est plus élevée chez les filles (29 % c. 18 %).

TABLEAU 3.9

Activité physique de loisir<sup>1</sup> selon certaines caractéristiques,  
population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	ACTIVITÉ		
	3 FOIS / SEM.	1-2 FOIS / SEM.	MOINS D'UNE FOIS / SEM.
	%	%	%
ACTIVITÉ HABITUELLE			
ÉTUDES	44,0	32,5	23,5
TRAVAIL, AUTRE	29,5 <sup>a</sup>	29,6 <sup>a</sup>	41,0
OCCUPE UN EMPLOI AU MOMENT DE L'ENQUÊTE			
OUI	33,4	32,3	34,3
NON	44,8	32,1	23,1
REVENU DU MÉNAGE			
PAUVRE	37,8	28,7	33,6
MOYEN	39,7	34,7	25,6
SUPÉRIEUR	45,8	32,1	22,1
<b>TOTAL</b>	<b>42,3</b>	<b>32,2</b>	<b>25,6</b>

<sup>1</sup> Au cours des trois mois ayant précédé l'enquête.

<sup>a</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Les jeunes qui occupaient un emploi au moment de l'enquête comptent également moins de jeunes actifs durant leurs loisirs que ceux qui n'en occupaient pas, indépendamment de leur statut habituel d'activité (33 % c. 45 %). La fréquence de l'activité physique est aussi liée au niveau socioéconomique des jeunes. Les jeunes considérés comme actifs durant leurs loisirs sont en proportion plus nombreux dans les ménages ayant un revenu supérieur (46 %) que dans les ménages ayant un revenu moyen ou dans les ménages pauvres (40 % et 38 %). On observe un clivage analogue lorsqu'on compare la proportion de jeunes actifs chez les jeunes qui se perçoivent à l'aise (49 %) à celle des jeunes qui se perçoivent pauvres ou qui perçoivent leurs revenus comme suffisants (37 % et 39 %) (données non présentées).

### 3.5 POIDS CORPOREL

La relation entre le poids et la santé a été amplement démontrée dans la population adulte, bien qu'elle ne l'ait pas été pour les jeunes de moins de 20 ans (Santé et Bien-être social Canada, 1988a et 1988b). Les problèmes de poids sont toutefois préoccupants chez les enfants et les adolescents, qu'il s'agisse d'un excès ou d'une insuffisance de poids, en particulier chez les adolescentes (Santé et Bien-être social Canada, 1988b). Les troubles du comportement alimentaire peuvent conduire à une perte de poids importante et à l'anorexie qui toucherait environ un pour cent des jeunes filles en milieu scolaire, surtout au début et à la fin de l'adolescence (vers 13-14 ans et 17-18 ans) (Wilkins et Meilleur, 1994).

L'Enquête sociale et de santé permet de mesurer l'indice de masse corporelle et le désir de changer de poids chez les adolescents de 15-19 ans. L'indice de masse corporelle, soit le rapport entre le poids et la taille d'un individu<sup>1</sup>, est une mesure couramment utilisée en santé publique pour évaluer le poids corporel. Cet indice, a été conçu pour les adultes dont la taille et la condition physique sont assez stables. L'absence d'uniformité du rythme de croissance et de développement à l'adolescence rendent difficile l'adoption de normes de référence pour ce groupe d'âge (Santé et Bien-être social Canada, 1988a). Pour cette raison, les résultats de l'indice de masse corporelle chez les jeunes de 15-19 ans doivent être interprétés avec prudence. Cependant, la validité de l'indice, pour mesurer le poids corporel, serait meilleure chez les adolescents de 18-19 ans et chez les jeunes femmes, chez qui la croissance est plus stabilisée.

---

<sup>1</sup> L'indice de masse corporelle est basé sur le rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille (en mètres) d'une personne. Il est établi à partir des données fournies par les répondants. Il ne s'applique pas aux femmes enceintes. Les seuils retenus chez les jeunes de 15-19 ans sont semblables pour les hommes et les femmes : un rapport inférieur à 19 définit un poids insuffisant; un rapport entre 19 et 24, un poids-santé; un rapport supérieur à 24, un excès de poids (Therrien, 1995).

L'indice de masse corporelle fournit toutefois des tendances d'intérêt. Il permet de cibler les groupes les plus à risque de développer des problèmes de santé en raison de leur poids, d'avoir une alimentation insuffisante ou déficiente, ou de présenter des troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie ou la boulimie. Le désir de perdre du poids permet de cibler les groupes les plus à risque parmi ceux qui ont un poids insuffisant (Therrien, 1995).

### 3.5.1 INDICE DE MASSE CORPORELLE

La grande majorité des jeunes de 15-19 ans (65 %), garçons ou filles, ont un poids-santé en 1992-1993 (tableau 3.10). Cette proportion s'apparente à celle qu'on observe dans l'ensemble de la population (64 %) (données non présentées) (Therrien, 1995).

Bien que l'insuffisance et l'excès de poids occupent une part comparable chez les jeunes de 15-19 ans (17 % et 18 %), l'insuffisance de poids est plus fréquente chez les filles que chez les garçons (20 % c. 14 %) et à l'inverse, le surplus de poids est plus fréquent chez les garçons (20 % c. 15 %). Le même phénomène s'observe d'ailleurs chez les jeunes de 20-24 ans où l'insuffisance de poids est plus fréquente chez les filles que chez les garçons (30 % c. 9 %) et l'excès de poids plus fréquent chez les garçons (17 % c. 10 %) (Therrien, 1995). Hormis le sexe, aucune des caractéristiques étudiées chez les jeunes ne semble liée à leur poids corporel.

La proportion de jeunes ayant un excès de poids a augmenté de façon significative entre les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 (11 % à 18 %), tant chez les adolescents (13 % c. 20 %) que chez les adolescentes (9 % c. 15 %). Cette hausse est parallèle à celle observée dans l'ensemble de la population québécoise de 15 ans et plus entre les deux enquêtes et à une hausse comparable observée au Canada entre 1985 et 1990 pour la population de 20 ans et plus (Therrien, 1995). Par contre, l'enquête ne montre pas de diminution significative de l'insuffisance de poids chez les jeunes de 15-19 ans (19 % c. 17 %), y compris chez les jeunes femmes (23 % c. 20 %),

contrairement à ce qui est observé chez les femmes plus âgées (Therrien, 1995).

**TABLEAU 3.10**

**Indice de masse corporelle selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993**

SEXE	INDICE DE MASSE CORPORELLE		
	POIDS INSUFFISANT	POIDS-SANTÉ	EXCÈS DE POIDS
	%	%	%
<b>1987</b>			
GARÇON	16,1	70,9	13,0
FILLE	22,7	68,6	8,7
TOTAL	19,4	69,8	10,9
<b>1992-1993</b>			
GARÇON	14,3	65,5	20,2
FILLE	20,3	65,0	14,7
TOTAL	17,1	65,3	17,6

### 3.5.2 DÉSIR DE CHANGER DE POIDS

Il existe une différence importante dans le désir de changer de poids des jeunes hommes et des jeunes femmes de 15-19 ans. Près des trois-quarts des filles de cet âge désirent perdre du poids (74 %), tandis que près de la moitié des garçons de cet âge (48 %) désirent en prendre (tableau 3.11).

Le désir de changer de poids est bien sûr dépendant du poids actuel des jeunes, auquel s'ajoute une importante différence entre les sexes. C'est à cause de cette différence que les résultats sont présentés selon le sexe même si certaines estimations manquent de précision à cause des petits nombres impliqués. Chez les jeunes ayant un poids insuffisant, la majorité des garçons désirent engraisser (77 %) tandis que la majorité des filles désirent soit conserver leur poids (35 %), soit maigrir (25 %). De même, chez les jeunes ayant un poids-santé, 85 % des filles désirent maigrir, alors que la moitié des garçons désirent

engraisser (52 %). Les différences entre les sexes subsistent aussi chez les jeunes ayant un excès de poids.

**TABLEAU 3.11**  
**Désir de changer de poids selon l'indice de masse corporelle**  
**et le sexe, population de 15 à 19 ans,**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

INDICE DE MASSE CORPORELLE / SEXE	DÉSIR		
	MAINTENIR SON POIDS	MAIGRIR	ENGRAISSER
	%	%	%
<b>POIDS INSUFFISANT</b>			
GARÇON	19,6**	3,2**	77,2**
FILLE	34,7*	25,4*	40,0
SEXES RÉUNIS	28,1*	15,7*	56,2
<b>POIDS-SANTÉ</b>			
GARÇON	29,6	18,1	52,3
FILLE	11,6*	84,5	3,9**
SEXES RÉUNIS	20,9	50,1	29,0
<b>EXCÈS DE POIDS</b>			
GARÇON	18,6**	67,7*	13,7**
FILLE	0,0	97,3	2,7**
SEXES RÉUNIS	11,2**	79,5*	9,3**
<b>TOTAL</b>			
GARÇON	26,8	28,4	47,7
FILLE	14,4	73,7	11,9*
SEXES RÉUNIS	20,3	49,5	30,3

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Le désir des jeunes filles de perdre du poids est donc prépondérant non seulement chez celles qui ont un poids-santé ou un excès de poids, mais il demeure important même chez celles qui ont un poids insuffisant. Les adolescentes qui ont un poids insuffisant et qui

désirent tout de même maigrir, pourraient représenter d'éventuelles candidates aux problèmes de comportements alimentaires. Les garçons à l'inverse désirent un poids supérieur, et même lorsqu'ils présentent un excès de poids selon l'indice de masse corporelle (14 %). Une situation semblable avait d'ailleurs été observée chez les jeunes de 15-19 ans en 1987 (Ayotte et Ferland, 1989).

Ces résultats, malgré les limites de l'indice de masse corporelle pour l'évaluation du poids chez les adolescents, concordent avec les tendances observées dans la population plus âgée chez qui l'indice de masse corporelle est reconnu comme valide.

### 3.6 CONCLUSION

#### FAITS SAILLANTS

**Usage du tabac :** En 1992-1993, 27 % des jeunes Québécois et Québécoises de 18 à 19 ans, et 21 % des 15 à 17 ans, fument la cigarette tous les jours; 60 % d'entre eux ont commencé entre l'âge de 13 et 15 ans, 19 % avant l'âge de 13 ans.

**Alcool :** 79 % des 15 à 19 ans ont consommé de l'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Chez ceux qui ont consommé, 18 % ont pris sept consommations et plus (dont 23 % des garçons) au cours de la semaine ayant précédé l'enquête; 24 % des jeunes (dont 30 % des garçons) estiment s'être enivrés cinq fois et plus au cours de cette année.

**Drogue :** 27 % des Québécois de 15 à 19 ans ont consommé de la drogue au moins une fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, y compris chez ceux de 15 à 17 ans; 13 % des jeunes ont consommé d'autres types de drogues que le cannabis et ses dérivés.

**Activité physique :** 74 % des Québécois de 15 à 19 ans pratiquent une activité physique au moins une fois par semaine durant leurs temps libres, dont 42 % trois fois par semaine et plus; 31 % des adolescentes pratiquent une activité physique moins d'une fois par semaine.

**Poids corporel :** chez les jeunes de 15 à 19 ans, 20 % des filles ont un poids insuffisant et 20 % des garçons ont un surplus de poids; 74 % des filles désirent maigrir. Plus de jeunes ont un excès de poids en 1992-1993 qu'en 1987 (18 % c. 11 %).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 montre que les jeunes Québécoises et Québécois de 15 à 19 ans présentent certaines habitudes communes : ils comptent autant de fumeurs réguliers et leur profil de consommation de drogues est semblable. Leur consommation d'alcool diffère cependant; les jeunes femmes sont aussi nombreuses à consommer que les jeunes hommes, mais consomment de moins grandes quantités d'alcool et s'enivrent moins fréquemment. Les jeunes des deux sexes diffèrent par ailleurs de façon importante au chapitre de l'activité physique de loisir et du poids corporel.

Bien que la proportion de fumeurs ait vraisemblablement augmenté depuis 1992-1993, l'Enquête sociale et de santé fournit des pistes intéressantes sur le profil des jeunes fumeurs. Elle montre que chez les jeunes, contrairement à la population plus âgée, l'usage du tabac n'avait pas décliné entre 1987 et 1992-1993, et souligne l'importance de l'usage chez les jeunes adolescents, chez les filles et chez les jeunes de ménages moins favorisés.

Les jeunes Québécois sont ceux qui, de tous les groupes d'âge s'enivrent le plus, en particulier les jeunes hommes de 15 à 19 ans. Devant la fréquence de ces comportements, on ne peut que s'interroger sur leurs conséquences possibles. Par ailleurs, l'enquête rappelle que les jeunes de 15 à 19 ans ne forment pas un groupe homogène; les 15 à 17 ans se distinguent nettement des plus âgés : ils sont moins nombreux à consommer et leur consommation est moindre. Les 18 à 19 ans ont un comportement similaire aux 20 à 24 ans (Chevalier, 1995a; Santé Québec, 1992b). Par ailleurs, la réduction entre 1987 et 1992-1993 de la quantité hebdomadaire d'alcool consommé par les jeunes est à signaler.

La consommation de drogues est moins répandue que celle de l'alcool, mais elle est aussi prévalente chez les jeunes de 15 à 17 ans que chez ceux de 18 à 19 ans. De plus, la moitié des usagers consomment d'autres drogues que la marijuana, au premier rang desquelles figurent les psychédéliques. On ignore cependant la régularité de cette

utilisation. Par ailleurs, l'augmentation des anciens consommateurs entre l'âge de 15 et 24 ans suggère que son usage pourrait représenter, pour une partie des jeunes, une étape d'expérimentation.

D'autres enquêtes fournissent des indications sur la régularité de cet usage. Ainsi, l'enquête sur la Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans a montré que la moitié des jeunes Québécois ayant consommé de la drogue au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête en consommaient une fois par semaine ou plus, soit 4 % des jeunes de cet âge (Santé Québec, 1992b). Cet usage se compare à celui des élèves du secondaire. Alors que 14 % des élèves ont déclaré prendre de la drogue de temps en temps, 3,3 % déclaraient en prendre régulièrement (Cloutier *et al.*, 1994a). En comparaison, 14 % des jeunes usagers des Centres Jeunesse déclaraient prendre de la drogue régulièrement (Cloutier *et al.*, 1994b). On ne peut que souhaiter que la régularité de l'usage des drogues soit examinée dans les enquêtes futures.

La fréquence moins élevée de la pratique de l'activité physique de loisir chez les adolescentes, y compris chez celles qui fréquentent le milieu scolaire, et la chute de l'activité physique entre l'âge de 15 à 17 ans et de 18 à 19 ans sont à souligner. Ces résultats font écho à la baisse de la participation observée entre les âges de 11, 13 et 15 ans, et au niveau déjà moins élevé de pratique chez les jeunes Canadiennes de cet âge (King et Coles, 1992). D'ailleurs, les femmes de tous âges sont moins actives que les hommes, même si elles ont augmenté leur niveau de pratique au cours des dernières décennies (Nolin, 1995). Il conviendrait de mieux comprendre les facteurs liés à ces différences. La fréquence plus élevée de la pratique d'activité physique de loisirs chez les jeunes habituellement aux études et chez ceux qui n'occupent pas un emploi, constitue également une piste à investiguer.

Par ailleurs, le désir de maigrir exprimé par la majorité des adolescentes suggère que l'image de la minceur est encore prépondérante chez elles. Au plan de la recherche on ne peut que réitérer la nécessité d'établir

des normes pour les 15 à 19 ans et d'examiner les relations existant entre le poids et la santé à cet âge (Therrien, 1995). L'augmentation de l'excès de poids entre 1987 et 1992-1993 devrait également être réexaminée.

En examinant l'âge d'initiation à certaines habitudes, l'enquête donne un aperçu des habitudes chez les enfants de moins de 15 ans, notamment quant à l'usage du tabac, de l'alcool et de la drogue. Ainsi, la majorité des jeunes de 15 à 19 ans ont dit avoir commencé à fumer tous les jours avant l'âge de 16 ans; près du quart des jeunes ont dit avoir commencé à boire de l'alcool à l'âge de 13 ans ou avant et une part des jeunes de 15 à 17 ans ont dit avoir consommé de la drogue plus d'un an avant l'enquête. Ces résultats soulignent l'intérêt de s'enquérir des habitudes de vie des jeunes de moins de 15 ans.

Le début de la vie amoureuse et de l'activité sexuelle des jeunes constitue une étape importante de leur développement au plan physique et affectif, mais aussi quant à ses conséquences possibles sur la santé, tant en regard des risques de transmission des maladies transmises sexuellement (MTS) ou du sida, que des risques de grossesse non désirée.

En 1991, Santé Québec réalisait une enquête portant spécifiquement sur les facteurs de risque associés au sida et autres MTS chez les jeunes de 15-29 ans (Santé Québec, 1992a). Cette enquête a porté sur quatre aspects de leur vie sexuelle : la vie amoureuse, les comportements sexuels, l'utilisation du condom, et les connaissances concernant le sida et les autres MTS. Cette première enquête d'envergure provinciale, basée sur un échantillon représentatif, apporte des renseignements précieux sur la vie sexuelle des adolescents de 15-19 ans, dont plusieurs seront présentés ici.

L'enquête sociale et de santé de 1992-1993 examine, quant à elle, l'utilisation d'anovulants chez les jeunes femmes de 15-19 ans. Ce mode de contraception permet d'éviter les grossesses non désirées mais ne représente qu'un aspect isolé du comportement sexuel. C'est pourquoi l'utilisation d'anovulants sera située dans le contexte plus général des grossesses à l'adolescence, de l'activité sexuelle des jeunes et de la contraception.

#### **4.1 GROSSESSE À L'ADOLESCENCE**

Les grossesses à l'adolescence peuvent être le résultat d'un choix planifié, d'un désir ou d'un accident qui confronte les adolescentes à des décisions difficiles (Charbonneau, 1994).

Les mères adolescentes et leurs enfants sont souvent placés dans des situations difficiles. Les jeunes mères ont tendance à abandonner l'école, et doivent plus souvent avoir recours à l'aide sociale et traverser des périodes de grande pauvreté, en particulier lorsqu'elles sont très jeunes (Charbonneau *et al.*, 1989). Nombre d'entre elles connaissent aussi la solitude et la monoparentalité. En 1992, 22 % des nouveaux-nés de mères de 15-19 ans étaient de père non déclaré (Duchesne, 1994) et seulement 10 % des mères de moins de vingt ans étaient mariées (Duchesne, 1995). Les risques de complications médicales sont également plus élevés chez les mères très jeunes (moins de 15 ans), mais leurs conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant peuvent être réduites par une alimentation et un suivi prénatal adéquats (Cournoyer, 1995).

Les enfants de parents adolescents courent plus de risques de naître prématurément ou avec un poids insuffisant, d'être l'objet de négligence et de présenter plus tard des problèmes d'adaptation. Les risques associés à une maternité précoce sont donc sérieux mais ils ne sont pas inéluctables; et les recherches récentes s'attachent à retracer les cheminements et les circonstances permettant de départager les adolescentes qui seront désavantagées par une maternité précoce (Cournoyer, 1995).

Les taux de grossesse à l'adolescence au Québec sont en nette progression. Entre 1980 et 1993, le taux de grossesse est passé de 12,6 à 20,1 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans (Rochon, 1995). Ce taux permet d'estimer qu'en 1993, entre 8 % et 9 % des adolescentes devenaient enceintes avant d'avoir franchi l'âge de 18 ans. L'interruption volontaire de grossesse est l'option retenue le plus souvent par les adolescentes. Sur les 3 822 grossesses survenues en 1993, 65 % ont été interrompues, 5 % se sont terminées par une fausse-couche, tandis que 29 % des adolescentes enceintes ont donné naissance à un enfant (Rochon, 1995). En 1993, 4 075 nouveaux-nés voyaient le jour d'une mère de moins de 20 ans au Québec, 1 125 d'entre eux avaient une mère de moins de 18 ans.

Le nombre d'adolescentes qui subissent une interruption volontaire de grossesse est aussi en augmentation constante. Entre 1980 et 1993 le taux d'interruption volontaire de grossesse est passé de 5,9 à 13,2 pour 1000 adolescentes de 14-17 ans (Rochon, 1995). L'avortement est plus fréquent chez les plus jeunes adolescentes enceintes; en 1993, 81 % des grossesses enregistrées à l'âge de 13 et 14 ans ont pris fin par une interruption volontaire comparativement à 61 % des grossesses enregistrées à l'âge de 17 ans (Rochon, 1995). Les interruptions volontaires peuvent entraîner des réactions d'ordre émotif et des complications médicales liées à un avortement tardif plus fréquent chez les adolescentes que chez les adultes (Charbonneau *et al.*, 1989).

#### 4.2 RELATIONS AMOUREUSES ET SEXUELLES DES JEUNES

L'enquête réalisée auprès des jeunes en 1991 a montré que la majorité des jeunes de 15-19 ans ont déjà connu une relation amoureuse et que l'activité sexuelle est en lien direct avec l'expérimentation de la relation amoureuse. Ainsi, plus du tiers des adolescents et des adolescentes de 15-17 ans (36 % et 37 %) ont déclaré avoir une «blonde» ou un «chum» régulier au moment de l'enquête, et tout autant (40 % et 35 %) ont affirmé avoir déjà eu auparavant une relation amoureuse. Chez les 18-19 ans, neuf jeunes sur dix avaient connu une relation amoureuse, et la majorité vivaient une relation amoureuse au moment de l'enquête (55 % des jeunes hommes et 68 % des jeunes femmes) (Santé Québec, 1992a).

La vie amoureuse des adolescents de 15-17 ans se distingue à plusieurs égards de celle des jeunes de 18-19 ans. A mesure qu'ils avancent en âge, les jeunes sont de plus en plus nombreux à avoir des relations amoureuses et celles-ci sont plus stables. Alors que 36 % des étudiants du secondaire déclaraient avoir un amoureux stable au moment de l'enquête, cette proportion augmentait à 60 % chez les étudiants du cégep (Santé Québec, 1992a). Le vécu amoureux des jeunes rejoint ce que Sorenson (1973) a qualifié de «monogamie

sériee» d'une durée moyenne de neuf mois, comme l'ont déjà observé plusieurs auteurs québécois ou américains (Santé Québec, 1992a). La majorité des adolescents déclarent avoir déjà discuté avec leur partenaire amoureux de sexualité, de méthodes contraceptives, de prévention du sida ou des MTS et d'utilisation du condom, même chez les plus jeunes adolescents de 15-17 ans (Santé Québec, 1992a).

L'enquête de 1991 a permis d'établir que 60 % des jeunes Québécois de 15-19 ans étaient sexuellement actifs au moment de cette enquête. Un peu moins de la moitié des adolescents et adolescentes de 15-17 ans (48 % et 46 %) disaient avoir déjà eu une relation sexuelle avec pénétration; c'est le cas de huit jeunes sur dix chez les 18-19 ans (81 % et 80 %) (données non présentées). L'âge moyen à la première relation est comparable chez les jeunes hommes et les jeunes femmes (16,6 ans) et ne semble pas varier selon les variables sociodémographiques étudiées (Santé Québec, 1992a). Les jeunes de 15-19 ans rapportent «avoir fait l'amour» avec quatre partenaires en moyenne depuis le début de leur vie sexuelle.

La proportion de jeunes de 15-19 ans sexuellement actifs observée au Québec se compare avec les résultats canadiens de l'Enquête sur la promotion de la santé (Stephens *et al.*, 1993); 60 % des adolescents et 56 % des adolescentes canadiens de 15-19 ans ayant affirmé avoir déjà eu des relations sexuelles. Par ailleurs, une enquête effectuée auprès des jeunes qui reçoivent des services des Centres Jeunesse du Québec montre que les jeunes en difficulté sont plus précoces puisque 82 % des jeunes de 15-19 ans fréquentant ces centres avaient déjà eu des relations sexuelles, alors que c'était le cas de 46 % des élèves du secondaire (Cloutier *et al.*, 1994a et 1994b). De plus, la moitié (50 %) des jeunes en difficulté étaient actifs sexuellement à 13 ans, tandis qu'il faut attendre 16 ans pour atteindre ce seuil chez les élèves du secondaire.

### 4.3 CONTRACEPTION

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'examiner l'utilisation des contraceptifs oraux chez les jeunes femmes. D'autres enquêtes, dont l'enquête effectuée auprès des jeunes en 1991, se sont penchées sur l'utilisation du condom et des autres moyens contraceptifs.

#### 4.3.1 UTILISATION D'ANOVULANTS

En 1992-1993, lors de l'Enquête sociale et de santé, 42 % des jeunes femmes de 15-19 ans ont déclaré utiliser des contraceptifs oraux «pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison», soit le tiers (32 %) des adolescentes de 15-17 ans et 57 % des 18-19 ans (tableau 4.1). Les jeunes femmes de 18-19 ans présentent les plus fortes proportions d'utilisatrices d'anovulants parmi les femmes en âge de procréer.

**TABLEAU 4.1**  
Consommation d'anovulants selon l'âge, population  
féminine de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

ÂGE	CONSOMMATION D'ANOVULANTS	
	1987	1992-1993
	%	%
15-17 ANS	28,5	32,2
18-19 ANS	54,8	56,7
TOTAL	38,6	41,6

Le taux de consommation d'anovulants chez les jeunes femmes de 15-19 ans représente une hausse non significative par rapport à l'enquête de 1987 (39 % c. 42 %). Cette tendance se manifeste tant chez les adolescentes de 15-17 ans que chez celles de 18-19 ans.

Cette tendance à la hausse est à contre-courant de la diminution observée entre 1987 et 1992-1993 chez les femmes plus âgées, surtout chez celles de 20-34 ans (Dunnigan, 1995). Depuis la fin des années 70, la contraception hormonale a diminué chez les Québécoises, comme dans les autres provinces; cette diminution pourrait être liée à une meilleure connaissance des effets de l'utilisation à long terme des contraceptifs oraux et au recours à la stérilisation volontaire (Guyon, 1990). Il n'en demeure pas moins que la contraception orale est reconnue comme une méthode de choix pour les adolescentes (Charbonneau, 1994).

La proportion de jeunes femmes de 15-19 ans qui utilisent des anovulants en 1992-1993 varie de façon importante selon leur statut d'activité habituelle; 39 % des jeunes se disant habituellement aux études utilisent des contraceptifs oraux, comparativement à 70 % des jeunes femmes ayant une autre activité (travail ou autre) (tableau 4.2).

Les jeunes femmes qui vivent dans les ménages non familiaux sont celles qui utilisent le plus les contraceptifs oraux (63 %), comparativement aux jeunes femmes vivant dans une famille biparentale (40 %) ou dans une famille monoparentale (33 %). De même, comme on pouvait s'y attendre, les jeunes femmes mariées ou en union libre sont plus enclines à utiliser des contraceptifs oraux que celles qui ne le sont pas (76 % c. 40 %). Par contre, on n'observe aucune variation de cette utilisation selon le niveau socioéconomique.

L'Enquête sociale et de santé ne permet pas toutefois de distinguer les jeunes femmes sexuellement actives, ni de déterminer si elles ont recours à un autre mode de contraception.

**TABLEAU 4.2**  
**Consommation d'anovulants selon certaines caractéristiques,**  
**population féminine de 15 à 19 ans,**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

CARACTÉRISTIQUE	CONSUMMATION D'ANOVULANTS
	%
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>	
ÉTUDES	38,8
TRAVAIL, AUTRE	70,4*
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>1</sup></b>	
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	39,8
FAMILLE MONOPARENTALE	32,8*
FAMILLE RECOMPOSÉE	47,2*
MÉNAGE NON FAMILIAL	62,8*
<b>ÉTAT MATRIMONIAL</b>	
MARIÉE, UNION LIBRE	67,0*
CÉLIBATAIRE, AUTRE	40,1
<b>TOTAL</b>	<b>41,6</b>

<sup>1</sup> «Autre famille» exclue.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

#### 4.3.2 UTILISATION DU CONDOM ET D'AUTRES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

L'Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et autres MTS (Santé Québec, 1992a) a montré que la majorité des jeunes de 15-19 ans qui étaient sexuellement actifs en 1991 utilisaient le condom au moment de l'enquête (63 %). Les autres l'avaient déjà utilisé mais l'avaient abandonné (29 %) ou ne l'avaient jamais utilisé (9 %). Les jeunes de 15-19 ans représentent le groupe d'âge où l'utilisation du condom est la plus répandue parmi les jeunes de moins de 30 ans. En fait, l'abandon du condom augmente avec l'âge et son usage est moins fréquent chez les jeunes qui vivent avec leur conjoint (Santé Québec, 1992a).

Ces résultats suggèrent que le condom est utilisé avant tout comme un moyen contraceptif qui devient inutile lorsque la jeune femme prend la pilule; ce que confirme une étude de Otis (1991). Ainsi, plus des trois quarts des jeunes de 15-29 ans utilisant le condom mentionnent la contraception comme motif d'utilisation (77 %), bien que près de la moitié d'entre eux mentionnent également la prévention des MTS (45 %) (Santé Québec, 1992a).

D'autres sources de données donnent à penser, par ailleurs, qu'une portion importante des jeunes sexuellement actifs n'utilisent aucun moyen contraceptif. Ainsi, une enquête menée auprès de 660 adolescentes âgées de 15-18 ans de trois villes canadiennes révèle que plus du quart (26 %) des adolescentes sexuellement actives n'utilisaient aucune forme de contraception, tandis que les autres utilisaient la pilule seule (22 %) ou avec le condom (24 %), le condom seulement (29 %), ou un autre moyen (7 %) (Hanvey *et al.*, 1994). Deux études suggèrent que c'est aussi le cas au Québec. Ainsi, bien que 90 % des élèves du secondaire disaient utiliser toujours un condom ou un autre contraceptif dans leurs relations, ce n'est le cas que de 69 % des jeunes de 12-18 ans qui reçoivent des services des Centres Jeunesse du Québec (Cloutier *et al.*, 1994a et 1994b).

## 4.4 CONCLUSION

### FAITS SAILLANTS

- En 1993 au Québec, 3 822 adolescentes de moins de 18 ans ont connu une grossesse, 1 125 d'entre elles ont donné naissance à un enfant.
- En 1991, 60 % des jeunes Québécois de 15 à 19 ans ont déclaré avoir déjà eu une relation sexuelle avec pénétration, soit 46 % des filles de 15 à 17 ans et 80 % des jeunes femmes de 18 à 19 ans; 63 % des jeunes de 15 à 19 ans sexuellement actifs déclaraient utiliser le condom.
- En 1992-1993, 42 % des jeunes Québécoises de 15 à 19 ans utilisent des contraceptifs oraux, soit 32 % des 15 à 17 ans et 57 % des 18 à 19 ans.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 montre que 42 % des Québécoises de 15 à 19 ans utilisent des anovulants. Le fait que le tiers des adolescentes de 15 à 17 ans les utilisent, rappelle que l'activité sexuelle commence tôt, comme l'ont déjà montré plusieurs études (Santé Québec, 1992a; Stephens *et al.*, 1993; Cloutier *et al.*, 1994a et 1994b).

Les caractéristiques des utilisatrices d'anovulants permettent de décrire les jeunes femmes qui sont bien protégées contre les grossesses non désirées. Ce sont les jeunes femmes qui vivent maritalement, qui ne sont pas habituellement aux études et qui vivent dans un ménage non

familial. Il est possible qu'une partie de ces résultats soit attribuable à l'âge.

Sachant qu'à cet âge, environ 60 % des adolescentes sont sexuellement actives, on peut penser qu'environ trois adolescentes actives sur dix utilisent un autre moyen contraceptif ou n'en utilisent aucun. On peut déplorer que l'information touchant l'activité sexuelle et l'utilisation d'autres moyens contraceptifs ne soit pas disponible dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, et on ne peut que recommander leur ajout pour une prochaine enquête. Ceci permettrait de décrire le profil des adolescentes qui ne sont pas adéquatement protégées contre les grossesses non désirées. Santé Québec a mené en 1991 une enquête qui a permis de bien documenter les connaissances et les comportements préventifs en regard de la transmission des MTS et du sida. Compte tenu de l'augmentation des grossesses à l'adolescence et des interruptions volontaires de grossesse, il serait important de mieux connaître l'évolution des habitudes de contraception des jeunes.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet de décrire différents aspects de la santé des enfants et des adolescents. Elle aborde notamment les traumatismes, qui constituent une cause importante de morbidité et de mortalité chez les enfants et les jeunes, la perception qu'ont les adolescents de leur état de santé et la présence de limitations fonctionnelles chez les enfants et les adolescents. L'enquête examine également les problèmes de santé ayant entraîné un recours aux services de santé; ceux-ci seront étudiés au chapitre 7.

L'estimation de la prévalence des problèmes de santé ne figurait pas au nombre des objectifs de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 contrairement à l'enquête de 1987, ces prévalences étant peu susceptibles de varier sur une période de 5 ans. C'est pourquoi la présentation des résultats de l'Enquête sociale et de santé sera complétée par un rappel des principaux problèmes de santé des enfants et des adolescents rapportés lors de l'enquête Santé Québec 1987. Ces résultats d'enquête sont précédés par une présentation des principales causes de décès chez les enfants et les adolescents au Québec, telle qu'obtenue à partir du Fichier des décès.

### **5.1 MORTALITÉ**

La mortalité est un indicateur important de l'état de santé d'une population. Elle permet de décrire les principaux problèmes de santé qui occasionnent des décès et leur évolution.

Au sein de la population de moins de 20 ans, la mortalité est particulièrement importante dans deux groupes d'âge, chez les bébés de moins d'un an et chez les adolescents de 15-19 ans (tableau 5.1). Ainsi, les décès de bébés de moins d'un an représentent à eux seuls

près de la moitié de l'ensemble des décès pour la population de moins de 20 ans (49 %), et ceux des adolescents de 15-19 ans, le quart des décès (26 %) au cours de la période 1991-1993. Cela se reflète dans le taux de mortalité très élevé des enfants de moins d'un an, comparativement aux jeunes des autres groupes d'âge, qui s'élève à 561,8 décès pour 100 000 enfants pour la période 1991-1993 (taux annuel moyen sur 3 ans). Le taux de mortalité des 15-19 ans (60,6 pour 100 000) est de deux à trois fois supérieur à ceux des enfants âgés de 1-14 ans.

TABLEAU 5.1

Nombre de décès et taux de mortalité selon l'âge et le sexe, population de 0 à 19 ans, Québec 1991-1993

ÂGE	NOMBRE DE DÉCÈS		TAUX ANNUEL MOYEN POUR 100 000 PERSONNES		TOTAL
	N	%	GARÇON	FILLE	
0-1 AN	1 832	48,7	624,9	495,4	561,8
1-4 ANS	310	9,3	32,2	23,5	28,0
5-14 ANS	550	16,4	23,1	16,7	19,5
15-19 ANS	858	25,8	89,9	30,0	60,6
0-19 ANS	3 350	100,0	72,7	45,5	59,4

Source : Lafontaine P. (1995).

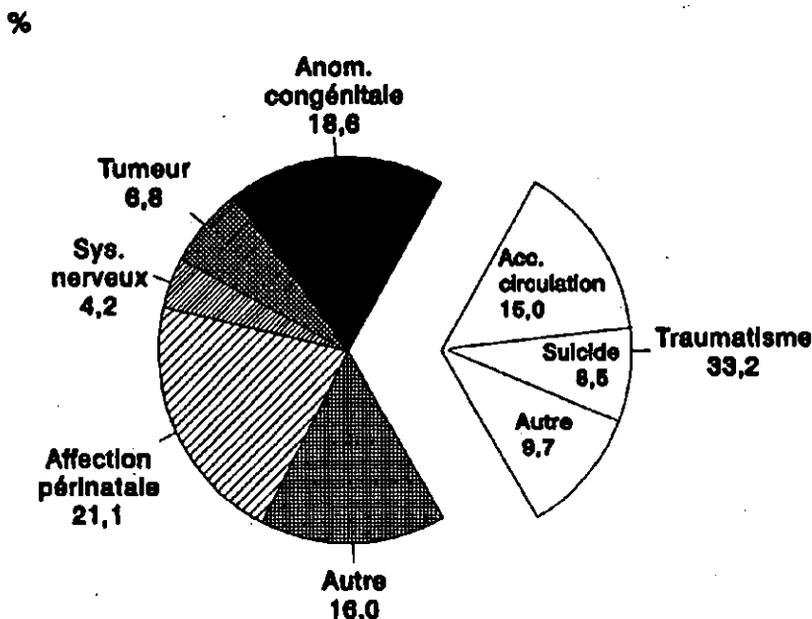
En général, la mortalité est plus importante chez les garçons que chez les filles (72,7 c. 45,5 pour 100 000) dans tous les groupes d'âge, en particulier chez les 15-19 ans où le taux de mortalité des garçons est trois fois supérieur à celui des filles (89,9 c. 30,0 pour 100 000) en 1991-1993.

### 5.1.1 PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS

Les traumatismes constituent la principale cause de mortalité au sein de la population de moins de 20 ans, et sont à l'origine du tiers

des décès (33 %) (graphique 5.1). Les affections périnatales et les anomalies congénitales sont aussi des causes importantes de décès (21 % et 19 %), suivies des tumeurs (7 %) et des maladies du système nerveux et des organes des sens (4,2 %).

**GRAPHIQUE 5.1**  
Principales causes de décès, population de 0 à 19 ans,  
Québec 1991-1993



Source : Lafontaine P. (1995).

Les décès dus à des traumatismes sont principalement causés par des accidents de la circulation impliquant un véhicule moteur qui occasionnent, à eux seuls, 15 % de l'ensemble des décès d'enfants et d'adolescents, que ce soit comme piéton, cycliste, passager ou

conducteur. Les suicides figurent aussi au nombre des décès par traumatisme, et expliquent près d'un décès sur dix (9 %) chez les enfants et les adolescents.

La surmortalité masculine chez les 0-19 ans est particulièrement importante pour les suicides (tableau A.5) : les garçons sont environ quatre fois plus sujets à mourir d'un suicide que les filles (8,2 c. 1,8 pour 100 000). La surmortalité masculine est aussi importante pour les traumatismes dans leur ensemble (28,5 c. 10,4 pour 100 000) et, parmi ceux-ci, pour les accidents de la circulation, pour lesquels la mortalité des garçons est environ le double de celle des filles (12,3 c. 5,3 pour 100 000) pour la période 1991-1993.

#### **PRINCIPALES CAUSES SELON L'ÂGE**

L'importance relative des causes de décès varie selon l'âge (graphique 5.2). Les enfants de moins d'un an méritent l'attention en raison de l'importance de la mortalité infantile et de la spécificité des causes de décès. Chez ceux-ci, les affections périnatales sont la principale cause de mortalité, et expliquent 43 % des décès en 1991-1993, suivies des anomalies congénitales (32 %). Les symptômes et états morbides, dont principalement la mort subite de cause inconnue, comptent aussi parmi les causes importantes de mortalité infantile (10 % des décès).

Les décès chez les enfants de moins d'un an surviennent surtout durant la première semaine ou le premier mois de vie. Ainsi, en 1993, 56 % des décès d'enfants de moins d'un an sont survenus entre 0-6 jours et les deux tiers (67 %) sont survenus entre 0-27 jours (Legault, 1995).

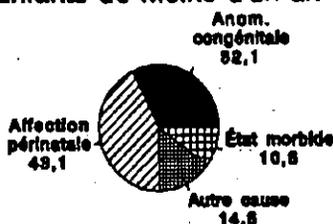
Le syndrome de détresse respiratoire était la cause spécifique la plus courante de décès dus aux affections périnatales chez les bébés de moins d'un an au Canada en 1990, suivi des autres affections de l'appareil respiratoire, des troubles liés à la prématurité et à l'insuffisance de poids à la naissance, et des complications maternelles.

Les anomalies cardiaques représentaient la cause la plus courante d'anomalies congénitales (Harvey *et al.*, 1994).

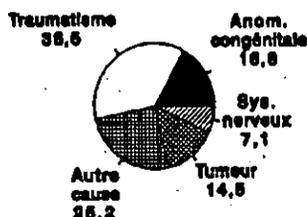
**GRAPHIQUE 5.2**  
Principales causes de décès selon l'âge, population de 0 à 19 ans, Québec 1991-1993

%

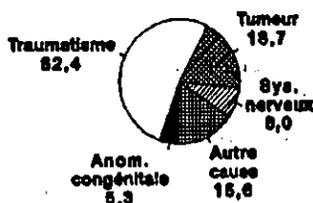
**Enfants de moins d'un an**



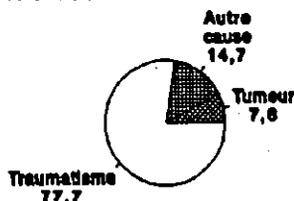
**Enfants de 1-4 ans**



**Enfants de 5-14 ans**



**Adolescents de 15-19 ans**



Source : Lafontaine P. (1995).

Chez les enfants de 1-4 ans, les traumatismes sont la principale cause de décès, et il en est ainsi jusqu'à l'âge adulte. Les traumatismes sont à l'origine de 37 % des décès des enfants de 1-4 ans, soit plus de deux fois plus que les anomalies congénitales (17 %) en 1991-1993. Les accidents de la circulation sont la principale cause de décès dus à des traumatismes et comptent pour 10 % de l'ensemble des décès

**TABEAU 5.6**  
**Perception de l'état de santé selon le sexe, population**  
**de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

ANNÉE / SEXE	PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ			
	EXCELLENT	TRÈS BON	BON	MOYEN, MAUVAIS
	%	%	%	%
<b>1987</b>				
<b>GARÇON</b>	34,5	45,9	17,0	2,6
<b>FILLE</b>	19,2	48,2	28,6	6,0
<b>TOTAL</b>	27,0	47,0	21,8	4,3
<b>1992-1993</b>				
<b>GARÇON</b>	29,0	38,0	28,8	4,2**
<b>FILLE</b>	17,7	38,8	35,9	7,8*
<b>TOTAL</b>	23,5	38,4	32,3	5,9*

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Entre les enquêtes de 1987 et de 1992-93, on observe une baisse importante de la proportion de jeunes de 15-19 ans qui se considèrent en excellente ou en très bonne santé (74 % c. 62 %) au profit de ceux qui s'estiment en moins bonne santé. Cette diminution s'observe tant chez les jeunes hommes (80 % c. 67 %) que chez les jeunes femmes (67 % c. 57 %) et est appréciable pour une courte période de cinq ans. Cette détérioration de la perception des jeunes ne représente pas toutefois un phénomène isolé, puisqu'on a observé une diminution semblable au sein de la population de 15-44 ans, entre les deux enquêtes. Celle-ci pourrait traduire une certaine morosité liée au contexte socioéconomique (Levasseur, 1995).

En 1992-1993, les jeunes qui se considèrent pauvres ont une perception moins favorable de leur état de santé que ceux qui se

considèrent à l'aise financièrement; 55 % et 68 % respectivement le qualifiant d'excellent ou de très bon (tableau 5.7).

**TABLEAU 5.7**  
Perception de l'état de santé selon la perception de  
sa situation financière, population de 15 à 19 ans,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE	PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ	
	EXCELLENT, TRÈS BON	BON, MOYEN, MAUVAIS
	%	%
PAUVRE	54,6	45,5
SUFFISANT	59,1	41,0
À L'AISE	68,3	31,7

## 5.5 AUTONOMIE FONCTIONNELLE

L'état de santé globale s'apprécie non seulement par l'absence de problème de santé, mais aussi par la capacité des individus d'exercer de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. Pour rendre compte de cette réalité, l'Organisation mondiale de la santé distingue la déficience, soit l'altération de la structure ou du fonctionnement des organes; les incapacités, c'est-à-dire la difficulté ou l'impossibilité d'accomplir certaines activités particulières comme monter un escalier; et finalement, le handicap, soit le désavantage social, vécu par l'individu dans l'exercice de certains rôles (comme le travail), résultant d'incapacités insuffisamment compensées (OMS, 1988).

Au Québec, 1,6 % des enfants de moins de 18 ans recevaient une allocation pour enfant handicapé de la Régie des rentes du Québec en 1990, en raison d'une déficience visuelle, auditive, motrice ou mentale ou d'une maladie chronique ou mentale importante et permanente nécessitant la mise en place de mesures spécialisées. Plus de la moitié

(51 %) de ces enfants souffraient d'une maladie chronique (diabète, fibrose kystique, hémophilie ou épilepsie...); les autres présentaient une déficience ou une maladie mentale (19 %) ou une déficience motrice (19 %) (Régie des rentes du Québec, 1992, 1993). On ne peut toutefois réduire l'estimation du nombre d'enfants handicapés, aux seuls usagers de ce programme d'allocation (Chevalier *et al.*, 1995b).

Par ailleurs, l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de Statistique Canada estimait qu'au total 5,6 % des enfants de 0-14 ans du Québec, présentaient une incapacité en 1991 (Statistique Canada, 1992). Cependant ce taux d'incapacité, qui inclut les jeunes institutionnalisés, repose sur une définition plus large de l'incapacité et ne peut être comparé que de façon très générale aux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 (Chevalier *et al.*, 1995b).

Cette enquête constitue une source importante d'information sur l'autonomie de la population non institutionnalisée. Elle ne permet pas de mesurer la déficience ni l'incapacité au sens strict, mais plutôt de mesurer le désavantage ou le handicap quant à l'exercice de certains rôles (Wilkins *et al.*, 1995). Elle permet d'estimer le nombre de journées d'incapacité et la prévalence de différentes formes de limitations fonctionnelles chez les enfants et les jeunes : la limitation des activités habituelles, la dépendance pour les soins personnels ou les activités instrumentales et les restrictions de mobilité. Ces trois aspects sont intégrés dans une échelle hiérarchique fonctionnelle.

### 5.5.1 JOURNÉES D'INCAPACITÉ

L'Enquête permet d'estimer à 7 jours la moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne chez les enfants et les jeunes, soit 6,6 jours chez les enfants de 0-14 ans et 7,8 jours chez les jeunes de 15-24 ans. Ces jours totalisent ceux où les jeunes ont dû, pour des raisons de santé, garder le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital), les journées où ils ont été incapables d'aller à l'école, de tenir maison ou d'aller travailler, et les journées où ils ont

d0 diminuer ou limiter leurs activités habituelles pour des raisons de santé (Wilkins *et al.*, 1995).

### 5.5.2 LIMITATIONS FONCTIONNELLES

En 1992-1993, 3,2 % des enfants et des jeunes de 0-19 ans présentent des limitations fonctionnelles, c'est-à-dire qu'ils sont limités dans leurs activités habituelles, dans leur mobilité, ou qu'ils sont dépendants pour les activités instrumentales ou les soins personnels (tableau 5.8). Ces données permettent d'estimer qu'environ 59 664 enfants et adolescents de moins de 20 ans vivant dans les ménages privés présentent des limitations fonctionnelles.

**TABLEAU 5.8**  
Limitations fonctionnelles selon différents indicateurs, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

INDICATEUR	LIMITATIONS D'ACTIVITÉ
	%
DÉPENDANCE	
POUR SOINS PERSONNELS <sup>1</sup>	0,3**
POUR ACTIVITÉS INSTRUMENTALES <sup>1</sup>	0,4**
RÉDUCTION DE MOBILITÉ	
CONFINEMENT LIT, FAUTEUIL	0,2**
CONFINEMENT AU DOMICILE	0,7*
LIMITATIONS DES ACTIVITÉS	2,5
ENSEMBLE DES LIMITATIONS	3,2

<sup>1</sup> La dépendance n'est mesurée que chez les jeunes d'un an et plus.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La proportion d'enfants et d'adolescents ayant des limitations fonctionnelles ne montre aucune variation notable comparativement

aux données recueillies lors de l'enquête de 1987, que ce soit pour l'ensemble des jeunes de 0-19 ans (3,0 % c. 3,2 %) ou chez les enfants de 0-4 ans (2,0 % c. 2,9 %), de 5-14 ans (3,7 % c. 3,2 %), ou chez les adolescents de 15-19 ans (2,7 % c. 3,5 %) (données non présentées).

En 1992-1993, ces limitations fonctionnelles semblent affecter les enfants et les jeunes dans des proportions similaires quel que soit leur âge, leur sexe, ou le revenu du ménage. Cependant, la proportion de jeunes ayant des limitations est liée au type de ménage et semble plus élevée dans les ménages non familiaux (8 %) que dans les familles biparentales intactes en particulier (2,8 %); ces estimations sont toutefois imprécises et doivent être interprétées avec prudence (tableau A.7).

#### DÉPENDANCE ET RÉDUCTION DE MOBILITÉ

Moins de un pour cent (0,3 %) des enfants et adolescents de 1 à 19 ans sont dépendants pour leurs soins personnels, «c'est-à-dire qu'ils ont besoin d'aide pour prendre soin d'eux-mêmes, pour manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison» à cause d'un handicap ou d'un problème de santé. Une part comparable des jeunes (0,4 %) ont besoin d'aide pour les activités instrumentales, soit «pour s'occuper de leurs affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire leurs commissions ou se déplacer à l'extérieur de la maison»<sup>1</sup>. De même, moins de un pour cent des enfants et adolescents connaissent des restrictions au plan de la mobilité, c'est-à-dire «qu'ils doivent habituellement rester assis ou couchés la plus grande partie de la journée, à cause de leur état de santé» (0,2 %) ou «qu'ils ne peuvent d'ordinaire sortir de la maison lorsqu'il fait beau» (0,7 %) et sont confinés au domicile. Ces proportions sont faibles mais semblables à

---

<sup>1</sup> Si on ne considère que les 5-19 ans (pour lesquels ces deux indicateurs de dépendance semblent plus adéquats) les proportions sont semblables (0,3 % et 0,5 %).

celles observées dans l'ensemble de la population non institutionnalisée de tous âges (Wilkins *et al.*, 1995).

#### LIMITATION DES ACTIVITÉS

Ce sont surtout les limitations des activités habituelles qui caractérisent les enfants et les adolescents de moins de 20 ans qui présentent des limitations fonctionnelles. En 1992-1993, 2,5 % des jeunes étaient limités dans le genre ou la quantité de jeux ou d'activités auxquels ils peuvent participer, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé, comparativement aux jeunes du même âge en bonne santé. La limitation d'activité ne semble pas varier selon l'âge ou le sexe des enfants et des adolescents.

Neuf fois sur dix (89 %), cette limitation restreint les activités de l'enfant ou de l'adolescent depuis au moins un an, dont quatre enfants sur dix depuis leur naissance (43 %). Il s'agit donc principalement de restrictions à long terme; une faible proportion présentant une limitation depuis moins d'un mois (3,9 %), depuis une durée variant entre un et cinq mois (3,3 %) ou entre six et onze mois (3,6 %) (données non présentées). Les restrictions depuis la naissance sont fréquentes chez les enfants de 0-4 ans (59 %) mais aussi chez les enfants de 5-14 ans (40 %) et chez les 15-19 ans (37 %) (données non présentées).

Les maladies respiratoires figurent en tête des principales causes de limitation d'activité, puisqu'elles sont à l'origine de cette limitation chez quatre enfants sur dix (42 %) (tableau 5.9). L'asthme, à lui seul, compte pour 38 % des causes de limitation d'activité ce qui en fait la cause unique la plus importante. Les autres causes importantes sont : les anomalies congénitales et les affections périnatales (16 %), les maladies du système nerveux et des organes des sens (10 %), les maladies du système ostéoarticulaire (9 %) et les traumatismes (6 %).

TABLEAU 5.9

Principales causes de limitation, population de 0 à 19 ans avec limitation d'activité, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CAUSE	%
MALADIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	42,1
<i>ASTHME</i>	37,6
ANOMALIE CONGÉNITALE, AFFECTION PÉRINATALE	15,8*
MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX ET DES SENS	9,8**
<i>SYSTÈME NERVEUX</i>	5,5**
<i>OEIL</i>	1,4**
<i>OREILLE</i>	2,9**
MALADIE DU SYSTÈME OSTÉOARTICULAIRE	8,6**
LÉSION TRAUMATIQUE, EMPOISONNEMENT	6,1**
MALADIE ENDOCRINIENNE ET MÉTABOLIQUE	3,6**
TROUBLE MENTAL	3,5**
MALADIE INFECTIEUSE ET PARASITAIRE	2,5**
AUTRE CAUSE	7,9**

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

#### ÉCHELLE HIÉRARCHIQUE DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Selon l'échelle hiérarchique de limitations fonctionnelles développée dans le cadre de l'enquête (tableau 5.10), moins de un pour cent des enfants et des jeunes se situent dans les niveaux les plus graves de l'échelle, en raison d'un besoin d'aide pour leurs soins personnels (0,3 %) ou pour des activités instrumentales (0,1 %); tandis que la grande majorité se situent au niveau le moins grave de l'échelle en raison de limitations d'activité ou d'une perte de mobilité, et représentent 2,7 % de l'ensemble de la population de 0-19 ans.

**TABLEAU 5.10**  
**Niveaux hiérarchiques de limitations fonctionnelles, population**  
**de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

NIVEAUX HIÉRARCHIQUES <sup>1</sup>	%
SOINS PERSONNELS	0,3**
ACTIVITÉS INSTRUMENTALES	0,1**
LIMITATION D'ACTIVITÉ, MOBILITÉ	2,7
<b>TOTAL</b>	<b>3,2</b>

<sup>1</sup> Niveaux hiérarchiques mutuellement exclusifs dont la gravité est décroissante. Les jeunes présentant plusieurs limitations sont classés selon leur limitation la plus grave.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Ces résultats permettent d'estimer la prévalence et les principales causes de limitations chez les enfants et les adolescents. Par contre, les indicateurs utilisés dans l'enquête, s'ils décrivent bien les pertes d'autonomie de la population plus âgée, sont généraux et permettent difficilement de cerner la gravité des limitations, surtout chez les tout-petits. La dépendance étant plus difficile à mesurer chez les jeunes enfants, les enfants de moins d'un an sont considérés non dépendants, ce qui pourrait conduire à une sous-estimation de la prévalence des limitations fonctionnelles chez les enfants et les adolescents.

## 5.6 CONCLUSION

### FAITS SAILLANTS

**Mortalité** : les traumatismes sont la principale cause de mortalité chez les enfants et les adolescents de 1 à 19 ans, en 1991-1993.

- 75 % des décès d'enfants de moins d'un an sont dus aux affections périnatales et aux anomalies congénitales;
- 78 % des décès des 15 à 19 ans sont causés par des traumatismes, dont 35 % par les accidents de la circulation et 29 % par suicide.

**Accidents non mortels** : en 1992-1993, 8 % des enfants et des adolescents et 11 % des 15 à 19 ans ont subi un accident avec blessures ayant entraîné une limitation d'activité ou une consultation. Les principaux lieux où ils surviennent sont l'intérieur et l'extérieur de la maison, les lieux de loisirs et l'école.

**Problèmes de santé** : les principaux problèmes de santé des enfants et des adolescents, déclarés en 1987, sont les affections cutanées, les allergies, les problèmes respiratoires et les traumatismes.

**Perception de la santé** : entre 1987 et 1992-1993, on observe une diminution importante de la proportion des adolescents de 15 à 19 ans qui se considèrent en excellente ou en très bonne santé (80 % c. 67 %).

**Autonomie fonctionnelle** : en 1992-1993, 3,2 % des enfants et des adolescents vivant dans les ménages privés présentent une limitation fonctionnelle, la plupart depuis plus d'un an ou depuis leur naissance. L'asthme en est la principale cause.

Ces résultats montrent l'importance des traumatismes qui représentent la première cause de mortalité dès l'âge d'un an. Les traumatismes non mortels s'ajoutent aux décès par traumatisme et s'accroissent avec l'âge. Ceci confirme la place des traumatismes au nombre des problèmes prioritaires de la Politique de la santé et du bien-être du Québec (1992). La répartition des lieux où surviennent les blessures non fatales met en lumière des sites d'accidents qui ont peu retenu l'attention jusqu'à maintenant, le domicile et les lieux de loisirs (Robitaille *et al.*, 1995). Ces lieux suggèrent des pistes pour la prévention pour chaque groupe d'âge : l'intérieur du domicile pour les 0 à 4 ans; le domicile, l'école et les lieux de loisirs pour les enfants de 5 à 14 ans. Chez les 15 à 19 ans, les lieux de loisirs affichent des taux de victimes remarquablement élevés, dépassant de loin l'école et la route, un lieu d'accident déjà bien ciblé.

C'est chez les enfants de moins d'un an que la mortalité est la plus importante. Le suicide est une ombre au tableau de la diminution générale de la mortalité chez les enfants et les adolescents au cours de la dernière décennie. Il représente près de trois décès sur dix chez les 15 à 19 ans, décès qui pourraient être évités, comme tous les décès par traumatisme.

Les anomalies congénitales et les affections périnatales (incluant les problèmes liés à la prématurité et aux naissances de petit poids) sont aussi au nombre des problèmes de santé reconnus comme prioritaires (MSSS, 1992). Ensemble, elles sont à l'origine des trois quarts des décès chez les enfants de moins d'un an et de quatre décès sur dix chez les 0 à 19 ans. L'Enquête sociale et de santé montre qu'elles constituent également une des principales causes de limitation d'activité, bien que leur prévalence soit faible parmi les problèmes de santé déclarés. L'ensemble de ces résultats met en lumière la gravité de certains problèmes de santé des enfants et des adolescents.

Les maladies respiratoires sont la principale cause de limitation d'activité chez les enfants et les adolescents, et l'asthme est de loin la

plus fréquente. L'impact de l'asthme justifie qu'on y accorde plus d'attention. Si on fait exception des gripes et des affections aiguës, l'asthme et le rhume des foins sont parmi les maladies respiratoires les plus courantes. Le lien entre ces conditions et les allergies, un autre problème de santé prévalant chez les enfants et les adolescents, pourrait être étudié.

Chez les jeunes de 15 à 19 ans on observe, entre 1987 et 1992-1993, une détérioration de la perception qu'ils ont de leur santé. Cette perception est sans doute le reflet de plusieurs aspects de leur vie, et est en lien avec la perception qu'ils ont de leur situation financière. Cette relation peut être un reflet de la détérioration de la situation économique au Québec depuis 1987. Cette situation devrait être mieux comprise. Par ailleurs, on peut s'interroger sur la signification d'une telle détérioration en regard de la santé et du bien-être des jeunes. La perception plus négative qu'ont les jeunes filles de leur état de santé retient aussi l'attention.

Il existe peu de données sur l'état de santé mentale des Québécois ne vivant pas en institution (Légaré *et al.*, 1995). L'absence d'information sur la santé mentale des jeunes avait d'ailleurs justifié la tenue de la première enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6-14 ans en 1992, effectuée conjointement par le Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.

Ce chapitre vise à donner un aperçu de la santé mentale des enfants et des adolescents en reprenant les principaux résultats de cette enquête en plus de présenter ceux de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993. Ces deux enquêtes mises ensemble permettent de tracer un portrait des principaux troubles mentaux chez les enfants et les adolescents de 6-14 ans, de la détresse psychologique chez les jeunes de 15-19 ans, et de la prévalence des idées et des tentatives de suicide chez les jeunes de 12-19 ans.

### **6.1 SANTÉ MENTALE DES ENFANTS DE 6 À 14 ANS**

L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes a été effectuée auprès d'un échantillon de 2 400 jeunes représentatifs des Québécois de 6 à 14 ans. Elle visait trois objectifs : déterminer la prévalence des troubles mentaux les plus fréquents, identifier les variables associées à ces troubles et étudier les modalités d'utilisation des services (Breton *et al.*, 1993; Valla *et al.*, 1994).

Dans cette enquête, l'évaluation des troubles mentaux a été faite pour les enfants de 6-11 ans à l'aide du Dominique, un questionnaire administré par un intervieweur qui se présente sous la forme d'une bande dessinée; chez les adolescents de 12-14 ans, elle a été établie à partir d'un questionnaire d'entrevue structurée, le *Diagnostic*

*Interview Schedule for Children, Second Version* (DISC-2.25). De plus, une évaluation de la santé mentale des enfants est faite auprès de leurs parents (pour les enfants de 6-14 ans) et de leurs professeurs (pour les enfants de 6-11 ans). Les résultats présentés ici sont essentiellement ceux de l'évaluation faite auprès des jeunes eux-mêmes.

Les troubles étudiés dans l'enquête sont ceux qui sont reconnus pour être les plus fréquents chez les jeunes. Ils peuvent être regroupés en deux grandes catégories, les troubles intériorisés et les troubles extériorisés. Les troubles intériorisés, vécus surtout sous forme de souffrance intérieure, comprennent des troubles anxieux (la phobie simple, l'angoisse de séparation, l'hyperanxiété et l'anxiété généralisée) et des troubles dépressifs (la dépression majeure et la dysthymie). Les troubles extériorisés se manifestent surtout sous la forme de comportements qui dérangent et sont facilement observables. Il s'agit du déficit de l'attention avec hyperactivité, du trouble d'opposition et du trouble des conduites<sup>1</sup>. On a également évalué, chez les jeunes de 12-14 ans présentant des troubles mentaux (intériorisés ou extériorisés), les conséquences de ces troubles sur leur fonctionnement à la maison, avec les pairs ou à l'école; ces difficultés d'adaptation constituent une mesure de la gravité des troubles et permettent de nuancer les prévalences obtenues.

### 6.1.1 PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX

L'enquête montre qu'en 1992, 15 % des enfants de 6-11 ans et 18 % des jeunes de 12-14 ans présentent au moins un trouble mental (graphique 6.1). Chez les jeunes de 6-11 ans, les garçons sont un peu plus nombreux à présenter un trouble mental que les filles (16 % c. 13 %). Chez les adolescents de 12-14 ans les différences entre les garçons et les filles sont beaucoup plus importantes; près d'une fille sur quatre présente au moins un trouble mental (24 %)

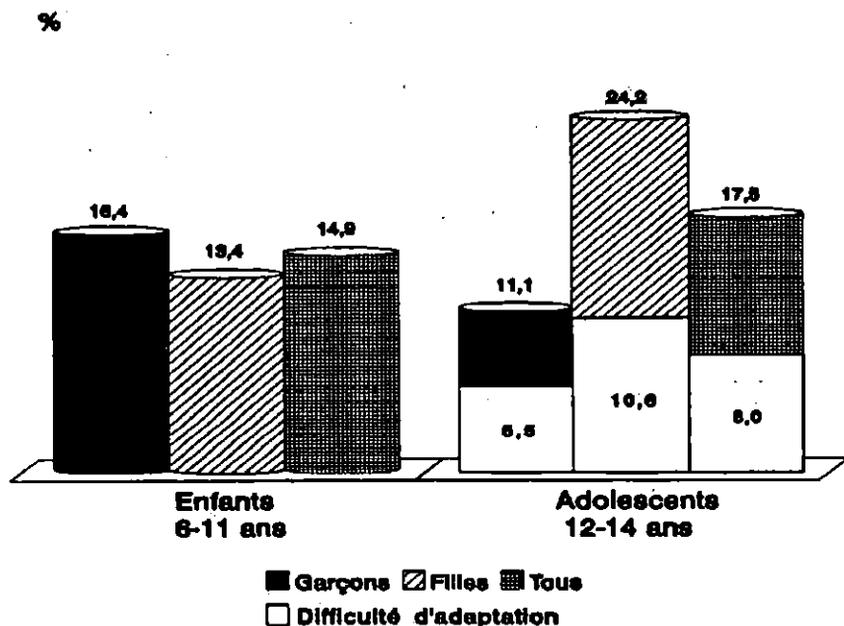
---

<sup>1</sup> Les troubles mentaux sont définis à partir de critères basés sur la classification des troubles mentaux habituellement utilisée, le DSM-III-R.

comparativement à 11 % des garçons. Elles déclarent aussi deux fois plus de difficultés d'adaptation (à la maison, avec les pairs ou à l'école) que les garçons (11 % c. 6 %).

### GRAPHIQUE 6.1

Prévalence des troubles mentaux<sup>1</sup> et des difficultés d'adaptation<sup>2</sup> selon l'âge et le sexe, population de 6 à 14 ans, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1992



<sup>1</sup> Prévalence telle qu'évaluée auprès de l'enfant lui-même.

<sup>2</sup> Mesurées chez les adolescents seulement.

Source : Breton *et al.*, 1993; Valla *et al.*, 1994.

La prévalence de troubles mentaux est plus élevée lorsqu'on se fie à l'évaluation faite par les parents. Selon eux, 20 % des enfants et des adolescents de 6-14 ans présentent un trouble mental, dont la moitié (10 %) présentent des difficultés d'adaptation (données non présentées).

#### TRoubles MENTAUX CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 11 ANS

La prévalence et la nature des troubles mentaux sont fortement liées à l'âge et au sexe de l'enfant et de l'adolescent. Chez les jeunes de 6-11 ans, un enfant sur dix (10 %) présente au moins un trouble intériorisé, soit 9 % des garçons et 11 % des filles (graphiques 6.2a et 6.2b). La prévalence des troubles extériorisés à cet âge (8 %) est surtout le fait des garçons puisque 11 % des garçons présentent au moins un de ces troubles, alors que c'est le cas de seulement 3,8 % des filles.

Les différents troubles intériorisés ont des prévalences qui varient entre 1 % et 5 % chez les garçons et les filles de 6-11 ans. Les troubles les plus fréquents sont l'hyperanxiété<sup>1</sup> chez les filles (4,7 %) et la dépression majeure<sup>2</sup> chez les garçons (4,1 %), de même que l'angoisse de séparation<sup>3</sup> chez les garçons et les filles (3,2 % et

---

<sup>1</sup> L'hyperanxiété est un trouble caractérisé par une anxiété ou des soucis excessifs (au sujet d'événements à venir, de comportements passés ou de performances) avec ou sans manifestation physique (tension musculaire, palpitations...). L'anxiété généralisée (évaluée seulement chez les 12-14 ans) s'en distingue par de nombreux symptômes physiques.

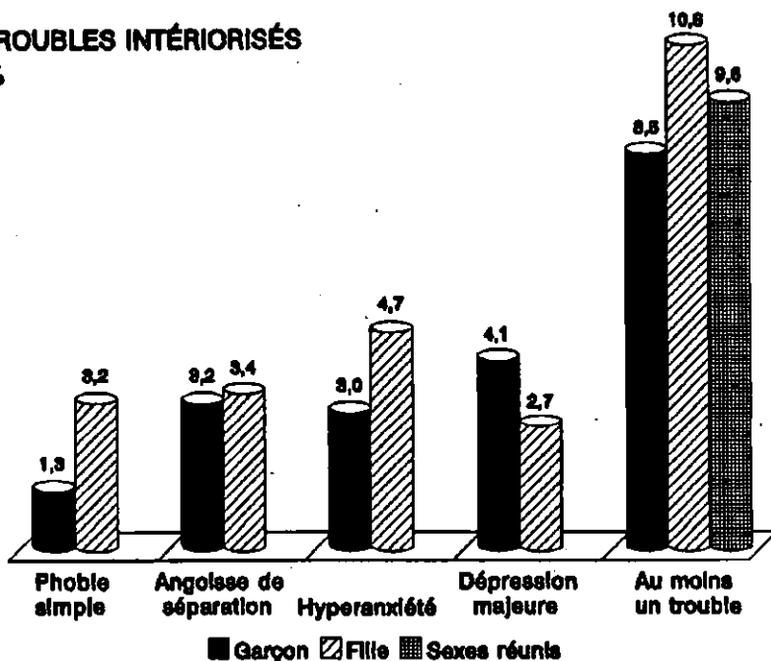
<sup>2</sup> La dépression majeure est caractérisée par une humeur dépressive ou irritable ou une perte d'intérêt associée à d'autres symptômes (troubles de l'appétit, du sommeil, idées suicidaires...) persistant depuis au moins deux semaines. Chez les 12-14 ans, les auteurs évaluent aussi la présence de dythymie, un trouble dépressif chronique (depuis au moins un an).

<sup>3</sup> L'angoisse de séparation se caractérise par une anxiété excessive lorsque l'enfant doit se séparer des personnes auxquelles il est attaché.

3,4 %). Les phobies<sup>1</sup> sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons de cet âge (3,2 % c. 1,3 %). La phobie de la noirceur est la plus fréquemment rapportée chez les enfants de 6-11 ans.

**GRAPHIQUE 6.2A**  
Prévalence des troubles mentaux intériorisés<sup>1</sup> selon le sexe, population de 6 à 11 ans, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1992

**TROUBLES INTÉRIORISÉS**  
%



<sup>1</sup> Prévalence telle qu'évaluée auprès de l'enfant lui-même.

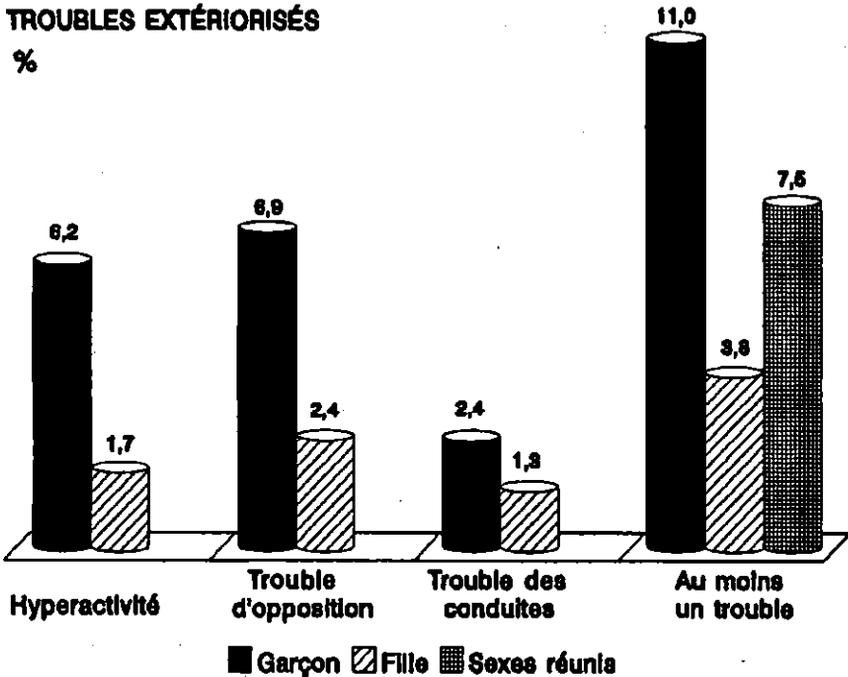
Source : Breton *et al.*, 1993.

<sup>1</sup> Les phobies sont des peurs persistantes qui suscitent une angoisse incontrôlable.

**GRAPHIQUE 6.2b**  
 Prévalence des troubles mentaux extériorisés<sup>1</sup> selon le sexe,  
 population de 6 à 11 ans, Enquête québécoise sur  
 la santé mentale des jeunes, 1992

**TROUBLES EXTÉRIORISÉS**

%



<sup>1</sup> Prévalence telle qu'évaluée auprès de l'enfant lui-même.

Source : Breton *et al.*, 1993.

Les différences entre les sexes sont beaucoup plus importantes pour les troubles extériorisés, et les trois troubles étudiés ici sont plus prévalents chez les garçons que chez les filles. Ainsi, entre 6 % et

7 % des garçons de 6-11 ans présentent soit de l'hyperactivité<sup>1</sup> soit un trouble d'opposition<sup>2</sup>, comparativement à 2 % des filles. Le trouble des conduites<sup>3</sup> est un peu plus fréquent chez les garçons que chez les filles (2,4 % c. 1,3 %).

Le portrait qui se dégage de l'évaluation faite par les parents est différent (données non présentées). Selon leur déclaration, plus d'un enfant sur dix présente une phobie simple. De plus, les parents sont un peu plus enclins à repérer des signes d'hyperactivité. Selon eux, 6 % des enfants seraient hyperactifs alors que la prévalence selon l'évaluation de l'enfant est de 6 % chez les garçons et 1,7 % chez les filles. Les professeurs sont beaucoup plus enclins à repérer ces signes. Selon ces derniers, 9 % des enfants, soit 13 % des garçons et 5 % des filles, présenteraient des signes d'hyperactivité.

#### TROUBLES MENTAUX CHEZ LES ADOLESCENTS DE 12-14 ANS

Chez les adolescents de 12-14 ans, on l'a vu, les troubles mentaux sont beaucoup plus prévalents chez les filles que chez les garçons (24 % c. 11 %). Cette différence est en grande partie attribuable à l'importance des troubles intériorisés chez les jeunes filles; plus d'une adolescente sur cinq présente un trouble intériorisé (22 %) alors que la prévalence est seulement de 7 % chez les garçons (graphiques 6.3a et 6.3b). Les troubles extériorisés sont beaucoup moins prévalents

---

<sup>1</sup> L'hyperactivité avec déficit de l'attention est un trouble qui se manifeste par une inattention (ex. n'écoute pas), une impulsivité (ex. incapable d'attendre), ou une hyperactivité (ex. agitation) anormale pour le niveau de développement de l'enfant et qui affecte son comportement social, sa performance scolaire ou son estime de lui.

<sup>2</sup> Le trouble d'opposition est caractérisé par un ensemble de comportements, de négativisme fréquent, d'hostilité et de provocation, sans violation grave des droits fondamentaux d'autrui.

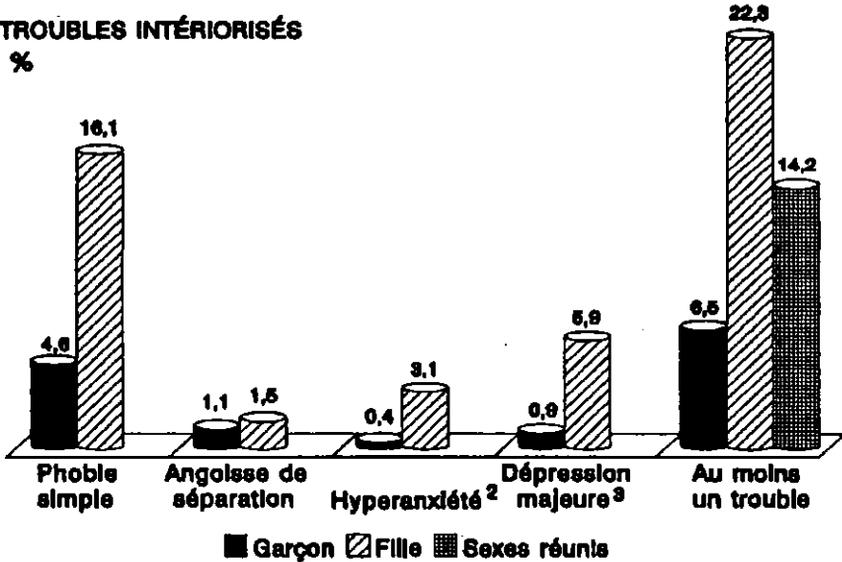
<sup>3</sup> Les troubles des conduites sont des conduites répétitives et persistantes comportant une violation des normes, des règles ou des droits fondamentaux d'autrui (agressions physiques, vols, méfaits...).

(4,4 %) que les troubles intériorisés, du moins chez les filles; 6 % des garçons et 3 % des filles présentent un trouble extériorisé. Les troubles intériorisés entraînant des difficultés d'adaptation (à la maison, avec les pairs ou à l'école) ont été rapportés par 9 % des filles et 2,2 % des garçons. Les troubles extériorisés entraînant des difficultés d'adaptation ont été rapportés par 2,3 % des filles et 3,7 % des garçons (données non présentées).

**GRAPHIQUE 6.3A**

**Prévalence des troubles mentaux intériorisés<sup>1</sup> selon le sexe, population de 12 à 14 ans, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1992**

**TROUBLES INTÉRIORISÉS**  
%



<sup>1</sup> Prévalence telle qu'évaluée auprès de l'enfant lui-même.

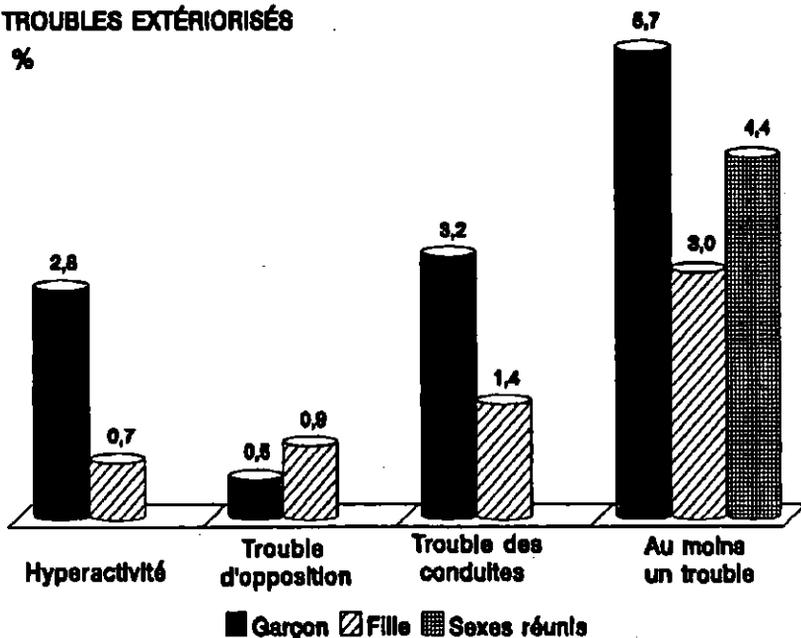
<sup>2</sup> Hyperanxiété ou anxiété généralisée.

<sup>3</sup> Dépression majeure ou dysthymie.

Source : Breton *et al.*, 1993.

**GRAPHIQUE 6.3B**  
**Prévalence des troubles mentaux extériorisés<sup>1</sup> selon le sexe,**  
**population de 12 à 14 ans, Enquête québécoise sur**  
**la santé mentale des jeunes, 1992**

**TROUBLES EXTÉRIORISÉS**  
**%**



<sup>1</sup> Prévalence telle qu'évaluée auprès de l'enfant lui-même.

Source : Breton *et al.*, 1993.

La forte prévalence des troubles intérieurs est surtout due à la prévalence de la phobie simple chez les adolescentes qui touche 16 % des filles de 12-14 ans. Les phobies sont aussi relativement prévalentes chez les garçons (4,6 %) et sont, en fait, le trouble le plus

fréquent pour les deux sexes. La phobie des araignées, insectes, souris, etc. est la plus fréquente. Les autres troubles fréquents chez les filles sont la dépression majeure ou la dysthymie (6 %) et l'hyperanxiété ou l'anxiété généralisée (3,1 %). En fait, à part des phobies, les autres troubles intériorisés ont des prévalences faibles chez les garçons (1 % et moins).

Les troubles extériorisés diminuent de moitié chez les garçons de 12-14 ans comparativement à ce qu'ils étaient chez les plus jeunes. Ils demeurent plus fréquents chez les garçons de 12-14 ans que chez les filles, surtout pour l'hyperactivité. Environ 3 % des garçons de 12-14 ans présentent de l'hyperactivité ou un trouble des conduites comparativement à 1 % des filles.

Les adolescentes de 12-14 ans constituent le groupe qui présente la plus forte prévalence de troubles mentaux parmi les groupes étudiés. Même si les phobies contribuent beaucoup à cette prévalence globale, la fréquence des difficultés d'adaptation rapportées par celles-ci confirme que ce groupe présente un risque élevé de psychopathologie selon cette enquête (Valla *et al.*, 1994).

## **6.2 DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES JEUNES DE 15 À 19 ANS**

L'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 étudie la présence de détresse psychologique au sein de la population de 15 ans et plus, comme l'avait fait l'enquête Santé Québec 1987. Cette mesure de la santé mentale n'indique pas la présence de troubles psychiatriques cliniques, mais permet de cibler les personnes ayant des symptômes nombreux ou fréquents.

L'indice de détresse psychologique est constitué de quatorze énoncés portant sur des sentiments ressentis au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. Dans la population adulte, un niveau élevé à cet indice a été associé à la consultation pour un problème de santé

mentale, à la présence d'idées ou de tentatives de suicides et à la consommation de certaines drogues psychoactives (Prévile *et al.*, 1992). Bien que cet indice n'ait pas été spécifiquement conçu pour évaluer la santé mentale des adolescents, il permet d'examiner les caractéristiques des jeunes figurant dans la catégorie «élevée» de cette échelle. D'un point de vue plus descriptif, les différents énoncés qui le composent serviront ensuite à décrire certains sentiments des jeunes et leur état d'esprit face à leur avenir.

### 6.2.1 INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

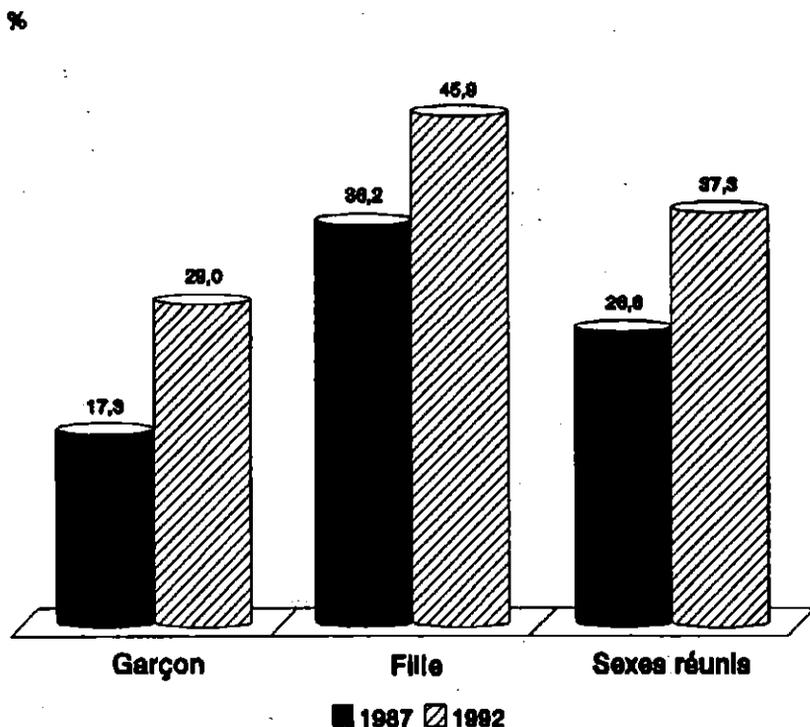
En 1992-93, près de quatre jeunes de 15-19 ans sur dix (37 %) figurent dans la catégorie «élevée» de l'indice de détresse psychologique (graphique 6.4). Cette proportion se compare à celle observée globalement chez les 15-24 ans (35 %), qui constituent le groupe d'âge où la proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice est la plus importante dans la population de 15 ans et plus (Légaré *et al.*, 1995).

La proportion de jeunes de 15-19 ans ayant un niveau élevé de détresse psychologique a augmenté de façon remarquable entre 1987 et 1992-1993, passant de 27 % à 37 % en 5 ans seulement. Cette augmentation est significative tant chez les jeunes hommes (17 % à 29 %) que chez les jeunes femmes (36 % à 46 %). Une telle augmentation a d'ailleurs été observée dans l'ensemble de la population québécoise, mais ce sont les jeunes de 15-24 ans qui semblent avoir été les plus touchés; ceci constitue probablement l'un des résultats marquants de cette enquête (Légaré *et al.*, 1995; Santé Québec, 1994). Certains ont posé l'hypothèse que cette hausse puisse être en lien avec la détérioration de la situation économique, le caractère de plus en plus précaire des emplois, particulièrement pour les jeunes, associée à de lointaines perspectives d'amélioration (Légaré *et al.*, 1995).

Les jeunes femmes de 15-19 ans sont beaucoup plus nombreuses à présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que les

jeunes hommes (46 % c. 29 %). Cette prévalence plus élevée de la détresse chez les femmes n'est pas le propre des jeunes, et s'observe dans d'autres groupes d'âge (Légaré *et al.*, 1995).

**GRAPHIQUE 6.4**  
Niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe,  
population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987  
et Enquête sociale et de santé 1992-1993



La proportion de jeunes qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique est particulièrement forte chez ceux qui vivent dans un ménage non familial (53 %) comparativement aux jeunes vivant dans

une famille biparentale intacte (35 %) (tableau 6.1). Par ailleurs, les jeunes qui se considèrent à l'aise financièrement de même que ceux qui perçoivent leur état de santé comme excellent ou très bon sont moins nombreux à présenter un niveau élevé de détresse (33 % et 31 %) que ceux qui se considèrent pauvres (45 %) ou ont une perception moins favorable de leur santé (48 %). Les différences liées à la perception de l'état de santé s'observent tant chez les jeunes hommes (25 % c. 37 %) que chez les jeunes femmes (38 % c. 57 %) (données non présentées).

**TABEAU 6.1**  
Niveau élevé de détresse psychologique selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	NIVEAU ÉLEVÉ
	%
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>1</sup></b>	
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	34,8
FAMILLE MONOPARENTALE	37,3
FAMILLE RECOMPOSÉE	41,8
MÉNAGE NON FAMILIAL	52,7
<b>PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE</b>	
PAUVRE	45,2
SUFFISANT	38,6
À L'AISE	32,8
<b>PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ</b>	
EXCELLENT, TRÈS BON	31,0
BON, MOYEN, MAUVAIS	48,0
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL</b>	
FAIBLE	83,2
ÉLEVÉ	32,5
<b>TOTAL</b>	<b>37,3</b>

<sup>1</sup> «Autre famille» exclue.

La détresse psychologique est étroitement liée au niveau de soutien social des jeunes; 63 % de ceux qui ont un niveau faible de soutien social présentent un niveau élevé de détresse psychologique comparativement à 33 % de ceux qui ont un meilleur soutien social. Par contre, le lien auquel on aurait pu s'attendre entre la rupture des parents avant l'âge de 12 ans et la présence de détresse chez les adolescents n'a pas été confirmé chez les jeunes, contrairement à ce qui avait été observé dans l'ensemble de la population (Légaré *et al.*, 1995).

### 6.2.2 SENTIMENTS DES JEUNES

Les énoncés qui composent l'indice de détresse psychologique constituent un indicateur de santé mentale lorsqu'ils sont considérés simultanément. Pris séparément, ces énoncés ne devraient pas cependant être interprétés comme des symptômes spécifiques. Ils apportent toutefois des indications utiles, d'un point de vue descriptif, sur l'état d'esprit des jeunes et sur leurs sentiments.

La quasi totalité des jeunes (93 %) ont rapporté avoir ressenti l'un ou l'autre de ces sentiments durant la semaine ayant précédé l'enquête (soit de «temps en temps», «assez souvent» ou «très souvent»).

La proportion des jeunes qui se disent tendus ou sous pression est très élevée; un jeune sur cinq (21 %) a déclaré s'être souvent («assez» ou «très souvent») senti ainsi au cours de cette semaine, ce qui en fait un des sentiments déclarés le plus fréquemment par les jeunes (tableau 6.2). Des proportions de jeunes variant entre 11 % et 18 % ont déclaré ressentir souvent chacun des autres sentiments.

Tous ces sentiments, sauf l'ennui, ont été rapportés davantage par les jeunes femmes que par les jeunes hommes. Ainsi, par exemple plus du quart des jeunes femmes ont déclaré s'être souvent senties tendues ou sous pression (26 %) comparativement à 15 % des jeunes hommes; elles ont été également plus enclines que les jeunes hommes à se déclarer souvent agitées ou nerveuses intérieurement (23 % c. 13 %).

Malgré cet écart, ces deux sentiments sont parmi les plus fréquents tant chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. Par contre, les proportions d'adolescentes et d'adolescents qui ont déclaré avoir pleuré au cours de la semaine (27 % c. 5 %) s'écartent radicalement, faisant de ce sentiment l'un des plus fréquemment exprimés par les filles et l'un des moins exprimés par les garçons.

TABLEAU 6.2

Sentiments ressentis «assez» ou «très souvent» au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

SENTIMENT <sup>1</sup>	SEXE		TOTAL
	GARÇON	FILLE	
	%	%	%
TENDU OU SOUS PRESSION	15,3	26,2	20,6
AGITÉ, NERVEUX INTÉRIEUREMENT	12,8	23,0	17,8
FÂCHÉ POUR DES CHOSES SANS IMPORTANCE	11,5	22,0	16,6
ENNUYÉ, PEU INTÉRESSÉ	14,2	17,6	15,8
DÉCOURAGÉ, A EU LES «BLEUS»	10,8	17,2	15,6
FACILEMENT CONTRARIÉ OU IRRITÉ	11,8	19,4	15,5
A PLEURÉ, SENTI SUR LE POINT DE PLEURER	4,6**	26,7	15,4
S'EST LAISSÉ EMPORTER	11,4	18,9	15,1
SENTI SEUL	12,1	17,6	14,8
DÉSÉSPÉRÉ EN PENSANT À L'AVENIR	11,6	17,0	14,3
SENTI DES PEURS, DES CRAINTES	7,6*	18,0	12,7
SENTI NÉGATIF ENVERS LES AUTRES	9,1*	12,5	10,8

<sup>1</sup> Les résultats des deux derniers énoncés (blancs de mémoire et difficulté à se souvenir) ne sont pas présentés car peu de jeunes ont rapporté ressentir souvent ces sentiments.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Ces écarts entre les sentiments déclarés par les jeunes hommes et les jeunes femmes se reflètent dans la plus forte proportion de filles qui présentent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Par ailleurs, une comparaison des réponses des jeunes de 1987 et de 1992-1993 aux différents énoncés de l'indice suggère que la plupart de ces sentiments ont été rapportés plus fréquemment lors de la récente enquête que cinq ans auparavant. L'augmentation de la détresse psychologique entre les deux enquêtes ne semble donc pas pouvoir être attribuée à l'augmentation d'un seul de ces aspects.

### **DÉSÉSPAIR FACE À L'AVENIR**

Compte tenu du contexte difficile où vivent les jeunes et des possibilités d'avenir souvent présentées comme limitées, la question portant sur le désespoir face à l'avenir revêt un intérêt particulier.

Comme le montre le tableau 6.3, les jeunes femmes sont plus enclines à être désespérées face à l'avenir que les jeunes hommes du même âge. Plus de six filles sur dix rapportent s'être senties désespérées de «temps en temps» ou «souvent» (46 % et 17 %) au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, comparativement à 39 % et 12 % chez les garçons. Les jeunes qui se considèrent pauvres sont aussi plus enclins à être souvent désespérés face à l'avenir que ceux qui se considèrent à l'aise (20 % c. 9 %). Par contre, ce sentiment est moins souvent présent chez les jeunes vivant dans une famille biparentale intacte (12 %) que chez les adolescents de famille recomposée (22 %).

Le désespoir face à l'avenir est également lié au niveau de soutien social des jeunes; 29 % de ceux qui ont un faible niveau de soutien social ont dit avoir été «souvent» désespéré en pensant à l'avenir en regard de 11 % chez les jeunes qui ont un meilleur soutien social.

La proportion de jeunes qui se sont dits désespérés en pensant à l'avenir a augmenté significativement en cinq ans (données non présentées), comme pour la plupart des énoncés. L'augmentation est surtout attribuable au fait que plus de jeunes en 1992-1993 ont dit

avoir eu ce sentiment «de temps en temps» (34 % c. 42 %), et moins de jeunes ont dit ne pas avoir eu du tout ce sentiment (53 % c. 44 %); la proportion de ceux qui ont dit avoir «souvent» ce sentiment n'a pas varié (13 % c. 14 %).

TABLEAU 6.3

Désespoir face à l'avenir selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	DÉSÉPOIR <sup>1</sup>		
	JAMAIS	DE TEMPS EN TEMPS	ASSEZ SOUVENT
	%	%	%
<b>SEXE</b>			
GARÇON	49,8	38,6	11,6
FILLE	37,3	45,7	17,0
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>2</sup></b>			
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	46,4	41,9	11,7
FAMILLE MONOPARENTALE	41,8	39,4	18,8*
FAMILLE RECOMPOSÉE	37,9	39,7	22,4*
MÉNAGE NON FAMILIAL	32,7*	52,4	15,0**
<b>PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE</b>			
PAUVRE	38,1	41,8	20,0*
SUFFISANT	41,2	44,9	13,9
À L'AISE	50,1	40,6	9,3**
<b>SOUTIEN SOCIAL</b>			
FAIBLE	22,9*	48,0	29,2
ÉLEVÉ	47,6	41,1	11,3
<b>TOTAL</b>	<b>43,7</b>	<b>42,1</b>	<b>14,3</b>

<sup>1</sup> Au cours de la semaine ayant précédé l'enquête.

<sup>2</sup> «Autre famille» exclue.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

### 6.2.3 CONSÉQUENCES DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Afin de rendre compte de l'intensité de la détresse psychologique, l'Enquête sociale et de santé examine si les sentiments énoncés ont nui à différents aspects de la vie des jeunes au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

Chez les jeunes qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique, six jeunes sur dix (59 %) ont rapporté que ces sentiments avaient nui à leur vie familiale ou sentimentale, 43 % ont estimé que cela avait nui à leur capacité de travailler ou de poursuivre leurs études, et le tiers (33 %) ont dit que ces manifestations les ont restreints dans leurs activités sociales (loisirs, rencontres avec leur parenté, les amis, autres) (données non présentées).

Les jeunes qui rapportent avoir ressenti au moins un des sentiments sans toutefois présenter un niveau élevé de détresse psychologique considèrent aussi que ces manifestations ont nui à ces aspects de leur vie, mais dans des proportions beaucoup moins importantes (17 %, 15 % et 9 % respectivement). Les jeunes femmes (avec ou sans détresse psychologique élevée) sont plus enclines à exprimer des conséquences sur leur vie familiale ou sentimentale que les jeunes hommes (42 % c. 26 %).

Plus d'un jeune sur vingt (7 %) a affirmé avoir «consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations». Cette proportion atteint 11 % chez les garçon et les filles présentant un niveau élevé de détresse. Un faible pourcentage (3,5 %) des jeunes qui ont eu ces sentiments sans présenter un niveau élevé de détresse ont aussi dit avoir consulté. Ils ont consulté des professionnels de la relation d'aide (psychologues, travailleurs sociaux, pédagogues, etc.) et des professionnels de la santé.

### 6.3 SUICIDE CHEZ LES JEUNES

Le phénomène du suicide englobe trois réalités : celle des suicides complétés, dont le portrait est tracé principalement par les registres de décès, et celles des idées et des tentatives de suicide sur lesquels on peut interroger directement les jeunes, comme on l'a fait dans l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6-14 ans 1992 et dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993.

Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-19 ans, comme on a pu le constater dans le chapitre précédent; c'est aussi une cause importante de mortalité chez les plus jeunes. En 1993, on dénombrait au Québec 103 décès par suicide de jeunes de 10-19 ans, dont 88 chez ceux de 15-19 ans, les autres étant des enfants de moins de 15 ans (Legault, 1995).

La mortalité par suicide a connu une augmentation importante depuis les années 60 (Boyer et Langelier-Biron, 1991). Bien que cette progression ait été plus lente au cours de la dernière décennie, entre les périodes de 1979-1981 et de 1991-1993 (taux de mortalité annuel moyen sur 3 ans), le taux de mortalité par suicide est passé chez les jeunes hommes de 15-19 ans, de 19,6 à 29,2 pour 100 000 jeunes, et, chez les jeunes femmes, de 3,5 à 5,0 pour 100 000. Pour la même période, le taux de mortalité des enfants de 5-14 ans est passé de 0,6 à 1,4 pour 100 000 enfants (Lafontaine, 1995). La mortalité par suicide est beaucoup plus importante chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. La surmortalité des hommes de tout âge s'expliquerait en partie par le fait qu'ils utilisent des méthodes de suicide plus violentes que les femmes (Boyer et Langelier-Biron, 1991).

Les idées et les tentatives de suicides sont des phénomènes beaucoup plus fréquents que les décès par suicide, et leurs facteurs de risque ou de prédiction sont similaires à l'exception de l'appartenance sexuelle, les femmes faisant davantage de tentatives et les hommes plus de suicides complétés (Tousignant, 1994; Boyer *et al.*, 1992).

Chez les adolescents, les deux facteurs les plus souvent mis en cause dans les conduites suicidaires sont le climat familial et l'abus de drogue et d'alcool (Tousignant *et al.*, 1988). Le climat familial contribuerait davantage au phénomène suicidaire (mésententes conjugales, relations chaotiques, violence et abus physiques, comportement suicidaire ou alcoolisme d'un des parents) que la séparation d'avec les parents. La perte d'un parent par décès y serait liée moins clairement (Tousignant *et al.*, 1988; Coté *et al.*, 1992). L'usage excessif d'alcool et de drogues par les jeunes suicidaires est aussi souvent rapporté (Coté *et al.*, 1992). Cette relation, complexe bien que réelle, pourrait refléter surtout le fait que les comportements suicidaires et d'abus présentent des facteurs de risque communs (Giroux et Legault, 1994).

À ces deux facteurs importants de vulnérabilité s'ajoutent principalement la présence de maladie grave, les problèmes de santé mentale, dont un état dépressif ou une tendance à l'impulsivité, et la qualité des contacts avec l'entourage (Coté *et al.*, 1992; Tousignant *et al.*, 1988; Boyer *et al.*, 1992). Certains facteurs dits précipitants ou un état de crise, contribueraient à provoquer le passage à l'acte suicidaire, comme les problèmes amoureux, les insuccès scolaires et les pertes d'amis (Tousignant, 1994). Une étude effectuée au Québec en 1991 auprès de 5 581 élèves du secondaire âgés entre 12 et 18 ans a montré que les sentiments des élèves (sentiment d'être malheureux, d'avoir un faible bien-être personnel, d'avoir une vie stressante) s'avèrent les meilleurs indicateurs des idées et des tentatives de suicides (Giroux et Legault, 1994).

### 6.3.1 IDÉES ET TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES JEUNES DE 12 À 14 ANS

L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, effectuée en 1992, a permis de préciser la prévalence des idées et des tentatives de suicide chez les adolescents de 12-14 ans, et leur relation avec les troubles mentaux (Valla *et al.*, 1994).

En 1992, 7,2 % des adolescents de 12-14 ans ont rapporté avoir eu des idées suicidaires au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

Ces pensées sont plus présentes chez les filles (10 %) que chez les garçons (4,4 %) et augmentent avec l'âge entre 12 et 14 ans, tant chez les adolescents (0,7 % c. 8,1 %) que chez les adolescentes (5,4 % c. 13,4 %) (données non présentées). Parmi ces jeunes, 4,1 % affirment avoir déjà essayé de se tuer au cours de leur vie, dont 1,5 % au cours des six mois ayant précédé l'enquête. Comme c'est le cas pour les idées suicidaires, ce comportement est rapporté plus fréquemment par les filles que par les garçons (6,8 % c. 1,9 %).

Les parents semblent peu au courant des idées suicidaires de leurs adolescentes surtout, puisqu'ils estiment que 4,2 % des garçons et 6,8 % des filles ont des idées suicidaires, alors que 10 % des adolescentes affirment avoir de telles idées. Les parents rapportent également neuf fois moins de tentatives de suicide que leurs enfants : selon eux, 0,7 % des garçons et 0,8 % des filles ont déjà tenté de s'enlever la vie.

Ces résultats confirment ceux de deux études faites au Québec auprès des élèves du secondaire quant à l'importance des idées et des tentatives de suicides et à la prédominance des filles dans les comportements suicidaires (Tousignant *et al.*, 1988; Coté *et al.*, 1990).

### 6.3.2 IDÉES ET TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES JEUNES DE 15 À 19 ANS

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 interroge les jeunes de 15-19 ans quant à leurs comportements suicidaires. Les questions utilisées sont comparables à celles de l'enquête de 1987, mais différent, dans la formulation et dans la période de référence, de celles de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6-14 ans 1992.

En 1992-1993, à la question «Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)?» 17 % des jeunes Québécois de 15-19 ans ont répondu par l'affirmative et 10 % ont répondu qu'ils y avaient pensé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (tableau 6.4). Une jeune femme sur cinq (21 %) a

déclaré avoir déjà eu au cours de sa vie des pensées de suicide comparativement à 14 % des jeunes hommes. Par ailleurs, un jeune sur vingt (5 %) a déclaré «avoir déjà fait une tentative de suicide (essayé de s'enlever la vie)», dont 2,1 % au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Chez les jeunes femmes, 7 % ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie comparativement à 3,5 % chez les jeunes hommes.

**TABLEAU 6.4**

**Idées suicidaires ou tentatives de suicide au cours de sa vie ou des douze mois ayant précédé l'enquête selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993**

SEXE	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
<b>IDÉE SUICIDAIRE</b>			
<b>À VIE</b>			
GARÇON	11,6	13,8	32 987
FILLE	18,0	21,2	48 536
SEXES RÉUNIS	14,7	17,4	81 523
<b>DOUZE MOIS</b>			
GARÇON	6,9	9,1*	21 809
FILLE	9,3	11,6	28 542
SEXES RÉUNIS	8,1	10,3	48 352
<b>TENTATIVE DE SUICIDE</b>			
<b>À VIE</b>			
GARÇON	3,3	3,5**	8 323
FILLE	5,8	7,0**	16 044
SEXES RÉUNIS	4,6	5,2	24 387
<b>DOUZE MOIS</b>			
GARÇON	2,4	2,0**	4 715
FILLE	3,5	2,2**	4 949
SEXES RÉUNIS	2,9	2,1**	9 660

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Selon les réponses des jeunes à l'enquête, on peut estimer que 24 367 jeunes Québécois de 15-19 ans auraient fait une tentative de suicide au cours de leur vie, dont 9 660 au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Au cours de cette même année, 48 352 jeunes auraient pensé SÉRIEUSEMENT à s'enlever la vie. Les deux tiers (65 %) de ceux-ci ont dit qu'ils avaient prévu un moyen pour le faire. Ce dernier fait peut être interprété comme une indication du caractère sérieux de ces idées suicidaires (Légaré *et al.*, 1995).

La proportion des jeunes de 15-19 ans qui ont déclaré avoir déjà pensé à se suicider au cours de leur vie montre un accroissement non significatif entre 1987 et 1992-1993 (15 % c. 17 %); il en est de même de ceux qui ont dit y avoir pensé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (8 % à 10 %). Les jeunes qui ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide dans leur vie (4,6 % à 5,2 %) ou dans l'année précédente (2,9 % à 2,1 %) ont peu varié en proportion. Ces variations, bien que non significatives, suggèrent que le phénomène ne va pas en s'amenuisant (Légaré *et al.*, 1995). L'enquête Santé Québec 1987 comme l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 révèlent que ce sont les jeunes de 15-24 ans qui, de tous les groupes d'âge, sont les plus touchés par les idées et les tentatives de suicide.

On peut mieux comprendre le phénomène des idées et des tentatives de suicide chez les jeunes, en examinant séparément les caractéristiques des jeunes qui ont des idées suicidaires seulement (sans avoir fait une tentative) et celles des jeunes qui ont fait des tentatives à l'exclusion des premiers.

### **IDÉES SUICIDAIRES**

Plusieurs caractéristiques distinguent les jeunes qui ont rapporté avoir déjà eu des idées suicidaires au cours de leur vie (sans avoir attenté à leurs jours), de ceux qui n'en ont pas eu (on exclut ici les jeunes ayant

rapporté une tentative de suicide) (tableau 6.5)<sup>1</sup>. Les jeunes de 15-19 ans qui ont rapporté avoir déjà eu des idées suicidaires au cours de leur vie sont plus nombreux chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (15 % c. 11 %); ils sont aussi plus nombreux chez les jeunes qui se considèrent pauvres (19 %) ou qui ne sont pas habituellement aux études (20 %) que chez les autres (tableau 6.5).

**TABLEAU 6.5**

**Idées suicidaires au cours de sa vie selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans n'ayant pas rapporté de tentative de suicide, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

CARACTÉRISTIQUE	IDÉES SUICIDAIRES
	%
<b>SEXE</b>	
GARÇON	10,7*
FILLE	15,3
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>	
ÉTUDES	12,0
TRAVAIL, AUTRE	20,1*
<b>PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE</b>	
PAUVRE	19,1*
SUFFISANT	10,6*
À L'AISE	13,4*
<b>INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE</b>	
ÉLEVÉ	24,9
FAIBLE	6,4*
<b>SOUTIEN SOCIAL</b>	
FAIBLE	25,1*
ÉLEVÉ	10,7
<b>TOTAL</b>	12,9

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>1</sup>. Parce que la population de référence dans ce cas exclut les jeunes ayant rapporté une tentative, les proportions du tableau 6.5 diffèrent de celles du tableau 6.4. Dans les analyses portant sur les tentatives (tableau 6.6), la population de référence exclut les jeunes ayant rapporté des idées suicidaires seulement.

La présence d'idées suicidaires au cours de la vie est fortement liée au niveau actuel de détresse psychologique et de soutien social des jeunes. Le quart (25 %) des jeunes qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique ont rapporté avoir déjà eu des idées suicidaires, alors que ce n'est le cas que chez 6 % des jeunes qui présentent un niveau faible. De même, le quart des jeunes (25 %) qui ont un faible niveau de soutien social ont rapporté avoir déjà eu des idées suicidaires, comparativement à 11 % des jeunes qui bénéficient d'un meilleur soutien.

### TENTATIVES DE SUICIDE

Les caractéristiques des jeunes qui ont rapporté avoir déjà fait une tentative de suicide s'apparentent à celles des jeunes qui ont des idées suicidaires seulement. (Ils sont comparés ici aux jeunes qui n'ont rapporté ni tentatives, ni idées suicidaires). Ainsi, les jeunes de 15-19 ans qui ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie sont plus nombreux chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (8 % c. 3,9 %) (tableau 6.6), chez les jeunes qui ne sont pas habituellement aux études que chez ceux qui le sont (13 % c. 5 %) et chez les jeunes qui se considèrent pauvres (10 %) de même que chez ceux qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique (14 %) ou qui ont un faible niveau de soutien social (15 %). La plupart de ces proportions doivent cependant être interprétées avec prudence car les faibles effectifs rendent ces estimations imprécises.

Par contre, la proportion de jeunes qui ont déclaré avoir déjà fait une tentative est moins élevée chez les enfants de familles biparentales intactes (4,3 %) que dans les autres types de ménages, ce qui n'est pas le cas chez les jeunes ayant rapporté des idées suicidaires. De plus, les jeunes de 15-19 ans qui ont connu la séparation ou le divorce de leurs parents avant l'âge de 12 ans sont plus nombreux à avoir déclaré une tentative de suicide que ceux qui n'ont pas connu une telle séparation (10 % c. 5 %), alors qu'une telle relation n'a pas été détectée dans le cas des idées suicidaires.

TABLEAU 6.6

Tentatives de suicide au cours de sa vie selon certaines caractéristiques, population de 15 à 19 ans<sup>1</sup>,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	TENTATIVES DE SUICIDE
	%
<b>SEXE</b>	
GARÇON	3,9**
FILLE	8,2*
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>	
ÉTUDES	5,1*
TRAVAIL, AUTRE	12,5**
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>2</sup></b>	
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	4,3**
FAMILLE MONOPARENTALE	7,5**
FAMILLE RECOMPOSÉE	9,9**
MÉNAGE NON FAMILIAL	10,7**
<b>PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE</b>	
PAUVRE	10,3**
SUFFISANT	4,8**
À L'AISE	4,4**
<b>INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE</b>	
ÉLEVÉ	13,8*
FAIBLE	2,1**
<b>SOUTIEN SOCIAL</b>	
FAIBLE	14,5**
ÉLEVÉ	4,6*
<b>RUPTURE DES PARENTS AVANT 12 ANS</b>	
OUI	9,8**
NON	5,1*
<b>TOTAL</b>	<b>5,9*</b>

<sup>1</sup> Excluant les jeunes n'ayant rapporté que des idées suicidaires.

<sup>2</sup> «Autre famille» exclue.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

## 6.4 CONCLUSION

### FAITS SAILLANTS

#### Santé mentale des jeunes

- Selon une enquête effectuée en 1992, 15 % des enfants de 6 à 11 ans présentent un trouble mental; 11 % des filles présentent un trouble intériorisé et 11 % des garçons un trouble extériorisé. Chez les 12 à 14 ans, 18 % des jeunes présentent un trouble mental; chez les filles, cette proportion atteint 24 %.
- 37 % des jeunes de 15 à 19 ans, dont 46 % des filles présentent un niveau élevé de détresse psychologique, en 1992-1993, soit 10 % de plus qu'en 1987; 11 % d'entre eux ont consulté à ce sujet au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

#### Suicide

- En 1993, 103 jeunes Québécois âgés de 10 à 19 ans se sont suicidés.
- En 1992, 7 % des adolescents de 12 à 14 ans ont dit avoir eu des idées de suicide au cours des six mois ayant précédé l'enquête et 4,1 % affirment avoir déjà essayé de se tuer au cours de leur vie.
- En 1992-1993, 17 % des 15 à 19 ans ont dit avoir déjà eu des idées suicidaires au cours de leur vie et 5 % ont affirmé avoir déjà tenté de se suicider.

L'ensemble des résultats suggère une plus grande vulnérabilité chez les jeunes femmes. Les adolescentes de 12 à 14 ans présentent la plus forte prévalence de troubles mentaux parmi les jeunes de 6 à 14 ans. À l'âge de 15 à 19 ans, près de la moitié des jeunes femmes présentent un niveau élevé de détresse psychologique, faisant d'elles un des groupes les plus vulnérables de la population. Les adolescentes de 12 à 19 ans sont aussi plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires ou d'avoir fait une tentative de suicide. Par contre, les garçons sont plus nombreux à décéder d'un suicide.

La plus grande propension, chez les jeunes filles, à présenter des troubles intériorisés ou à être plus sensibles à leur monde intérieur (Valla *et al.*, 1994) peut expliquer ces différences. Cependant, on peut penser que cette vulnérabilité reflète aussi les conditions difficiles auxquelles elles sont soumises. On le sait, les filles sont parfois victimes de sexisme, d'abus sexuels, elles sont soumises au stress lié aux choix relatifs à la contraception... Par ailleurs, on doit se rappeler que la prévalence des troubles mentaux établie dans l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans réfère aux définitions et aux critères utilisés dans cette enquête.

En plus de l'appartenance sexuelle, deux facteurs contribuent à accroître les risques de détresse psychologique, d'idées et de tentatives de suicide chez les 15 à 19 ans, ce sont la pauvreté perçue et un faible niveau de soutien social. Ceux-ci caractérisent aussi les jeunes souvent désespérés face à l'avenir. Le type de ménage où vivent les jeunes est aussi lié à plusieurs de ces aspects et sert à identifier les adolescents les plus vulnérables. Par ailleurs, les jeunes de 15 à 19 ans qui ont des idées suicidaires ou ont fait des tentatives de suicide présentent des caractéristiques communes. Les jeunes qui ont un niveau élevé de détresse psychologique et ceux qui ne sont pas habituellement aux études y sont plus vulnérables. L'étroite relation entre la détresse, les conduites suicidaires et le soutien social recèle à la fois des pistes de recherche et d'intervention.

Il est difficile d'expliquer la hausse spectaculaire de la détresse psychologique chez les jeunes de 15 à 19 ans entre 1987 et 1992-1993. L'impact de la détérioration du contexte économique est une explication vraisemblable compte tenu du lien entre la détresse et la pauvreté perçue; cependant, un ensemble d'autres facteurs pourraient y contribuer. La détresse psychologique est également liée à la perception qu'ont les jeunes de leur état de santé; et on peut mettre en parallèle la détérioration du contexte économique avec la perception moins favorable de l'état de santé et la hausse de la détresse psychologique chez les jeunes. Par ailleurs, l'augmentation entre les deux enquêtes de la plupart des sentiments constituant l'indice suggère un accroissement général du stress des jeunes. Le fait qu'un jeune sur cinq, dont le quart des filles, se disent souvent tendu ou sous pression, est une indication de son ampleur et on peut s'interroger sur les raisons et les conséquences de ces tensions. Pour mieux comprendre ces résultats, il serait sans doute intéressant de comparer les sentiments des jeunes à ceux exprimés par la population plus âgée.

La prévalence des idées et des tentatives de suicides, établie auprès d'échantillons représentatifs de jeunes de 12 à 19 ans, montre toute l'ampleur de ce phénomène qui ne semble pas vouloir s'atténuer. La comparaison du nombre de suicides complétés en 1993 pour les 15 à 19 ans et de la prévalence des tentatives rapportées par les jeunes suggère un ratio d'environ 94 tentatives déclarées pour chaque suicide complété. Ce ratio paraît élevé si on le compare aux ratios basés sur les tentatives ayant requis des services médicaux (variant de quatre à dix) (Coté *et al.*, 1992). Cependant, dans l'Enquête sociale et de santé, la gravité des idées et des tentatives de suicide et l'intention réelle de mourir sont difficiles à évaluer (Légaré *et al.*, 1995). Ces conduites reflètent néanmoins la détresse vécue par les jeunes. Même si une proportion assez faible des jeunes qui commettent une tentative se suicident dans la période qui suit, il demeure que la plupart font des tentatives ratées avant de réussir (Tousignant, 1994). En ce qui concerne les jeunes de 12 à 14 ans, les parents sont peu conscients de

ces idées suicidaires; cependant, la plupart des jeunes suicidaires se confient à leurs amis, selon une étude menée auprès d'élèves du secondaire (Tousignant *et al.*, 1988). De plus, la moitié des jeunes de 15 à 24 ans ont dit avoir consulté un professionnel ou une autre personne suite à une tentative de suicide (Légaré *et al.*, 1995). Ces faits recèlent en soi des avenues pour la prévention.

L'adolescence est une période de transition à plusieurs niveaux (changements physiques, relationnels, scolaires, choix de carrière...) qui engendre des questionnements, des difficultés et des malaises. Si chez la plupart des jeunes ces changements sont sains et les difficultés transitoires, pour d'autres, ils entraînent un niveau élevé de détresse et de souffrance et peuvent conduire au suicide. Compte tenu de la prévalence élevée de la détresse psychologique chez les jeunes de 15 à 19 ans, en particulier chez les filles, de la hausse importante survenue entre les deux enquêtes, et du lien entre l'indice de détresse et les conduites suicidaires, on ne peut que souhaiter que la détresse psychologique chez les jeunes fasse l'objet d'études plus approfondies, entre autres sur la validité de l'indice et sa capacité à détecter chez les jeunes la présence de tensions transitoires ou de détresse plus intense.

UTILISATION DE SERVICES  
ET DE MÉDICAMENTS

7

L'utilisation de services et la consommation de médicaments sont généralement considérées comme la conséquence ou du moins le reflet des problèmes sociaux ou de santé. On peut aussi considérer le recours aux services sociaux et de santé comme un déterminant de l'état de santé, au même titre que les facteurs biologiques, les habitudes de vie et l'environnement physique et social (Fournier *et al.*, 1995).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet de décrire les caractéristiques de l'utilisation de services et de médicaments chez les jeunes et d'en tracer l'évolution depuis 1987.

**7.1 RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX**

L'utilisation de services décrite dans l'enquête est celle qui a été faite par les enfants et les adolescents au cours d'une période de deux semaines précédant l'enquête. Cette information est rapportée par le répondant du ménage. Dans le cas de l'utilisation des services médicaux, cette déclaration s'avère fiable lorsque le répondant rapporte l'utilisation de services pour un enfant de moins de 14 ans, mais l'est moins lorsqu'il s'agit des jeunes de 14-19 ans, comme l'ont montré Camirand *et al.* (1994). On peut penser qu'alors une partie du recours au service échappe au répondant principal. Les aspects présentés ici sont les caractéristiques des jeunes utilisateurs, le type de professionnel consulté et le lieu de consultation, et finalement la nature et la durée des problèmes à l'origine du recours aux services.

## 7.1.1 CONSULTATION ET TYPE DE PROFESSIONNEL CONSULTÉ

En 1992-1993, un peu plus d'un cinquième (23 %) des enfants et des jeunes ont rencontré un professionnel au sujet de leur santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 7.1).

TABLEAU 7.1

Jeunes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon l'âge et le sexe, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

ÂGE / SEXE	TOUS PROFESSIONNELS	MÉDECIN	AUTRE PROFESSIONNEL
	%	%	%
<b>ÂGE</b>			
0-4 ANS	24,2	18,3	9,6
5-14 ANS	23,1	10,6	15,1
15-19 ANS	20,0	10,2	12,4
<b>SEXE</b>			
GARÇON	22,0	12,1	12,6
FILLE	23,2	12,7	13,6
<b>ÂGE / SEXE</b>			
0-4 ANS			
GARÇON	25,7	19,2	11,0
FILLE	22,6	17,3	8,2*
5-14 ANS			
GARÇON	22,6	10,8	13,9
FILLE	23,5	10,4	16,5
15-19 ANS			
GARÇON	17,0	7,6*	11,6
FILLE	23,0	12,9	13,2
<b>TOTAL</b>	22,6	12,4	13,1

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La proportion des enfants et des jeunes qui ont eu une consultation diminue avec l'âge. Près du quart des 0-4 ans (24 %), 23 % des 5-14 ans, et 20 % des 15-19 ans ont rencontré un professionnel au cours de ces deux semaines. Cependant, en y regardant de plus près, on remarque que le recours aux services ne diminue avec l'âge que chez les garçons (26 %, 23 % et 17 %) tandis qu'il reste stable chez les filles. Aussi, bien que la proportion d'utilisateurs soit semblable dans l'ensemble pour les deux sexes (22 % c. 23 %), à l'âge de 15-19 ans, les jeunes femmes sont plus nombreuses à avoir recours aux services que les jeunes hommes (23 % c. 17 %).

Environ la moitié des jeunes qui ont consulté un professionnel au sujet de leur santé, ont rencontré un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste (12 %), et tout autant (13 %) ont rencontré un autre professionnel.

Le recours au médecin est plus fréquent chez les enfants d'âge préscolaire (18 %) que chez les plus vieux (11 % et 10 %). Il semble équivalent chez les garçons et chez les filles, sauf chez les 15-19 ans où les jeunes femmes consultent plus que les jeunes hommes (13 % c. 8 %). Ce surcroît chez les jeunes femmes pourrait être attribuable aux consultations relatives au début de la vie sexuelle, à la contraception ou aux examens gynécologiques de routine.

La consultation des professionnels non-médecins est, contrairement à celle des médecins, moins élevée chez les enfants d'âge préscolaire (10 %) que chez les enfants de 5-14 ans (15 %) et les jeunes de 15-19 ans (12 %). Cette différence selon l'âge pourrait être liée aux visites chez le dentiste qui constitue l'un des principaux professionnels consultés. On ne décèle pas de différence dans le recours à ces professionnels entre les jeunes des deux sexes quel que soit leur âge.

Les principaux professionnels consultés sont les médecins généralistes, qui ont été visités par 9 % des enfants et des jeunes au moins une fois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, suivis des

médecins spécialistes (4,2 %) et des dentistes (5 %) (tableau 7.2). Les autres types de professionnels, y compris les travailleurs sociaux et les psychologues, ont été consultés chacun par moins de 2 % des enfants et des jeunes.

**TABLEAU 7.2**

**Jeunes ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de professionnel consulté, population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

TYPE DE PROFESSIONNEL	PERSONNE AYANT CONSULTÉ
	%
<b>MÉDECIN</b>	
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	8,8
MÉDECIN SPÉCIALISTE <sup>1</sup>	4,2
<b>AUTRE PROFESSIONNEL</b>	
DENTISTE	5,1
PHARMACIEN	1,8
PRATICIEN DE MÉDECINE NON TRADITIONNELLE <sup>2</sup>	1,2*
OPTOMÉTRISTE OU OPTICIEN	1,7
INFIRMIÈRE	1,8
PHYSIOTHÉRAPEUTE OU ERGOTHÉRAPEUTE	0,3**
PSYCHOLOGUE	0,4**
TRAVAILLEUR SOCIAL	0,7*
DIÉTÉTISTE	0,1**
AUTRE PROFESSIONNEL	1,0*

<sup>1</sup> Spécialiste sauf dentiste.

<sup>2</sup> Chiropraticien, acupuncteur, sage femme, naturopathe, ostéopathe, homéopathe.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Chez les jeunes de moins de 20 ans, le recours aux services de médecins ou d'autres professionnels n'est pas lié au revenu, contrairement à ce qui est observé dans l'ensemble de la population, où le recours à certains professionnels (dentiste, praticiens de médecine non traditionnelle) augmente avec le revenu, alors qu'il diminue pour d'autres (médecins, travailleurs sociaux) (Fournier *et al.*, 1995). De même, on n'observe pas de lien entre la perception qu'ont les jeunes de 15-19 ans de leur état de santé et le recours aux services, notamment aux services médicaux, contrairement à la forte relation observée dans l'ensemble de la population.

### ÉVOLUTION ENTRE 1987 ET 1992-1993

Le recours aux services par les enfants et les adolescents a peu changé entre 1987 et 1992-1993. Ainsi, la proportion de jeunes qui ont consulté n'a pas varié de façon significative entre les deux enquêtes (21 % c. 23 %), ni la proportion de jeunes qui ont eu recours aux services médicaux (11 % c. 12 %) ou aux services d'autres professionnels (12 % c. 13 %) (données non présentées). D'ailleurs, dans la population de tout âge, l'enquête ne montre qu'une faible augmentation (11 % c. 14 %) du recours aux professionnels non-médecins au cours de cette période (Fournier *et al.*, 1995).

### LIEU DE LA DERNIÈRE CONSULTATION<sup>1</sup>

La grande majorité (65 %) des consultations (dernière consultation seulement) faites par les jeunes de moins de 20 ans ont eu lieu dans les cabinets privés (tableau A.8). Une part importante des consultations ont aussi lieu dans les cliniques externes et les urgences des hôpitaux (12 % et 4,4 %), dans les CLSC (6 %), ainsi qu'à l'école (4,6 %). Si

---

<sup>1</sup> L'information sur les lieux, le motif de consultation, la nature et la durée des problèmes ne porte que sur la dernière consultation. La grande majorité des jeunes (environ 80 %) (Fournier *et al.*, 1995) n'ayant consulté qu'un seul professionnel, les caractéristiques de la dernière consultation devraient être représentatives de leur utilisation.

on fait exception des enfants d'âge préscolaire, 6 % des consultations des jeunes de 5-19 ans ont lieu à l'école selon le répondant.

Bien que les cabinets privés soient le principal lieu de consultation à tout âge, on remarque que, chez les enfants d'âge préscolaire, le CLSC est le lieu d'une consultation sur dix comparativement aux 5-14 ans (3,8 %) et aux 15-19 ans (6 %). La part occupée par ces lieux reflète sans doute le type de professionnel consulté et les motifs de consultation.

### 7.1.2 MOTIF DE LA DERNIÈRE CONSULTATION

Les renseignements sur les motifs de consultation des jeunes étaient fournis par le répondant du ménage. Celui-ci devait premièrement classer le motif de la dernière consultation dans l'une des grandes catégories suivantes : santé, social ou familial, prévention ou routine. Il était ensuite invité à décrire le problème.

La santé et la prévention ou les examens de routine, sont les principaux motifs de recours aux services chez les moins de 20 ans (tableau 7.3). Ainsi, les répondants ont indiqué dans plus de la moitié des cas (54 %) que la santé était le principal motif de consultation chez les 0-19 ans; tandis que la prévention ou les examens de routine sont à l'origine de plus de quatre consultations sur dix (42 %). Les motifs de nature sociale ou familiale ont été invoqués pour 4,1 % des consultations.

La santé occupe une place importante surtout chez les enfants d'âge préscolaire (0-4 ans) où elle est mentionnée comme motif de consultation dans 59 % des cas; c'est aussi un motif important chez les enfants de 5-14 ans et chez les 15-19 ans (51 % et 55 %). La prévention ou les examens de routine sont importants dans tous les groupes d'âge.

Les problèmes familiaux et sociaux n'apparaissent comme motif de consultation qu'à partir de l'âge de 5 ans et sont à l'origine de 4,7 %

des consultations chez les 5-14 ans et de 7 % chez les 15-19 ans. Les principaux motifs de consultation ne varient pas selon le sexe.

**TABLEAU 7.3**

**Principale raison de la dernière consultation selon l'âge, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

RAISON	ÂGE			TOTAL
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	
	%	%	%	%
SANTÉ	58,9	51,1	55,4	54,1
SOCIALE OU FAMILIALE	0,6**	4,7**	6,9**	4,1*
PRÉVENTION, ROUTINE	40,5	44,2	37,8	41,8

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

#### DURÉE DU PROBLÈME

La durée du principal problème à l'origine de la dernière consultation est très différente selon qu'il s'agit d'un problème de santé ou d'un problème de nature familiale ou sociale. On fait ici exception des consultations à des fins de prévention ou des examens de routine.

La majorité des consultations faites pour des motifs de santé ont été occasionnées par des problèmes récents (et probablement aigus) puisqu'ils affectent les jeunes depuis une semaine ou moins (40 %) ou depuis une durée variant entre une semaine et un mois (22 %) (tableau 7.4). Cependant, près de quatre consultations sur dix ont lieu pour des problèmes de santé dont la durée se situe entre un mois et un an (19 %) ou pour des problèmes qu'on peut penser chroniques (depuis plus d'un an) (19 %).

TABLEAU 7.4

Durée du principal problème à l'origine de la dernière consultation<sup>1</sup>  
selon sa nature, population de 0 à 19 ans ayant consulté  
au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

NATURE	DURÉE			
	1 SEM. ET MOINS	ENTRE 1 SEM. ET 1 MOIS	PLUS DE 1 MOIS À 1 AN	PLUS D'UN AN
	%	%	%	%
SANTÉ	40,0	21,8	19,0	19,2
SOCIAL OU FAMILIAL	0,5**	12,4**	51,5*	35,7**
TOTAL	37,3	21,1	21,3	20,4

<sup>1</sup> À l'exclusion des consultations à des fins de prévention.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les problèmes de nature familiale ou sociale à l'origine de la dernière consultation sont par comparaison de plus longue durée; plus du tiers d'entre eux (36 %) se prolongent depuis plus d'un an, tandis que la moitié (52 %) durent depuis plus d'un mois, mais moins d'un an.

Les problèmes récents (depuis moins d'une semaine) occupent une place importante surtout chez les enfants d'âge préscolaire chez qui ils occasionnent plus de la moitié des consultations (54 %) comparativement à 35 % chez les 5-14 ans et à 23 % chez les 15-19 ans (données non présentées). Les problèmes présents depuis plus d'un mois sont la source de la moitié des consultations chez les 5-14 ans (48 %) et les 15-19 ans (51 %), comparativement à 22 % chez les enfants de 0-4 ans.

**PRINCIPAL PROBLÈME**

Les précisions apportées par les répondants sur les motifs de consultation indiquent que les maladies de l'appareil respiratoire et du système nerveux et des sens sont les principales causes de consultation chez les moins de 20 ans (13 % et 10 % respectivement), si on fait exception de la prévention qui est ici à l'origine du quart (24 %) des consultations (tableau 7.5)<sup>1</sup>.

La grippe et les affections aiguës des voies respiratoires accaparent près des deux tiers des consultations attribuées aux maladies de l'appareil respiratoire, soit 9 % de l'ensemble des consultations; 3 % des consultations sont attribuables aux maladies pulmonaires obstructives chroniques et aux affections connexes, comme l'asthme et la bronchite chronique. Par ailleurs, l'importance des maladies du système nerveux et des sens tient principalement aux maladies de l'oreille qui comptent pour 7 % de l'ensemble des consultations. Les traumatismes ou empoisonnements (6 %), les maladies de l'appareil digestif (5 %) et les états mal définis (7 %) occupent aussi une part notable des consultations.

---

<sup>1</sup> Le catégorisation faite par le répondant pour les examens de routine ou les activités préventives ne correspond pas nécessairement à celle qui est faite ici, qui est basée sur la CIM-9 selon les précisions apportées par le répondant (Fournier *et al.*, 1995). Ainsi, les visites désignées par le répondant comme visites de prévention ou de routine ont été classées principalement dans prévention (58 %) ou «autre» (37 %). Les consultations désignées de nature familiale ou sociale ont été catégorisées principalement parmi les troubles mentaux (49 %), les problèmes «autres» (38 %) ou les états mal définis (7 %).

TABLEAU 7.5

Principal problème à l'origine de la dernière consultation, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993

PROBLÈME	1987	1992-1993
	%	%
MALADIE INFECTIEUSE ET PARASITAIRE	3,1	2,6**
TUMEUR, MALADIE ENDOCRINIENNE ET MÉTABOLIQUE ET MALADIE DU SANG	0,9	0,8**
TROUBLE MENTAL	2,1	3,3*
MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX ET DES SENS	10,4	10,0
<i>SYSTÈME NERVEUX</i>	0,7	0,9**
<i>OËIL</i>	2,6	2,4**
<i>OREILLE</i>	7,2	6,7
MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	0,0	0,1**
MALADIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	15,2	13,1
<i>AFFECTION AIGUË</i>	4,0	3,9*
<i>GRIPPE</i>	5,1	4,7
<i>MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE</i>	3,4	3,0
<i>AUTRE</i>	2,7	1,6
MALADIE DE L'APPAREIL DIGESTIF	9,0	5,3*
MALADIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES	1,1	1,1**
MALADIE DE LA PEAU	3,4	2,5**
MALADIE DU SYSTÈME OSTÉOARTICULAIRE	2,7	2,6**
ANOMALIE CONGÉNITALE ET AFFECTION D'ORIGINE PÉRINATALE	0,9	0,8**
ÉTAT MAL DÉFINI	6,4	6,6
TRAUMATISME ET EMPISONNEMENT	6,9	6,4
PRÉVENTION	28,3	24,4
AUTRE	9,7	20,5

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les effectifs permettent d'examiner de plus près les problèmes rapportés les plus fréquemment selon l'âge (tableau 7.6); chez les enfants d'âge préscolaire, ce sont les maladies du système respiratoire (17 %) ainsi que les maladies du système nerveux ou des sens (16 %). Ces deux causes mises ensemble expliquent plus du tiers des consultations des enfants de 0-4 ans. Chez les enfants de 5-14 ans, les maladies de l'appareil respiratoire (13 %) et les maladies du système nerveux et des sens (9 %) sont aussi les problèmes les plus fréquemment rapportés; ensemble, ils représentent une consultation sur cinq. Chez les 15-19 ans, les traumatismes et empoisonnements ont occasionné des consultations chez plus d'un jeune sur dix (11 %) parmi ceux qui ont consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

**TABLEAU 7.6**

Certains problèmes à l'origine de la dernière consultation selon l'âge, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Enquête sociale et de santé 1992-1993

PROBLÈME	ÂGE			TOTAL
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	
	%	%	%	%
MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX ET DES SENS	15,9*	8,9*	5,2**	10,0
MALADIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	17,3*	13,0	8,2**	13,1
MALADIE DE L'APPAREIL DIGESTIF	3,4**	5,8**	6,8**	5,3*
ÉTAT MAL DÉFINI	8,8**	5,8**	6,4**	6,6*
TRAUMATISME ET EMPOISONNEMENT	3,5**	6,0**	10,8**	6,4*
PRÉVENTION	15,7*	28,5	25,2	24,4

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La part des consultations occupée par les maladies du système nerveux et des sens diminue avec l'âge (16 % c. 5 %). C'est aussi le cas pour les maladies de l'appareil respiratoire (17 % c. 8 %). La prévention est une importante source de consultation dans tous les groupes d'âge, mais surtout chez les 5-14 ans et les 15-19 ans (29 % et 25 %) comparativement aux enfants plus jeunes (16 %).

Comparativement aux problèmes désignés lors de l'enquête Santé Québec 1987, on remarque une diminution de la part des consultations occupée par les maladies de l'appareil digestif (9 % c. 5 %). Les problèmes classés «autre» ont connu une augmentation appréciable entre 1987 et 1992-1993 (10 % à 21 %); ce qui peut être en partie attribuable à certaines différences dans les procédures de codage entre les deux enquêtes. Ainsi, certains examens de routine inclus dans cette catégorie ont augmenté entre les deux enquêtes (5 % c. 13 %).

## 7.2 USAGE DE MÉDICAMENTS

On considère habituellement la consommation de médicaments comme la conséquence de l'état de santé puisqu'elle vise généralement le traitement de diverses maladies qui peuvent être sérieuses ou bénignes, aiguës ou chroniques. D'ailleurs, elle est souvent liée à la consultation médicale, particulièrement dans le cas des médicaments prescrits. L'usage de médicaments peut aussi refléter un souci de prévention ou de maintien de la santé, comme l'usage de suppléments alimentaires ou de vitamines. Pour les médicaments non prescrits, il peut s'agir de problèmes mineurs de l'enfant que le parent ou le jeune adulte se sentent aptes à régler (automédication). Bien qu'il réponde habituellement à des besoins liés à la santé physique, l'usage de médicaments peut également être lié à la santé mentale ou à l'adaptation sociale, on pense par exemple à l'usage de tranquillisants (Laurier *et al.*, 1995).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'examiner la consommation de médicaments chez les enfants et les adolescents de

0-19 ans. L'usage de médicaments est déclaré par l'informateur clé pour tous les membres du ménage et porte sur les médicaments consommés au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, qu'ils aient été obtenus avec ou sans ordonnance.

### 7.2.1 CARACTÉRISTIQUES DES UTILISATEURS

En 1992-1993, 41 % des enfants et des jeunes de 0-19 ans ont consommé au moins un type de médicament au cours des deux jours ayant précédé l'enquête; 29 % ont consommé des médicaments non prescrits, tandis que 18 % ont consommé des médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste (tableau 7.7).

Les enfants d'âge préscolaire sont ceux qui font l'usage le plus important de médicaments, la moitié d'entre eux (51 %) ayant consommé au moins un médicament au cours de ces deux jours. Plus du tiers (36 %) ont utilisé des médicaments non prescrits et 23 % des médicaments obtenus sur ordonnance.

Chez les enfants de 5-14 ans (36 %) l'utilisation de médicaments est moins grande que chez les plus jeunes. L'utilisation de médicaments non prescrits est prépondérante (27 %); 12 % des enfants de cet âge utilisent en outre des médicaments prescrits.

Les 15-19 ans comptent aussi dans l'ensemble une portion appréciable de jeunes qui ont consommé au moins un médicament au cours de ces deux jours (41 %), qu'il soit prescrit (23 %) ou non prescrit (24 %). Le profil de consommation des 15-19 ans fait cependant ressortir d'importantes différences selon le sexe.

De façon générale, la proportion de consommateurs est plus élevée chez les filles que chez les garçons (45 % c. 37 %), en particulier pour ce qui est de la consommation de médicaments prescrits (22 % c. 14 %), alors que la consommation de médicaments non prescrits ne varie pas selon le sexe. Cependant, ce n'est que chez les 15-19 ans que la consommation des garçons et des filles diffère. Les différences

sont importantes puisque plus de la moitié (54 %) des jeunes femmes de 15-19 ans ont consommé au moins un médicament au cours des deux jours précédant l'enquête, comparativement à 29 % des jeunes hommes.

**TABLEAU 7.7**  
**Consommation de médicaments prescrits et non prescrits,**  
**au cours des deux jours ayant précédé l'enquête,**  
**selon l'âge et le sexe, population de 0 à 19 ans,**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

ÂGE / SEXE	AU MOINS UN MÉDICAMENT	MÉDICAMENTS PRESCRITS	MÉDICAMENTS NON PRESCRITS
	%	%	%
<b>ÂGE</b>			
0-4 ANS	51,3	23,0	35,7
5-14 ANS	36,3	12,3	27,4
15-19 ANS	41,1	22,8	24,3
<b>SEXE</b>			
GARÇON	37,3	13,5	27,7
FILLE	45,4	22,1	29,8
<b>ÂGE/SEXE</b>			
0-4 ANS			
GARÇON	51,0	22,7	35,9
FILLE	51,5	23,4	35,6
5-14 ANS			
GARÇON	34,7	11,5	26,1
FILLE	38,0	13,2	28,8
15-19 ANS			
GARÇON	29,0	8,3 <sup>a</sup>	22,7
FILLE	53,7	38,1	26,1
<b>TOTAL</b>	<b>41,2</b>	<b>17,6</b>	<b>28,7</b>

<sup>a</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Cet écart est principalement attribuable à la grande consommation de médicaments prescrits par les jeunes femmes (38 %) comparativement aux jeunes hommes de 15-19 ans (8 %), et s'explique surtout par la consommation des contraceptifs oraux. En effet, plus des deux tiers

(69 %) des jeunes femmes de 15-19 ans consommant des médicaments prescrits, ne consomment que des anovulants; les autres consomment à la fois des anovulants et d'autres médicaments prescrits (12 %) ou consomment exclusivement des médicaments prescrits autres que des anovulants (19 %) (données non présentées). C'est donc dire que si on faisait exception des anovulants, la proportion de jeunes femmes consommant des médicaments prescrits ne serait plus de 38 % mais bien de 12 %, et s'écarterait beaucoup moins de celle des jeunes hommes du même âge (8 %). Les profils de consommation des garçons et des filles seraient par conséquent très semblables puisque l'utilisation de médicaments obtenus sans ordonnance ne diffère pas selon le sexe chez les 15-19 ans.

La consommation de médicaments chez les enfants et les adolescents ne varie pas selon le revenu du ménage. Par contre, le tiers des jeunes vivant dans les ménages non familiaux consomment des médicaments prescrits alors que ce n'est le cas que d'environ 17 % des jeunes dans les ménages familiaux, quel qu'en soit le type (données non présentées). Cette différence reflète sans doute en partie le fait que les jeunes vivant dans les ménages non familiaux sont essentiellement des jeunes de 15-19 ans. Par ailleurs, bien que la consommation de médicaments prescrits soit plus importante chez les jeunes de 15-19 ans qui ont une perception moins favorable de leur état de santé, cette relation est entièrement expliquée par les différences entre les sexes (données non présentées).

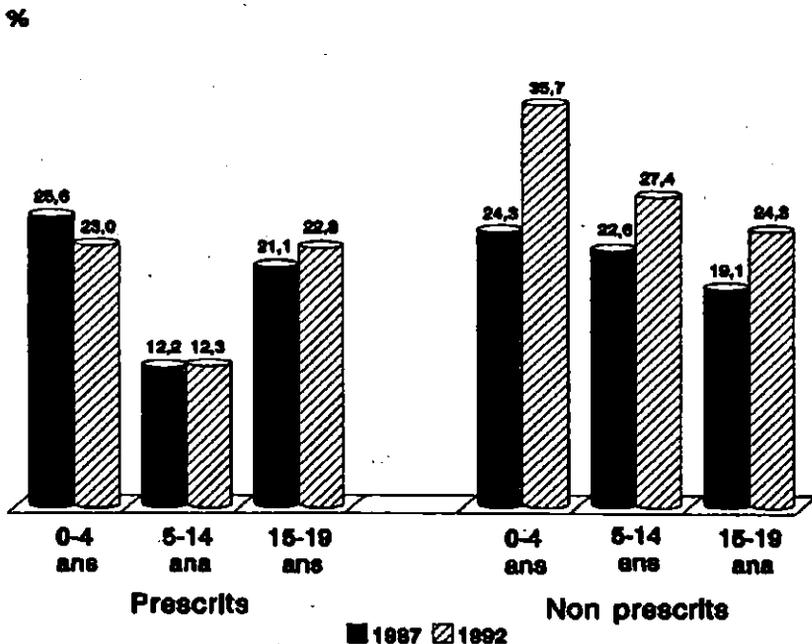
### ÉVOLUTION ENTRE 1987 ET 1992-1993

La comparaison des résultats des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 montre une augmentation de la consommation de médicaments au sein de la population de moins de 20 ans (36 % c. 41 %), tant chez les garçons (21 % à 28 %) que chez les filles (23 % à 30 %). Cette augmentation est significative chez les enfants de 0-4 ans (45 % c. 51 %), de 5-14 ans (32 % c. 36 %) et chez les adolescents de 15-19 ans (36 % c. 41 %) (données non présentées).

L'augmentation de la consommation entre les deux enquêtes est principalement attribuable aux médicaments non prescrits dont la consommation a augmenté de façon appréciable (22 % c. 29 %), en particulier chez les enfants d'âge préscolaire où elle est passée de 24 % à 36 % (graphique 7.1). L'augmentation de l'utilisation de médicaments non prescrits s'observe aussi chez les enfants de 5-14 ans (23 % c. 27 %) et les jeunes de 15-19 ans (19 % c. 24 %). Par contre, l'utilisation des médicaments sous ordonnance est restée assez stable durant cette période.

### GRAPHIQUE 7.1

Consommation de médicaments prescrits et non prescrits au cours des deux jours ayant précédé l'enquête selon l'âge, population de 0 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993



## 7.2.2 CLASSES DE MÉDICAMENTS CONSOMMÉS

Les vitamines ou les minéraux constituent la classe de médicaments la plus utilisée par les enfants et les adolescents de moins de 20 ans (tableau 7.8), puisque plus d'un sur cinq en a fait l'usage au cours des deux jours ayant précédé l'enquête (23 %). Les analgésiques et les médicaments pour la toux et le rhume figurent aussi parmi les classes de médicaments les plus utilisées (7 % et 7 %) (l'utilisation de contraceptifs oraux n'est pas considérée ici)<sup>1</sup>.

C'est chez les enfants d'âge préscolaire que l'usage des vitamines ou des minéraux est le plus répandu; plus du tiers des enfants de 0-4 ans en avaient consommé au cours des deux jours ayant précédé l'enquête (35 %) comparativement à 21 % des enfants d'âge scolaire (5-14 ans) et à 14 % chez les 15-19 ans. Les suppléments alimentaires sont consommés par 1,5 % des jeunes de tous âges.

Les enfants d'âge scolaire sont aussi plus nombreux que les plus âgés à faire usage de médicaments pour la toux et le rhume (10 % c. 6 % et 4,5 %) : un enfant de 0-4 ans sur dix en a fait l'usage au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. On remarque aussi que la consommation d'analgésiques est aussi élevée chez les enfants d'âge préscolaire qu'elle l'est chez les adolescents de 15-19 ans (8 % c. 9 %).

---

<sup>1</sup> La consommation de médicaments, rapportée ici par le répondant du ménage, inclut la consommation d'anovulants. Celle-ci est traitée dans le chapitre 4 et n'est pas présentée ici. Selon le répondant du ménage, 21 % des jeunes femmes de 12-19 ans utilisaient des anovulants, dont 31 % des femmes de 15-19 ans. Selon la déclaration des femmes de 15-19 ans elles-mêmes (dans le QAA), 41 % d'entre elles en font usage. On peut penser que les répondants du ménage peuvent ignorer cette consommation. La déclaration des jeunes femmes paraît donc plus fiable et c'est celle-ci qui sert à l'analyse dans le chapitre 4.

TABLEAU 7.8

Consommation de certaines classes de médicaments<sup>1</sup>, au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, selon l'âge, population de 0 à 19 ans, Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993

CLASSE	ÂGE			TOTAL	
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS		
	%	%	%	%	
ANALGÉSIIQUES	1987	4,4	4,5	6,5	5,0
	1992-1993	8,4	6,1	8,7	7,3
ANTIBIOTIQUES	1987	5,5	2,2	1,9	2,9
	1992-1993	5,8	2,1*	2,3**	3,0
MÉDICAMENTS POUR LA TOUX ET LE RHUME	1987	10,1	6,3	3,8	6,5
	1992-1993	10,0	6,4	4,5*	6,8
ONGUENTS POUR LA PEAU	1987	7,6	3,5	4,1	4,6
	1992-1993	7,2	4,7	4,7*	5,3
VITAMINES OU MINÉRAUX	1987	29,1	18,8	12,7	19,5
	1992-1993	34,9	20,8	14,0	22,8
SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES	1987	1,0	1,1	1,8	1,3
	1992-1993	1,7**	1,3**	1,7**	1,5*

<sup>1</sup> Les autres classes de médicaments étaient utilisées par une faible proportion des 0-19 ans (à l'exclusion des contraceptifs oraux) : tranquillisants (0,2 %), médicaments pour le cœur (0,1 %), médicaments pour l'estomac (0,4 %), laxatifs (0,2 %), stimulants (0,1 %), autres (3,9 %).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Par ailleurs, plus d'un enfant de 0-4 ans sur vingt (6 %) a fait usage d'antibiotiques durant ces deux jours, comparativement à 2 % des plus âgés. Les onguents pour la peau sont aussi d'usage plus courant chez les jeunes enfants (7 %) que chez les plus âgés (4,7 % respectivement). Les autres classes de médicaments étudiées (tranquillisants, stimulants, médicaments pour l'estomac, pour le coeur...) ont été utilisées, chacune, par moins de un pour cent de la population de moins de 20 ans.

Entre 1987 et 1992-1993, la consommation des analgésiques a augmenté de façon significative au sein de la population de moins de 20 ans (5 % c. 7 %). Cette augmentation est remarquable chez les enfants de 0-4 ans où elle est passée de 4,4 % à 8,4 %; elle est aussi significative chez les enfants de 5-14 ans. La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui consomment des vitamines ou des minéraux a connu aussi une augmentation significative passant de 29 % en 1987 à 35 % en 1992-1993.

## 7.3 CONCLUSION

### FAITS SAILLANTS

#### Utilisation de services

- En 1992-1993, 23 % des jeunes ont consulté un professionnel de la santé ou des services sociaux au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête; il s'agit essentiellement de professionnels de la santé.
- 42 % des consultations sont des visites de prévention ou de routine; 5 % des consultations des 5 à 19 ans ont un motif familial ou social.
- Le tiers des consultations des 0 à 4 ans ont pour motif des maladies du système respiratoire ou des organes des sens (oreille surtout); 11 % des consultations des 15 à 19 ans sont attribuables aux traumatismes.
- 69 % des consultations ont lieu dans un cabinet privé; chez les 0 à 4 ans, 11 % ont lieu au CLSC; chez les 5 à 19 ans, 6 % ont lieu à l'école.

#### Consommation de médicaments

- En 1992-1993, 41 % des jeunes ont pris un médicament au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, dont 18 % un médicament prescrit et 23 % des vitamines ou des minéraux.
- Chez les 0 à 4 ans, 51 % ont pris un médicament, dont 23 % un médicament prescrit, 35 % des vitamines et 6 % des antibiotiques.
- La consommation de médicaments non prescrits a augmenté dans tous les groupes d'âge entre 1987 et 1992-1993 (22 % c. 29 %).

L'importance des visites de prévention ou de routine et l'usage de vitamines soulignent la place des activités de prévention et de maintien de la santé chez les enfants et les adolescents et suggèrent qu'on puisse concevoir l'utilisation de médicaments ou de services autant comme un déterminant que comme une conséquence de leur état de santé. L'importance de la prévention n'est sans doute pas étrangère au fait qu'on ne détecte pas de relation chez les 15 à 19 ans entre la perception de l'état de santé et ces deux comportements d'utilisation.

Les problèmes de santé occupent une place prépondérante parmi les motifs de recours aux services, et on peut s'étonner du peu de place occupée par les problèmes familiaux et sociaux qui ne sont pourtant pas inexistantes. Ces problèmes sont peut-être davantage rapportés par les parents pour décrire leur propre recours aux services que pour décrire celui des enfants, surtout lorsqu'il s'agit de très jeunes enfants. Afin de bien en cerner l'ampleur, il serait sans doute avantageux dans une prochaine enquête d'étudier, de façon distincte, le recours pour les problèmes familiaux et sociaux.

Le portrait des principaux problèmes à l'origine des consultations présente des convergences avec le profil de l'état de santé tracé dans le chapitre précédent. Il fait ressortir l'importance des maladies respiratoires, des maladies de l'oreille chez les plus jeunes et des traumatismes chez les adolescents. Les enfants de 0 à 4 ans sont ceux qui consultent le plus les médecins et qui font l'usage le plus important de médicaments, si on exclut l'usage des anovulants par les jeunes femmes de 15 à 19 ans.

La consommation d'antibiotiques par les enfants de 0 à 4 ans retient l'attention. Bien qu'elle n'ait pas augmenté entre 1987 et 1992-1993, elle est relativement élevée, ce qui reflète la fréquence de certaines maladies à cet âge, on pense entre autres aux maladies de l'oreille. L'importance relative de cette consommation et des conséquences d'une utilisation récurrente (effets secondaires, développement de souches résistantes), rappelle l'importance pour les praticiens de limiter

la prescription aux cas où elle est justifiée et pour les parents de compléter le traitement.

L'augmentation générale de la consommation de médicaments non prescrits chez les enfants demanderait sans doute un examen plus approfondi. En particulier, la hausse de la consommation de vitamines chez les enfants de 0 à 4 ans soulève des interrogations et on peut se demander dans quelle mesure elle est justifiée. Les enfants de cet âge connaissent une véritable explosion de croissance qui doit être soutenue par une alimentation équilibrée. L'usage de suppléments vitaminiques peut combler certaines lacunes (alimentation difficile de l'enfant, carences), mais n'est pas justifié lorsque l'alimentation est adéquate et ne doit pas se faire à son détriment. Les données d'enquête sur l'alimentation des enfants sont toutefois inexistantes et ne permettent pas d'en juger. Cette hausse révèle sans doute un souci des parents qui pourraient être guidés dans leurs choix par des programmes de santé publique et par les professionnels de la santé.

---

**CONCLUSION GÉNÉRALE**

---

**8**

Cette monographie avait pour objectif de tracer un profil de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents québécois à partir des principaux thèmes abordés dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, laquelle a été complétée par certaines données d'autres sources. La présente conclusion tente d'en donner une vue d'ensemble, et de dégager certaines pistes de recherche et d'intervention.

### **8.1 VUE D'ENSEMBLE**

#### **PROFIL DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE**

On assiste à une transformation rapide de la structure des familles où vivent les enfants québécois. En cinq ans seulement, la proportion d'enfants vivant dans une famille biparentale intacte a diminué de façon notable au profit d'une augmentation de la proportion de ceux qui vivent dans les familles monoparentales et recomposées. La situation des enfants vivant dans ces types de familles n'est donc plus marginale, surtout chez ceux de 5 à 19 ans. La famille biparentale intacte demeure néanmoins le milieu de vie de la majorité des enfants, et ces derniers vivent principalement avec leur mère, quel que soit le type de famille.

L'enquête confirme la situation financière précaire des familles monoparentales dirigées par une femme; dans ces familles, six enfants sur dix sont pauvres ou très pauvres. De plus, les trois-quarts des enfants de 0 à 4 ans de famille monoparentale vivent avec un parent ne travaillant pas habituellement à temps plein. Par ailleurs, le fait que près de la moitié des enfants québécois d'âge préscolaire ont une mère occupant habituellement un emploi souligne l'intérêt de mieux connaître les services de garde auxquels les parents ont recours.

### **SANTÉ PHYSIQUE ET UTILISATION DE SERVICES ET DE MÉDICAMENTS**

Au plan de la santé physique, ce profil souligne l'importance de la mortalité chez les enfants de moins d'un an et en décrit les principales causes, soit les affections périnatales et les anomalies congénitales. Il met également en relief l'importance des traumatismes comme cause de morbidité et comme première cause de mortalité dès l'âge d'un an. L'augmentation de la mortalité par suicide chez les jeunes est une ombre au tableau de la diminution générale de la mortalité chez les enfants et les adolescents au cours de la dernière décennie.

Parmi les principaux problèmes de santé, les troubles respiratoires, et en tout premier lieu l'asthme, représentent la première cause de limitations d'activités. Ce profil met aussi en relief les différences entre les jeunes hommes et les jeunes femmes de 15 à 19 ans. Celles-ci ont une perception moins favorable de leur état de santé et recourent davantage aux services médicaux que les jeunes hommes. Toutefois, l'usage de médicaments, plus important chez elles, est en grande partie attribuable à l'utilisation d'anovulants. L'augmentation marquée de l'utilisation des vitamines par les enfants de 0 à 4 ans retient également l'attention.

### **SANTÉ MENTALE ET RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES**

L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes a permis d'estimer la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et la prépondérance des troubles extériorisés chez les garçons de 6 à 11 ans et des troubles intériorisés chez les filles de 6 à 14 ans. Les adolescentes de 12 à 14 ans y apparaissent comme les plus susceptibles de présenter un trouble mental.

Les jeunes de 15 à 19 ans, et surtout les jeunes femmes, sont également le groupe où la détresse psychologique est la plus prévalente dans l'ensemble de la population québécoise. Les idées et les tentatives de suicides sont aussi rapportées plus souvent par les jeunes femmes. Par ailleurs, la mortalité par suicide, qui est la deuxième

cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 19 ans, est plus importante chez les jeunes hommes.

Les jeunes Québécois de 15 à 19 ans ont en général une perception assez favorable de leurs relations familiales et sociales. Toutefois, une minorité de jeunes ont un faible niveau de soutien social, lequel s'avère fortement lié à leur santé mentale, qu'il s'agisse de détresse psychologique, des idées ou tentatives de suicide. Par ailleurs, les jeunes de cet âge ayant connu le divorce de leurs parents avant l'âge de 12 ans ont rapporté en plus grand nombre avoir déjà fait une tentative de suicide. Cette relation est inquiétante compte tenu de l'augmentation importante de la proportion de ceux qui ont connu cet événement considéré comme stressant. Toutefois, d'autres aspects reliés à la santé mentale des jeunes ne semblent pas y être associés (détresse psychologique, idées suicidaires, niveau de soutien social, satisfaction quant à ses relations sociales).

#### **HABITUDES DE VIE ET VIE SEXUELLE DES 15 À 19 ANS**

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a permis de décrire certaines habitudes de vie des jeunes de 15 à 19 ans. Les faits saillants en sont : l'usage de la cigarette aussi important chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes, la consommation de drogues aussi répandue chez les jeunes de 15 à 17 ans que de 18 à 19 ans, la fréquence des comportements d'enivrement surtout chez les jeunes hommes, l'activité physique de loisir moins fréquente chez les filles, y compris chez celles qui sont aux études, et la prépondérance du désir de maigrir chez les filles même si elles ont un poids-santé.

Le profil de la vie sexuelle des jeunes a fait état de la progression des taux de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans. L'interruption volontaire de grossesse en est l'issue la plus fréquente à cet âge. En 1991, trois jeunes Québécois de 15 à 19 ans sur cinq déclaraient être sexuellement actifs et la majorité utilisaient le condom. Par ailleurs, en 1992-1993, environ deux jeunes Québécoises de cet âge sur cinq utilisent des contraceptifs oraux. Certaines études

suggèrent qu'il reste une proportion non négligeable de jeunes couples n'utilisant aucune protection.

#### **DISPARITÉS SOCIOÉCONOMIQUES CHEZ LES JEUNES**

On a vu précédemment que plus d'un enfant sur cinq, quel que soit son âge, vit dans un ménage pauvre ou très pauvre. L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a permis d'étudier les disparités sociosanitaires qui en résultent au sein de la population de moins de vingt ans. Certaines disparités ont été mises en évidence mais exclusivement chez les jeunes de 15 à 19 ans.

Au plan familial et social, les jeunes de 15 à 19 ans de ménages pauvres sont plus susceptibles d'avoir connu la séparation de leurs parents avant l'âge de 12 ans, d'avoir un faible soutien social ou d'être insatisfaits de leurs relations sociales. Au chapitre des habitudes de vie, ils sont plus susceptibles de fumer tous les jours et sont moins actifs physiquement durant leurs loisirs que les autres jeunes. Par ailleurs, la perception qu'ont les jeunes de 15 à 19 ans de leur situation financière est liée à la perception de l'état de santé et à la santé mentale (détresse psychologique, idées et tentatives de suicide).

On a également comparé le profil des jeunes selon le type de ménage et de famille. Cette comparaison a montré que les jeunes de 15 à 19 ans de famille biparentale intacte affichent un meilleur bilan au chapitre de certaines habitudes de vie (usage du tabac, de drogue) et de la santé mentale (détresse psychologique, tentative de suicide) ou quant au désespoir exprimé face à l'avenir; de plus, les jeunes de ménages non familiaux se sont montrés plus enclins à avoir une consommation hebdomadaire élevée d'alcool; tandis que les jeunes femmes de ces ménages sont plus enclines à utiliser des contraceptifs oraux. On a aussi observé, chez l'ensemble des jeunes de moins de vingt ans, des variations du taux de victimes d'accidents avec blessures, de la consommation de médicaments et de la présence de limitations fonctionnelles selon le type de ménage.

Ces observations doivent cependant être interprétées en regard des caractéristiques des jeunes vivant dans ces ménages, en particulier du lien étroit entre le type de ménage, le revenu et l'âge des enfants. Qu'il suffise de rappeler le lien étroit entre la monoparentalité et la pauvreté, la plus grande proportion des jeunes enfants dans les familles biparentales intactes, et le fait que les jeunes vivant dans les ménages non familiaux sont massivement âgés de 18 à 19 ans. Plusieurs de ces relations mériteraient par conséquent un examen plus approfondi.

Le profil des jeunes de 15 à 19 ans habituellement aux études s'est avéré meilleur que celui des jeunes qui travaillent ou qui ont une autre activité sous plusieurs aspects (soutien social, usage du tabac, abus et quantité d'alcool consommé, idées et tentatives de suicide). Par ailleurs, les jeunes femmes aux études sont moins enclines à utiliser des contraceptifs oraux. Ces différences doivent également être interprétées à la lumière des caractéristiques qui démarquent ces deux groupes de jeunes; ceux qui ne sont pas aux études sont plus âgés, plus pauvres, ils font plus souvent partie de ménages non familiaux et les jeunes hommes y sont surreprésentés. Ces relations mériteraient donc également des analyses plus poussées.

#### **UN PROFIL EN ÉVOLUTION**

La vue d'ensemble qu'offrent les comparaisons entre les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 mène à un bilan peu positif au plan de la santé et du bien-être des jeunes. Les faits saillants de cette évolution sont sans doute la hausse importante de la détresse psychologique chez les jeunes de 15 à 19 ans, la détérioration de la perception qu'ont les jeunes de cet âge de leur état de santé et l'augmentation appréciable de la consommation de médicaments non prescrits dans tous les groupes d'âge. La hausse des grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans au cours des dix dernières années concourt à ce bilan peu positif. Par contre, la diminution de la mortalité est une amélioration appréciable; toutefois elle est assombrie par l'évolution du taux de mortalité par suicide, qui ne semble pas vouloir s'infléchir.

Au plan des habitudes de vie, la comparaison des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 mène à un bilan mitigé. Ainsi, l'usage du tabac n'a pas diminué chez les jeunes de 15 à 19 ans; de plus, il semble y avoir eu une augmentation de l'excès de poids, sans réduction concurrente de l'insuffisance de poids; et finalement, la diminution de la consommation d'alcool s'est avérée être seulement le fait des jeunes qui boivent modérément.

## **8.2 PISTES DE RECHERCHE**

Les résultats présentés ici soulèvent plusieurs pistes de recherche que les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permettraient dans bien des cas d'approfondir.

La santé mentale des jeunes soulève de nombreuses questions touchant à l'augmentation importante de la détresse depuis 1987 et aux différences entre les sexes. La prévalence élevée des troubles mentaux et de la détresse psychologique chez les jeunes femmes justifie qu'on y consacre des efforts de recherche substantiels tant pour examiner les facteurs qui y sont associés que les difficultés de la mesure. La relation entre la séparation des parents avant l'âge de 12 ans ou le type de famille où ils vivent et la santé mentale des jeunes mériterait également d'être réexaminée; de même, le lien étroit entre le niveau de soutien social et la santé mentale des jeunes devrait être revu en raison de l'intérêt qu'il peut présenter pour la prévention.

Au plan de la santé physique, ce profil a mis en évidence la nécessité de disposer d'information récente sur la prévalence des problèmes de santé des enfants et des jeunes, et également de pouvoir en établir la gravité, ainsi que celle des limitations fonctionnelles. Les déterminants de la perception de l'état de santé chez les jeunes de 15 à 19 ans et la différence entre les sexes constituent également une avenue de recherche intéressante. De même, l'augmentation de l'utilisation des médicaments non prescrits dans tous les groupes d'âge et de l'usage

des vitamines chez les enfants de 0 à 4 ans méritent un examen plus approfondi.

Les résultats d'enquêtes présentés ici ont permis de constater la nécessité d'information plus exhaustive sur la vie sexuelle des jeunes et les comportements de contraception. L'augmentation des grossesses à l'adolescence et des interruptions volontaires de grossesses soulignent la pertinence de l'étude de ces comportements.

Les habitudes de vie des jeunes de 15 à 19 ans offrent également plusieurs possibilités de recherches ultérieures. Elles pourraient examiner la relation entre ces habitudes et la perception qu'ont les jeunes de leur état de santé. Les jeunes qui ont une consommation élevée ou abusive d'alcool devraient retenir l'attention. L'enquête recèle une série de questions sur les attitudes face à l'activité physique de loisir qui permettraient de mieux comprendre les facteurs associés à la participation à de telles activités. Par ailleurs, on doit constater le peu d'information disponible sur les habitudes de vie des enfants de moins de 15 ans, sachant que plusieurs de ces habitudes sont adoptées avant cet âge.

Finalement, il conviendrait d'élargir un tel profil de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents québécois par l'ajout d'autres sources de données et d'autres thèmes qui leur sont propres; on peut penser à la garde des enfants et à la sécurité des enfants «à la clef», à la négligence, à la violence, aux relations sexuelles non désirées, au retard et au décrochage scolaire et aux habitudes alimentaires des enfants, pour n'en nommer que quelques-uns. On doit constater cependant, que les données représentatives de la population des enfants québécois font défaut pour plusieurs sujets, notamment en ce qui a trait aux problèmes sociaux et familiaux qui apparaissent comme des avenues prioritaires de recherche.

Pour combler ces besoins d'information, Santé Québec projette d'effectuer deux enquêtes sur les enfants et les adolescents. La

première permettra de suivre une cohorte d'enfants de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans. La seconde enquête s'intéressera aux enfants de 8 à 16 ans.

### **8.3 PISTES D'INTERVENTION**

L'importance du nombre d'enfants de familles monoparentales qui ne disposent pas de l'apport financier que procurerait l'emploi à temps plein de leur parent gardien fait ressortir la nécessité d'apports financiers d'autres sources, que ce soit de la part du parent non gardien ou de l'État, et souligne la pertinence des mesures favorisant l'emploi. On ne peut en conséquence que réitérer les appels fréquents à l'intervention pour soutenir les familles monoparentales (MSSS, 1991; MSSS, 1992), qui sont massivement touchées par la pauvreté, et l'ensemble des enfants vivant dans des ménages pauvres.

Par ailleurs, à la lumière de la fréquence des ruptures d'union et de leur incidence économique, il est important non seulement de réévaluer leur impact possible sur l'adaptation des jeunes mais aussi d'intervenir pour en amoindrir les retombées néfastes.

Au plan de la promotion de la santé, le fait que plusieurs habitudes de vie soient déjà acquises dès l'âge de 15 à 17 ans souligne l'importance d'intervenir tôt auprès des enfants. Nombre de jeunes commencent à fumer avant l'âge de 16 ans, et l'usage du tabac chez les jeunes ne semble pas vouloir diminuer. De même, la consommation de drogue, élevée chez les jeunes de 15 à 17 ans, rappelle la nécessité d'informer les enfants avant cet âge. Par ailleurs, la fréquence des comportements d'enivrement ou de grande consommation d'alcool suggère que les messages de promotion et de prévention à l'intention des jeunes devraient mettre l'accent sur la manière de boire (Chevalier, 1995a). Quant aux résultats sur l'activité physique de loisir, ils indiquent qu'il y a place pour la promotion en milieu scolaire auprès des adolescentes. Les efforts de promotion d'un poids-santé chez les jeunes méritent également d'être maintenus. Par ailleurs, la hausse de

la consommation de médicaments chez les enfants devrait inviter les professionnels de la santé à se pencher sur sa pertinence.

L'augmentation des grossesses à l'adolescence et l'importance de leur impact, justifient qu'on accorde la priorité à la prévention des grossesses non désirées chez les jeunes adolescentes. La vie sexuelle commence tôt, et à l'âge de 15 à 17 ans une part importante des adolescentes ont déjà opté pour la contraception orale. Cela suggère que l'éducation sur la santé sexuelle et la contraception devrait être introduite tôt dans les programmes scolaires, avant même le début de la vie sexuelle (Santé Québec, 1992a). On peut en effet s'interroger sur l'efficacité d'axer l'éducation sexuelle auprès des jeunes à la fin du secondaire, alors que nombre d'entre eux sont déjà actifs sexuellement et ont déjà choisi une méthode de contraception; surtout qu'une partie des jeunes ne finissent pas leur secondaire (Stephens *et al.*, 1993).

Au chapitre de la santé mentale, les adolescentes apparaissent comme un des groupes les plus vulnérables. Bien que des efforts de recherche semblent nécessaires à cet égard, les résultats obtenus sont inquiétants et méritent l'attention d'autant plus que la détresse psychologique a augmenté entre 1987 et 1992-1993 chez les jeunes femmes comme chez les jeunes hommes. Ces résultats invitent les intervenants à être plus attentifs aux difficultés rencontrées par les jeunes femmes et à leur accorder le soutien dont elles ont besoin. Par ailleurs, le sombre portrait d'ensemble qui se dégage de l'augmentation de la détresse psychologique chez les jeunes, jointe à la détérioration de la perception qu'ils ont de leur état de santé et au contexte socioéconomique peu favorable laisse prévoir une détérioration future et devrait préoccuper les décideurs.

En raison de l'issue fatale et évitable du suicide, sa prévention semble devoir demeurer en tête des priorités. Les faits présentés dans la présente monographie recèlent certaines avenues pour la prévention. Les jeunes font des tentatives ratées et dévoilent leurs intentions. L'étroite relation entre la détresse psychologique, les conduites

suicidaires et le soutien social est une indication pour l'entourage que la détresse qu'ils perçoivent chez les jeunes peut être liée à des conduites suicidaires et que le soutien qu'ils sont en mesure de leur procurer peut contribuer à les réduire.

Finalement, les résultats présentés en regard de la santé physique et du recours aux services chez les jeunes confirment la place de plusieurs problèmes au nombre des priorités de la Politique de la santé et du bien-être (1992); qu'on pense aux traumatismes, au suicide, aux maladies respiratoires, aux anomalies congénitales et aux affections périnatales. Ils réactualisent également les constats du Rapport du Groupe de travail sur les jeunes (MSSS, 1991) quant à l'ampleur du suicide et des grossesses à l'adolescence et quant à la méconnaissance de plusieurs des problèmes majeurs auxquels sont confrontés les jeunes.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

ADLAF, E.M.; SMART, R.G. (1991). "Drug Use Among Adolescent Students in Canada and Ontario : the past, present and future", *The Journal of Drug Issues*, vol. 21, no 1, p. 59-72.

AUBIN, J.; GRATTON, J.; CAQUETTE, L. (1996). *L'usage de la cigarette au Québec, 1985 à 1994 : analyse d'enquêtes multiples*, Monographie no 4, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Santé Québec, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec (à paraître).

AYOTTE, V.; FERLAND, M. (1989). *Les jeunes adultes et la santé, ça va ?*, Monographie No 2, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, Les Publications du Québec.

BARRERA, M. (1986). "Distinction between social support concepts, measures and models", *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, no 4, p. 413-445.

BEAULNE, G. (sous la direction de) (1991). *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec.

BELLEROSE, C.; LAVALLÉE, C.; COURTEMANCHE, R.; CAQUETTE, L.; GODBOUT, M.; LAPOINTE, F. (1995). «Méthodes» dans Santé Québec, Et la santé, ça va en 1992-1993? *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

BERNIER, S. (1995). «Usage de la cigarette», dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

BERNIER, M.; DESROSIERS, H.; LE BOURDAIS C.; LÉTOURNEAU E. (1994). *Un profil des familles québécoises*, Monographie no 1, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Santé Québec, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

BOUCHARD, C.; TESSIER, R. (1996). «Conduites à caractère violent à l'endroit des enfants» dans Santé Québec, Lavallée, C. et al. (sous la direction de). *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches*, Monographie no. 2, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

BOUCHARD, C.; TESSIER, R.; LAGANIÈRE, J.; FRASER, A. (1993). *La violence familiale envers les enfants. Validité de la mesure et prévalence dans un quartier populaire urbain*. Les Cahiers de recherche du LAREHS, 2, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

BOUCHARD, C.; DUMONT, C. (1989). *La violence familiale sur le territoire de Ste-Thérèse : les enfants d'abord*, Rapport de recherche inédit, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

BOURBEAU, R.; CHAREST, S.; LABERGE-NADEAU, C.; LESAGE, D.; JOLY, M-F.; DUSSAULT, C. (1991). «Les traumatismes routiers», dans Beaulne, G. (sous la direction de). *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec.

BOYER, R.; PRÉVILLE, M.; LÉGARÉ, G.; PERRAULT, C. (1992). *L'épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires*, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Cahier de Recherche No 8, Montréal, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

BOYER, R.; LANGELIER-BIRON, L. (1991). «Actes de violence : suicides, parasuicides et voies de fait», dans Beaulne, G. (sous la direction de), *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, p. 231-264.

BRETON, J.-J.; VALLA, J.-P.; BERGERON, L.; ÉMOND, A.; DAVELUY, C. (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Faits saillants*, Hôpital Rivière-des-Prairies, Santé Québec.

BROWN, G.W. (1988). "Early loss of parent and depression in adult life", in Fisher, S. et Reason, J. (dir.), *Handbook of life stress, cognition and health*, Chichester, John Wiley & Sons.

CAMIRAND J.; MASSÉ R.; TOUSIGNANT M. (1995). «Milieu social», dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

CAMIRAND, J.; BLAIS, R.; BÉLAND, F. (1994). *La sous-déclaration des services médicaux dans l'enquête Santé Québec 1987*, 62ième Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1994a). "Preventing tobacco use among young people" (A Report of the Surgeon General : Executive Summary), *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 43, no RR-4, p. 1-10.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1994b). "Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 43, no RR-2, p. 1-18.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1994c). "Reasons for Tobacco Use and Symptoms of Nicotine Withdrawal Among Adolescent and Young Adult Tobacco Users-United States, 1993", *Journal of the American Medical Association*, vol. 272, no 21, p. 1648-1649.

CHARBONNEAU, L. (1994). «MTS, grossesse, contraception» dans Bélanger, H. et Charbonneau, L. (sous la direction de). *La santé des femmes*, Edisem, Maloine, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CHARBONNEAU, L.; FORGET, G.; FRAPPIER, J.-Y.; GAUDREAU, A.; GUILBERT, É.; MARQUIS, N. (1989). *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec

CHEVALIER S. (1995a). «Consommation d'alcool» dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

CHEVALIER S. (1995b). «Consommation de drogues» dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

CHEVALIER S.; KAPETANAKIS C.; TURCOTTE G. (1995a). «Caractéristiques de la population», dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

CHEVALIER, S.; CHOINIÈRE, R.; FERLAND, M.; PAGEAU, M.; SAUVAGEAU, Y.; Groupe de travail pour les systèmes d'information sur la santé communautaire (1995b). *Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations*, Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé.

CLOUTIER, R.; CHAMPOUX, L.; JACQUES, C.; CHAMBERLAND, S. (1994a). *Ados, familles et milieu de vie : la parole aux ados!*, Association des Centres jeunesse du Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

CLOUTIER, R.; CHAMPOUX, L.; JACQUES, C.; LANCOP, C. (1994b). *Nos ados et les autres : Étude comparative des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

CLOUTIER, R.; LEGAULT, G.; CHAMPOUX, L.; GIROUX, L. (1991). *Les habitudes de vie des élèves du secondaire : Rapport d'étude*, Québec, ministère de l'Éducation.

CÔTÉ, L.; ROSS, C.; PRONOVOST, J.; BOYER, R. (1992). *Les comportements suicidaires chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans*, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Cahier de Recherche No 9, Montréal, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

CÔTÉ, L.; PRONOVOST, J.; ROSS, C. (1990). «Étude des tendances suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire», *Santé mentale au Québec*, vol. 15, no 1, p. 29-45.

COURNOYER, M. (1995). *Grossesse, maternité et paternité à l'adolescence : recueil de recension des écrits*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 184 p.

CRITTENDEN P.M.; CLAUSSEN, A.J.; SUGARMAN, D.B. (1994). "Physical and Psychological Maltreatment in Middle Childhood and Adolescence", *Development and Psychopathology*, vol. 6, p. 145-164.

DANDURAND, R.B. (1994). «Divorce et nouvelle monoparentalité» dans DUMONT, F.; LANGLOIS, S.; MARTIN, Y. (sous la direction de). *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 519-544.

DAWSON, D.A. (1991). "Family Structure and Children's Health and Well-Being : Data from the 1988 National Health Interview Survey on Child Health", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 53, p. 573-584.

DOHRENWEND, B.P.; DE FIGUEIREDO, J.M. (1983). "Remote and recent life events and psychopathology", in *Origins of psychopathology : problems in research and public policy*. Cambridge, Cambridge University Press.

DUCHESNE, L. (1995). «Population et ménages», dans *Le Québec statistique 60e édition 1995*, Bureau de la statistique du Québec, Québec, Les Publications du Québec.

DUCHESNE, L. (1994). *La situation démographique au Québec édition 1994*, Bureau de la statistique du Québec, Québec, Les Publications du Québec.

DUCHESNE L.; THIBAUT, N. (1995). «La situation démographique du Québec de 1986 à 1992», dans *Le Québec statistique 60e édition 1995*, Bureau de la statistique du Québec, Québec, Les Publications du Québec.

DUNNIGAN, L. (1995). «Certains comportements de santé propres aux femmes» dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

EMERY, R.E. (1982). "Interpersonal conflict and the children of discord and divorce". *Psychology Bulletin*, no 92, p. 310-330.

FOURNIER, M.A.; PICHÉ, J.; CÔTÉ L. (1995). «Recours aux services sociaux et de santé», dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

GARBARINO, J.; GUTTMAN, E.; SEELEY, J. (1986). *The Psychologically Battered Child*, Jossey-Bass, San Francisco.

GIROUX, C. (1988). «Les substances psycho-actives : repères pharmacologiques et physiologiques», dans Brisson P. (sous la direction de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Boucherville, Gaetan Morin Éditeur, p. 37-62.

GIROUX, L.; LEGAULT, G. (1994). *La consommation de drogues licites et illicites chez les filles et les garçons du secondaire et les conduites suicidaires*, ministère de l'Éducation, gouvernement du Québec.

GUYON, L.; NADEAU, L.; DEMERS A.; KISHCHUK N. (1995). «Grande consommation d'alcool et problèmes connexes», dans Santé Québec, *Certains aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 2, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

GUYON, L. (1990). *Quand les femmes parlent de leur santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, Les Publications du Québec.

HANVEY, L.; AVARD, D.; GRAHAM, I.; UNDERWOOD, K.; CAMPBELL, J.; KELLY, C. (1994). *La santé des enfants du Canada : profil réalisé par l'ICSI*, deuxième édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

HETHERINGTON, E.M. (1989). "Coping with Family Transitions : Winners, Losers, and Survivors", *Child development*, vol. 60, p. 1-14.

KING, A.J.C.; COLES, B. (1992). *Nos jeunes, leur santé : Opinions et comportements des 11, 13 et 15 ans au Canada et dans 10 autres pays*, ministère des Approvisionnements et Services Canada.

LAFONTAINE, P. (1995). *Mortalité selon la cause chez les 0-19 ans, Québec : périodes de 1988-1990 à 1991-1993*, Note de service, direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

LA NOVARA, P. (1993). *Un portrait des familles au Canada*, Projet des groupes cibles, Statistique Canada, no. 89-523F au catalogue.

LAURIER, C.; POIRIER, S.; GAUTHIER, A. (1995). «Consommation de médicaments», dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

LAVALLÉE, C.; CLARKSON, M.; CHÉNARD, L. (sous la direction de) (1996). *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches*, Monographie no 2, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

LEGAULT, P. (1995). *Les groupes d'âge. Statistiques sur les causes de mortalité au Québec. 1971, 1975-1993*, Québec, direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1995.

LÉGARÉ, G.; LEBEAU, A.; BOYER, R.; ST-LAURENT, D. (1995). «Santé mentale : détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides», dans *Santé Québec, Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

LEVASSEUR, M. (1995). «Perception de l'état de santé», dans *Santé Québec, Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

MECHANIC, D.; HANSELL, S. (1989). "Divorce, Family Conflict, and Adolescents' Well-Being", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, p. 105-116.

MENAHM, G. (1992). «Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance», *Population*, no 47, p. 893-932.

MEYER, M.B.; JONAS, B.S.; TONASCIA, J.A. (1976). "Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy", *American Journal of Epidemiology*, no 103, p. 464-476.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants : Rapport du groupe de travail pour les jeunes*, Québec, gouvernement du Québec.

MORISSETTE, P.; PAQUIN, A.; CHEVALIER, S.; JETTÉ, M. (1992). «Consommation d'alcool et d'autres drogues : état de situation» dans Santé Québec, *Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

NADEAU, L. (1992). «Introduction» dans Santé Québec, *Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

NOLIN B. (1995). «Activité physique de loisir», dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, Paris, CTNERHI-INSEERM.

OTIS, J. et al. (1991). *Étude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes de cinquième secondaire*, Greenfield Park, DSC Hôpital Charles LeMoine, Université de Montréal, Université Laval, 240 p.

PAQUIN, P. (1988). «Les jeunes, l'alcool et les drogues : valeurs, profils, problèmes», dans Brisson P. (sous la direction de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Boucherville, Gaetan Morin Éditeur, p. 253-269.

PRÉVILLE, M.; BOYER, R.; POTVIN, L.; PERREAU, C.; LÉGARÉ, G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Cahier de Recherche No 7, Montréal, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC (1993). *Les allocations d'aide aux familles - Statistiques 1991*, Québec, RRQ, p. 51-58.

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC (1992). *Un million de familles*, Québec, RRQ, p. 28-29.

ROBITAILLE Y.; RÉGNIER G.; PLESS I.B. (1995). «Accidents avec blessures», dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

ROCHON, M. (1995). *Taux de grossesse à l'adolescence : Québec, 1980 à 1993, région sociosanitaire de résidence, 1992-1993*, Note de service, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988a). *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes*, Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, 135 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988b). *Le poids et la santé*, document de travail, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 94 p.

SANTÉ QUÉBEC; BELLEROSÉ, C.; LAVALLÉE, C.; CHÉNARD L.; LEVASSEUR, M. (sous la direction de) (1995a). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC; LAVALLÉE, C.; BELLEROSÉ, C.; CAMIRAND, J.; CARIS, P. (sous la direction de) (1995b). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC; BELLEROSÉ, C.; LAVALLÉE, C.; CAMIRAND, J. (1994). *Enquête sociale et de santé 1992-1993. Faits saillants*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC (1992a). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC (1992b). *Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans, 1991*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Tome 1, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Statistiques démographiques annuelles 1995*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada (cat. 91-213) (à paraître).

STATISTIQUE CANADA (1992). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1991, Tableaux d'appoint, Provinces et territoires*, Ottawa, Statistique Canada, n.p.

STEPHENS, T. (1995). «Tendances dans la prévalence du tabagisme de 1991 à 1994», *Rapport d'atelier, Maladies chroniques au Canada*, vol. 16, no 1, p. 31-37.

STEPHENS, T.; FOWLER GRAHAM, D. (sous la direction de) (1993). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue H39-263/2-1990F).

STRAUS, M.A; GELLES, R.J. (1990). *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*, New Brunswick, Transaction Publishers.

THERRIEN L. (1995). «Poids corporel», dans *Santé Québec, Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

TOUSIGNANT, M. (1994). «Le suicide et les comportements suicidaires», dans Dumont, F.; Langlois, S.; Martin, Y. (sous la direction de). *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 765-776.

TOUSIGNANT, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, PUF.

TOUSIGNANT, M.; HAMEL, S.; BASTIEN, M.-F. (1988). «Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 2, p. 79-83.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D. (1986). *Comportements suicidaires et entourage social*, Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

VALLA, J.P.; BRETON, J.J.; BERGERON, L.; GAUDET, N.; BERTHIAUME, C.; SAINT-GEORGES, M.; DAVELUY, C.; TREMBLAY, V.; LAMBERT, J.; HOUDE, L.; LÉPINE, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport de synthèse*, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

VISSING, Y.; STRAUS, M.A.; GELLES, R.J; HARROP, J.W. (1991). "Verbal Agression by Parents and Psychosocial Problems of Children". *Child Abuse and Neglect*, no 15, p. 223-238.

WILKINS, J.; MEILLEUR, D. (1994). «Anorexie mentale : une histoire à comprendre, un diagnostic à poser», dans Bélanger, H. et Charbonneau, L. (sous la direction de). *La santé des femmes*, Edisem, Maloine, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

WILKINS, R. (1995). «Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé» dans Santé Québec, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

## TABLEAUX EN ANNEXE

**TABLEAU A.1**  
**Population de moins de 20 ans selon l'âge et**  
**le type de ménage, Enquête Santé Québec 1987**

TYPE DE MÉNAGE	ÂGE			TOTAL
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	
	%	%	%	%
<b>MÉNAGE FAMILIAL</b>				
<b>FAMILLE BIPARENTALE INTACTE</b>	88,8	79,7	72,9	79,5
<b>FAMILLE MONOPARENTALE</b>	8,0	13,1	14,1	12,2
<i>PARENT FÉMININ</i>	7,8	11,8	11,5	10,8
<i>PARENT MASCULIN</i>	0,1	1,4	2,6	1,4
<b>FAMILLE RECOMPOSÉE</b>	3,7	8,2	4,8	5,3
<i>SANS ENFANT COMMUN</i>	1,2	4,4	4,2	3,6
<i>AVEC ENFANT COMMUN</i>	2,5	1,8	0,7	1,7
<b>AUTRE FAMILLE</b>	1,4	0,8	1,0	1,0
<b>MÉNAGE NON FAMILIAL</b>	0,1	0,2	7,2	2,0

TABLEAU A.2

Population de moins de 20 ans selon l'âge de l'enfant  
et le statut d'activité habituelle des parents,  
population vivant dans les ménages familiaux<sup>1</sup>,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

ACTIVITÉ HABITUELLE DES PARENTS <sup>2</sup>	ÂGE DE L'ENFANT			TOTAL
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	
	%	%	%	%
<b>MÈRE</b>				
EN EMPLOI	47,4	56,1	61,6	55,2
AUX ÉTUDES	4,0*	3,0	2,9*	3,2
TIENT MAISON, À LA RETRAITE	40,8	35,9	31,5	36,1
SANS EMPLOI	7,8	5,0	4,0*	5,5
<b>PÈRE</b>				
EN EMPLOI	86,7	88,8	86,5	87,7
AUX ÉTUDES	3,1*	1,2*	0,8**	1,8
TIENT MAISON, À LA RETRAITE	0,3**	1,3*	3,2*	1,5
SANS EMPLOI	9,9	8,7	9,7	9,3

<sup>1</sup> «Autre famille» exclue.

<sup>2</sup> Parents vivant dans les ménages seulement (beaux-parents inclus).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

TABLEAU A.3

Quantité hebdomadaire d'alcool consommé selon l'activité habituelle ou le type de ménage, population de 15 à 19 ans consommant de l'alcool<sup>1</sup>, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUE	QUANTITÉ HEBDOMADAIRE <sup>2</sup>		
	AUCUNE	1-6 CONSOM.	7 CONSOM. ET PLUS
	%	%	%
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>			
ÉTUDES	57,8	27,3	15,1
TRAVAIL, AUTRE	40,0	23,4*	38,6
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>3</sup></b>			
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	58,8	27,2	16,2
FAMILLE MONOPARENTALE	54,8	27,6*	17,8*
FAMILLE RECOMPOSÉE	61,4*	21,6**	17,0**
MÉNAGE NON FAMILIAL	37,6*	28,6**	33,9*

<sup>1</sup> Jeunes ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

<sup>2</sup> Au cours des sept jours ayant précédé l'enquête.

<sup>3</sup> «Autre famille» exclue.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

**TABLEAU A.4**  
**Consommation de drogues selon le statut d'activité ou**  
**le type de ménage, population de 15 à 19 ans,**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

STATUT D'ACTIVITÉ / TYPE DE MÉNAGE	CONSOmmATEURS <sup>1</sup>
	%
<b>ACTIVITÉ HABITUELLE</b>	
ÉTUDES	28,0
TRAVAIL, AUTRE	37,1
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>2</sup></b>	
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	22,6
FAMILLE MONOPARENTALE	40,4
FAMILLE RECOMPOSÉE	32,1 <sup>a</sup>
MÉNAGE NON FAMILIAL	34,8 <sup>a</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>27,3</b>

<sup>1</sup> Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

<sup>2</sup> «Autre famille» exclus.

<sup>a</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

TABLEAU A.5

Taux annuel moyen de mortalité pour les principales causes selon le sexe, population de 0 à 19 ans, Québec 1991-1993

PRINCIPALE CAUSE	SEXE (Tx/100 000)		TOTAL
	GARÇON	FILE	
ANOMALIE CONGÉNITALE	12,4	9,7	11,1
AFFECTION PÉRINATALE	13,7	11,4	12,6
TUMEUR	4,4	3,7	4,1
TRAUMATISME	28,5	10,4	19,7
ACCIDENT DE LA CIRCULATION	12,3	5,3	8,9
SUICIDE	8,2	1,8	5,1
MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX ET DES SENS	3,0	2,0	2,5
AUTRE CAUSE	10,6	8,4	9,5
<b>TOTAL</b>	<b>72,7</b>	<b>45,5</b>	<b>59,4</b>

Source : Lafontaine P. (1995).

**TABLEAU A.6**  
**Victimes d'accidents avec blessures<sup>1</sup> selon le type de ménage**  
**et l'âge, population de 0 à 19 ans,**  
**Enquête sociale et de santé 1992-1993**

TYPE DE MÉNAGE <sup>2</sup>	ÂGE (TX/1000)			TOTAL
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	44,5 <sup>*</sup>	72,0	99,9	70,6
FAMILLE MONOPARENTALE	64,5 <sup>**</sup>	73,4 <sup>*</sup>	134,9 <sup>*</sup>	88,4
FAMILLE RECOMPOSÉE	36,9 <sup>**</sup>	119,7 <sup>*</sup>	97,4 <sup>**</sup>	99,9 <sup>*</sup>
MÉNAGE NON FAMILIAL	0,0 <sup>**</sup>	172,7 <sup>**</sup>	149,8 <sup>**</sup>	150,5 <sup>**</sup>

<sup>1</sup> Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

<sup>2</sup> «Autre famille» exclus.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

**TABLEAU A.7**  
**Limitations fonctionnelles selon l'âge ou le type de ménage,**  
**population de 0 à 19 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993**

ÂGE / TYPE DE MÉNAGE	LIMITATIONS FONCTIONNELLES
	%
<b>ÂGE</b>	
0-4 ANS	2,9*
5-14 ANS	3,2
15-19 ANS	3,5*
<b>TYPE DE MÉNAGE<sup>1</sup></b>	
FAMILLE BIPARENTALE INTACTE	2,8
FAMILLE MONOPARENTALE	3,8**
FAMILLE RECOMPOSÉE	3,8**
MÉNAGE NON FAMILIAL	7,6**
<b>TOTAL</b>	<b>3,2</b>

<sup>1</sup> «Autre famille» exclus.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

TABLEAU A.8

Lieu de la dernière consultation selon l'âge, population de 0 à 19 ans ayant consulté au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Enquête sociale et de santé 1992-1993

LIEU	ÂGE			TOTAL
	0-4 ANS	5-14 ANS	15-19 ANS	
	%	%	%	%
BUREAU PRIVÉ	56,9	70,3	63,7	65,3
CLSC	10,4*	3,8**	6,3**	6,1
ÉCOLE	0,8**	6,1*	5,8**	4,6*
HÔPITAL				
URGENCE	5,8**	4,0**	3,9**	4,4*
CLINIQUE EXTERNE	14,3*	9,4*	13,4*	11,6
SÉJOUR	2,9**	1,0**	1,3**	1,5**
MAISON ET AUTRE	9,3*	5,4*	5,8**	6,5

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; Interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.



N 10,954  
Ex.2

