

En santé

POUR L'AVENIR? 2^e édition

Un portrait des jeunes Montréalais d'âge scolaire

☆ **DES JEUNES
EN SANTÉ
MAIS TOUJOURS
DES OMBRES
AU TABLEAU**

+
**QUAND
STRESS
ET
DÉTRESSE
RIMENT AVEC
JEUNESSE**

Zoom

**SUR LES
HABITUDES DE VIE
ET LES
COMPORTEMENTS
À RISQUE**

▷ **DENSITÉ
DIVERSITÉ
INÉGALITÉS :**
**UN CADRE PARTICULIER
QUI FAÇONNE
LA SANTÉ DES JEUNES**



Une réalisation du secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM)
en collaboration avec les secteurs Tout-petits – Jeunes (TP-J)
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Coordination :

Christiane Montpetit

Recherche, analyse et rédaction :

Emmanuelle St-Arnaud-Trempe
Ramana Zanfongnon
Christiane Montpetit
Édith Bergeron
Anouk Lebel

Collaborations à la rédaction :

Violaine Ayotte
Martin Généreux
Mélicca Généreux
Patrick Morency
Mathieu Roy
Ginette Veilleux

Collaboration au traitement de données :

James Massie, Jean Gratton, Kosal Khun
et Ariel Alexis

Cartographie :

Maryam Bazargani

Les auteurs remercient les personnes suivantes pour leur soutien et commentaires

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal :

Carl Drouin, Marlène Ginard (SÉSAM),
André Gobeil, Anne Chabot, Christine Lefebvre, Hélène Riberdy (TP-J)
Manon Hudson (secteur Information)

Centres de santé et de services sociaux (CSSS) :

Gilles Beauchamp, Georges Fournier, Marise Guindon, Sylvie Sylvain

Graphisme :

Création Carographe

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-910-8 (version PDF, 2^e édition, 2010)

ISBN 978-2-89494-859-0 (version imprimée) Prix : 15 \$

ISBN 978-2-89494-860-6 (version PDF, 1^{re} édition, 2009)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Note :

La 2^e édition est justifiée
par le remplacement de la carte
et du texte de la page 16.

Mot du directeur

Les jeunes sont la richesse et l'avenir d'une société. Investir dans leur développement, c'est leur donner les outils nécessaires pour grandir sainement. Une des six orientations principales du plan d'action régional en santé publique est de s'assurer que les jeunes soient en santé et réussissent leur apprentissage scolaire. Comme ils deviendront les adultes de demain, il s'agit de conditions non seulement nécessaires à leur propre santé et bien-être plus tard, mais qui seront aussi bénéfiques à l'ensemble d'une société vieillissante.

S'appuyant sur plusieurs sources de données, ce portrait se veut un ouvrage de référence concernant l'état de santé des jeunes. Il vise d'abord à décrire le contexte dans lequel se déroule la vie des jeunes Montréalais d'âge scolaire et de leurs familles, pour ensuite s'attarder à leurs habitudes de vie, à leur santé physique et psychologique et à leur utilisation des ressources dans le système de santé. Quand les données le permettent, ce document fait ressortir la réalité des jeunes à l'échelle du réseau local de santé.

La Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal travaille à implanter une programmation en promotion et prévention pour favoriser le développement des jeunes Montréalais. Un cadre de référence – Une communauté mobilisée pour ses jeunes – est proposé comme outil de mise en oeuvre à cet effet. Les informations présentées dans ce rapport mettent en lumière les défis quotidiens auxquels nos jeunes sont confrontés et les facteurs qui influencent leur santé, leur bien-être et leur réussite scolaire. Cette connaissance est essentielle pour dégager des priorités d'action et définir les cibles d'intervention les plus efficaces et prometteuses en santé publique.

C'est en utilisant les outils à notre disposition pour mieux comprendre leur réalité et en agissant en concertation que nous parviendrons à créer pour nos jeunes un environnement propice à leur épanouissement. Garder les jeunes au coeur de nos préoccupations, c'est investir pour garder notre monde en santé.

Le directeur de santé publique

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard', written in a cursive style.

Richard Lessard, M.D.

Contenu

1. Densité, diversité, inégalités : un cadre particulier qui façonne la santé des jeunes 5

Le poids des jeunes dans la population totale	6
Des jeunes aux horizons culturels diversifiés	7
Dans quel type de famille nos jeunes grandissent-ils?.....	8
Une réalité socioéconomique pas toujours favorable	9
Des écoles et une clientèle scolaire défavorisées	11
Des succès et des échecs scolaires	13
Une enfance et une adolescence parfois teintée par la violence	14

2. Zoom sur les habitudes de vie et les comportements à risque 17

Marche et vélo à l'agenda des ados	18
Des comportements alimentaires pas très exemplaires	19
Leur sourire, en prennent-ils soin?	20
De quelle couleur seront leurs poumons?	20
La fumée occupe les maisons montréalaises	21
Prendre un verre de bière... une question de richesse?	22
Drogues et jeu : consommation accrue chez les plus vieux du secondaire	22
Attitude risquée sous les draps	23

3. Des jeunes en santé mais toujours des ombres au tableau 25


Un taux de mortalité à la baisse	26
Lésions, traumatismes et empoisonnements, toujours des causes prédominantes d'hospitalisation	29
Nos jeunes se considèrent-ils en bonne santé?	31
L'embonpoint et l'obésité : une question d'alimentation?	31
Le miroir et la réalité, distorsion possible?	32
Les problèmes de santé chroniques qui affectent leur vie quotidienne	32
Les jeunes dans le système de soins	34
Une utilisation inégale des services dentaires à l'adolescence	34

4. Quand stress et détresse riment avec jeunesse 35

Stress, détresse et pensées suicidaires : des états à surveiller	36
Des jeunes en détresse qui n'ont pas toujours recours à l'aide disponible	37

5. Des défis pour garder nos jeunes en santé 40

Des milieux à risque pour les jeunes qui cumulent plusieurs vulnérabilités	42
Des milieux cumulant moins de risques, mais avec des taux surprenants de décrochage scolaire ou de violence	42
Des milieux immigrants plus défavorisés matériellement mais un tissu familial qui semble protéger les jeunes	42
Un cadre de référence pour intervenir	43



Densité,
diversité,
inégalités :

un cadre particulier qui façonne la santé des jeunes

Les jeunes Montréalais évoluent dans un contexte urbain particulier marqué entre autres par la densité urbaine, la diversité culturelle et la défavorisation qui contribue à teinter leur santé et leur bien-être. Documenter ce contexte est un préalable nécessaire puisque les conditions démographiques, les conditions de vie, l'environnement social et scolaire sont des déterminants importants de la santé des jeunes.

Le poids des jeunes dans la population totale

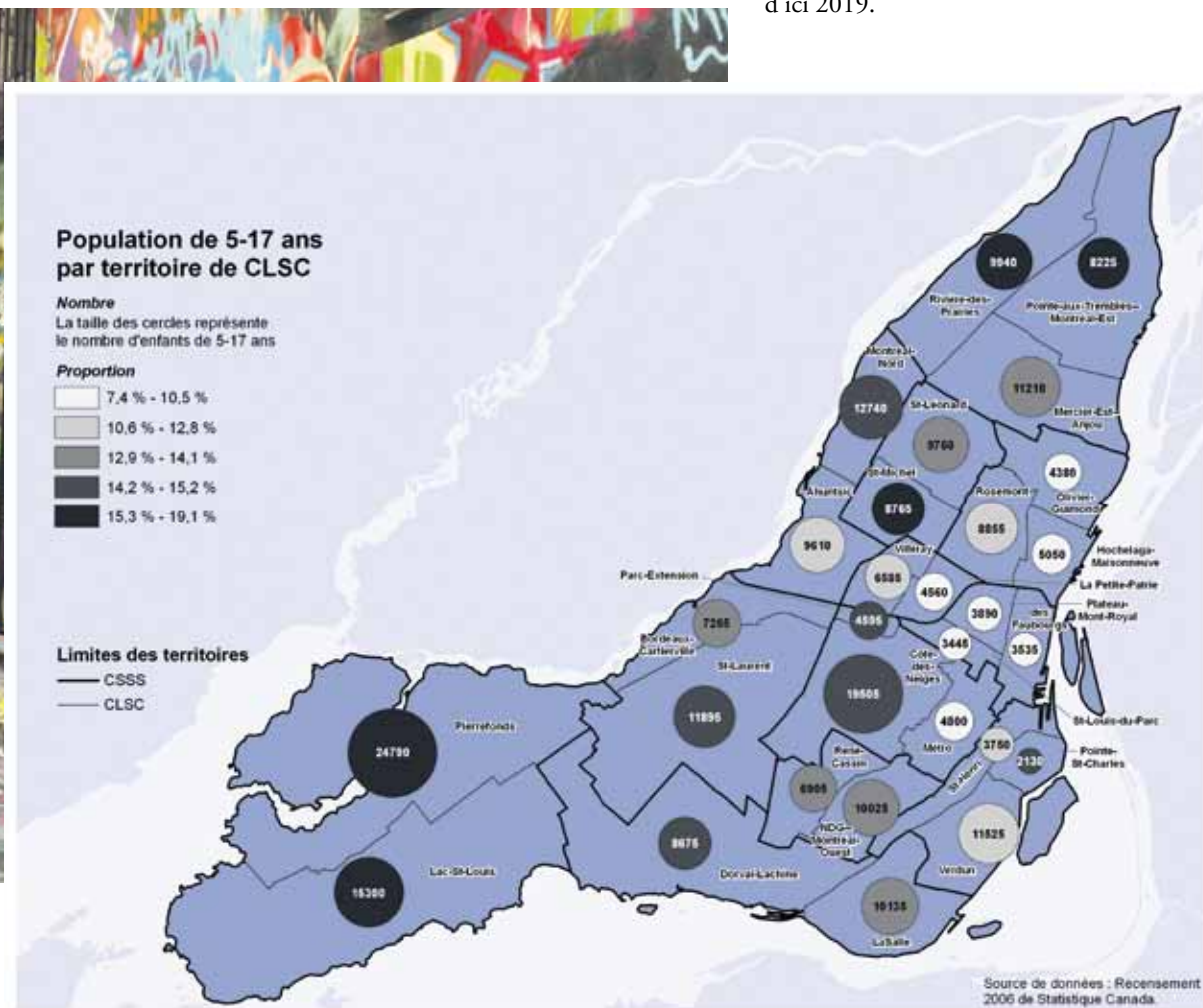
Comme ailleurs au Québec, la population montréalaise vieillit. De plus, les familles ont plutôt tendance à s'installer en périphérie^A. La région montréalaise compte 19% de jeunes âgés de moins de 18 ans (346 395 jeunes) en 2006, un nombre plus élevé que dans les autres régions du Québec, mais une proportion plus faible que dans la région de Laval par exemple (22%) ou dans celles de Mascouche et de Terrebonne (26% dans les deux cas). Quant aux jeunes de 5 à 17 ans, la clientèle d'âge scolaire^B, ils représentent 14%

de la population montréalaise, soit 251 850 jeunes en 2006.

Les jeunes de 5-17 ans sont proportionnellement plus nombreux dans certains territoires sociosanitaires montréalais (voir le tableau à la fin du document). Par exemple, la proportion est plus importante dans le territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Ouest-de-l'Île en nombre (40 090) et en proportion (19%) que dans le territoire du CSSS Jeanne-Mance

(10 870; 8%). Certains territoires n'ont pas des proportions aussi importantes que dans l'Ouest-de-l'Île, mais accueillent un nombre considérable de jeunes qui vivent parfois dans des conditions plus difficiles, comme dans le secteur de CLSC de Montréal-Nord où on trouve 12 740 jeunes de ce groupe d'âge.

Selon les projections démographiques de l'Institut de la Statistique du Québec, la part des jeunes de 5 à 19 ans dans la population totale devrait se maintenir autour de 15% d'ici 2019.



Note : Cette carte réfère à l'ensemble de la population âgée de 5 à 17 ans tandis que les cartes suivantes ont pour référence uniquement ceux qui vivent au sein d'une famille.

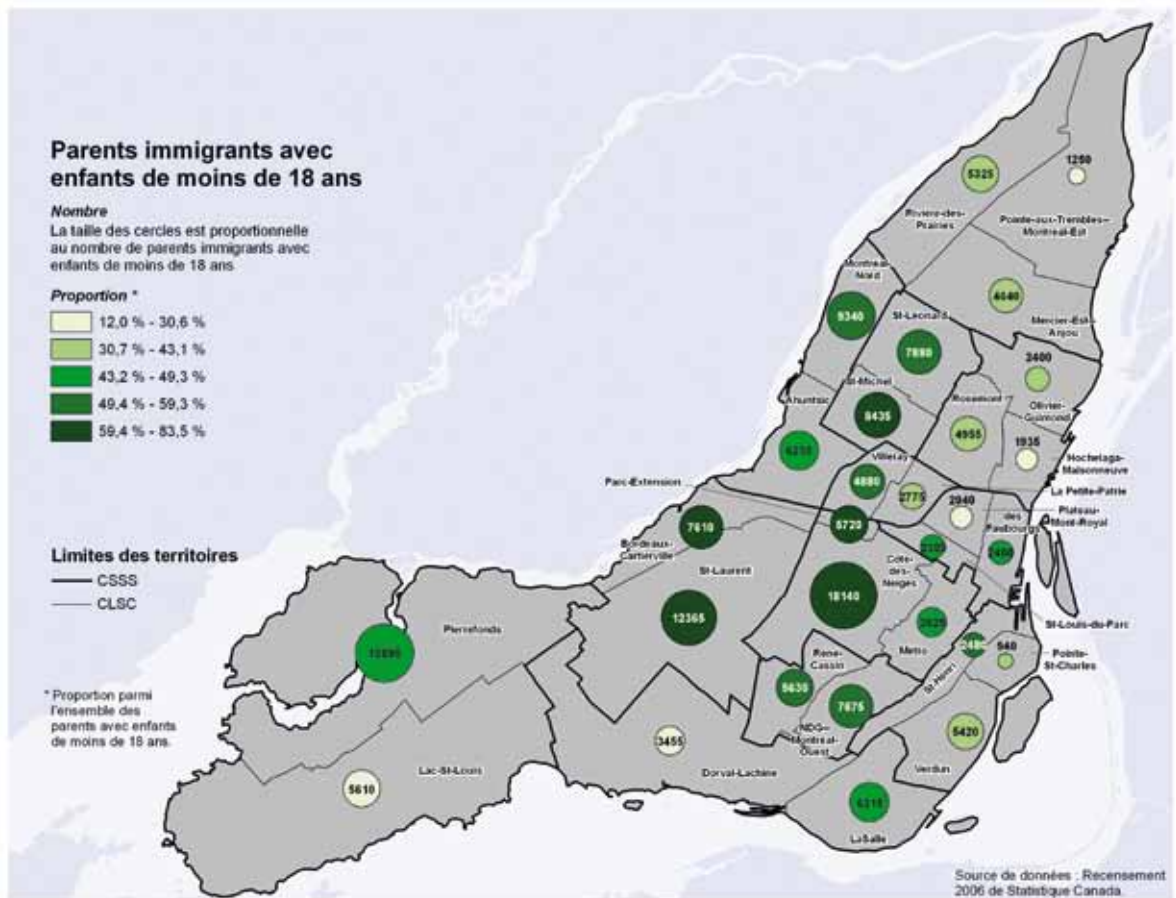
^A Selon l'Institut de la Statistique du Québec (Bulletin statistique régional, Montréal, Édition 2008), les faits saillants des migrations interrégionales de l'année 2006-2007 montrent que les pertes nettes de Montréal (région administrative ou Île de Montréal) demeurent élevées (soit plus de 23,000 personnes ou -1,29%). Les trois principales régions de destination des sortants sont, dans l'ordre, la Montérégie, Laval et Lanaudière. À part les jeunes de 15 à 24 ans qui migrent vers la métropole pour les études, Montréal enregistre des pertes pour tous les groupes d'âge, mais en particulier les 25-44 ans et les 0-9 ans. Ceci tend à démontrer que les jeunes familles continuent de préférer s'installer en banlieue.

^B Lorsque les données le permettent, notre portrait vise les jeunes d'âge scolaire, soit les 5 à 17 ans. Toutefois, nous invitons les lecteurs à porter attention au fait que selon les sources, il est possible que les catégories d'âge varient.

Des jeunes aux horizons culturels diversifiés

Une particularité de Montréal par rapport aux autres régions : sa part importante d'immigrants. Sept immigrants sur dix choisissent en effet de s'établir sur l'Île de Montréal plutôt qu'ailleurs dans la province.

Les jeunes immigrants de moins de 15 ans comptent pour 12% de tous les jeunes de ce groupe d'âge, et pour 6% de la population totale immigrante. Ils proviennent, en ordre d'importance, principalement de l'Asie et du Moyen-Orient, de l'Afrique (Afrique du Nord en premier ordre), et de l'Europe (Europe orientale surtout). Il faut cependant garder à l'esprit que plusieurs jeunes de familles immigrantes sont nés ici et que dans certaines communautés, les jeunes font partie des deuxièmes ou troisièmes générations d'immigrants. En considérant plutôt l'appartenance à un groupe de minorité visible pour illustrer la diversité culturelle au sein de cette catégorie d'âge, la proportion de jeunes concernés grimpe à près de 30%, dont les trois quarts ne sont pas considérés comme des immigrants.



En 2006, parmi l'ensemble des parents avec enfants de moins de 18 ans, près de la moitié (47%) sont des parents immigrants.

Cette proportion atteint 67% sur le territoire du CSSS de la Montagne (avec un sommet de 84% dans le secteur de CLSC de Parc-Extension), et plus de 70% dans Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent ainsi que dans le secteur de Saint-Léonard et celui de Saint-Michel. C'est dans le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île qu'elle est la plus

faible, soit 30%; dans le secteur de Pointe-aux-Trembles–Montréal-Est, la proportion atteint 12%, la plus faible de l'Île.

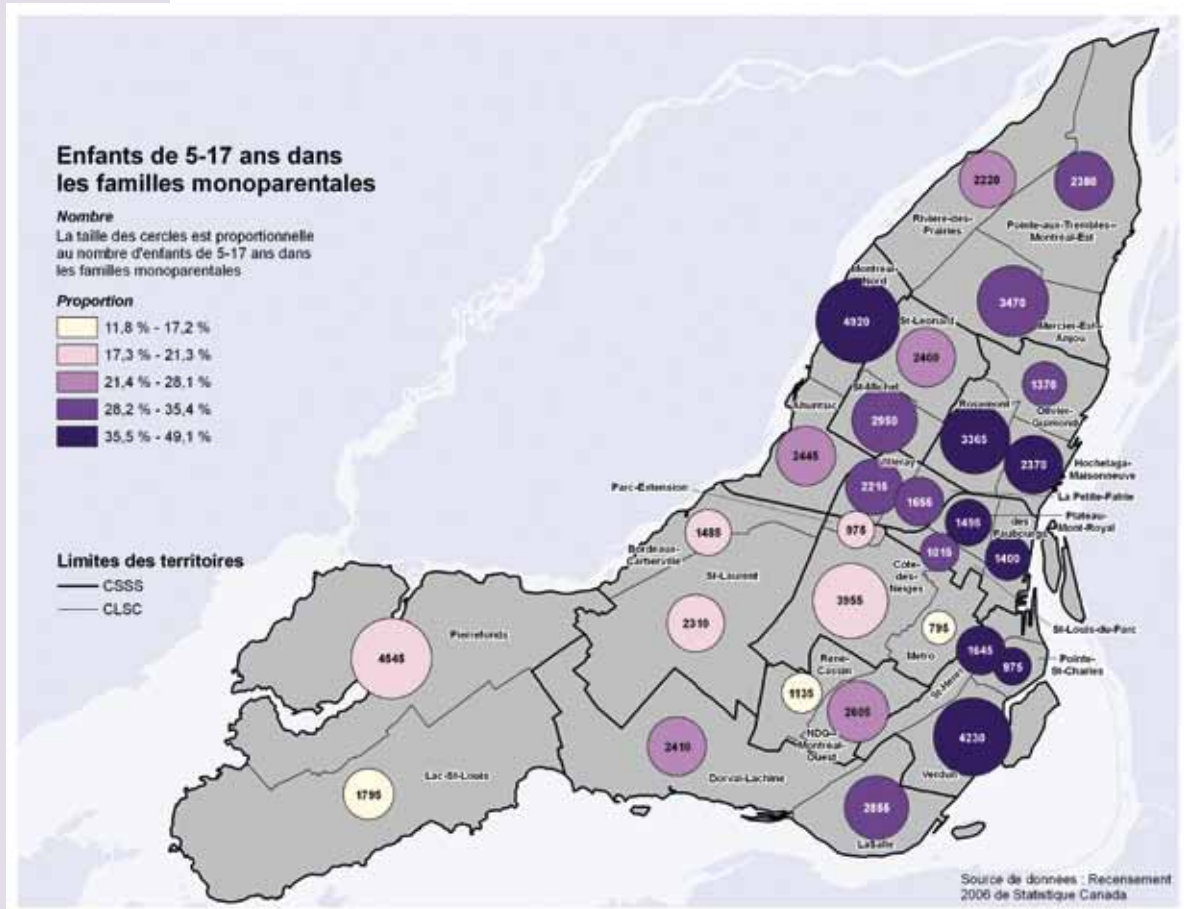
De plus, un fort pourcentage de jeunes de moins de 15 ans à Montréal parlent régulièrement une autre langue que le français à la maison. Ainsi, la langue parlée le plus souvent à la maison est le français pour 49% des jeunes, l'anglais pour 26% d'entre eux, une langue non officielle pour 20%, et les autres utilisent à la fois l'anglais et le français, ou combine une de ces langues à une langue non officielle.

Cette diversité se reflète aussi dans la clientèle scolaire du réseau public, selon une étude du Comité de gestion de la taxe scolaire de l'Île de Montréal¹. Près de 54% des élèves sont en effet issus de l'immigration ou dans une situation familiale où la composante socioculturelle est prépondérante (nés à l'étranger ou au moins un de leur parent né à l'étranger). Sur les 409 écoles publiques montréalaises retenues dans l'étude, 146 écoles accueillent 50% ou plus d'élèves issus de l'immigration. Dans 59 écoles, c'est plus de 75% des élèves qui sont dans cette situation.

Dans quel type de famille nos jeunes grandissent-ils?

En comparaison avec le reste de la province, les familles montréalaises sont plus fréquemment formées d'un couple marié, et comptent moins souvent un couple en union libre, situation probablement en lien avec la présence marquée des immigrants et des anglophones dans la métropole, puisque

la province de Québec, majoritairement francophone, est réputée pour la fréquence la plus élevée des unions libres par rapport au reste du Canada (35% des couples de la province comparé à 13% dans les autres provinces et les territoires).



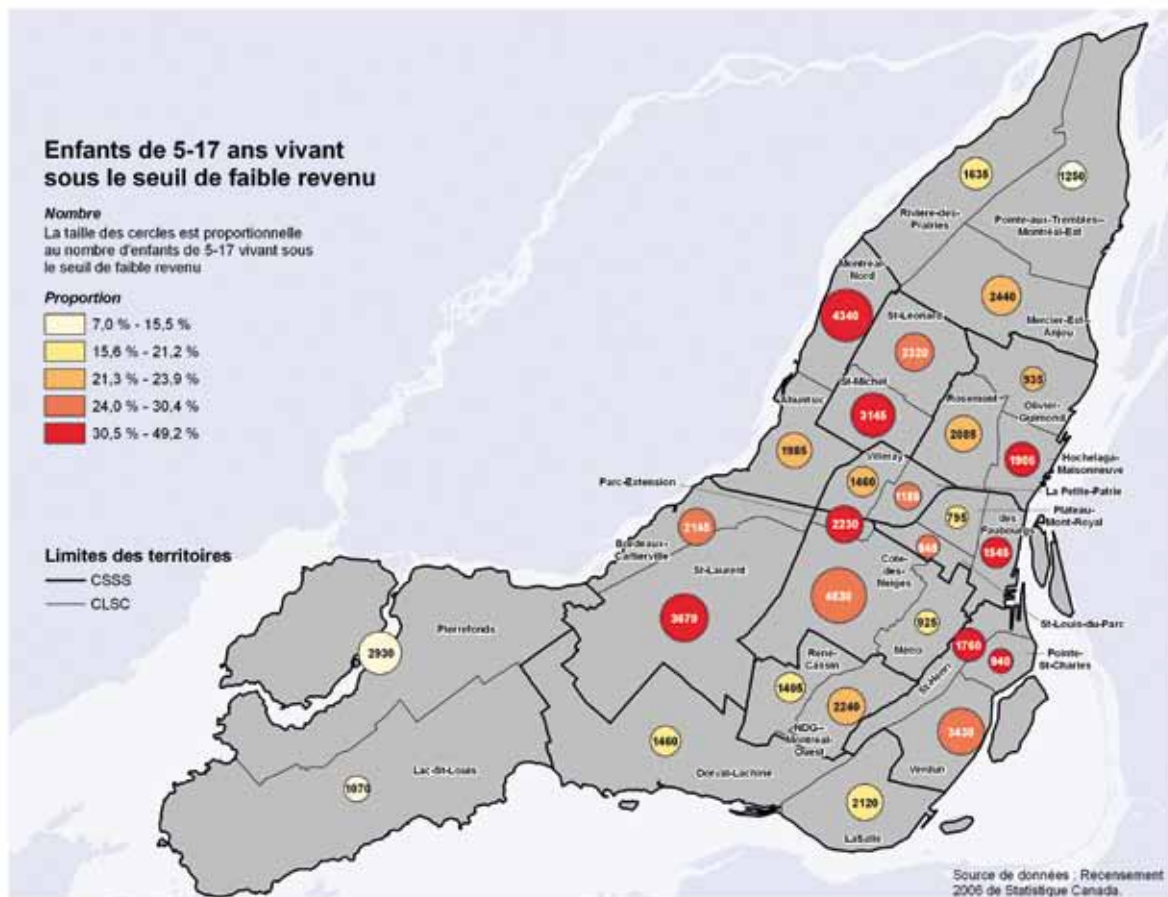
Un autre trait distinctif de Montréal : la proportion plus élevée qu'ailleurs au Québec de familles monoparentales parmi les familles avec enfants (33%, contre 26% pour le reste du Québec^c). Lorsqu'on s'attarde uniquement aux enfants de 5 à 17 ans, cette proportion baisse à 27% (22% pour le reste du Québec). Toutefois, certains secteurs de CLSC montréalais se démarquent par des proportions excédant deux familles sur cinq : Hochelaga-Maisonneuve (49%), Pointe-Saint-Charles (47%), Saint-Henri (46%) et des Faubourgs (41%). Plusieurs secteurs affichent non seulement des proportions de plus de 35% mais aussi des nombres élevés, comme Montréal-Nord et Verdun.

^c Le reste du Québec exclut Montréal.

Une réalité socioéconomique pas toujours favorable

Selon le recensement de 2006, on retrouve à Montréal près de la moitié des familles québécoises à faible revenu.

La proportion de jeunes de moins de 18 ans vivant dans une famille à faible revenu (après impôt) est trois fois plus élevée à Montréal (25%) que dans le reste de la province (8%). Chez les 5 à 17 ans, ce sont 23% d'entre eux qui vivent dans une famille sous le seuil de faible revenu, avec des écarts marqués entre les différents territoires : la proportion passe de 7% dans le secteur du Lac-Saint-Louis à 49% dans Saint-Henri. Trois secteurs contiennent des proportions et des nombres importants de jeunes dans une situation de faible revenu : Montréal-Nord, Saint-Laurent et Saint-Michel. D'autres présentent une proportion importante, mais moins d'effectifs, comme les secteurs de Parc-Extension et de Pointe-Saint-Charles.



Évolution du faible revenu chez les jeunes Montréalais

En 2005, la proportion d'enfants de moins de 18 ans vivant dans une famille sous le seuil de faible revenu (SFR) **avant impôt** est équivalente à celle de 1990. Si la proportion est plutôt stable, le nombre d'enfants vivant

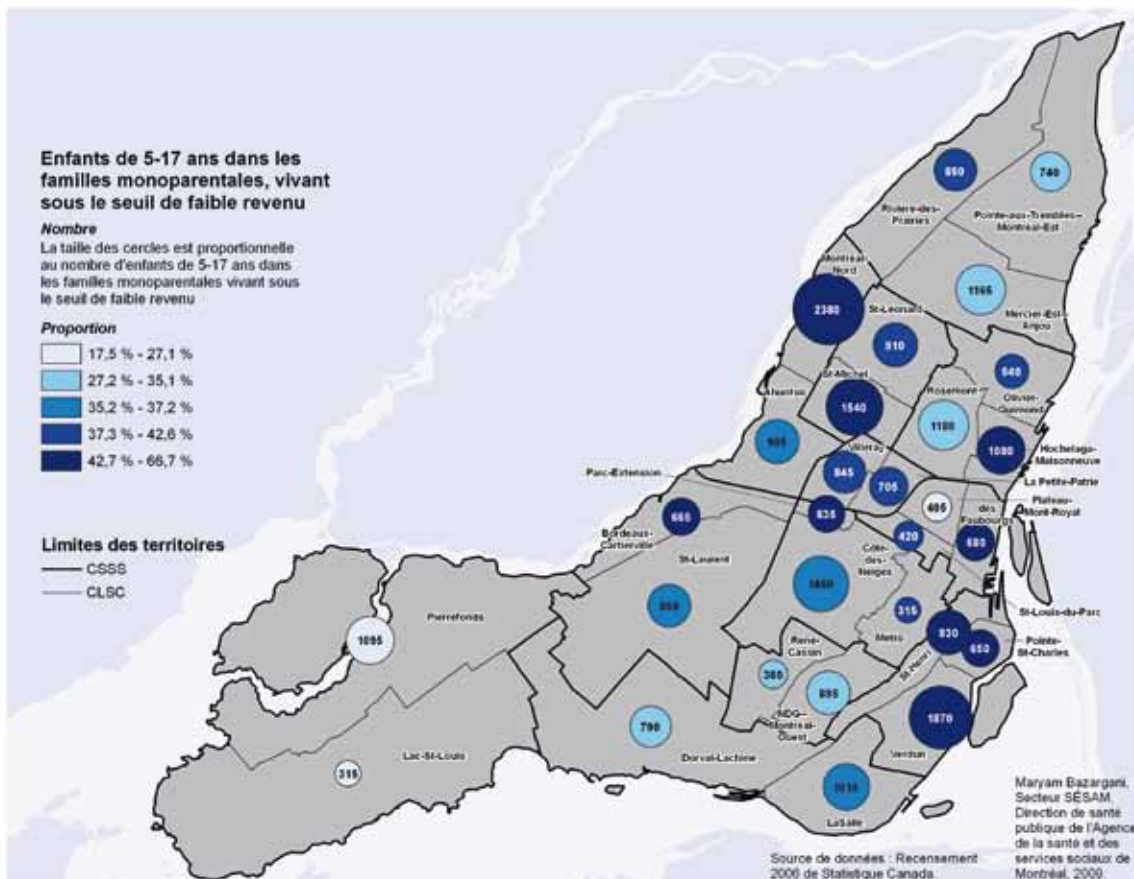
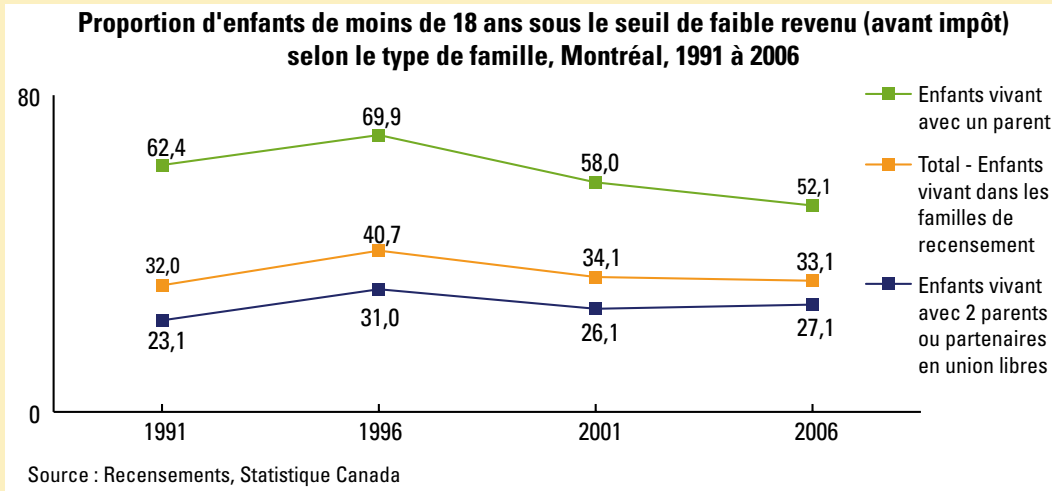
sous le seuil de faible revenu s'est accru de 8%, passant de 104 765 en 1990 à 113 100 en 2005. Bien qu'elle ait diminué, la proportion de faible revenu chez les enfants vivant dans une famille monoparentale demeure fort élevée (52%).

Ces données, basées sur le revenu avant impôt, ne tiennent toutefois pas compte de la redistribution des richesses **après impôt**. À Montréal, selon le recensement de 2006, 25% des enfants de moins de 18 ans

(86 985 enfants) vivent dans une famille sous le SFR après impôt, une baisse de 24%. Nous sommes toutefois loin de ce qui a pu être observé en Suède, en Belgique et en Finlande, où après transferts et impôts, la baisse est de plus de 70%. La proportion de jeunes dans une famille monoparentale à faible revenu diminue également, mais demeure toutefois préoccupante (42%).

Le progrès accompli dans certain pays laisse croire qu'il est possible de diminuer le nombre de jeunes vivant dans des familles à faible revenu et offrir au plus grand nombre d'enfants possible des meilleures conditions pour leur développement.

Picot G. et J. Myles (2005). *L'inégalité du revenu et le faible revenu au Canada : une perspective internationale*. Statistique Canada, Direction des études analytiques, documents de recherche.



En 2005, alors qu'à Montréal 18% des enfants de 5 à 17 ans vivant dans une famille biparentale se trouvent sous le seuil de faible revenu, cette proportion grimpe à 39% chez les enfants vivant dans une famille monoparentale, et s'étend de 18% dans le secteur de CLSC du Lac-Saint-Louis à 67% dans celui de Pointe-Saint-Charles.

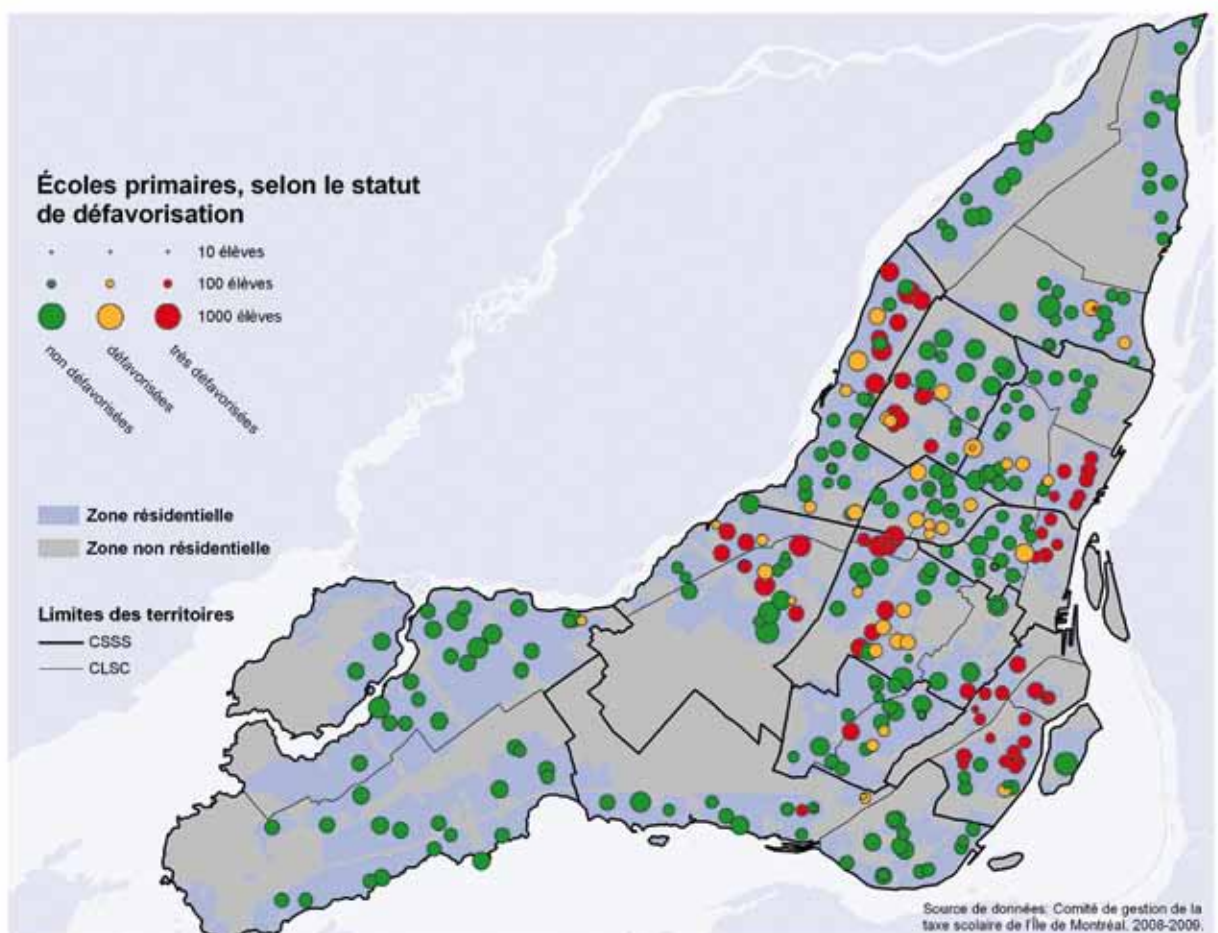
Des écoles et une clientèle scolaire défavorisées

En 2008-2009, nombreux sont les jeunes qui fréquentent une école où il y a une forte concentration de défavorisation. À Montréal, du fait des choix méthodologiques², 70% des élèves fréquentent une école dite *non défavorisée*, 10% une école *défavorisée* et les autres (20%) une école *très défavorisée*. Dans ce dernier cas, l'école est constituée en majorité d'élèves provenant de milieux où les conditions socioéconomiques sont précaires.

Le statut des écoles est très variable d'un territoire à l'autre. Au primaire, quatre territoires de CSSS accueillent une majorité d'enfants dans des écoles *défavorisées* ou *très défavorisées* : Sud-Ouest-Verdun (69%), de la Montagne (50%), Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (50%) et d'Ahuntsic et Montréal-Nord (54%). Ces proportions, à l'échelle des secteurs de CLSC, sont encore

plus élevées avec plus des trois quarts des enfants dans cette situation : Montréal-Nord (80%), Hochelaga-Maisonneuve (89%), Saint-Michel (82%) et des Faubourgs, Pointe-Saint-Charles, Saint-Henri et Parc-Extension où l'ensemble des écoles sont soit *défavorisées*, soit *très défavorisées*. En d'autres mots, la totalité des élèves qui fréquentent les écoles primaires de ces quatre derniers

secteurs sont confrontés à une concentration importante d'enfants provenant de milieux fortement démunis. Par ailleurs, comme l'illustre la carte suivante, les effectifs en écoles très défavorisées sont aussi plus élevés dans certains secteurs, atteignant plus de 2 000 élèves dans Montréal-Nord, Saint-Michel, Saint-Laurent, Parc-Extension et Verdun.



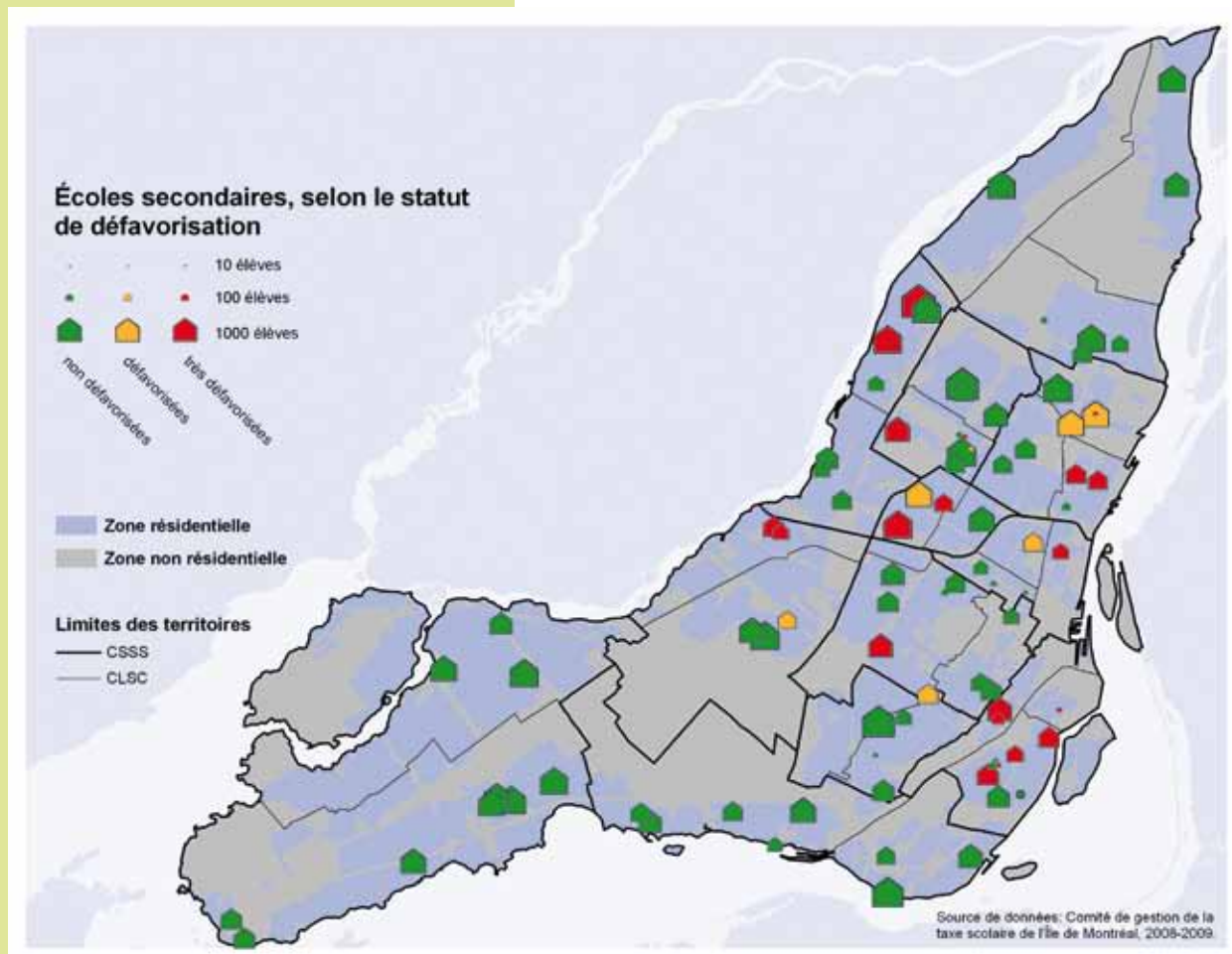
L'indice de défavorisation des écoles

L'indice de défavorisation des écoles, développé par le comité de gestion de la taxe scolaire de l'Île de Montréal, vise à mieux connaître les caractéristiques socioéconomiques des familles et des écoles publiques de l'Île de Montréal. La défavorisation fait non seulement référence au faible revenu des parents mais aussi à l'éducation de la mère (absence de diplôme, certificat ou grade), à l'activité économique des parents (aucun des parents ne travaille à temps plein) et à la monoparentalité féminine. Ce sont là des facteurs reconnus comme pouvant aggraver les situations d'isolement et de pauvreté vécues par les jeunes et leur famille. En d'autres mots, on attribue une plus grande importance à la concentration de la défavorisation et à ses effets de milieu, qui peuvent se manifester tant au niveau résidentiel que scolaire.

Comité de gestion de la taxe scolaire de l'Île de Montréal (2009). *Classification des écoles primaires et des écoles secondaires selon leur indice de défavorisation* – Inscription au 30 septembre 2008.

Au secondaire, quatre territoires de CSSS accueillent au moins un jeune sur deux dans une école où la concentration de défavorisation est importante : Sud-Ouest-Verdun (77%), Cœur-de-l'Île (74%), Jeanne-Mance (70%) et Lucille-Teasdale (57%). À plus petite échelle, pour les secteurs de CLSC de Pointe-Saint-Charles, Saint-Henri, des Faubourgs, du Plateau-Mont-Royal, de Bordeaux-Cartierville et Villeray, ce sont 100% des étudiants qui fréquentent une école *défavorisée* ou *très défavorisée*. Les secteurs de Verdun, Villeray et Montréal-Nord comptent plus de 2 000 jeunes fréquentant une école très défavorisée.

Tous ces élèves fréquentent donc un environnement composé majoritairement d'élèves provenant de milieux défavorisés, ce qui constitue «une masse critique qui rend la tâche de l'enseignant plus complexe et la réussite des élèves plus problématique»³.



Des succès et des échecs scolaires

En 2006-2007, le taux de décrochage au secondaire⁴ était de 33% dans les écoles secondaires publiques montréalaises, un taux plus élevé que celui observé dans le reste du Québec (28%)⁵. Cette situation touche plus les garçons que les filles : 37 et 28% respectivement.

Sur l'Île de Montréal, on note des écarts considérables : **le taux de décrochage passe de 18% dans le CSSS de l'Ouest-de-l'Île à 48% dans le CSSS du Sud-Ouest-Verdun**. Près d'un jeune sur deux sur ce territoire, n'est inscrit dans aucune institution d'enseignement au Québec alors qu'il n'a obtenu aucun diplôme ni qualification.

La situation est d'autant plus préoccupante lorsqu'on s'attarde au genre : ils sont plus de deux garçons sur cinq à avoir abandonné l'école dans les territoires des CSSS Jeanne-Mance, d'Ahuntsic et Montréal-Nord, du Cœur-de-l'Île, Lucille-Teasdale et du Sud-Ouest-Verdun. Sur ce dernier territoire, dans le secteur de Pointe-Saint-Charles, seulement un garçon sur trois sort du secondaire avec un diplôme ou une qualification en poche. Le taux de décrochage chez les filles est également le plus élevé de l'île dans le secteur de Saint-Henri et celui de Hochelaga-Maisonneuve où une fille sur deux décroche.

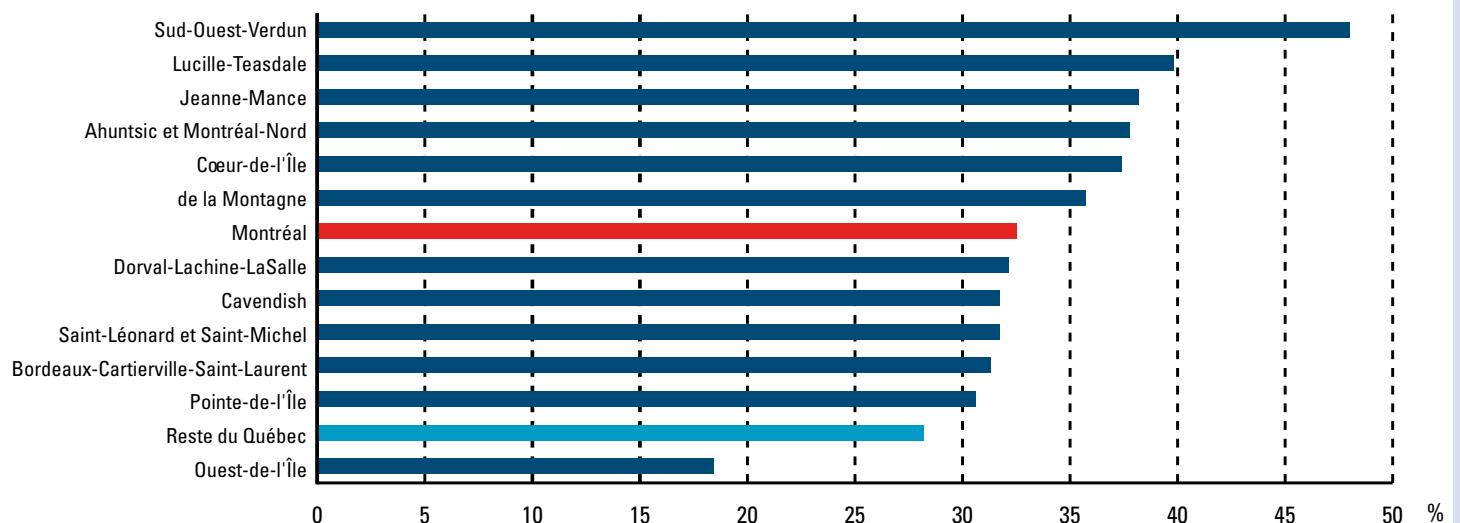
Bien que plusieurs de ces jeunes qui quittent tôt le système scolaire sans diplôme secondaire feront plus tard un retour aux études afin d'obtenir une qualification, il demeure qu'en 2006, un jeune Montréalais de 15-24 ans sur trois ne possède aucun certificat, diplôme ou grade.



Pourquoi s'intéresser au décrochage scolaire ?

Les enfants et les adolescents provenant de milieux socioéconomiques défavorisés ne réussissent souvent pas aussi bien à l'école que ceux de milieux favorisés. Or, les répercussions connues d'une faible scolarité incluent la précarité des emplois, l'insuffisance des revenus, une plus grande utilisation de l'assistance-emploi et, ultimement, une moins bonne santé. S'attaquer au décrochage scolaire, c'est donc essayer de freiner l'engrenage de la pauvreté.

Taux de décrochage (ou sortie sans diplôme) des élèves du réseau public, Montréal, CSSS et reste du Québec, 2006-2007



Source : Base de données sur les cheminements scolaires, ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, août 2008

Une enfance et une adolescence parfois teintée par la violence

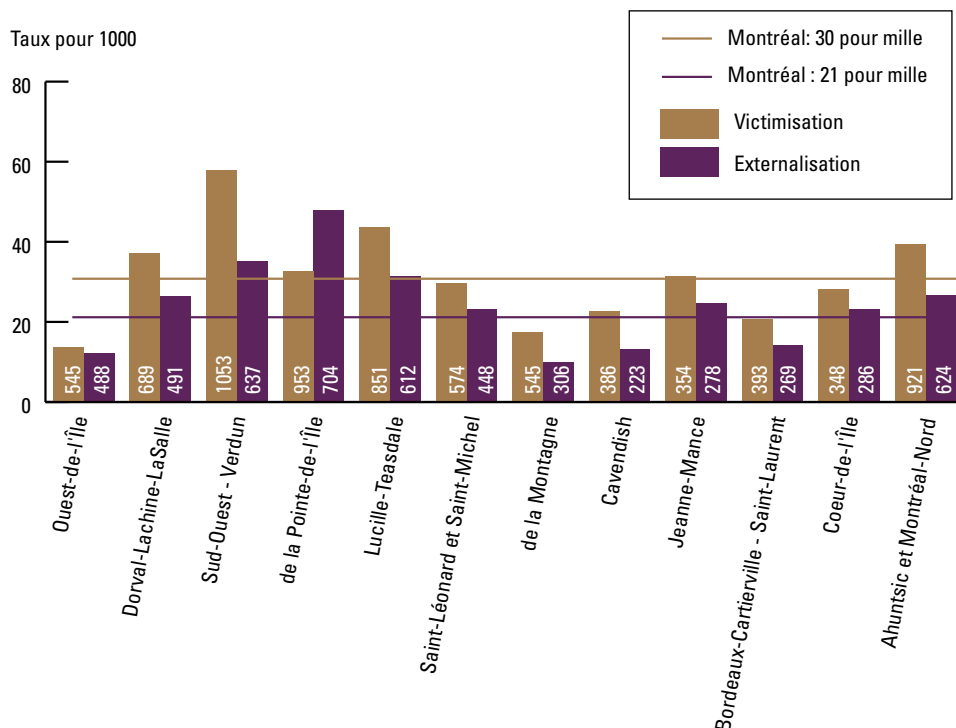
Le milieu de vie devrait être un endroit enrichissant permettant au jeune de se développer et de s'épanouir avant d'entrer dans l'âge adulte. Entre cet idéal et la réalité, il y a parfois un écart qui témoigne de la situation difficile, parfois critique, vécue ou engendrée par certains jeunes.

Entre 2004 et 2006 à Montréal, 30 jeunes sur 1 000 d'âge scolaire (5-17 ans) ont été victimes de violence ou de négligence, soit en moyenne 7 800 jeunes par an. Pendant la même période, environ 5 500 jeunes de 5-17 ans à Montréal ont reçu une intervention en raison d'un trouble du comportement ou d'une infraction au code criminel, soit un taux de 21 pour 1 000 jeunes.

Les cas de victimisation sont plus fréquents chez les jeunes de 5-11 ans que chez ceux de 12-17 ans (respectivement 37 et 23 pour 1 000). D'ailleurs la victimisation est également bien présente chez les tout-petits (0-4 ans) chez qui le taux s'élevait à 37 pour 1 000 en 2004-2006 (en moyenne 3 638 enfants annuellement). Contrairement à la victimisation et en lien avec le développement des enfants, les problèmes d'externalisation prennent de l'ampleur avec l'âge : le taux de 3 pour 1 000 pour les 5-11 ans s'élève à 42 pour 1 000 chez les 12-17 ans.

Comme pour de nombreux autres phénomènes sociaux, une variation appréciable existe au sein des territoires sociosanitaires montréalais.

Taux de victimisation et d'externalisation et nombre annuel moyen chez les 5 à 17 ans, CSSS montréalais, 2004-2006



Source : Centre jeunesse de Montréal et Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw



Mesurer les difficultés vécues par les jeunes

Les Centres jeunesse de l'Île de Montréal (Centre Jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw) font chaque année des centaines d'interventions auprès de jeunes en difficulté. On réfère au taux de victimisation pour désigner la proportion de jeunes qui ont fait l'objet d'un signalement pour des raisons d'abandon parental, de négligence, d'abus sexuel ou physique. Le taux d'externalisation fait quant à lui référence aux jeunes qui ont fait l'objet d'un signalement à cause d'un trouble de comportement, d'une fugue ou d'une infraction au Code criminel. Les plus récentes données couvrent la période 2004-2006.



Pourquoi plus de jeunes en difficulté à certains endroits? La réponse n'est certainement pas unique et est loin d'être simple. On sait toutefois que **la pauvreté peut avoir des effets néfastes sur l'environnement et les comportements, notamment l'exposition à la violence ou les problèmes d'adaptation sociale chez les enfants et les jeunes.**

L'indice de défavorisation⁶ a été développé puisque le recours à une mesure basée sur les caractéristiques socioéconomiques du milieu de vie local s'est avéré nécessaire pour mieux comprendre les écarts de santé. L'indice est un bon estimateur de la situation des familles dans lesquelles évoluent les jeunes ainsi que de l'environnement qui contribue à façonner leur développement et leur santé. Dans sa composante matérielle, l'indice reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante à laquelle sont confrontées les personnes d'un territoire par rapport à Montréal. En y superposant les données sur la victimisation et l'externalisation, le lien entre ces concepts apparaît plus clairement.

La criminalité chez les jeunes, pas seulement l'affaire des gangs de rue

Le nombre de délits violents commis par les jeunes a connu une diminution de 16% entre 2001 et 2007. On pourrait faussement associer la majorité de ces crimes aux gangs de rue. En réalité, les gangs ne sont impliqués que dans 10% de la criminalité violente reliée aux jeunes de 12 à 17 ans. Dans le cas des crimes contre la personne qui ne sont pas perpétrés par les gangs de rue, ils se produisent le plus fréquemment à l'école (28%), à la maison/appartement (25%) ou dans la rue (19%) et surviennent le plus souvent à l'heure du dîner et aux heures de sorties des classes.

D'Elia M., La violence chez les jeunes : un portrait chiffré de la délinquance et de la victimisation, section recherche et planification, Services de police de la ville de Montréal, 2009.

Des formes de violence pas toujours déclarées...

La violence chez les jeunes ne se manifeste pas uniquement dans le cadre familial. La violence à l'école, sur le chemin de l'école, ou dans leurs relations amoureuses sont des phénomènes de plus en plus documentés.

Dès la maternelle et la première année, selon l'Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais (EBJM, 2003), 69% des parents rapportent que leurs enfants ont vécu au moins une situation de violence à l'école ou sur le chemin de l'école. En 4^{ème} année, 63% des jeunes déclarent eux-mêmes avoir été victimes d'un acte violent. Cette proportion baisse graduellement par la suite, mais c'est tout de même un jeune sur quatre (26%) en secondaire 5 qui est victime de violence.

Bien que les données représentatives soient rares, il semble aussi que la violence, verbale, psychologique, physique ou sexuelle, est bien présente dans les relations amoureuses des jeunes. L'EBJM a sondé les jeunes du secondaire sur cette question. Une proportion considérable de jeunes adolescents montréalais ont vu

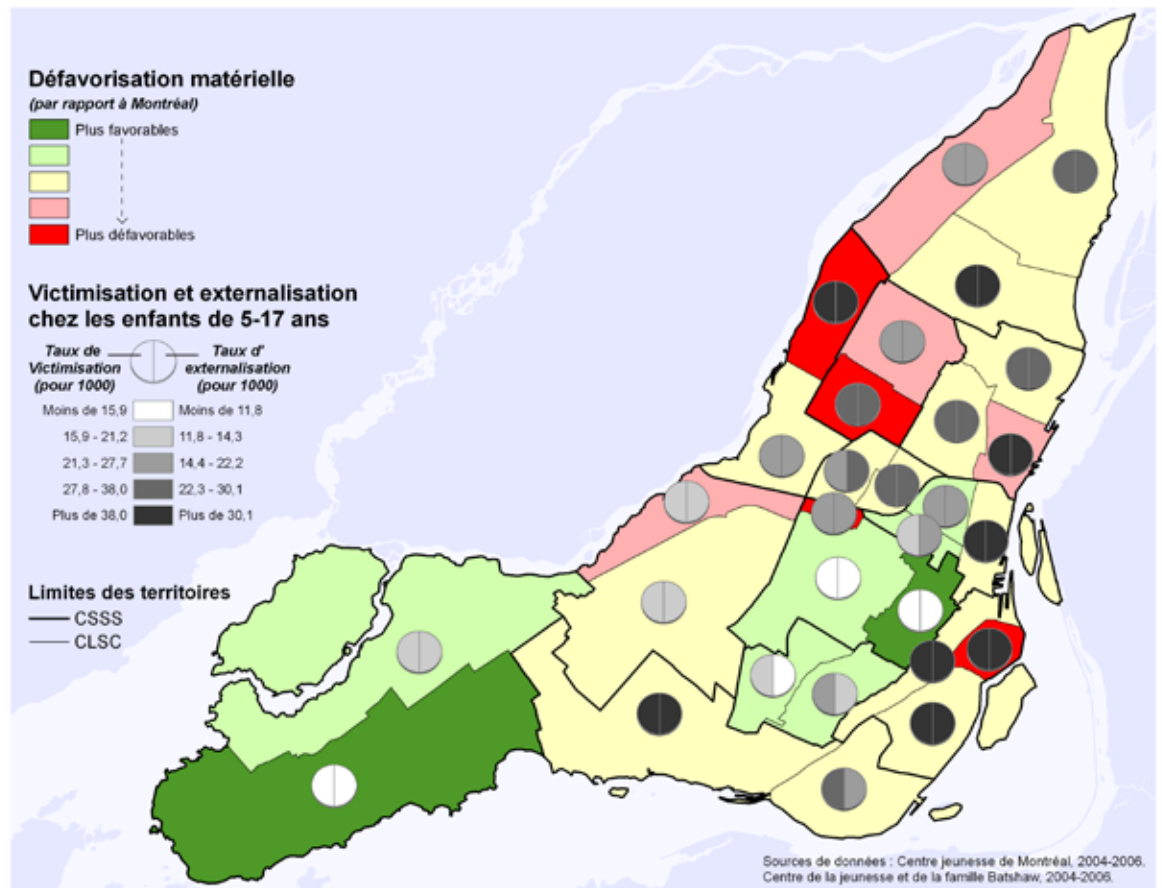
leurs premières relations minées par une forme ou l'autre de violence, soit qu'ils en ont subi, infligé ou ont été à la fois victimes et agresseurs : plus d'un jeune sur quatre en secondaire 1 et au-delà d'un sur trois en secondaire 3 et 5.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005). *Objectif jeunes : comprendre soutenir*. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise.

Riberdy, H. et M. Tourigny (2009). *Violence et fréquentations amoureuses au secondaire : coup d'oeil à Montréal*. Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, Rapport thématique no 3. À paraître.

Fernet, M. (2002). *La violence subie par les adolescents et adolescentes dans le contexte des relations amoureuses : une revue des écrits*. Université du Québec à Montréal. <http://www.santepubmtl.qc.ca/relationsamoureuses/pdf/revue.pdf>

Relations amoureuses des jeunes, rubrique du site internet de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/relationsamoureuses/index.htm>



Dans quatre secteurs de CLSC où les conditions matérielles sont des plus défavorables, les taux de victimisation et d'externalisation sont effectivement élevés : Hochelaga-Maisonneuve, Pointe-Saint-Charles, Saint-Michel et Montréal-Nord.

Une exception notable peut cependant être soulignée. Le secteur de Bordeaux-Cartierville, assez défavorisé matériellement, affiche des taux de victimisation et d'externalisation inférieurs à ceux observés sur l'ensemble de l'île. Un constat similaire pourrait également être fait à Parc-Extension, où les conditions matérielles sont des plus défavorables et les taux dans la moyenne montréalaise. On note

dans ces secteurs la présence importante de familles immigrantes et une plus faible part de familles monoparentales, en comparaison avec l'ensemble de la région. Or, la monoparentalité fait partie des facteurs qui exercent un effet sur les comportements et le développement des jeunes.

À l'inverse, des secteurs de CLSC ne sont pas parmi les plus défavorisés, mais présentent des taux élevés de victimisation et d'externalisation. C'est le cas des secteurs Des Faubourgs, Verdun, Saint-Henri, Dorval-Lachine et Mercier-Est-Anjou. Les trois premiers territoires sont caractérisés par une proportion plus importante de familles

monoparentales et, parmi celles-ci, de faible revenu, en comparaison avec l'ensemble de Montréal (voir tableau à la fin).

Il est possible que les valeurs moyennes de défavorisation matérielle, lorsque présentées à l'échelle du secteur de CLSC, ne traduisent pas les différences entre voisinages présentant des conditions contrastées.¹ De plus, bien qu'il semble y avoir un lien entre défavorisation et problèmes d'adaptation sociale, d'autres facteurs propres au milieu devraient aussi être pris en compte pour éclairer et comprendre les difficultés vécues par les jeunes.

¹ Comme l'a démontré la Série 1 : Regard sur la défavorisation à Montréal, publication de 13 portraits thématiques qui présentent la défavorisation à l'échelle des CSSS et de ses territoires constituants (CLSC et voisinages). Voir : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/monreal/defavorisation/index.html> La Série 2, basée sur l'indice de défavorisation de 2006, paraîtra en 2010.

Des milieux qui suscitent la colère des jeunes

À la suite des événements d'août 2008 à Montréal-Nord, plusieurs consultations ont eu lieu pour définir les problèmes, comprendre les causes et trouver des solutions. Mais aurait-on pu appréhender cette explosion des tensions? Un tissu social en évolution rapide, avec notamment une augmentation importante de la proportion d'immigrants (42% en dix ans), de la proportion d'immigrants récents (39% durant le

même laps de temps) dont plusieurs appartenant aux minorités visibles (poussée de 72%), une forte densité de population, une concentration de la pauvreté, entre autres, sont révélées par l'analyse d'indicateurs. Ces éléments contribueraient à façonner un contexte d'insécurité économique et physique favorable à l'émergence de problèmes sociaux et au développement de comportements délinquants.

Chevalier, S. et A. Lebel (2009). *Montréal-Nord, le point de vue citoyen*. Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Montréal-Nord en santé.



sur les habitudes de vie et les comportements à risque

La période d'âge scolaire est une période critique pour l'intervention et la promotion de la santé. En particulier, plusieurs des habitudes de vie néfastes pour la santé sont souvent développées à cette étape de la vie. De plus, plusieurs des problèmes de santé auxquels les jeunes font face sont reliés aux comportements à risque élevé plutôt qu'aux maladies.



Marche et vélo à l'agenda des ados



Une enquête permettant d'évaluer la situation particulière des 12 à 17 ans

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005 a sondé la population de 12 ans et plus. Elle compte, dans son échantillon montréalais, 366 jeunes âgés de 12 à 17 ans, distribués à peu près également entre les 12 à 14 ans et les 15 à 17 ans (respectivement 45% et 55%). Un peu plus de la moitié (55%) sont des garçons, et 14% sont immigrants.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005, près des deux tiers des jeunes Montréalais de 12 à 17 ans sont actifs ou très actifs durant leurs loisirs, une proportion qui se compare à celle qu'on observe ailleurs dans la province et qui se compare à la situation en 2000-2001⁷. Lorsqu'on considère seulement le niveau de sédentarité⁸, on note une différence significative selon le sexe des adolescents. En effet, si 3% des garçons sont sédentaires, c'est le cas de 12% des filles.

Conséquence directe du caractère urbain de Montréal, le transport actif est beaucoup plus répandu sur l'Île que dans le reste du Québec.

Alors qu'un peu plus de la moitié des autres adolescents québécois utilisent la marche ou le vélo au minimum une heure par semaine pour se rendre au travail, à l'école ou pour

faire les courses, cette proportion dépasse les trois quarts chez les jeunes Montréalais.

Si on tenait compte aussi du fait que plusieurs jeunes utilisent le transport en commun pour leurs déplacements, un mode de transport qui nécessite des moments de marche, le portrait pourrait s'avérer encore plus positif. On constate par contre les effets du statut socioéconomique : si 82% des jeunes vivant dans un ménage à revenu moyen ou élevé utilisent le transport actif, cette proportion baisse à 67% parmi ceux dont le ménage

dispose d'un faible revenu. Certains facteurs à investiguer pourraient être le manque de sécurité dans leurs quartiers ou la distance de marche pour atteindre les écoles qui pourraient les inciter à utiliser d'autres moyens de transport. Une analyse récente⁹ fait ressortir que l'usage du transport actif pour aller à l'école à Montréal a diminué car le contexte est peu favorable. Il y a plusieurs facteurs en cause dont l'impact de la sécurité de l'environnement urbain et l'évolution du système scolaire. Entre autres, les distances domicile-école augmentent en raison notamment des changements démographiques ayant marqué les dernières décennies et entraîné certaines fermetures d'école, sans compter le phénomène du « magasinage scolaire » qui font que la fréquentation de l'école de quartier n'est plus tout à fait la norme. Ceci augmente la probabilité de recourir à l'automobile ou à l'autobus scolaire pour se rendre à l'école. On note en plus que le mode de transport de l'élève est fortement relié au mode de déplacement du parent : quand un des deux parents marche ou utilise le transport en commun, l'enfant est plus susceptible de marcher.

Les habitudes de vie des 12-17 ans

En bref

	Montréal	Québec sans Montréal
% Actifs ou très actifs durant les loisirs	65,3%	66,0%
garçons	75,3%	75,2%
filles	52,5%	56,5%
% Utilisant le transport actif	77,5%	56,7%
garçons	77,3%	56,2%
filles	77,6%	57,2%
% Actifs globalement (loisirs + transports actifs)	91,6%	83,0%
garçons	95,2%	87,1%
filles	87,1%	78,8%
% Fumeurs	9,2%	12,7%
garçons	7,6%	11,1%
filles	11,2%	14,3%
% Ayant déjà consommé de l'alcool	59,0%	66,0%
garçons	58,6%	63,3%
filles	59,4%	68,5%

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005

En considérant le niveau d'activité physique global, incluant l'activité reliée au transport actif et aux loisirs, 92% des jeunes Montréalais sont actifs, une proportion significativement plus élevée que les 83% observés ailleurs dans la province. Ici encore, le revenu exerce son influence :

la proportion d'adolescents actifs est plus faible dans les ménages à faible revenu que dans ceux où le revenu est moyen ou élevé.

Si les jeunes Montréalais font plutôt bonne figure comparativement à leurs homologues du reste de la province, les résultats de l'Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais

apportent toutefois des nuances. Bien que la majorité des Montréalais d'âge scolaire soit active, moins de la moitié pratiquerait une activité physique assez intense pour conserver et améliorer sa condition physique. Cette proportion de 39% en secondaire 5 atteint un creux à 27% si l'on ne considère que les filles de ce niveau scolaire. Or l'activité physique exerce une profonde influence sur l'état de santé et de bien-être. L'activité physique contribue à réduire l'incidence de plusieurs problèmes de santé importants dont les maladies cardiovasculaires (MCV), certains cancers, le diabète de type 2 et l'obésité, d'où l'importance de faire bouger davantage les jeunes. Pour ce faire, l'environnement des jeunes est à considérer. Deux revues systématiques récentes nous apprennent que

le niveau d'activité physique des enfants est associé positivement avec le temps qu'ils passent à jouer dehors et, pour les adolescents, l'offre d'activités sportives à l'école et la participation à des sports communautaires sont des facteurs augmentant la pratique d'activité physique. Pour tous les jeunes, l'accès à des infrastructures de sports et de loisirs joue un rôle majeur dans leur niveau d'activité physique.¹⁰

Des comportements alimentaires pas très exemplaires

Selon l'Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais (EJBM) menée en 2003¹¹, la consommation régulière de croustilles, de boissons gazeuses et de mets de restauration rapide est le lot d'une proportion importante de jeunes. Si les plus vieux consomment moins de ces aliments, en contrepartie ils sont proportionnellement moins nombreux que les élèves de la fin du primaire et du début du secondaire à boire du lait trois fois par jour et à manger au moins cinq fruits et légumes par jour. Or selon le Guide alimentaire canadien (2007), on recommande aux adolescents de 14 à 18 ans de consommer 7 à 8 portions de fruits et légumes.



Habitudes alimentaires	% de jeunes adoptant certaines habitudes alimentaires selon le niveau scolaire				
	4 ^e année	6 ^e année	Secondaire 1	Secondaire 3	Secondaire 5
Ne déjeune pas	6	6	12	13	15
Boit du lait moins de 3 fois par jour	S.0	51	63	71	77
Consomme moins de 5 portions de fruits et légumes par jour	S.0	22	29	32	37
Consomme des boissons gazeuses au moins une fois par jour	S.0	34	43	38	33
Mange des croustilles au moins une fois par jour	S.0	42	44	40	30
Restauration rapide au moins une fois au cours de la semaine précédent l'enquête	73	65	73	74	72

Source : Enquête sur le bien-être des jeunes montréalais, Direction de santé publique de Montréal, 2003

Dis-moi ce que tu trouves autour de ton école, je te dirai ce que tu manges ?

Cette popularité des aliments de type « restauration rapide » auprès des jeunes porte à réfléchir. Peut-on penser que l'environnement autour des écoles influence la tendance de consommation de tels aliments? Une étude portant sur 1 169 établissements primaires et secondaires montréalais indique que l'offre de ces aliments hautement caloriques est élevée autour des écoles, particulièrement en milieu économiquement défavorisé. Selon cette étude, pour les institutions situées dans le quartile de revenu le plus élevé, 15% se trouvent à moins de 500 mètres d'un comptoir de restauration rapide. Dans les zones où les revenus sont

les plus faibles, cette proportion grimpe à 75%. Le nombre moyen de restaurants de type restauration rapide à l'intérieur de ce même périmètre est également plus élevé dans les milieux moins nantis que dans les secteurs aisés. L'accès facile à de la malbouffe à des âges où se façonnent les habitudes alimentaires n'est pas sans soulever des craintes par rapport au comportement alimentaire et à l'état de santé futur de ces jeunes.

Kestens, Y & M. Daniel, (s.d.), *Social Inequalities in Fast Food Exposure around Schools in Montreal*. Soumis pour publication



Leur sourire, en prennent-ils soin?

Plusieurs enfants prennent des collations cariogènes, comme des boissons gazeuses, des jus ou des boissons sucrées avant le coucher. Non seulement cette habitude peut entraîner des problèmes de surplus de poids, elle peut aussi affecter la santé dentaire. Bien que des données montréalaises ne soient pas disponibles, lorsque consommés au coucher, des boissons sucrées chez les enfants de 7-11 ans et des aliments sucrés chez les 11-15 ans ont été significativement associés à une plus forte prévalence de carie dentaire¹². De plus, il semble que des adolescents avec un surplus de poids ou obèses aient une prévalence de caries dentaires plus élevées que ceux ayant un poids normal¹³.

Alors qu'il s'agit d'une pratique reconnue efficace dans la prévention des maladies buccodentaires, notamment la carie dentaire, moins des deux tiers des enfants montréalais de maternelle (61,4%) et de deuxième année (63,6%) ont déclaré se brosser les dents au moins deux fois par jour, proportion semblable à l'ensemble ou au reste du Québec¹⁴. En sixième année, 68,6% des jeunes Montréalais rapportent cette fréquence de pratique, ce qui est significativement plus élevé que pour les autres enfants du Québec (61,5%). Enfin, 76,5% des jeunes de deuxième secondaire de la zone métropolitaine se brossent les dents au moins deux fois par jour alors que cette proportion pour l'ensemble des enfants du Québec se situe à 73,6%. Quant à l'utilisation de la soie dentaire, pratique préventive complémentaire au brossage des dents, seulement 15,5% des enfants montréalais l'utilisent, proportion semblable au reste du Québec. Les jeunes de la métropole de deuxième secondaire l'utilisent dans une proportion de 15,6% alors qu'ils sont 14,5% à le faire pour l'ensemble du Québec¹⁵.

De quelle couleur seront leurs poumons?

D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), à Montréal, près d'un jeune de 12 à 17 ans sur dix (9%) fume, une valeur légèrement plus faible que la valeur provinciale (13%) selon cette même enquête. Parmi eux, plus de la moitié sont des fumeurs occasionnels. Bien que plusieurs jeunes soient des fumeurs occasionnels, il y a lieu de s'inquiéter puisque la dépendance

à la nicotine s'installe très rapidement chez les adolescents, chez certains aussi tôt que 10 semaines avant la première bouffée et, bien avant le tabagisme hebdomadaire et quotidien, huit jeunes sur dix deviendront dépendants¹⁶. Fumer semble aussi une habitude qui gagne en popularité avec l'âge : la proportion de fumeurs passe presque du simple au triple entre le groupe de 12 à 14 ans (5%) et celui des 15 à 17 ans (13%).

Outre l'âge, différents facteurs semblent liés au tabagisme : entre autres, le fait d'être une fille ou d'avoir un bas statut socioéconomique. La structure familiale semble aussi déterminante dans la prévalence du tabagisme lorsqu'on considère l'ensemble de la province. On compte en effet 16% de jeunes fumeurs

dans les familles monoparentales, contre 10% dans les familles où les deux parents sont présents. De tels écarts n'apparaissent toutefois pas dans les résultats montréalais, possiblement à cause de la faible taille de l'échantillon.

La synthèse des connaissances actuelles révèle également que les habitudes tabagiques des parents, de la fratrie et des pairs, ainsi que les normes face au tabac dans les écoles et les quartiers semblent jouer un rôle important dans les comportements tabagiques des jeunes¹⁷.



La cigarette est de moins en moins populaire mais le cigarillo attire toujours les jeunes

Bonne nouvelle, au Québec, selon l'Enquête sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la proportion d'élèves fumeurs (débutants, occasionnels ou quotidiens) au secondaire a diminué, passant de 30% en 1998, à 15% en 2008, signe que les messages anti-tabac font leur chemin. À Montréal, cette baisse de consommation de la cigarette s'observe également en ce qui concerne les jeunes de 15 à 19 ans, passant de 30% en 1998 (Enquête Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec) à 20% en 2005 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes)*.

Toutefois les filles (17%) fument plus que les garçons (13%). Dans l'enquête de l'ISQ, tout comme dans l'Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais (EBJM 2003), on note aussi que la proportion de fumeurs augmente au cours du secondaire. À Montréal, selon l'EBJM, la proportion de fumeurs passe de 8% en secondaire 1 à près de 20% en secondaire 3 et 5.

Aussi, selon l'Enquête de l'ISQ, l'usage du cigare, du cigarillo ou du petit cigare a progressé de 1998 à 2006, passant de 14% à 22%, pour diminuer tout récemment en 2008 à 18%. La mise en marché des cigarillos a visé particulièrement les jeunes qui en sont friands parce qu'ils sont abordables, ont des emballages attirants (« tendance »), sont appétissants en étant offerts dans une variété de saveurs, accessibles dans plusieurs commerces et n'apparaissent pas aussi dangereux que la cigarette. Néanmoins, cette diminution récente et le fait que la dernière collecte de données ait été réalisée six mois après la disparition des étalages de tabac dans les commerces pourraient démontrer que les efforts pour contrer la visibilité des produits du tabac exercent un effet sur le tabagisme chez les jeunes.

* Dans ces deux enquêtes, la question concerne le statut de fumeurs actuels, régulier (tous les jours) ou occasionnels.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005). Objectif jeunes : comprendre soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise.

Dubé, G. (2007). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006 : les faits saillants. *Zoom Santé*, Institut de la Statistique du Québec.

Institut de la statistique du Québec (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*.

Cigarillo smoking in Canada. Physicians for a Smoke-Free Canada, juillet 2008. www.smoke-free.ca

Toujours selon l'ESCC, un peu plus de la moitié (56%) des jeunes Montréalais ont rapporté la présence de restrictions concernant l'usage de la cigarette à leur domicile. C'est significativement plus qu'ailleurs au Québec (47%). Par contre, la présence de ces règles à la maison ne semble pas influencer le fait que les jeunes qui y vivent fument ou non.

Le fait d'occuper un emploi chez les 15-17 ans, est également fortement lié au tabagisme : la proportion de fumeurs passe effectivement du simple à plus du double entre les jeunes qui n'ont pas travaillé durant la dernière année et ceux qui ont occupé un emploi au cours de la même période.

Dans la métropole, le niveau de satisfaction de son corps exerce une influence marquante sur le tabagisme. Alors que 7% des jeunes déclarant être satisfaits de leur corps fument, cette proportion atteint presque le quart (24%) chez ceux qui se disent neutres ou insatisfaits par rapport à leur apparence corporelle. L'association est la même pour le niveau de satisfaction de soi, ou de la relation avec sa famille.



La fumée occupe les maisons montréalaises

Dans plus du quart des foyers montréalais (30%), les jeunes sont exposés à la fumée secondaire selon l'ESCC, qu'ils soient eux-mêmes fumeurs ou non. Certains déterminants socioéconomiques semblent liés à la présence de fumée secondaire à la maison, sans toutefois que l'on puisse tirer des conclusions à l'échelle régionale. Par exemple, on remarque qu'ailleurs au Québec la proportion de jeunes exposés à la fumée secondaire à la maison passe de 29% dans les ménages à revenu moyen ou élevé à 46% dans les ménages à faible revenu. La même tendance s'observe, toujours à l'échelle provinciale, lorsqu'on compare les familles plus scolarisées aux moins scolarisées. Cependant, la proportion de jeunes fumeurs reste sensiblement la même que les adolescents soient exposés ou non à la fumée secondaire à la maison.

La fumée secondaire dans les maisons entraîne toutefois des conséquences néfastes sur la santé des jeunes. Ainsi, dans les foyers montréalais où les adolescents sont exposés à la fumée secondaire, la proportion de 12-17 ans souffrant d'asthme est significativement plus élevée que dans ceux qui sont libres de toute fumée de cigarette. Par ailleurs, selon une étude de cohorte suivant 1800 enfants de 10 à 12 ans, les enfants n'ayant jamais fumé, mais qui ont été soumis à une exposition accrue à la fumée secondaire, tant dans les voitures qu'à la maison, sont plus susceptibles que d'autres de présenter des symptômes de sevrage à la nicotine, tels que la dépression, l'insomnie, l'irritabilité, l'anxiété, l'inquiétude, les problèmes de concentration et l'augmentation de l'appétit¹⁸.

Prendre un verre de bière... une question de richesse?

Par rapport à la situation provinciale, les jeunes montréalais de 12 à 17 ans font bonne figure quant à leur consommation d'alcool selon l'ESCC. Ils sont effectivement moins nombreux à avoir déjà consommé de l'alcool (59% contre 66% dans tout le Québec).

De plus, moins de jeunes sur l'Île ont une consommation abusive (cinq verres ou plus à la même occasion au moins une fois par mois). Comme pour la cigarette, l'âge exerce son influence : selon l'EBJM, 11% des élèves de secondaire 1 consomment de l'alcool moins d'une fois par semaine ou au moins une fois par semaine alors que 67% de leurs homologues de secondaire 5 le font.

En considérant seulement les 15-17 ans, selon les données de l'ESCC, la consommation d'alcool apparaît nettement plus prévalente chez les jeunes qui ont occupé un emploi durant la dernière année que chez ceux qui ont déclaré ne pas avoir travaillé au cours de cette période.

Le revenu du ménage influence aussi ce comportement. Dans les ménages relativement aisés (revenu moyen ou élevé), plus de

jeunes ont déjà consommé de l'alcool (67%) comparativement à ceux vivant dans un ménage à faible revenu (49%).

Les divers comportements pouvant présenter un risque pour la santé sont souvent corrélés les uns avec les autres. Il n'est donc pas surprenant de constater que la presque totalité (94%) des jeunes fumeurs ont affirmé avoir déjà consommé de l'alcool, alors que chez les non-fumeurs, cette proportion dépasse à peine la moitié (56%).

Les jeunes tentent-ils de soulager leur détresse avec l'alcool? Selon les données montréalaises, non. Par contre, à l'échelle provinciale selon l'ESCC, près des trois quarts (73%) des jeunes Québécois souffrant d'un niveau élevé de détresse psychologique ont déjà consommé de l'alcool, contre 60% chez ceux qui ne sont pas en détresse.

Drogues et jeu : consommation accrue chez les plus vieux du secondaire

Tout comme pour l'alcool, la consommation de drogues augmente elle aussi de façon continue tout au long du secondaire. L'EBJM nous apprend qu'en secondaire 1, 10% des élèves ont déclaré avoir déjà consommé de la drogue alors qu'en secondaire 5, cette proportion atteint 47%. La consommation régulière (environ une fois par semaine) touche 5% des élèves de secondaire 1, 19% de ceux de secondaire 3 et 33% des jeunes de secondaire 5. Pour les consommateurs réguliers, le cannabis arrive en tête, suivi par les hallucinogènes (7%), les amphétamines (4%) et finalement les autres drogues dont la cocaïne, l'héroïne, la colle et les solvants qui représentent ensemble 1% des psychotropes utilisés. À l'échelle provinciale, selon l'Enquête sur le tabac, l'alcool, la drogue et les jeux chez les élèves du secondaire, on note une baisse significative de la consommation de drogue au cours d'une période de douze mois par les élèves, la proportion étant passée de 36% en 2004 à 28% en 2008. On note entre autres une diminution significative entre 2006 et 2008 de la consommation d'amphétamines chez les filles et les élèves de la 4^{ème} secondaire.

Bien que les données ne soient pas disponibles à l'échelle montréalaise, l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et les jeux chez les élèves du secondaire en 2008 permet d'apprécier les tendances en matière de jeux de hasard et d'argent pour l'ensemble des jeunes Québécois. On y apprend que la proportion de jeunes s'étant adonnée à ces activités durant l'année précédent l'enquête a diminué entre 2002 et 2006 de 51% à 36% et est demeurée stable en 2008, et ce à tous les niveaux du secondaire.

Cependant, bien qu'entre 2004 et 2008 la proportion de joueurs à risque soit passée de 6% à 4%, aucun progrès n'a été constaté quant à la proportion de joueurs pathologiques probables qui demeure à 2% depuis 2002. Les derniers résultats soulèvent aussi trois objets de préoccupation depuis 2006 : une augmentation de la participation des élèves aux jeux de hasard sur Internet, l'augmentation de la fréquence de jeu chez les filles (loteries instantanées notamment) et de la proportion de celles-ci qui s'adonnent aux jeux privés, de même que la hausse de la proportion des très jeunes élèves (secondaire 1)

qui prennent part à des jeux sur une base habituelle. Ce sont principalement les jeux de cartes, les loteries instantanées, les jeux d'habiletés et les paris sportifs privés qui ont la cote auprès des jeunes. Entre 2006 et 2008, la participation des élèves aux jeux et au poker sur Internet a connu une hausse (de 3,4% à 4,9% et de 2,5% à 5%).





Attitude risquée sous les draps

Dans l'ESCC, les questions sur le comportement sexuel ont été posées seulement aux répondants âgés de 15 ans et plus. Le tiers des jeunes de 15 à 17 ans ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles. C'est significativement moins que leurs homologues québécois, qui sont près de la moitié à être dans cette situation.

Par contre, parmi les Montréalais qui ont été actifs sexuellement au cours de la dernière année, 16% n'utilisent habituellement pas de moyen de contraception, un résultat plus de deux fois supérieur à celui enregistré ailleurs au Québec.

Parmi les jeunes qui se protègent, le condom demeure la protection par excellence, utilisé par 81% de tous les utilisateurs de contraception. Les contraceptifs oraux occupent le deuxième rang, avec 61% des utilisateurs. Notons que parmi les jeunes qui utilisent la pilule, une forte majorité (70%) la combine au condom. Cette distribution des moyens de contraception parmi les jeunes Montréalais est similaire à celle observée dans le reste de la province.

À l'image de la consommation d'alcool, le comportement sexuel est très corrélé avec le tabagisme. Que l'on considère isolément les fumeurs actuels, les anciens fumeurs ou encore tous ceux qui ont déjà fumé (actuellement ou anciennement), la proportion de jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles est toujours significativement beaucoup plus forte que chez les non fumeurs. On remarque aussi la même association avec la consommation d'alcool. Il est possible que l'âge influence cette étroite relation entre la consommation de tabac ou d'alcool et le comportement sexuel. On pourrait en effet penser que les plus âgés seraient davantage susceptibles à la fois de fumer ou de boire et d'avoir des relations sexuelles, il est impossible toutefois de le vérifier, puisque notre échantillon ne distingue pas les 15, 16 et 17 ans.

L'enquête dévoile que les jeunes qui se déclarent insatisfaits de leurs relations familiales sont significativement plus nombreux à avoir déjà eu des relations sexuelles. D'ailleurs, entre 15 et 17 ans, les adolescents qui évoluent dans une famille monoparentale sont plus susceptibles d'avoir déjà eu des relations sexuelles que les jeunes qui vivent avec leurs deux parents. On a vu précédemment que les jeunes insatisfaits d'eux-mêmes ou de leur famille fument également plus. Il y a donc

lieu de se préoccuper de la santé des jeunes ayant une faible estime d'eux-mêmes ou de leur milieu de vie.

Lorsque pratiquées de façon non sécuritaires, les relations sexuelles peuvent avoir des conséquences importantes. Parmi celles-ci, la possibilité d'attraper une ITSS (infection transmissible sexuellement et par le sang). Selon les données de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, la chlamydie est l'ITSS la plus fréquemment déclarée à Montréal. Le taux d'incidence atteint 185 nouveaux cas par 100 000 personnes en 2006, soit presque le double par rapport à 1996. Les données les plus saisissantes concernent toutefois les jeunes femmes : le taux d'incidence de la chlamydie atteint dans ce groupe 1369 par 100 000 parmi les 15-19 ans et 1433 par 100 000 chez les 20-24 ans. Chez les hommes, bien que les taux d'incidence soient inférieurs à ceux des femmes, c'est aussi parmi les 20-24 ans que l'on retrouve le plus élevé. Dans le cas de l'infection gonococcique, chez les femmes, les 15-19 ans sont encore de loin les plus touchées. Chez les hommes, c'est plutôt à partir de 20 ans que le problème prend de l'ampleur. La syphilis et l'hépatite C, en revanche, ne touchent pratiquement pas les jeunes de moins de 20 ans, filles ou garçons.



En ce qui concerne les grossesses, de moins en moins de jeunes filles donnent naissance à un enfant : le taux de fécondité des 15-19 ans est passé de 13,9‰ (c'est-à-dire pour 1 000 femmes) en 2000-2002 à 10,3‰ en 2003-2005. La baisse du taux de fécondité pour ce groupe d'âge est également perceptible dans tous les territoires de CSSS et les secteurs de CLSC, malgré les grandes variations entre les territoires. Ainsi, pour la période la plus récente, le taux varie de 2,3 % sur le secteur de CSLC du Lac-Saint-Louis à 29,8% dans celui de Hochelaga-Maisonneuve, un constat qui ne surprend guère, puisqu'on retrouve souvent plus de jeunes mères

dans les territoires défavorisés. Les données provinciales indiquent d'ailleurs que les naissances issues de mères de moins de 20 ans sont 17 fois plus fréquentes dans les milieux défavorisés comparativement aux territoires plus favorisés.

Une baisse des naissances chez les jeunes filles peut être attribuable soit à une plus grande efficacité de la prévention (utilisation accrue de la contraception) ou, au contraire, à un recours plus fréquent aux interruptions volontaires de grossesse. Pour Montréal, les données ne permettent pas de vérifier la tendance des taux de grossesse (qui

tiennent compte à la fois des naissances, des mortinaissances, des avortements spontanés et des interruptions volontaires de grossesse). On sait cependant qu'en 2001 le taux de grossesse était de 26 pour 1 000 chez les Montréalaises de moins de 18 ans, un taux plus élevé que celui noté dans l'ensemble du Québec. La majorité de ces grossesses (77%) se sont soldées par un avortement. Des données pour le Québec témoignent d'une légère diminution des taux de grossesse chez les adolescentes de 14-17 ans et de 18-19 ans entre 1998 et 2003, alors que la proportion des grossesses se soldant par une interruption volontaire est demeurée stable.

Des réinfections évitables

L'ensemble des cas de chlamydia déclarés à la santé publique à Montréal de 1988 à 2007 ont été examinés de manière rétrospective (nbre=45 000). On a observé une hausse depuis le milieu des années 90 de la récurrence de chlamydia (c'est-à-dire une deuxième infection chez un individu survenant moins de deux ans suivant sa première infection). À Montréal, le taux de récurrence parmi l'ensemble des jeunes (10-19 ans) ayant eu au moins une chlamydia est de 13% chez les filles et de 6% chez les garçons. Certains territoires de CSSS sont plus durement touchés par ce problème. Par exemple, dans le territoire du CSSS de la Montagne, le taux de récurrence de chlamydia chez les jeunes filles est de 17%, alors qu'il n'est que de 9% dans celui du CSSS Jeanne-Mance. La hausse de la récurrence de chlamydia est préoccupante, puisqu'elle est associée à un risque accru de complications (atteinte inflammatoire pelvienne, douleurs pelviennes chroniques, grossesse ectopique, infertilité). Ces résultats indiquent un besoin de renforcer les pratiques préventives auprès des cas et de leurs partenaires à Montréal, en particulier dans les territoires de la ville plus touchés.

Généreux, M. Leclerc, P., Bédard L. et R. Allard. *Déterminants de la récurrence de chlamydieuse*, Communication affichée, Journées annuelles de la santé publique 2008.



Des jeunes en santé

mais toujours des ombres au tableau

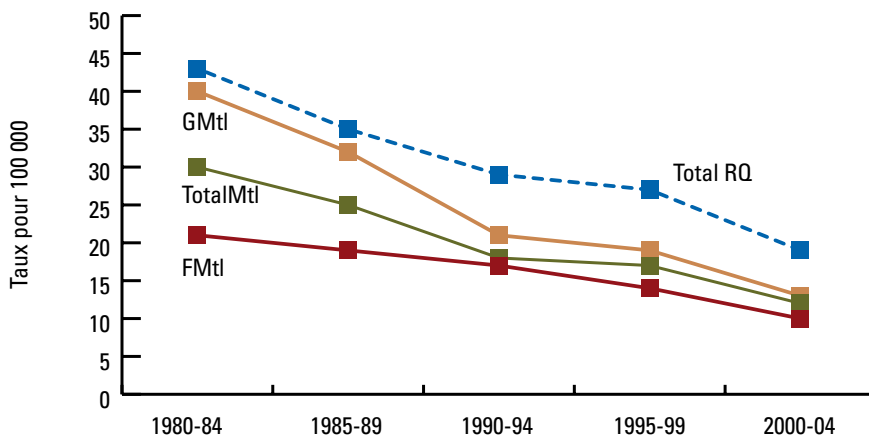
Au Québec, des efforts considérables sont déployés dans la prévention des décès précoces chez les enfants et les jeunes. Résultat : au cours des dernières décennies, le taux de mortalité a baissé de façon importante aussi bien à Montréal que dans l'ensemble de la province. Bien que les taux de mortalité les plus faibles soient enregistrés chez les jeunes d'âge scolaire (comme dans la plupart des sociétés industrialisées), un nombre encore trop élevé de décès dans ce groupe est attribuable à des causes considérées évitables, situation qui se reflète également sur les hospitalisations.

Un taux de mortalité à la baisse

En 2005, à la naissance, une Québécoise pouvait s'attendre à vivre 82,7 ans, contre 77,6 ans pour un jeune Québécois, une espérance de vie parmi les plus élevées au monde. À Montréal, elle atteint respectivement 83,4 et 77,9 ans pour les filles et les garçons. Malheureusement, plusieurs jeunes ne se rendront jamais aussi loin dans la vie.

Entre 2001 et 2005, 146 décès sont survenus chez les jeunes Montréalais de 5 à 17 ans soit 11 décès pour 100 000 jeunes. Pendant ce temps, le reste du Québec en a enregistré 872 pour un taux annuel moyen de 18 pour 100 000. La majorité de ces décès survient chez les jeunes garçons (56% à Montréal, 66% dans le reste du Québec).

Taux annuel moyen de mortalité des jeunes de 5-17 ans selon le sexe, Montréal et reste du Québec, 1980 à 2004 (périodes quinquennales)



Légende : GMtl : Garçons Montréal; FMTl : Filles Montréal; TotalMtl : Total, sexes réunis pour Montréal; Total RQ : Total, sexes réunis pour le reste du Québec

Sources : Fichier des décès, ministère de la Santé et des Services sociaux et Projections de la population, ISQ, Janvier 2005

Le saviez-vous?

Depuis 1980, le taux de mortalité des Montréalais de 5 à 17 ans a baissé de 62%. Ailleurs au Québec, la baisse est de 55%. La diminution de moitié de la mortalité par traumatismes entre 1970 et 1990 serait un élément à considérer pour expliquer cette baisse des taux de mortalité.

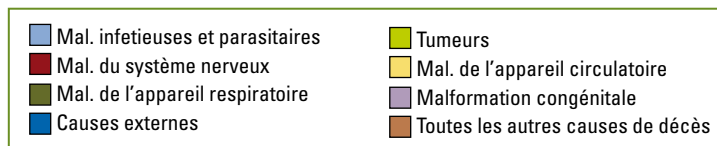
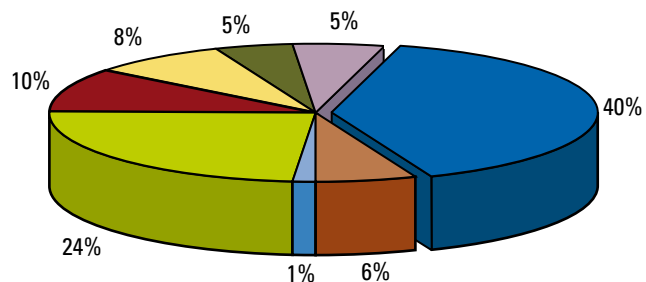
La mortalité des jeunes garçons est toujours plus élevée que celle des filles. Cependant, un rapprochement important peut être observé au cours des dernières décennies, résultat d'une baisse plus importante de la mortalité pour la gent masculine.

Sources : Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux et Gagné et collègues (2009), Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation, Institut national de santé publique du Québec, p.1.

Principales causes de décès (%) chez les jeunes de 5 à 17 ans, Montréal, 2001-2005

Quelles sont les principales causes de décès chez les jeunes? Si le spectre des maladies infectieuses et parasitaires s'est depuis longtemps évanoui, ce sont maintenant les causes externes qui sont majoritairement responsables des décès chez les jeunes de 5 à 17 ans.

Au cours de la période allant de 2001 à 2005, 40% des décès au sein de ce groupe d'âge sont dus à une cause externe de mortalité.



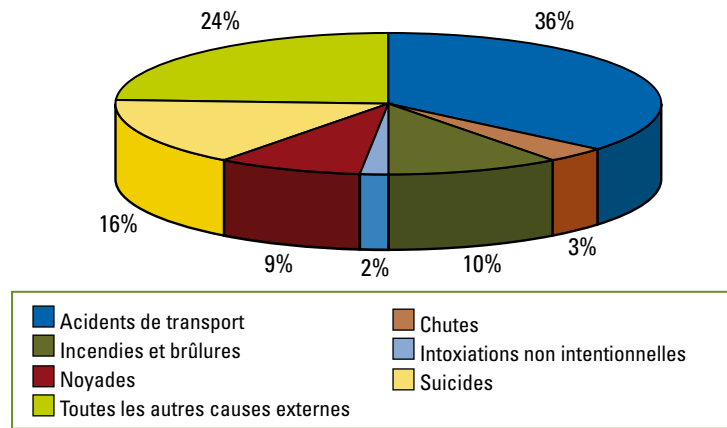
Source : Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux

La deuxième cause de décès chez les jeunes d'âge scolaire est celle regroupant les tumeurs. Elle contribue en effet pour 24% des décès en 2001-2005, bien que le nombre annuel moyen de cas soit très peu élevé.

Les causes de décès changent avec l'âge : chez les jeunes du primaire (5-11 ans), la première cause de décès est le cancer (35% des décès), suivie de près par les causes externes de mortalité, qui provoquent le tiers des décès. En troisième place viennent les maladies du système nerveux. Ainsi, huit décès sur dix parmi ce groupe d'âge sont dus à l'une de ces trois causes. Chez les jeunes du secondaire, les 12 à 17 ans, près de la moitié des décès (44%) sont attribuables aux causes externes. Viennent ensuite les tumeurs (17%), les maladies de l'appareil circulatoire (10%) et celles du système nerveux (9%).

Lorsque l'on compare la situation montréalaise à celle qui prévaut ailleurs au Québec, les principales causes de décès sont les mêmes mais leur poids varie substantiellement, notamment dans le cas des causes externes, beaucoup plus fréquentes ailleurs au Québec, et ce dans chaque groupe d'âge. À Montréal, parmi l'ensemble des causes externes de décès chez les jeunes de

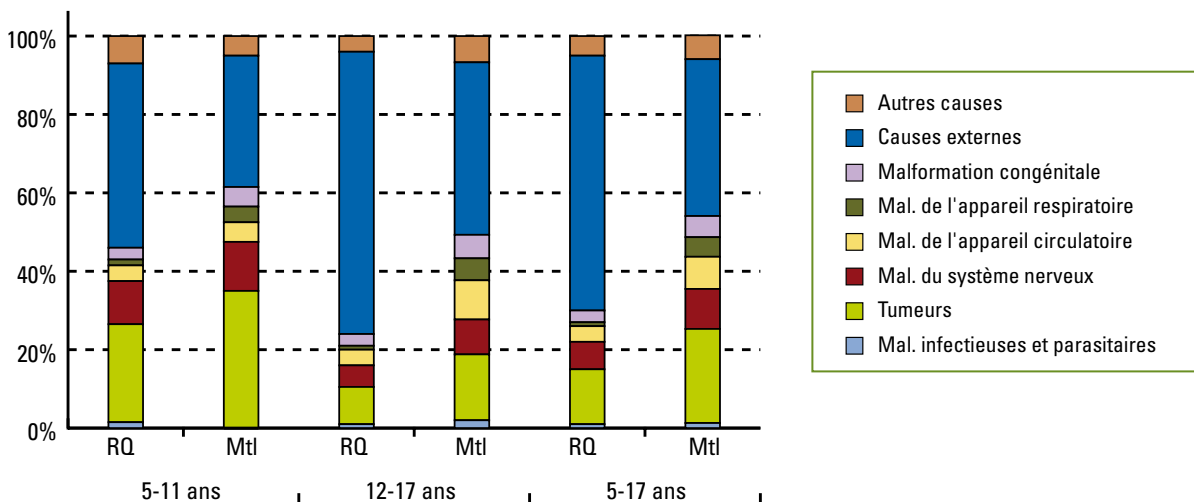
Principales causes externes de décès (%) chez les jeunes de 5 à 17 ans, Montréal, 2001-2005



Source : Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux

5 à 17 ans, les principales sont les accidents de transport (36%), le suicide (16%) ainsi que les incendies et les brûlures (10%). Ailleurs au Québec, non seulement les décès pour causes externes sont plus fréquents, mais la part des accidents de la route (47%) et des suicides (32%) parmi toutes les causes externes est plus importante.

Répartition des décès selon la cause chez les 5-17 ans, Montréal (Mtl) et reste du Québec (RQ), 2001-2005

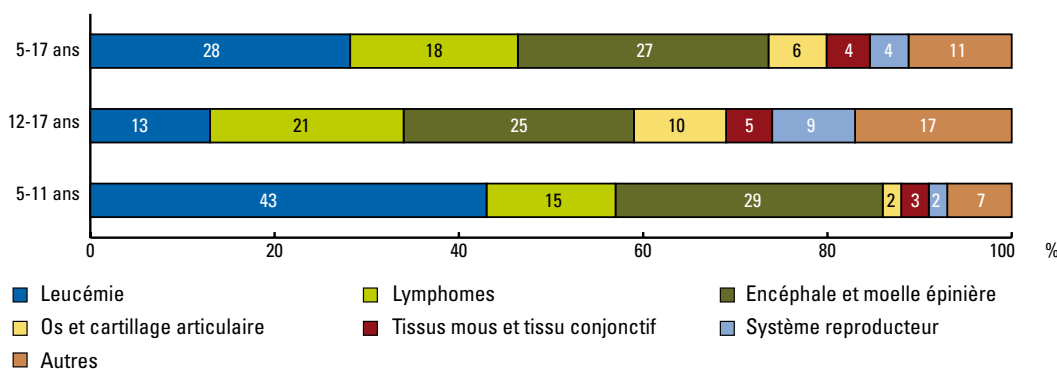


Source : Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux

Cancers pédiatriques : une faible incidence et de bonnes chances de survie

Durant la période 2001-2005, 207 nouveaux cas de cancer chez les Montréalais de 5-17 ans ont été diagnostiqués (81 pour 100 000 jeunes annuellement) soit moins de 1% de tous les nouveaux cas rapportés durant cette période. Chez ces jeunes, trois nouveaux cas sur quatre concernent les leucémies, les lymphomes et les tumeurs malignes de l'encéphale et de la moelle épinière. L'importance de chaque siège varie nettement d'une tranche d'âge à l'autre : par exemple, la leucémie s'attaque aux plus jeunes, alors que la part des lymphomes est plus importante chez les 12-17 ans.

Principales tumeurs malignes impliquées dans l'incidence du cancer chez les jeunes, Montréal, 2001-2005

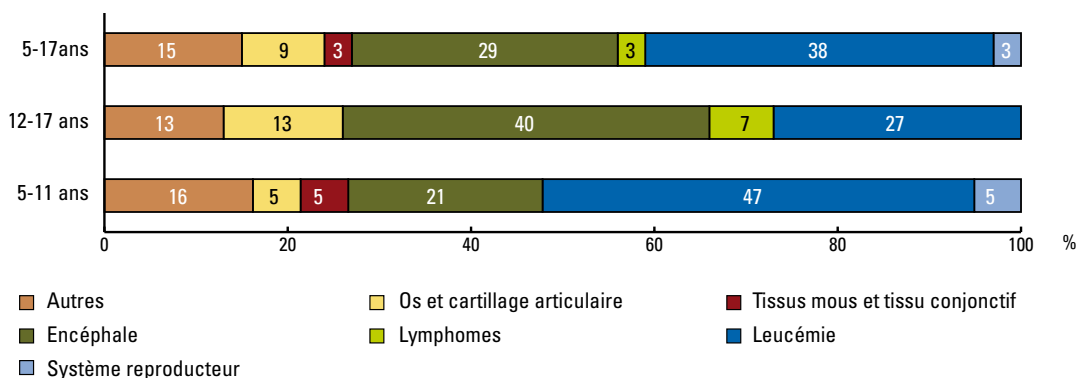


Source : Fichier des tumeurs du Québec du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le cancer de l'encéphale et la leucémie, qui font l'objet de plus de la moitié des nouveaux diagnostics de cancer chez les jeunes, sont aussi responsables des deux-tiers (67%) des 34 décès par tumeurs malignes chez les jeunes de 5-17 ans survenus entre 2001 et 2005. Un regard plus spécifique par groupe d'âge nous apprend toutefois que si

la leucémie est la cause de près de la moitié des décès par cancer chez les 5-11 ans, c'est le cancer de l'encéphale qui fait le plus de victimes parmi les 12-17 ans. Dans le cas des lymphomes, responsables d'une part importante des nouveaux diagnostics, la survie élevée résulte en très peu de décès pour ce type de cancer.

Principales tumeurs malignes impliquées dans les décès par cancer chez les jeunes, Montréal, 2001-2005



Source : Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux

Que réserve l'avenir à ces jeunes atteints? Au Canada, des progrès dans la survie aux cancers pédiatriques sont observés. Une ombre continue toutefois de planer sur les survivants à l'âge adulte puisque de nombreux problèmes de santé tels que des troubles endocriniens

et métaboliques, des troubles sensoriels, des troubles gastro-intestinaux, des problèmes cardiopulmonaires et l'apparition d'un deuxième cancer sont plus fréquents chez eux que dans la population générale.¹⁹

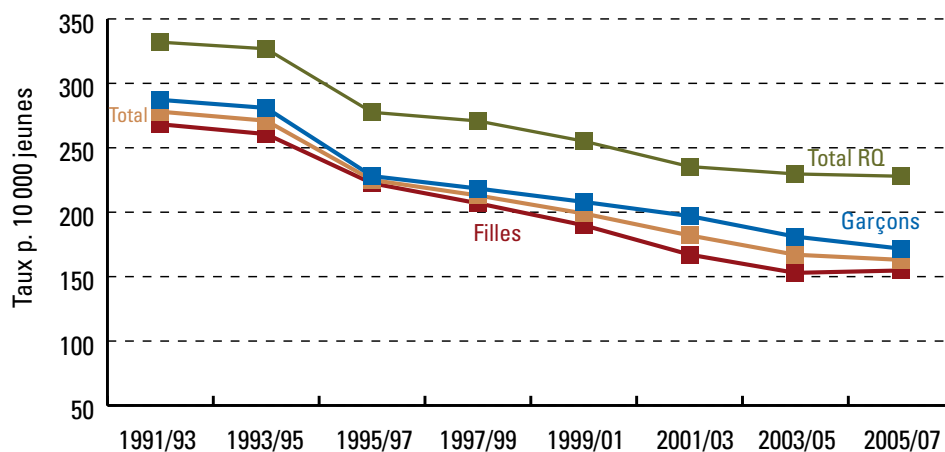
Lésions, traumatismes et empoisonnements, toujours des causes prédominantes d'hospitalisation



L'examen des hospitalisations des jeunes d'âge scolaire permet également d'en connaître davantage sur leur état de santé, physique ou mental. Le taux d'hospitalisation des 5-17 ans à Montréal a baissé de près de 41% entre le début des années 1990 et le milieu des années 2000. Dans le reste du Québec, le taux d'hospitalisation de ces jeunes a connu une baisse un peu moins prononcée (31%) et demeure supérieur à celui de la métropole.

Lors de l'analyse temporelle ou géographique, on doit garder à l'esprit que les données d'hospitalisation ne reflètent pas tous les cas reliés à un problème de santé, puisque la situation doit être assez sérieuse pour qu'une hospitalisation survienne. De plus, les taux sont influencés par des facteurs qui ne relèvent pas directement de l'état de santé de la population : disponibilité et accessibilité des soins, spécialisation de certains hôpitaux, décisions administratives, entre autres. D'ailleurs, on peut constater une baisse marquée du taux d'hospitalisation tant à Montréal que dans le reste du Québec pour la période 1995-1997, probablement en lien avec le virage ambulatoire entrepris au Québec au cours de ces années.

Taux d'hospitalisation de courte durée selon le sexe chez les 5-17 ans, Montréal et reste du Québec, 1991 à 2007 (périodes biennales)



Sources : Fichier des hospitalisations MED-ECHO, MSSS et Projections de la population, Institut de la statistique du Québec, Janvier 2005

Quand les rues de la ville constituent des menaces pour les jeunes

Le transport actif est une façon simple pour les jeunes de bouger et ainsi de garder la forme et de prévenir l'obésité. De plus il faut savoir que la marche est déjà l'activité physique la plus pratiquée chez les jeunes. Or les conditions ne semblent pas partout propices et sécuritaires pour leurs déplacements quand on examine le nombre de jeunes blessés de la route. **À Montréal, entre 1999 et 2008, 3 771 jeunes piétons et cyclistes de 5 à 17 ans ont été blessés dans un accident de la route. C'est dans Hochelaga-Maisonneuve où l'on compte le plus grand nombre de blessés**, soit plus de 380 durant cette période. Les arrondissements de Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension (340), de Rosemont-La Petite-Patrie (300), de Côte-des-Neiges-Notre-Dame-de-Grâce (263) et de Montréal-Nord (263) sont également des endroits où beaucoup de jeunes sont blessés. Sur une période de près de 10 ans, pour chaque tranche de 1000 enfants résidant dans un des arrondissements les plus touchés, de 20 à 30 jeunes piétons et cyclistes ont été blessés et ont nécessité une intervention ambulancière.

D'une manière générale, sur les rues et aux intersections des secteurs les plus pauvres de Montréal, il y a beaucoup plus de piétons, cyclistes et occupants de véhicules à moteur blessés. Comparativement aux secteurs où les revenus des ménages sont plus élevés,

les secteurs les plus pauvres sont davantage exposés au risque lié au trafic, notamment car il y a plus d'intersections à débit de trafic élevé et qu'on y retrouve davantage « d'artères » (larges voies routières dédiées à la circulation de transit). Même en tenant compte de la plus grande densité de population et du plus grand nombre de piétons et cyclistes dans les quartiers centraux, le risque de blessures reste plus élevé dans les secteurs les plus pauvres.

Pour diminuer le fardeau des blessés de la route dans un milieu urbain et densément peuplé comme Montréal, deux grandes stratégies complémentaires doivent être considérées. À l'échelle de la région métropolitaine, une réduction globale des volumes de circulation, par exemple en cessant d'accroître la capacité routière et en développant les transports collectifs, réduirait le risque de collision auquel sont exposés les Montréalais. À l'échelle des quartiers, l'implantation systématique de mesures d'apaisement de la circulation, comme il en existe déjà de façon plus systématique dans les arrondissements plus riches de Westmount et d'Outremont, protégerait les usagers de la route du risque posé par les véhicules en circulation.

Les stratégies environnementales sont généralement reconnues les plus efficaces pour réduire les traumatismes routiers, notamment

parce qu'elles tendent à protéger tout le monde, incluant les enfants, à chaque exposition et pour longtemps. En diminuant le volume et la vitesse du trafic, et en protégeant les enfants par des aménagements sécuritaires, il est possible de réduire drastiquement le nombre de blessés de la route et, surtout, d'améliorer le bilan dans les zones les plus affectées et d'ainsi réduire les inégalités.

Morency, P. (2009). « Blessés de la route, des inégalités qui s'expliquent... » *Développement social*, 10 (2) : 33.

Morency, P. (2009). *Jeunes piétons et cyclistes blessés à Montréal : problème et solutions*, Semaine nationale de la sécurité scolaire, Journée internationale pour la sécurité du transport des jeunes. 21 octobre 2009, Montréal, CDEC Centre-Sud/Plateau Mont-Royal, <http://www.cqpp.qc.ca/images/communiques/Presentation%20Dr%20Patrick%20Morency.pdf>

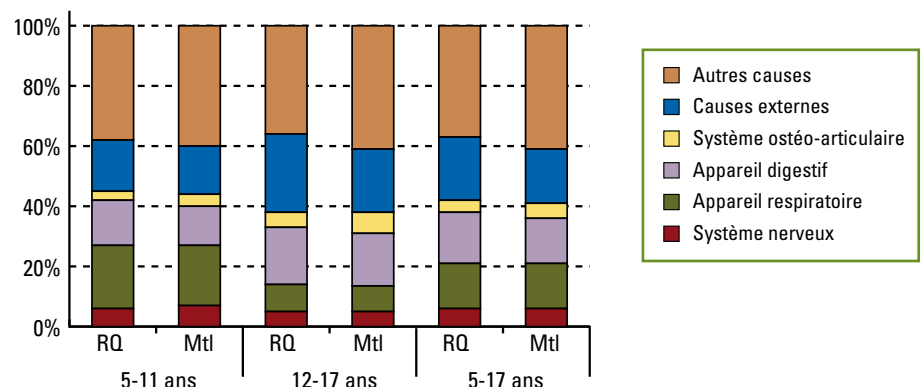
Morency P. (2009). Assurer la protection et la sécurité des enfants, ce droit s'applique-t-il aux routes montréalaises? Capsule, Convention relative aux droits de l'enfant, 20 ans ça se célèbre (1989-2009), <http://www.santepub-mtl.qc.ca/droitsenfant/situationmontreal.html>

Morency P, Cloutier MS. (2005). *Distribution géographique des blessés de la route sur l'île de Montréal (1999-2003) : Cartographie pour les 27 arrondissements*. Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfenvironnement/blessesroute.pdf>

Le transport urbain, une question de santé. Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Comme pour les décès, les causes externes arrivent en tête des causes d'hospitalisation chez les jeunes. Effectivement, **les lésions, traumatismes et empoisonnements comptent à elles seules pour 18% de toutes les hospitalisations**. Viennent ensuite les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire, responsables chacune de 15% de toutes les hospitalisations. Lorsqu'on compare la distribution des causes avec le reste de la province, on s'aperçoit que les causes externes sont encore une fois un peu plus fréquentes ailleurs au Québec qu'à Montréal.

Proportion des hospitalisations selon la cause chez les 5-17 ans, Montréal (Mtl) et reste du Québec (RQ), 2001-2006



Sources : Fichier des hospitalisations MED-ECHO, ministère de la Santé et des Services sociaux

Nos jeunes se considèrent-ils en bonne santé?

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), la presque totalité (95%) des adolescents montréalais de 12 à 17 ans se considèrent en bonne, très bonne ou excellente santé, une situation qui se compare à celle de l'ensemble de la province. Il y a toutefois des différences importantes selon certaines conditions : la proportion de jeunes qui perçoivent positivement leur santé est significativement plus faible chez les jeunes qui font de l'embonpoint ou sont obèses, qui souffrent d'au moins un problème de santé chronique ou qui vivent dans un ménage à faible revenu.

L'embonpoint et l'obésité, une question d'alimentation?

À l'image du reste du Québec, environ un jeune Montréalais sur cinq (18%) est affecté par un surplus de poids.

Très peu de jeunes sont obèses (2%), la grande majorité présentant de l'embonpoint. Les données montréalaises suggèrent une prévalence plus élevée du surplus de poids chez les garçons que chez les filles, tendance qui se confirme à l'échelle provinciale. Contre toute attente, ni l'activité physique durant les loisirs, ni le transport actif, ni le niveau d'activité physique global ne semblent avoir d'incidence sur le surplus de poids chez les jeunes Montréalais; un constat étonnant qui vaut également pour le reste de la province. Il est possible que les comportements alimentaires exercent une influence plus importante (tel que mentionné plus tôt, ces comportements présentent plusieurs lacunes), bien que les données de l'ESCC ne permettent pas de le vérifier.

Le revenu du ménage semble être associé avec le poids des jeunes : les données québécoises suggèrent une proportion plus élevée de surplus de poids chez les jeunes vivant dans un ménage dont le revenu est faible (22%) que chez ceux dont le revenu du ménage est moyen ou élevé (13,9%), différence que l'on ne peut vérifier à l'échelle montréalaise,



probablement à cause d'un échantillon insuffisant.

Autre facteur qui ressort en lien avec le surplus de poids : dans la métropole, les jeunes qui sont exposés à la fumée secondaire à la maison présentent un surplus de poids dans une proportion près de deux fois plus élevée que les jeunes qui n'y sont pas exposés. Ce résultat pourrait refléter un cumul d'habitudes de vie malsaines, que l'on sait souvent corrélées, à la fois entre elles et entre parents et enfants.

Pour le Québec, une analyse de l'Institut national de santé publique du Québec nous permet de connaître les tendances en ce qui concerne le poids chez nos jeunes. En 1978-1979, 15% des jeunes de 2 à 17 ans souffraient d'embonpoint alors qu'en 2004, cette proportion a grimpé à 23%. Pour les plus jeunes, les 6 à 11 ans, la hausse de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a été de 74% alors que chez les adolescents de 12 à 17 ans, celle-ci a triplé durant ces deux périodes. Parallèlement, l'insuffisance pondérale connaît une tendance elle aussi préoccupante chez les adolescentes de 12 à 14 ans : alors qu'elles étaient 11,7% à déclarer un poids insuffisant en 2000, elles sont 17,2% en 2005.²⁰

Perdre ou gagner du poids, les jeunes visent-ils toujours le poids santé?

Une récente étude effectuée à partir des données de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents (ESSEA, 1999) indique que 60% des adolescents québécois âgés entre 13 et 16 ans affichent une insatisfaction corporelle. Cette proportion d'adolescents insatisfaits de leur corps est d'autant plus troublante que 79% d'entre eux affichent un poids qui correspond à un poids santé. Dans cette étude, les auteurs ont créé une variable caractérisant l'objectif de poids poursuivi par les adolescents (perdre, gagner, maintenir son poids, ne rien faire) en fonction de leur poids réel. Si l'objectif de poids poursuivi allait dans le sens de l'atteinte ou du maintien d'un poids santé, l'objectif de poids était dit « apparié » au poids actuel. À l'inverse, si l'objectif de poids poursuivi était inapproprié en regard de l'atteinte ou du maintien d'un poids santé, celui-ci était considéré comme non-apparié au poids réel de l'adolescent. Il a été observé que 69% des adolescents de l'ESSEA poursuivaient un objectif de poids apparié à leur poids. Lorsque l'objectif de poids poursuivi était non-apparié au poids réel (31% de l'ESSEA), l'insatisfaction corporelle s'avérait être une variable de prédiction déterminante pour les garçons et les filles et la détresse psychologique élevée était un prédicteur chez les filles.

Roy, M. & L. Gauvin (2009). Casting weight goal as a function of weight status among a representative population based sample of adolescents. *Body Image*. 6 (4) : 277-284.

Le miroir et la réalité



La distorsion de l'image corporelle (c'est-à-dire la différence entre le corps perçu et le corps réel) est documentée comme un symptôme de divers troubles de santé : l'obésité, l'anorexie, la boulimie, la dépression²¹. L'ESCC comporte une question qui sonde l'opinion du répondant à propos de son poids. Il s'agit d'une question subjective qui n'est pas basée sur les valeurs précises de taille et de poids, par opposition à l'indice de masse corporelle (bien qu'autodéclaré). Parmi les jeunes Montréalais de 12 à 17 ans, 7% se perçoivent comme faisant de l'embonpoint ou étant obèses, alors que, nous l'avons vu plus tôt, en réalité 18% d'entre eux sont dans cette situation.

La comparaison du poids autodéclaré (IMC) et du poids perçu de chaque jeune révèle que dans 14% des cas, les deux ne correspondent pas. La plupart du temps, c'est le poids réel qui est plus élevé que le poids perçu : parmi tous les jeunes de Montréal, 12% estiment que leur poids est normal alors qu'en fait ils font de l'embonpoint ou sont obèses. On note à cet égard une différence marquée selon l'âge. Entre

12 et 14 ans, 17% des jeunes sous-estiment leur poids de la sorte, alors que la proportion est de 8% pour les 15 à 17 ans. Outre l'âge, ni la structure familiale, ni le revenu, ni la scolarité n'ont eu d'influence significative sur cette association.

Cette distorsion varie néanmoins selon le sexe. Chez les 12 à 17 ans, on note davantage d'absence de correspondance chez les garçons (17%) que chez les filles (10%). Bien que la différence soit non significative, elle le devient lorsqu'on considère un échantillon plus grand : les 12-24 ans ou les 12-29 ans. Ainsi, chez les jeunes âgés de 12 à 29 ans, 20% des hommes trouvent leur poids normal mais présentent en fait un surpoids, et 2% se croient en surplus de poids alors que leur IMC est en fait dans le poids santé. Chez les femmes, c'est 5% qui surévaluent leur poids de cette manière, alors qu'un autre 5% d'entre elles, à l'inverse, présentent un surplus de poids sans le percevoir. C'est donc dire que **les jeunes hommes pourraient moins percevoir les signes précurseurs d'obésité tandis que les jeunes filles, elles, seraient toujours plus nombreuses aux prises avec des idéaux de minceur qui affectent leur image corporelle.**

L'insatisfaction corporelle est une autre issue de santé majeure chez les enfants et les adolescents. Effectivement, être insatisfait de son corps semble une norme sociale en occident (voir encadré). L'insatisfaction corporelle est de plus en plus considérée comme un déterminant significatif de la santé. Une récente étude américaine indique même qu'il pourrait s'agir d'un déterminant de la santé prédisant davantage le bien-être chez les adultes que l'indice de masse corporelle²². Être insatisfait de son corps est également lié à l'adoption et au maintien de plusieurs comportements de santé néfastes pouvant mener aux troubles du poids et du comportement alimentaire. Finalement, une insatisfaction corporelle est liée à une faible estime de soi, ainsi qu'à des symptômes d'anxiété et de dépression.

Les problèmes de santé chroniques qui affectent leur vie quotidienne

La moitié des adolescents montréalais souffrent d'au moins un problème de santé chronique, selon l'ESCC. Les allergies autres qu'alimentaires occupent le premier rang, avec une prévalence de 28% chez les 12 à 17 ans, suivies de l'asthme, qui touche 15% des jeunes. Les allergies alimentaires et les maux de dos sont chacun le lot d'environ un jeune sur vingt. Aucun de ces résultats ne diffère de façon significative de ceux du reste de la province. Chez les jeunes de la métropole, la probabilité de souffrir d'au moins un problème de santé chronique ne semble affectée ni par le statut socioéconomique (revenu ou scolarité du ménage), ni par les habitudes de vie (tabagisme et activité physique). Aucune différence significative n'a non plus été notée selon le sexe ou l'âge. Rappelons toutefois que les jeunes qui sont exposés à la fumée secondaire sont plus susceptibles de souffrir d'asthme que les autres.

Parmi les problèmes de santé évitables qui affectent les jeunes et sont susceptibles d'entraîner des conséquences sur la santé générale, la carie dentaire et les maladies parodontales sont des sujets de préoccupation en santé publique. Selon des études sur la question²³, le problème buccodentaire le plus prévalent chez les 5-17 ans demeure la carie dentaire. En effet,

État de santé physique des 12-17 ans




	Montréal	Québec sans Montréal
% qui se perçoivent en bonne santé	95,5%	97,6%
garçons	96,6%	97,8%
filles	94,1%	97,1%
% qui souffrent d'allergies autres qu'alimentaires	27,6%	30,8%
garçons	26,9%	33,1%
filles	28,5%	28,5%
% qui font de l'asthme	14,8%	12,6%
garçons	14,5%	12,5%
filles	15,2%	12,8%
% qui souffrent d'allergies alimentaires	5,4%	5,9%
garçons	5,7%	5,8%
filles	5,0%	6,0%
% qui souffrent de maux de dos (autres qu'arthrite et fibromyalgie)	5,2%	8,2%
garçons	2,8%	5,5%
filles	7,7%	11,0%
% qui présentent au moins 1 problème de santé chronique	49,4%	53,9%
garçons	47,6%	55,5%
filles	51,6%	52,2%
% qui font de l'embonpoint	15,2%	11,9%
garçons	17,5%	16,2%
filles	12,2%	7,4%
% qui souffrent d'obésité	2,5%	4,5%
garçons	2,6%	5,0%
filles	2,1%	4,0%

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005

38,7% des enfants de la maternelle de la zone métropolitaine ont au moins une dent temporaire cariée, absente ou obturée, une proportion importante bien que significativement plus faible que pour l'ensemble du Québec (41,8%). En deuxième année, 55,9% des enfants montréalais se situent dans cette catégorie, proportion semblable à celle des enfants du reste du Québec. Chez les enfants de sixième année, 54,3% ont au moins une dent permanente cariée, absente ou obturée, ce qui est significativement plus faible que le reste du Québec (60,4%). Enfin, 72,6% de ceux de la zone métropolitaine en sont atteints en deuxième secondaire, une proportion semblable à celle de l'ensemble du Québec. D'après ces études, la prévalence de la carie dentaire semble maintenant se concentrer davantage chez un petit groupe de jeunes vulnérables socioéconomiquement.

Les maladies parodontales sont présentes parmi les enfants et les adolescents. En effet, parmi les enfants de la zone métropolitaine, 17,7% de sixième année et 29,6% de deuxième secondaire en présentent des signes²⁴. La maladie parodontale peut causer de l'halitose (mauvaise haleine), des saignements gingivaux, de la douleur et de l'infection. Sans traitement, elle peut aussi mener à la mobilité puis à la perte des dents²⁵. En plus d'être associé aux facteurs sociodémographiques habituels (revenu, scolarité), le tabagisme, comme habitude de vie, est considéré comme un facteur de risque important dans l'évolution des maladies parodontales²⁶.

Les jeunes dans le système de soins



Tout comme chez les autres Québécois du même âge, environ un jeune sur vingt dans la métropole a été hospitalisé au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête (ESCC 2005). **Un tiers des adolescents de Montréal ne disposent pas d'un médecin de famille.** Les principaux professionnels de la santé consultés par les jeunes Montréalais de 12 à 17 ans sont les médecins de famille ou omnipraticiens, vus par plus de la moitié (55%) des jeunes. Les infirmières ont été consultées par 14% d'entre eux durant la dernière année. Neuf pour cent des jeunes montréalais ont consulté un travailleur social, et 5%, un psychologue.

La présence d'un problème de santé chronique et le fait de vivre dans un ménage à faible revenu semblent augmenter la probabilité d'avoir été hospitalisé au cours des 12 derniers mois. Par contre, dans le cas du faible revenu, l'association n'est observable qu'à l'échelle provinciale. Sur l'Île, on constate aussi que le nombre annuel de consultations médicales passe du simple au double entre les jeunes sans problèmes de santé chroniques et ceux qui en ont au moins un.

Une utilisation inégale des services dentaires à l'adolescence

La santé dentaire est un enjeu important, car tous ne semblent pas avoir un accès égal aux soins. Près du quart des adolescents montréalais n'avaient eu aucune consultation avec un dentiste ou un orthodontiste au cours de l'année précédant l'enquête. Selon l'ESCC, plus de la moitié (55%) avaient eu une ou deux consultations. Le nombre moyen de consultations chez le dentiste ou l'orthodontiste varie de façon significative selon le revenu du ménage : **la moyenne chez les jeunes vivant dans des ménages à faible revenu est de 1,7 consultations annuellement, alors qu'elle augmente à 2,4 lorsque le revenu est moyen ou élevé.** Par ailleurs, on constate que beaucoup plus de jeunes dans les ménages à faible revenu n'ont eu aucune consultation de ce genre dans la dernière année comparativement aux autres jeunes (36% contre 15%).

Des services dentaires sont assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les enfants de moins de 10 ans. Selon deux études sur la question de la santé dentaire chez les jeunes, les consultations chez le dentiste diminuent après cet âge. Ainsi, chez les enfants en maternelle et ceux de deuxième année de la zone métropolitaine, respectivement 81%

et 87% d'entre eux avaient consulté un dentiste au cours de l'année précédente²⁷. En sixième année, ce sont 81,3% des enfants qui avaient un délai de moins de un an depuis la dernière consultation chez le dentiste et 75,9% des jeunes de deuxième secondaire de la région métropolitaine²⁸. Quel que soit le niveau scolaire, la proportion d'enfants ayant consulté un dentiste est toujours moins élevée que pour le reste ou l'ensemble du Québec.

En plus de la limite d'âge, les services assurés par la RAMQ ne couvrent pas les services préventifs sauf pour les prestataires d'un

programme d'aide financière de dernier recours de douze ans ou plus. Toutefois, le Programme national de santé publique et le Plan d'action en santé dentaire publique prévoient des activités préventives destinées aux enfants à risque élevé de carie dentaire de la maternelle à la deuxième année (dépistage buccodentaire, application topique de fluorure, éducation à la santé) et aux enfants de 5 à 15 ans (application d'agents de scellement dentaire). D'après les plus récentes données administratives²⁹, 28% des enfants montréalais sont à risque élevé de carie dentaire et 17% présentent un besoin évident de traitement de la carie dentaire lors du dépistage en maternelle. Ces proportions varient d'un territoire à l'autre. À titre d'exemple, pour le secteur du Plateau-Mont-Royal, 13% des enfants sont considérés à risque élevé de carie dentaire et 6% présentent un besoin évident de traitement. Pour le secteur de Saint-Henri, ces proportions atteignent respectivement 47% et 25%. En considérant l'ensemble des enfants montréalais de maternelle, on assiste, depuis une dizaine d'années, à une augmentation de la proportion d'enfants à risque élevée de carie dentaire en maternelle. En effet, cette proportion, se situant à 28% pour l'année 2007-2008, est significativement plus élevée par rapport aux dernières données régionales (2003-2004 : 26%; 1998-1999 : 23%).





Quand stress et détresse

riment avec jeunesse

L'adolescence est une période d'importants changements, tant sur le plan biologique, physiologique, que social. Elle peut susciter de grandes inquiétudes, à ce moment où filles et garçons doivent se redéfinir en tant qu'adultes. Tous les changements peuvent provoquer des tensions et du stress, parfois de la détresse, qui n'affectent pas seulement les adolescents, mais aussi leur famille. Le bien-être psychologique joue un rôle prédominant dans le développement des jeunes et leur capacité à affronter les défis de cette période cruciale.

Stress, détresse et pensées suicidaires : des états à surveiller

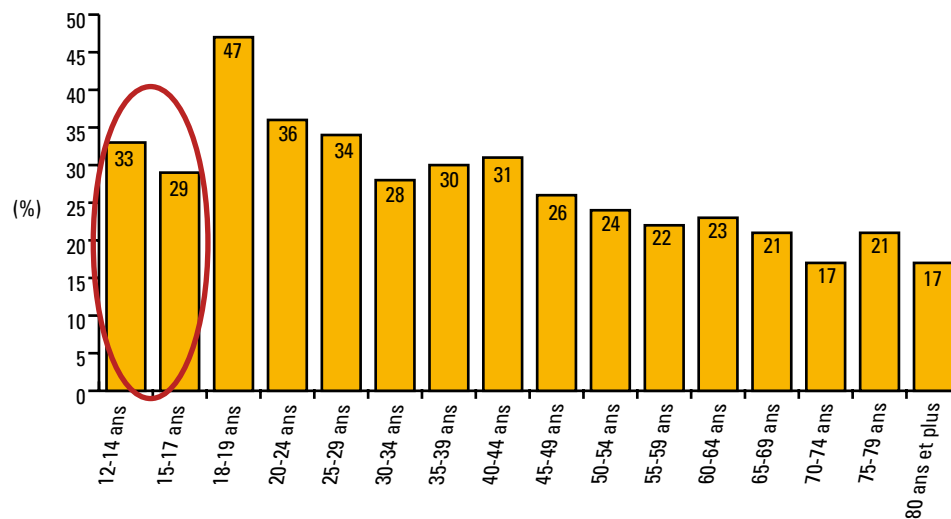
L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) comporte un indice de détresse psychologique basé sur six questions précises, qui permet d'assigner à chaque individu un indice faible ou élevé de détresse psychologique. Près du tiers des adolescents de la métropole

présentent un niveau élevé de détresse psychologique, une proportion similaire à celle des autres Québécois du même âge et qui demeure préoccupante. Par rapport aux autres groupes d'âge, les 12 à 17 ans ne présentent pas les pires niveaux de détresse, mais ces résultats sont tout de même parmi les plus élevés. Autre signe inquiétant : la proportion élevée de jeunes de 18 et 19 ans en détresse, qui surclasse de façon tranchante tous les autres groupes d'âge. Jusqu'à 29 ans, les niveaux sont également très élevés.

Tout ceci suggère que **les adolescents à l'étude ici sont sur le point d'entrer dans une phase de plus haut risque de détresse** et que, sur le plan de la prévention, il est primordial de s'intéresser à leur santé psychologique dès cette période afin d'éviter qu'elle ne se détériore au cours des années à venir.

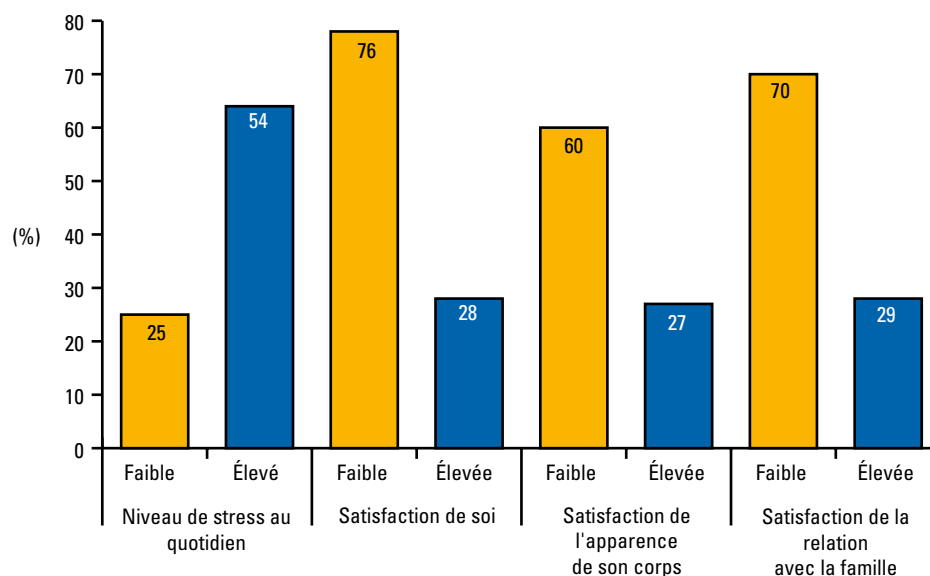
Notons que les jeunes filles sont nettement plus susceptibles de présenter un niveau élevé de détresse psychologique : près de la moitié d'entre elles (46%) sont dans cette situation, contre un sur cinq chez les garçons. Les jeunes présentant une forte détresse psychologique sont aussi plus nombreux lorsqu'ils présentent un niveau de stress au quotidien élevé, une faible satisfaction de soi, de l'apparence de son corps et de sa relation avec la famille.

Proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon l'âge.



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005

Proportion de jeunes de 12 à 17 ans présentant une forte détresse selon certaines caractéristiques psychologiques



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005

Peut-on être stressé à un jeune âge? Selon cette enquête, oui, surtout dans le cas des filles. En effet, une adolescente sur cinq déclare que la plupart de ses journées sont assez ou extrêmement stressantes. Au même âge, c'est un garçon sur dix qui se trouve dans cette situation. Les jeunes vivant dans des familles monoparentales ont également plus tendance à être stressés que ceux qui vivent avec leurs deux parents.

Les pensées suicidaires à l'adolescence représentent aussi un fardeau plus souvent féminin. La proportion exacte est difficile à déterminer puisque les résultats à cette

question sont très instables, en partie à cause du fait qu'elle s'adressait uniquement aux 15 ans et plus, réduisant ainsi la taille de l'échantillon. Malgré tout, il apparaît clairement que les filles sont significativement plus susceptibles que les garçons d'avoir eu des pensées suicidaires sérieuses au cours de leur vie. Par contre, il a été bien documenté que si les filles sont plus nombreuses à faire des tentatives de suicide, les garçons, eux, parviennent plus souvent à leurs fins. Les données d'hospitalisation pour les tentatives de suicide vont également en ce sens alors que le taux chez les jeunes de 12-17 ans, autant ceux du Québec que de Montréal,

est plus élevé du côté des jeunes femmes. Il semble donc plausible de croire que l'information recueillie par l'ESCC pourrait être légèrement biaisée, puisque les garçons ayant eu des pensées suicidaires pourraient être passés à l'acte et donc ne pas être inclus dans l'échantillon, alors que les filles sont toujours vivantes pour en témoigner.

On note également, à l'échelle du Québec toutefois, une propension nettement plus élevée aux pensées suicidaires parmi les jeunes qui se disent insatisfaits^D d'eux-mêmes ou de l'apparence de leur corps.

Des jeunes en détresse qui n'ont pas toujours recours à l'aide disponible

Seulement un jeune sur dix a déclaré avoir eu au moins une consultation psychologique ou psychosociale au cours de l'année précédant l'enquête, alors que rappelons-nous, trois jeunes sur dix ont un niveau de détresse psychologique élevé. Une tendance semble toutefois indiquer que les jeunes en détresse consultent plus que les autres ce type de professionnels, bien que les résultats ne soient statistiquement significatifs qu'à l'échelle du Québec. Quoiqu'il en soit, **c'est moins d'un jeune en détresse sur cinq (17%) qui a eu une consultation psychosociale ou psychologique au cours de l'année précédant l'enquête.** Dans la métropole, on remarque aussi que les enfants de familles monoparentales ont eu plus souvent, en proportion, au moins une consultation psychologique ou psychosociale dans la dernière année, comparé aux enfants vivant avec leurs deux parents. Les facteurs socioéconomiques ne semblent pas avoir d'influence marquante sur les consultations de ce type de spécialistes.

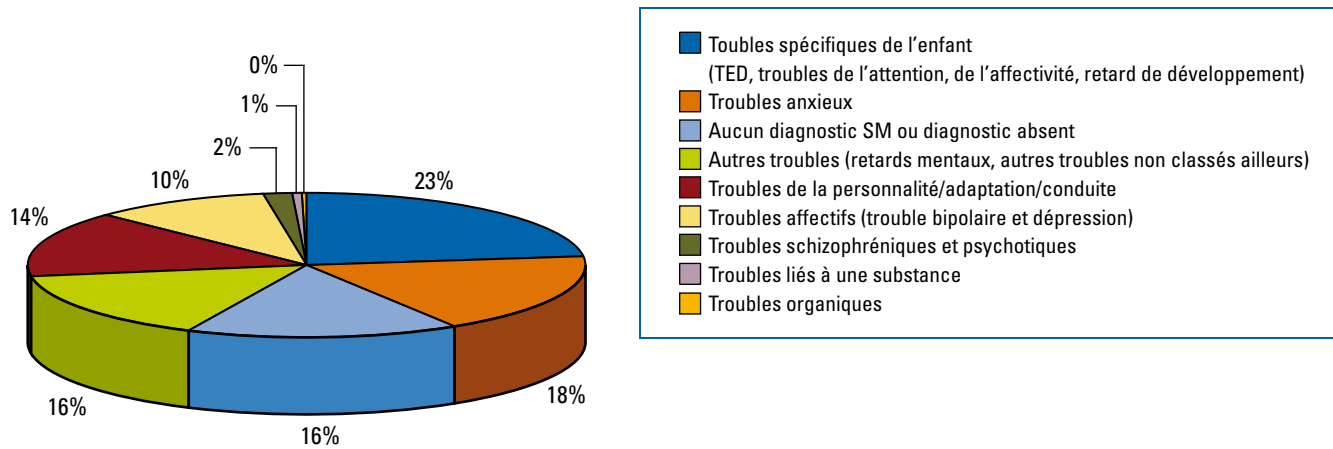
Un rapport sur l'utilisation des services en santé mentale révèle que 2,5% des jeunes Montréalais de moins de 20 ans avaient eu au moins un contact en santé mentale^E au cours de l'année 2004-2005, une proportion qui varie, sur l'Île, de 1,7% (secteurs de CLSC de Côte-des-Neiges et de Saint-Laurent) à 3,5% (secteurs de CLSC de Saint-Henri et de Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est). Malgré les résultats précédents qui démontraient que les filles étaient plus sujettes à présenter des niveaux élevés de stress et de détresse psychologique, la proportion de contacts en santé mentale à Montréal est un peu plus élevée chez les jeunes garçons (2,8%) que chez les jeunes filles (2,2%).

^D Les personnes insatisfaites regroupent celles qui ont répondu être « neutre » « insatisfait » ou « très insatisfait ».

^E On considère qu'une personne a eu un « contact en santé mentale » si elle a reçu un ou plusieurs des services suivants au cours de la période : consultation en clinique privée avec un psychiatre ou avec un omnipraticien et un code d'acte santé mentale, consultation à l'urgence avec un psychiatre, intervention en CLSC avec un profil santé mentale, consultation en clinique externe avec un psychiatre, hospitalisation avec un diagnostic principal de santé mentale (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal).



Répartition des patients de 0-19 ans selon le diagnostic de santé mentale le plus fréquent, Montréal, 2004-2005

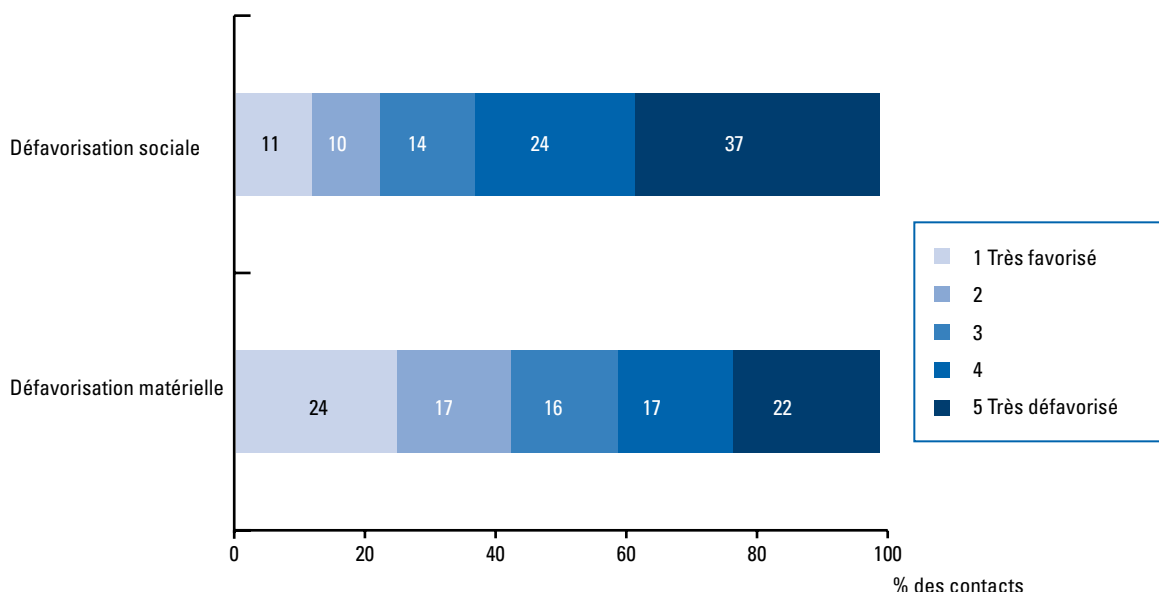


Source : Banque de données jumelées, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Le diagnostic de santé mentale le plus fréquent sur le territoire du CSSS est celui des troubles spécifiques de l'enfant, qui touche près du quart (23%) des jeunes qui ont eu un contact en santé mentale. Les troubles anxieux comptent également pour une part importante des contacts chez les jeunes : près d'un sur cinq. La catégorie « diagnostic absent » touche principalement les patients ayant eu uniquement des interventions en santé mentale en CLSC, puisque les informations sur le diagnostic n'existent pas dans la banque I-CLSC. On retrouve dans la catégorie « autres troubles », qui fait l'objet du diagnostic de 16% des jeunes patients, les retards mentaux et autres troubles non classés ailleurs comme l'anorexie et la boulimie.

Tout comme pour d'autres services, l'utilisation des services en santé mentale diffère selon l'indice de défavorisation matérielle sociale.

Répartition des contacts en santé mentale effectués auprès des 5-19 ans selon le quintile de défavorisation matérielle et sociale, 2004-2005



Source : Banque de données jumelées, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Il semble exister un lien entre l'environnement social défavorable et la consultation en santé mentale. La majorité des consultations (61%) en santé mentale sont le fait de jeunes résidant dans des territoires socialement défavorisés ou très défavorisés (quintiles 4 ou 5). Ce constat corrobore les résultats de plusieurs recherches qui témoignent de l'influence de l'environnement social sur la santé mentale. Sur le plan de la défavorisation matérielle, on remarque que les jeunes âgés de 5 à 19 ans demeurant dans des zones très favorisées (quintile 1) ou très défavorisées (quintile 5) sont ceux qui consultent le plus fréquemment. Il est possible que certains problèmes de santé mentale tels que l'anorexie ou d'autres troubles de conduite alimentaire touchent davantage les jeunes issus de ménages plus aisés, que les ressources en santé mentale soient plus accessibles dans les milieux les plus nantis ou encore que les consultations pour des problèmes de santé mentale sont moins taboues, plus communes et encouragées. À l'autre extrême, dans les territoires défavorisés le milieu de vie pourrait engendrer des conditions propices au développement de problèmes de santé mentale, faisant en sorte que les ressources institutionnelles et communautaires sont plus présentes dans ces milieux à risque et que les problèmes de santé mentale sont davantage détectés et les jeunes orientés vers des services.

État de santé mentale des 12-17 ans



	Montréal	Québec sans Montréal
Ont eu des pensées suicidaires au cours de la vie (15-17 ans)	6,2%	8,3%
garçons	2,1%	6,8%
filles	11,1%	9,5%
Trouvent les journées assez ou extrêmement stressantes	15,3%	15,3%
garçons	11,0%	19,3%
filles	20,4%	10,6%
Présentent une détresse élevée	31,1%	36,3%
garçons	19,1%	28,6%
filles	46,4%	44,1%

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005

Des défis

pour garder nos jeunes en santé



Montréal constitue un terrain bien particulier dans lequel les jeunes grandissent. Pauvreté, monoparentalité, mais aussi multiculturalité, sont autant de facettes importantes de la vie dans la métropole caractérisée également par une dynamique urbaine et un environnement physique particuliers.

Le portrait de santé des jeunes Montréalais est favorable sous plusieurs aspects mais il reste des comportements à surveiller ou à mieux documenter :

- Notamment en raison du transport actif, le portrait permet de constater que les jeunes sont plutôt actifs mais que les filles sont moins actives que les garçons. Le contexte global du système scolaire et la dangerosité de l'environnement urbain exercent toutefois des contraintes à la pratique du transport actif.
- Même s'ils sont assez actifs, 18% de jeunes présentent tout de même un surplus de poids. On soupçonne que les comportements alimentaires seraient parmi les facteurs fortement associés au surpoids. Or le manque de données sur cette question limite les possibilités d'acquiescer une meilleure connaissance à propos de cette association.
- Au moins un jeune sur cinq consomme une collation cariogène avant le coucher alors que près du tiers ne se brosse pas les dents au moins une fois par jour.
- La cigarette perd en popularité mais certains jeunes fument plus, entre autres les jeunes filles et les jeunes appartenant à un ménage où le revenu est peu élevé. Il est, dans ce cas, primordial que les programmes de lutte contre le tabagisme ciblent ces groupes vulnérables.
- L'exposition à la fumée secondaire à la maison est une réalité pour trop de jeunes. L'association entre la fumée secondaire et l'asthme, qui constitue un des deux problèmes de santé chronique les plus importants, justifie les efforts de sensibilisation à cet effet.
- Encore trop de jeunes ont des relations sexuelles sans se protéger; compte tenu de la hausse de certaines ITSS, il est nécessaire de se questionner sur nos efforts de prévention, dans les écoles notamment.



Quant à leur santé physique et mentale :

- Même si une baisse du taux de mortalité est observée, les causes évitables sont encore la principale cause de décès. Parmi celles-ci, les accidents de transport accaparent la majeure partie des décès. Face à cette réalité, une question s'impose : comment faire mieux pour assurer la circulation sécuritaire de nos jeunes?
- Selon l'âge, entre 40% et 75% des enfants sont atteints par la carie dentaire dans un environnement où seulement 5% des habitants de l'Île de Montréal bénéficie des bienfaits de l'eau fluorée et où les services dentaires ne sont pas accessibles pour tous les enfants, notamment les services préventifs. Des experts recommandent toutefois d'étendre la fluoration de l'eau, une mesure efficace, sécuritaire et équitable pour protéger les enfants³⁰.
- Certains jeunes présentent des niveaux de détresse psychologique préoccupants. Puisque les niveaux de détresse atteignent des sommets au début de la vingtaine, la prévention à l'adolescence semble prendre tout son sens. Il semble y avoir peu d'utilisation des ressources en santé mentale de leur part. Comment rejoindre davantage les jeunes plus fragiles ou outiller les adolescents à mieux faire face aux difficultés de la vie avant qu'ils ne sombrerent dans la détresse?

- Le tiers des jeunes de l'échantillon n'avaient pas de médecin de famille. Face à cette proportion considérable, il existe un enjeu pour qu'un plus grand nombre de jeunes puissent avoir accès à un médecin de famille ou du moins à un professionnel (infirmière, travailleur social, autre) apte à faire de la prévention et de la promotion, notamment en milieu scolaire. Toutefois il semble que les ressources en place dans les écoles doivent consacrer aussi beaucoup de temps à d'autres actions de santé publique, à l'immunisation entre autres.
- L'accès aux soins dentaires est toujours un enjeu de taille pour les moins nantis; dans la mesure où le manque de soins peut conduire à des problèmes de santé plus importants, les efforts de prévention en milieu de garde et au primaire semblent une façon incontournable de réduire les méfaits.

Le portrait soulève aussi un défi de taille qui est celui de bonifier le bassin d'informations disponibles pour évaluer la santé des jeunes, notamment à l'échelle des territoires de CSSS et même à plus fine échelle. Il n'existe que très peu de données locales, bien qu'elles seraient essentielles pour soutenir les CSSS dans le déploiement d'Écoles et milieux en santé.

Des milieux à risque pour les jeunes qui cumulent plusieurs vulnérabilités

Malgré tout, ce portrait permet de cibler certains milieux qui cumulent un ensemble de caractéristiques (voir tableau en annexe) se démarquant de la moyenne montréalaise qui, rappelons-le, est sous plusieurs aspects plus défavorable comparée au reste du Québec. Ainsi, ces milieux (secteurs de Montréal-Nord, des Faubourgs, Saint-Michel, de Hochelaga-Maisonneuve, de Saint-Henri et de Pointe-Saint-Charles) ont des proportions beaucoup plus élevées de jeunes dans une famille vivant sous le seuil de faible revenu, dans une famille monoparentale, dans une famille monoparentale sous le seuil de faible revenu et dans une famille sous l'aide sociale. Ils présentent des taux de victimisation et d'externalisation plus élevés, une proportion considérable de décrocheurs, et une proportion plus importante de jeunes de 15-24 ans n'ayant aucun diplôme.

Des milieux immigrants plus défavorisés matériellement mais un tissu familial qui semble protéger les jeunes

Une autre type de milieu semble être caractérisé par une concentration importante de familles immigrantes avec enfants, une proportion élevée d'enfants vivant dans une famille sous le seuil de faible revenu, mais toutefois avec des proportions plus faibles de monoparentalité et des taux moins élevés de victimisation et d'externalisation. C'est le cas des secteurs de Parc-Extension, de Bordeaux-Cartierville et de Saint-Laurent. Ces milieux semblent aussi protéger du décrochage scolaire, sauf dans le cas de Parc-Extension. Dans ces cas, le tissu familial exercerait certains effets protecteurs.

Des milieux cumulant moins de risques, mais avec des taux surprenants de décrochage scolaire ou de violence

Des milieux qui cumulent moins de vulnérabilités que les précédents sur le plan socioéconomique présentent des taux surprenants de victimisation et d'externalisation ou de sorties sans diplôme.

Un secteur cumule la monoparentalité, le faible revenu parmi les familles monoparentales et une proportion de décrochage plus élevée : le secteur de La Petite-Patrie. Dans le secteur du Plateau Mont-Royal, moins défavorisé matériellement, on trouve une proportion plus élevée d'enfants dans une famille monoparentale et une proportion plus élevée de décrocheurs.

L'examen des indicateurs pour les secteurs de Dorval-Lachine et de Mercier-Est-Anjou révèle un résultat surprenant; sur le plan socioéconomique les indicateurs sont plus favorables, mais les valeurs pour la victimisation, l'externalisation et le

décrochage scolaire sont plus élevées, et moins de jeunes de 15-24 ont un diplôme en poche. Dans celui de LaSalle, c'est une situation similaire concernant les indicateurs socioéconomiques et il présente des taux de victimisation plus élevés. Est-ce que les difficultés des jeunes seraient attribuables à la présence de poches de pauvreté plus concentrées camouflées par les moyennes? Y a-t-il dans ces secteurs un manque de ressources pour les jeunes? Les intervenants de ces milieux sont les mieux placés pour trouver des réponses et des solutions.

La carte suivante illustre, à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs tirés du recensement 2006 pour mesurer les conditions socioéconomiques et certains problèmes sociaux affectant les jeunes, comment se répartit la vulnérabilité des jeunes sur le territoire montréalais.

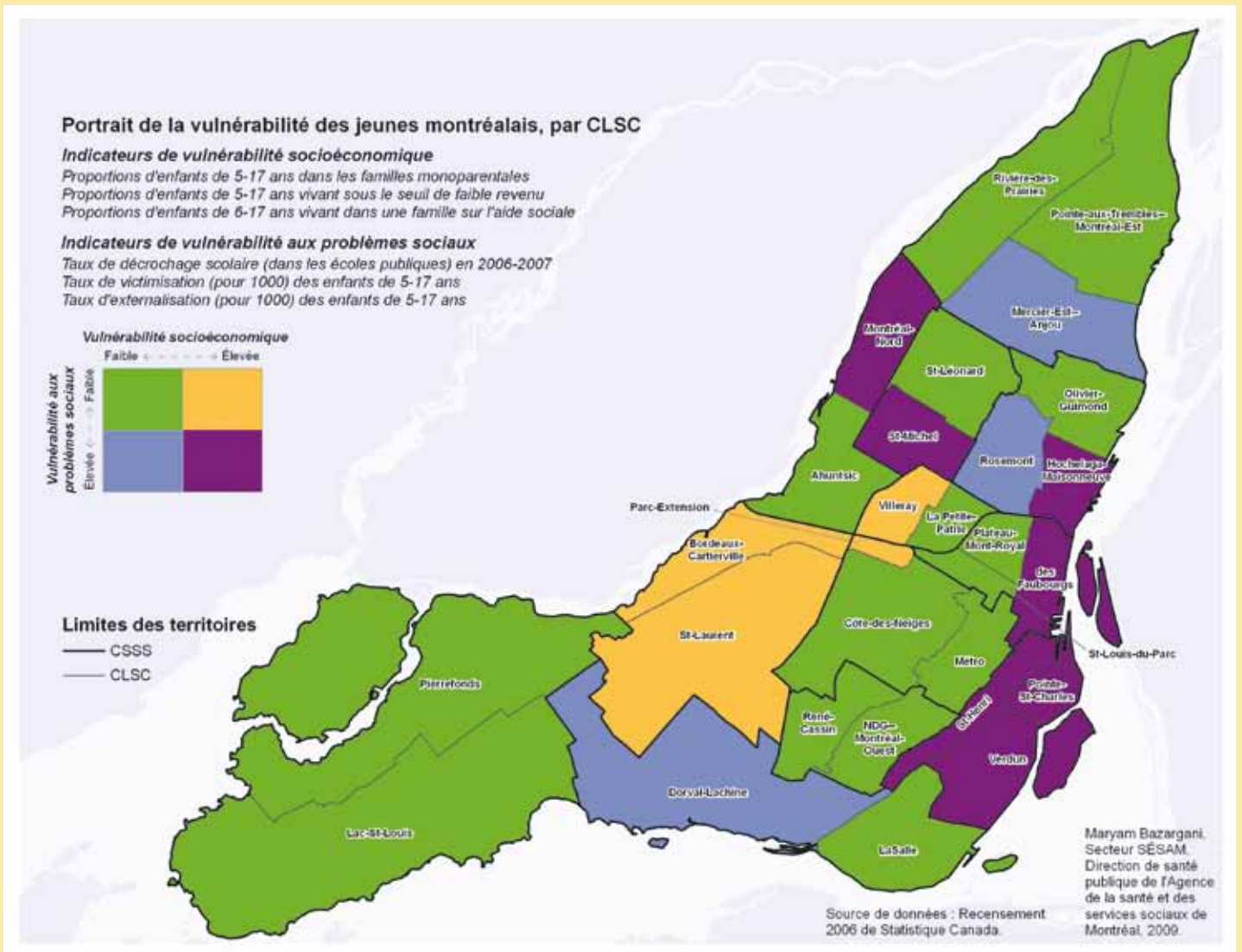
Une estimation de la vulnérabilité des jeunes dans les secteurs de CLSC à partir des données de recensement

Nous avons voulu illustrer la vulnérabilité en examinant deux groupes d'indicateurs : ceux se rattachant aux conditions socioéconomiques (ayant 3 composantes : jeunes dans les familles monoparentales, sous le seuil de faible revenu et sur l'aide sociale) et ceux se rattachant aux problèmes sociaux (ayant 3 composantes : taux de décrochage scolaire, de victimisation et d'externalisation).

Les secteurs de CLSC ont été classés en trois classes ou terciles (pondérés selon la population concernée) pour chacune des composantes des deux groupes d'indicateurs : le premier tercile présente les secteurs ayant des proportions plus faibles que celle de Montréal pour les indicateurs concernés, le second tercile présente ceux où les proportions sont similaires et le troisième tercile démontre les secteurs de CLSC qui présentent des proportions élevées à l'égard des indicateurs concernés.

Ensuite, pour chaque secteur de CLSC, nous avons évalué le nombre d'apparition du troisième tercile (représentant les valeurs les plus élevées), par groupe d'indicateurs. Ceci a permis de répartir les secteurs en deux grandes catégories, qu'il s'agisse du groupe d'indicateurs socioéconomiques ou du groupe d'indicateurs problèmes sociaux: 1) une catégorie de faible vulnérabilité, pour les secteurs qui ne présentent aucun ou qu'un seul indicateur dans le troisième tercile ; et 2) une catégorie de vulnérabilité élevée, pour les secteurs où on trouve deux ou trois indicateurs classés dans le troisième tercile.

Nous avons enfin créé une matrice afin d'attribuer une couleur aux différentes combinaisons possibles de vulnérabilités sociale et économique. Ainsi, la carte illustre, en **vert**, une faible vulnérabilité à l'égard des deux groupes d'indicateurs, le **violet** indique quant à lui une vulnérabilité élevée pour les deux groupes d'indicateurs; l'**orange** indique une vulnérabilité élevée seulement pour les indicateurs socioéconomiques et le **bleu** une vulnérabilité élevée à l'égard des problèmes sociaux uniquement.



Un cadre de référence pour intervenir

Le portrait de santé des jeunes Montréalais présenté dans ce document fournit certes des indicateurs importants sur lesquels appuyer nos actions. Au-delà des chiffres, il faudrait toutefois mieux cerner la complexité des trajectoires de développement des enfants et des adolescents. La nécessité de comprendre davantage les facteurs individuels et environnementaux, bénéfiques et néfastes, associés à leur santé, leur bien-être et leur réussite scolaire s'avère primordiale pour prévenir les principaux problèmes qu'ils rencontrent et promouvoir leur développement sain. Le développement est complexe et résulte de l'interaction de nombreux facteurs environnementaux et individuels, dont certains sont communs aux différentes situations décrites dans ce rapport. À cet effet, un document présentant une vision globale et intégrée des stratégies d'intervention à privilégier pour atteindre ces objectifs de promotion et de prévention a récemment été publié³¹. Les stratégies mises de l'avant visent quatre principaux objectifs : le développement d'un ancrage et d'un soutien solides de la part de la communauté montréalaise; la mise sur pied d'écoles productrices de compétences et de santé; le soutien pour des familles présentes et encadrantes; le développement de jeunes compétents et engagés à l'école. Les intervenants oeuvrant auprès des jeunes pourront donc s'y référer pour alimenter leur réflexion sur les besoins des jeunes Montréalais et, conséquemment, planifier les interventions préventives à leur égard.



	de 5-17 ans dans la population totale	% d'enfants de 5-17 ans parmi les enfants de 0-17 ans	% Immigrants avec enfant de moins de 18 ans	% de 5-17 ans dans une famille sous le SFR	% 5-17 vivant dans une famille monoparentale	% de jeunes de 5-17 ans dans une famille monoparentale sous le faible revenu	% 6-17 ans vivant dans une famille sur l'aide sociale	% 15-24 ans sans diplôme, certificat ou grade	Taux de victimisation (pour 1000) 5-17 ans	Taux d'externalisation (pour 1000) 5-17 ans	% décrochage scolaire (public), 2006-2007
	%	%	%	%	%	%	%	%	‰	‰	%
	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre annuel moyen	nombre annuel moyen	nombre
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	19,0	78,8	37,8	10,1	15,9	22,2	3,3	29,3	13,7	12,2	18,4
	40 090	39 760	19 495	4 000	6 335	1 405	1 236	8 705	545	488	370
CLSC du Lac St-Louis	19,1	80,0	28,3	7,0	11,8	17,5	0,6	29,0	8,8	9,2	16,3
	15 300	15 275	5 610	1 070	1 795	315	78	3 220	134	140	132
CLSC Pierrefonds	18,8	78,1	43,8	12,0	18,6	24,1	5,1	29,5	16,7	14,1	19,9
	24 790	24 485	13 890	2 930	4 545	1 095	1 158	5 485	412	348	238
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	14,0	74,3	37,2	19,3	28,4	34,4	10,6	33,9	37,0	26,4	32,2
	18 810	18 560	9 765	3 585	5 265	1 810	1 838	5 255	689	491	340
CLSC de Dorval-Lachine	14,6	75,4	29,3	17,0	28,1	32,8	9,8	37,9	39,6	31,4	35,0
	8 675	8 565	3 455	1 460	2 410	790	764	2 695	332	264	179
CLSC de LaSalle	13,6	73,4	43,7	21,2	28,6	35,6	11,3	30,5	34,8	22,2	29,5
	10 135	10 000	6 315	2 120	2 855	1 015	1 074	2 560	357	228	161
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	12,5	71,3	37,2	36,3	40,5	50,4	22,3	34,5	57,9	34,8	48,0
	17 405	16 905	8 835	6 130	6 845	3 450	3 803	5 825	1 053	637	399
CLSC de Pointe-St-Charles	15,2	72,9	37,0	45,7	47,4	66,7	32,1	39,6	72,2	31,8	58,4
	2 130	2 055	940	940	975	650	672	735	164	72	59
CLSC de Verdun / Côte-St-Paul	12,0	71,1	32,7	30,4	37,5	44,2	16,1	34,9	53,2	32,5	44,7
	11 525	11 275	5 420	3 430	4 230	1 870	1 798	3 825	633	387	252
CLSC de St-Henri	12,8	71,0	53,6	49,2	45,9	56,5	35,2	30,7	63,6	43,4	53,0
	3 750	3 580	2 480	1 760	1 645	930	1 333	1 255	257	175	88
CSSS de la Pointe-de-l'Île	15,3	77,1	29,7	18,6	28,1	34,2	9,2	37,9	32,5	25,7	30,6
	29 375	28 680	11 215	5 330	8 070	2 760	2 506	9 105	953	752	513
CLSC de Rivière-des-Prairies	17,9	77,1	43,1	17,1	23,2	38,3	6,7	34,5	27,7	16,5	26,8
	9 940	9 585	5 325	1 635	2 220	850	607	2 625	271	162	151
CLSC de Pointe-aux-Trembles / Montréal-Est	15,3	79,6	12,0	15,5	29,5	31,1	9,1	40,4	30,9	29,1	31,9
	8 225	8 070	1 250	1 250	2 380	740	719	2 900	262	247	153
CLSC de Mercier-Est / Anjou	13,5	75,3	30,9	22,1	31,5	33,6	11,5	38,6	38,1	31,1	33,1
	11 210	11 025	4 640	2 440	3 470	1 165	1 180	3 580	420	343	209
CSSS Lucille-Teasdale	10,6	69,6	34,7	27,8	40,2	39,3	17,0	32,3	43,7	31,4	39,8
	18 285	17 695	9 290	4 920	7 105	2 795	3 082	6 765	851	612	408
CLSC Olivier-Guimond	10,5	72,1	38,1	22,4	32,9	39,4	11,6	30,9	32,0	24,6	31,3
	4 380	4 165	2 400	935	1 370	540	503	1 420	149	115	87
CLSC de Hochelaga-Maisonneuve	10,4	67,4	28,3	39,5	49,1	45,6	28,5	35,1	69,8	42,8	55,2
	5 050	4 825	1 935	1 905	2 370	1 080	1 521	2 455	403	247	164
CLSC de Rosemont	10,8	69,6	36,3	23,9	38,6	35,1	12,5	30,9	33,1	27,7	35,0
	8 855	8 710	4 955	2 085	3 365	1 180	1 058	2 885	299	250	157
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	14,8	69,9	62,7	30,0	29,3	46,0	17,6	37,8	29,6	23,1	31,7
	18 525	18 245	16 315	5 470	5 350	2 460	3 184	5 545	574	448	316
CLSC de St-Léonard	13,6	69,4	54,3	24,1	24,9	37,9	14,7	32,1	21,6	16,4	28,0
	9 760	9 635	7 880	2 320	2 400	910	1 362	2 375	214	163	149
CLSC St-Michel	16,3	70,6	73,3	36,5	34,2	52,2	20,7	43,7	38,0	30,1	36,0
	8 765	8 615	8 435	3 145	2 950	1 540	1 822	3 170	360	285	167

	de 5-17 ans dans la population totale	% d'enfants de 5-17 ans parmi les enfants de 0-17 ans	% immigrants avec enfant de moins de 18 ans	% de 5-17 ans dans une famille sous le SFR	% 5-17 vivant dans une famille monoparentale	% de jeunes de 5-17 ans dans une famille monoparentale sous le faible revenu	% 6-17 ans vivant dans une famille sur l'aide sociale	% 15-24 ans sans diplôme, certificat ou grade	Taux de victimisation (pour 1000) 5-17 ans	Taux d'externalisation (pour 1000) 5-17 ans	% décrochage scolaire (public), 2006-2007
	%	%	%	%	%	%	%	%	‰	‰	%
	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre annuel moyen	nombre annuel moyen	nombre
CSSS de la Montagne	13,2	70,5	66,7	28,1	20,2	42,1	11,9	20,9	17,4	9,8	35,7
	28 900	28 360	27 385	7 980	5 730	2 415	3 491	6 985	545	306	300
CLSC de Côte-des-Neiges	15,0	70,8	67,1	25,2	20,6	36,9	10,3	22,7	15,4	8,9	32,3
	19 505	19 170	18 140	4 830	3 955	1 460	2 028	4 225	322	187	166
CLSC Métro	8,2	72,1	49,3	20,1	17,2	39,6	2,5	9,6	15,8	6,1	37,4
	4 800	4 610	3 525	925	795	315	128	1 060	85	33	34
CLSC de Parc-Extension	15,2	67,6	83,5	48,7	21,3	65,1	28,3	44,0	27,5	17,2	42,6
	4 595	4 580	5 720	2 230	975	635	1 335	1 700	139	87	100
CSSS Cavendish	14,1	73,7	54,7	21,5	22,1	34,0	7,6	26,6	22,6	13,1	31,7
	16 930	16 960	13 305	3 640	3 745	1 275	1 209	3 840	386	223	191
CLSC René-Cassin	14,1	74,0	59,3	20,2	16,4	33,5	5,8	25,3	17,0	11,7	25,7
	6 905	6 940	5 630	1 405	1 135	380	363	1 370	114	78	45
CLSC de Notre-Dame-de-Grâce--Montréal-Ouest	14,1	73,5	51,7	22,3	26,0	34,4	8,7	27,4	26,2	13,9	34,2
	10 025	10 025	7 675	2 240	2 605	895	846	2 470	273	145	146
CSSS Jeanne-Mance	7,8	66,5	40,8	29,8	36,6	38,5	17,4	19,5	31,4	24,7	38,2
	10 870	10 695	6 820	3 185	3 910	1 505	1 816	3 305	354	278	170
CLSC St-Louis-du-Parc	9,0	66,5	46,2	24,6	29,6	41,4	9,2	16,9	18,8	15,6	26,9
	3 445	3 430	2 380	845	1 015	420	324	865	72	60	29
CLSC des Faubourgs	7,4	68,6	48,9	45,1	40,9	48,6	35,6	22,0	56,3	37,5	45,3
	3 535	3 425	2 400	1 545	1 400	680	1 150	1 350	197	131	73
CLSC du Plateau Mont-Royal	7,5	64,8	30,6	20,7	38,9	27,1	9,3	19,1	21,6	22,0	38,6
	3 890	3 845	2 040	795	1 495	405	342	1 090	86	87	68
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	14,4	69,3	71,5	30,8	20,1	40,1	15,1	28,6	20,5	14,0	31,3
	19 160	18 900	19 975	5 815	3 795	1 520	2 732	4 310	393	269	273
CLSC de Bordeaux-Cartierville	13,6	69,0	70,9	30,1	20,8	44,8	15,9	28,5	21,2	13,6	32,4
	7 265	7 135	7610	2145	1485	665	1097	1620	156	100	97
CLSC de St-Laurent	14,9	69,5	71,9	31,2	19,6	37,2	14,7	28,7	20,0	14,3	30,7
	11 895	11 770	12 365	3 670	2 310	860	1 635	2 690	237	169	176
CSSS du Cœur-de-l'Île	10,4	68,6	45,1	24,1	35,2	39,8	13,8	24,0	28,2	23,2	37,4
	11 145	10 995	7 655	2 645	3 870	1 540	1 587	3 285	348	286	205
CLSCde Villeray	11,0	67,6	50,0	23,3	35,4	38,1	14,2	22,4	26,0	22,9	35,7
	6 585	6 265	4880	1460	2215	845	964	1745	189	167	117
CLSC de La Petite-Patrie	9,6	70,0	38,5	25,1	35,1	42,6	13,2	26,2	31,3	23,5	40,0
	4 560	4 720	2 775	1 185	1 655	705	623	1 540	160	120	88
CSSS d'Ahuentsic et Montréal-Nord	13,8	71,1	50,9	28,9	33,7	44,7	16,6	37,0	39,4	26,7	37,8
	22 350	21 850	15 570	6 325	7 365	3 295	3 616	7 095	921	624	413
CLSC de Montréal-Nord	15,2	71,1	56,3	34,7	39,3	48,4	20,5	41,8	52,7	31,1	42,6
	12 740	12 510	9340	4340	4920	2380	2519	4225	695	410	282
CLSC d'Ahuentsic	12,3	71,0	44,5	21,3	26,2	37,0	11,5	31,7	22,2	21,0	30,4
	9 610	9 340	6 230	1 985	2 445	905	1 097	2 870	226	214	131
MONTRÉAL	13,6	72,6	47,3	23,8	27,2	38,9	12,4	29,9	30,1	21,2	32,5
	251 850	247 620	165 630	59 035	67 390	26 245	30 100	70 020	7 813	5 503	3 898

- ¹ Comité de gestion de la taxe scolaire de l'Île de Montréal (2009). *Portrait socioculturel des élèves inscrits dans les écoles publiques de l'Île de Montréal*. Inscriptions au 30 septembre 2008.
- ² Toutes les écoles de l'Île de Montréal sont classées en fonction de la part que représentent les élèves défavorisés. Une école peut être classée non défavorisée parce qu'une plus grande part d'élèves ne sont pas de milieux défavorisés, ce qui ne signifie pas qu'il n'y a pas d'élèves défavorisés ou très défavorisés dans l'école. C'est un classement relatif des écoles de Montréal et il peut arriver aussi qu'une école soit située à la frontière entre deux catégories de défavorisation. Pour en savoir plus sur la méthode, voir Comité de gestion de la taxe scolaire de l'Île de Montréal (2009), op. cit.
- ³ Comité de gestion de la taxe scolaire de l'Île de Montréal (2009), op. cit.
- ⁴ Le décrocheur, ou sortant sans diplôme ni qualification, est un élève qui est inscrit une année donnée et qui répond aux deux critères suivants : a) il n'obtient ni diplôme ni qualification durant l'année considérée. Les diplômes retenus sont les suivants : DES, DEP, AFP, ASP. Les qualifications retenues sont les suivantes : CFER et ISPJ; b) il n'est inscrit, durant l'année suivante, ni en formation générale (jeunes ou adultes), ni en formation professionnelle, ni au collégial, dans un établissement d'enseignement au Québec. Les limites sont les suivantes : les sorties sans diplôme ni qualification comprennent des sorties dues à l'émigration hors Québec, à la mortalité et à des causes autres que le décrochage. On utilise le code postal du lieu de résidence des jeunes afin de faire les calculs pour le territoire.
- ⁵ En incluant le réseau privé, ce taux est respectivement de 27% et 25%.
- ⁶ Institut national de santé publique (2009), *L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref*. http://www.inspq.qc.ca/santescope/documents/Guide_Metho_Indice_defavo_mars_2009.pdf
- ⁷ Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec.
- ⁸ Fréquence d'activité physique durant les loisirs inférieure à une fois par semaine.
- ⁹ Lewis, P. et collègues (2008). *Le transport actif et le système scolaire à Montréal et Trois-Rivières. Analyse du système d'acteurs concernés par le transport actif des élèves des écoles primaires au Québec*. Rapport synthèse. Groupe de recherche Ville et mobilité, Institut d'urbanisme de l'Université de Montréal et Institut national de santé publique du Québec.
- ¹⁰ Sallis, J. F. Et collègues (2000). « A review of correlates of physical activity of children and adolescents », *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32 (5) : 963-975. Van Der Horst, K. Et collègues (2007). « A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in Youth », *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39 (8) : 1241-1250.
- ¹¹ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005). *Objectif jeunes : comprendre soutenir*. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise.
- ¹² Levine, R.S. et collègues (2007). "Dietary patterns, toothbrushing habits and caries experience of schoolchildren in West Yorkshire, England", *Community Dental Health*, 24 : 82-87.
- ¹³ Alm, A. (2008). "On dental caries and caries-related factors in children and teenagers", *Swedish Dental Journal Supplement*, 195 : 7-63.
- ¹⁴ Brodeur, J.M. et collègues (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Collection analyses et surveillance, n°18.
- ¹⁵ Brodeur, J.M., et collègues (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 148 p. Collection analyses et surveillance n° 11.
- ¹⁶ Karp, I. et collègues (2006). "Risk factors for tobacco dependence in adolescent smokers". *Tobacco Control*, 15(3) :199-204.
- ¹⁷ Montpetit, C. (2009). Les jeunes et le tabac, Série Le Point sur...l'effet de quartier, numéro 3. Montréal, Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal.
- ¹⁸ Bélanger, M. et collègues (2008). "Nicotine dependence symptoms among young never-smokers exposed to secondhand tobacco smoke », *Addictive Behaviors*, 33 (12) : 1557-63.
- ¹⁹ Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada (2008). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*, Toronto, Canada.
- ²⁰ Lamontagne, P. et D. Hamel (2009). *Le poids corporel chez les enfants et les adolescents du Québec : de 1978 à 2005*. Institut national de santé publique du Québec.
- ²¹ Roy, M. (2008). « Une mesure de la perception de l'image corporelle pour l'évaluation des interventions de santé », *Infolettre*, Chaire Gouverne et transformations des organisations de santé, 5 (1).
- ²² Muennig, P., Jia, H., Lee R. et Lubetkin E. (2008). "I think therefore I am: perceived ideal weight as a determinant of health". *American Journal of Public Health*, 98 (3): 501-506.
- ²³ Brodeur, J.M. et collègues (2001) et Brodeur, J.M. et collègues (1999) op. cit.
- ²⁴ Brodeur, J.M. et collègues (1999), op. cit.
- ²⁵ Burt, B.A. et S.A. Eklund (1999). *Dentistry, Dental Practice, and the Community*, cinquième édition, Philadelphie (PA), WB Saunders Co., p. 205-206
- ²⁶ Taybos, G. (2003). "Oral changes associated with tobacco use", *American Journal of Medical Sciences*, 326 (4) : 179-182; Rivera-Hidalgo, F. (2003). "Smoking and periodontal disease", *Periodontology*, 32 : 50-58; Reibel, J. (2003). "Tobacco and oral diseases. Update on the evidence, with recommendations", *Medical Principles and Practice*, 12 (supplément 1) : 22-32 ; Tomar, S.L., et S. Asma (2000). "Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III, National Health and Nutrition Examination Survey", *Journal of Periodontology*, 71 (5) : 743-751.
- ²⁷ Brodeur et collègues (2001), op. cit.
- ²⁸ Brodeur et collègues (1999), op. cit.
- ²⁹ Généreux, M. (2009). *Plan d'action de santé dentaire publique, 2005-2012. Bilan régional montréalais des activités 2007-2008*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ³⁰ Levy, M. Et F. Corbeil (2007). *Fluoruration de l'eau : analyse des bénéfices et des risques pour la santé. Avis scientifique*. Institut national de santé publique du Québec.
- ³¹ Ayotte, V. Gagné, C., Malai, D. Et Poulin, C. (2008). *Une communauté mobilisée pour ses jeunes*. Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

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

Québec 