



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

RADIOGRAPHIE JEUNESSE

Direction de la programmation et coordination
Service des études et de l'évaluation
Direction de la santé publique
Natalie Kishchuk, PhD, contractuelle

Mai 1999

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(286-5604)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

Table des matières

1.	Contexte et problématique	1
2.	L'adaptation sociale des jeunes	2
2.1	Le modèle écologique et l'adaptation sociale	2
2.2	Ressources sociales et sanitaires en réponse aux problèmes d'adaptation sociale : Contour du programme	5
3.	Méthodologie	8
3.1	Radiologie par indicateurs : sources des données	8
3.2	Bien-fondé de l'approche par indicateurs	10
3.3	Analyses	19
4.	Résultats	21
4.1	Constat no. 1 : Il y a une forte cohérence entre les indicateurs de besoins ...	21
4.2	Constat no. 2 : Il y a une cohérence modérée entre les indicateurs de consommation de services	23
4.3	Constat no. 3 : Le profil de consommation de services reflète bien (mais pas parfaitement) les besoins	26
5.	Discussion	30
6.	Références	33
Annexe 1:	Résumé des indicateurs retenus et leurs sources pour chaque volet de l'étude	
Annexe 2:	Nombre de personnes âgées de 0 à 24 ans par territoire de CLSC, Montréal-Centre, 1996	
Annexe 3:	Nombre d'utilisateurs distincts de 0 à 24 ans pour des problèmes d'adaptation sociale par type de ressource et territoire de CLSC de résidence de l'utilisateur, Montréal-centre, 1997/98	

1. Contexte et problématique

Au cours de son exercice de planification triennale de 1997, la Régie régionale de Montréal-Centre a identifié un besoin de développer une approche de connaissance du territoire qui pourrait éclairer les liens entre les investissements en services sociaux et de santé et les résultats en termes de statut de santé, et ce à l'échelle des quartiers. Le mandat d'élaborer ce projet a été confié à une équipe composée de représentants de la Direction de la santé publique et du Service des études et de l'évaluation. Lors d'un premier examen du mandat, il est devenu clair, afin de permettre une analyse fine au niveau de petites unités géographiques, que des démarches liées à des domaines spécifiques d'intervention s'avéreraient plus prometteuses. Le domaine de l'adaptation sociale des jeunes a alors été retenu pour un premier projet d'analyse.

D'une façon globale, le projet consiste en l'examen des liens entre, d'une part, des caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires des milieux de vie des jeunes (âgés entre zéro et 24 ans) et, d'autre part, la consommation par les jeunes de services reliés aux problèmes d'adaptation sociale. L'analyse au niveau des territoires sociosanitaires correspondants aux territoires des CLSC permet un examen de l'adéquation entre des services dispensés au sein des territoires et les populations ayant des caractéristiques particulières.

À plusieurs égards, cette démarche représente une innovation pour la Régie. Pour la première fois, des données provenant de plusieurs secteurs du système de services sociaux et de la santé ont été intégrées dans un seul fichier d'information. Cette approche intégratrice a été rendue possible grâce, premièrement, à une forte collaboration à la fois interne et avec les institutions du réseau des services, et, deuxièmement à l'adoption du modèle écologique comme concept organisateur. Autre élément novateur, la plupart des données sont des données dites de "consommation de services" et non des données de "production de services", qui veut dire que l'analyse porte sur les services reçus par les résidants de chaque territoire de CLSC et non sur les

services dispensés sur chaque territoire de CLSC. Cette approche, qui a exigé pour certains secteurs des efforts considérables de traitement de données, permet le calcul de taux basés sur la population des jeunes du territoire, en tenant compte des différences importantes dans la taille des populations des territoires de CLSC de la région.

Dans les prochaines sections, nous décrivons les éléments clés du modèle écologique et le contour de la problématique de l'adaptation sociale des jeunes, les sources de données utilisées et les étapes de l'analyse. Nous terminons avec la présentation des résultats et les conclusions. Parce-que cet exercice propose une méthode généralisable, à tout le moins sur le plan conceptuel, à d'autres problèmes de santé ou de bien-être ainsi qu'à d'autres populations, les contraintes de l'approche et les limites de l'étude sont décrites en détail.

2. L'adaptation sociale des jeunes

2.1 Le modèle écologique et l'adaptation sociale

L'adaptation sociale des jeunes est en soi un domaine très vaste et complexe. Par adaptation sociale, nous entendons les processus de développement d'acquisition de compétences et de ressources psychologiques, affectives, spirituelles, comportementales, éducatives et économiques qui permettent à l'enfant d'atteindre son plein potentiel comme membre de sa collectivité (Bronfenbrenner, 1986). Les modèles écologiques (voir par exemple Belsky, 1993 ; Bronfenbrenner, 1979 ; Gabarino, 1976 ; Gabarino & Crouter, 1979 ; Krishnan & Morrison, 1995 ; Lynch & Cicchetti, 1998 ; Korbin, Coulton, Chard, Platt-Houston, & Su, 1998 ; Gillham, Tanner, Cheyne, Freeman, Rooney & Lambie, 1998 ; Williamson, Borduin & Howe, 1991 ; Zuravin, 1989) laissent entendre que ces processus développementaux sont influencés par l'interaction complexe de facteurs déterminants opérant dans plusieurs contextes. Les contextes les plus importants sont le milieu de vie familiale et les environnements communautaire,

macrosociale et économique.

De nombreuses recherches ont été consacrées à l'identification des conditions et des situations, y compris les multiples facteurs de risque aux niveaux individuel, social et communautaire, qui peuvent compromettre l'adaptation sociale saine. La relation entre les facteurs de compromission et la défavorisation sociale et économique est bien établie. Par exemple, Duncan, Brooks-Gunn et Klebanov (1994) ont utilisé les données longitudinales du *Infant Health and Development Program* aux États-Unis pour examiner les effets de la privation économique sur le développement cognitif et social des enfants de la naissance à l'âge de cinq ans. Le revenu familial et la statut de pauvreté ont été très fortement associés au développement cognitif et aux problèmes de comportement. Ces effets sont détectables sur le plan individuel ainsi que sur le plan communautaire : les enfants élevés dans les quartiers comprenant une plus grande concentration de voisinage pauvre ont des QI plus bas, à l'âge de cinq ans, que les enfants élevés dans les quartiers plus aisés. Cependant, cette relation est modérée par les caractéristiques éducatives à la maison : les environnements familiaux ayant plus de stimulation sont mieux protégés. La prévalence de voisinage pauvre semble s'associer également à une plus grande prévalence de troubles de comportement et d'agressivité (voir aussi Kupersmidt, Griesler, DeRosier, Patterson & Davis, 1995).

La maltraitance des enfants -- l'abus et la négligence, dans toutes leurs formes -- est un des facteurs de compromission très important. Encore ici, des études démontrent des liens entre la compromission de l'adaptation sociale et les conditions sociales et économiques. Par exemple, dans une étude prospective américaine d'une cohorte de mères pauvres, la pauvreté extrême, alors que l'enfant avait un an, a été associée à la probabilité d'avoir été l'objet d'un signalement retenu deux et trois ans plus tard (Kotch et al., 1995, 1997). Dans une autre étude de 3 233 ménages, le taux de violence sévère envers les enfants chez les familles vivant sous le seuil de suffisance de revenu était de 46% plus élevé que le taux chez les familles non-pauvres ; pour la violence extrême, le taux chez les familles pauvres était de 100% plus élevé (Gelles 1989, 1990). Dans

une étude réalisée dans la région de Montréal, environ la moitié des enfants victimes de négligence vivaient en situation de pauvreté (Mayer-Renaud, 1990). Sur le plan écologique, une forte corrélation existe également entre le niveau de pauvreté des communautés et leur taux d'abus et de négligence (Coulton, Korbin, Su & Chow, 1995 ; Drake & Pandey, 1996 ; Garbarino & Sherman, 1980 ; Jones & McCurdy, 1992 ; Young & Gately, 1988).

Les mécanismes spécifiques d'influence des facteurs de compromission sur l'adaptation sociale sont complexes et indirects (Brown et coll, 1998 ; Massé et Bastien, 1996). Au niveau des unités géographiques, les variations dans le taux de signalements retenus de maltraitance ont été associées à plusieurs facteurs qui, dans leur ensemble, évoquent des conditions macrosociales déficientes. Selon plusieurs, les facteurs de compromission de l'adaptation sociale proviennent de la détérioration du tissu social qui occasionne également d'autres problèmes sociaux et de santé au sein des quartiers (Brown et al, 1998 ; Spearly & Lauderdale, 1983 ; Coulton, Korbin, Su & Chow, 1995 ; Garbarino & Kostelny, 1992 ; Korbin, Coulton et al., 1998). De plus, dans les processus dynamiques d'influence mutuelle, les conditions compromettantes et les effets sur les enfants ont tendance à interagir et à s'amplifier dans le temps (Lynch & Cicchetti, 1998).

Pour les jeunes, les conséquences de la compromission de l'adaptation sociale sont multiples. Sur le plan affectif, des enfants ayant subi des conditions de compromission rencontrent souvent des difficultés relationnelles et d'intégration sociale, et manifestent des niveaux élevés d'agressivité et de rejet par les pairs, voire des comportements sociaux perturbés et de la délinquance. Sur le plan cognitif, des retards de langage et des atteintes à l'attention et à la persévérance, ces dernières étant associées à la performance scolaire moins élevée ou aux retards scolaires, ont été remarqués (Ammerman, Cassisi, Hersen, & Van Hasselt, 1986 ; Cinq-Mars, 1994 ; Cryan, 1985 ; Dodge, Bates & Pettit, 1990 ; Perry, Dorran & Wells, 1983 ; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984 ; Éthier, Palacio-Quinton & Jordan-Ionescu, 1992 ; Mayer-Renaud, 1990 ; Mayer, 1996). En somme, les enfants ayant connus des facteurs de compromission de l'adaptation sociale peuvent se retrouver limités dans leur capacité de jouir pleinement des

ressources de leur communauté et de développer leurs ressources personnelles.

2.2 Ressources sociales et sanitaires en réponse aux problèmes d'adaptation sociale : Contour du programme

Les systèmes publics de santé et services sociaux fournissent des réponses aux problématiques de l'adaptation sociale par divers continuums de services en santé physique, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et adaptation sociale. Dans le contexte montréalais, plusieurs types d'institutions du système de santé et des services sociaux participent à ce continuum : les CLSC (par leurs services en santé maternelle et infantile, en santé scolaire et de jeunesse); les Centres jeunesse (en appui de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la *Loi de la santé et des services sociaux* et la *Loi sur les jeunes contrevenants*); les hôpitaux et les intervenants médicaux, notamment en pédopsychiatrie ; les centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie; et les centres pour jeunes mères en difficulté. Des intervenants et des institutions d'autres secteurs fournissent également des réponses, par exemple, les services fournis aux enfants en difficulté d'adaptation en milieu scolaire, les services municipaux de loisirs et de développement économique, et les interventions policières et judiciaires. De plus, plusieurs organismes communautaires financés par l'état offrent des services voulant prévenir ou redresser les problèmes d'adaptation sociale des jeunes.

L'objectif général de ces interventions est de permettre une meilleure adaptation sociale des enfants et des jeunes ou une mise en place de conditions favorables à l'adaptation. Suivant le rapport Bouchard (1991) et l'énoncé ministériel des priorités de la santé publique, on peut regrouper les interventions selon trois types : celles visant les problèmes de victimisation, celles visant les problèmes d'externalisation et celles visant les problèmes de l'intériorisation. À travers les multiples composantes des continuums des services, il est donc possible de regrouper les services offerts dans ces trois catégories afin de préciser le contour de programme de services en

adaptation sociale de jeunes :

Victimisation : Services rendus aux enfants et familles liés aux comportements des parents tels l'abandon, l'abus et la négligence des enfants (plus particulièrement les formes d'abus et de négligence reconnues par la *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi sur la santé et des services sociaux*), la violence en milieu familial, les agressions à caractère sexuel ;

Externalisation : Services rendus liés aux comportements, émis par les enfants eux-mêmes, qui sont des manifestations externalisées (c'est-à-dire infligées à d'autres) de l'adaptation sociale compromise : délinquance, agressivité, violence, abus de substances psychoactives, troubles de comportement, grossesse précoce ;

Intériorisation : Services rendus liés aux comportements émis par les enfants, qui sont des manifestations internalisées (c'est-à-dire infligées sur soi-même) de l'adaptation sociale compromise : problèmes de développement et de croissance personnelle, problèmes de santé mentale, détresse psychologique, abandon scolaire, isolement social, tentatives de suicide et suicide.

Bien qu'on ne puisse pas conclure à l'efficacité de ces services en terme de leur capacité de redresser les facteurs de compromission de l'adaptation sociale, il est possible d'apprécier l'ampleur des services de chaque type reçus par quartier (dans notre cas, par territoire de CLSC). Les variations entre les territoires dans la consommation de ces services peuvent donc être examinés à la lumière des besoins de la population, ou encore à la lumière des résultats produits par les services. La radiographie jeunesse consiste donc en cet examen. Il s'agit d'une étude de type écologique, qui examine des relations entre des variables au niveau d'unités géographiques, mais qui ne peut pas relier directement les besoins des individus et les services qu'ils consomment.

3. Méthodologie

3.1 Radiologie par indicateurs : sources des données

Le modèle écologique indique que les manifestations, les déterminants et les conséquences des problèmes d'adaptation sociale sont des composantes d'un système de phénomènes sociaux extrêmement complexes. Les systèmes d'information à la disposition de la Régie régionale contiennent, par exemple, de nombreux indicateurs pouvant fournir dans leur ensemble un portrait global des phénomènes en question. C'est par l'examen en profondeur de ces indicateurs que la radiographie jeunesse a été effectuée.

Bien qu'il aurait été pertinent d'étudier les liens entre les indicateurs sociosanitaires et l'investissement public aux systèmes de santé et services sociaux, les systèmes d'information financières des institutions publiques ne permettent pas le fractionnement nécessaire pour l'identification des ressources utilisées spécifiquement pour les problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes. Alors, nous avons substitué des données de consommation de services à titre d'indicateurs de l'investissement public.

Cet exercice de radiographie a donc utilisé des données provenant de sept sources différentes. Le Tableau 1 résume les sources, les périodes pour lesquelles les données ont été disponibles et les indicateurs retenus pour les analyses finales. L'Annexe 1 indique des indicateurs spécifiques retenus ainsi que leurs sources.

Tableau 1 : Sources des données utilisées

Source	Aspect de la problématique	Années disponibles
Recensements canadiens	Besoins/résultats de santé	1991 et 1996
Fichier des services hospitaliers de courte durée (Med-echo)	Consommation de services : Intériorisation	1997/98
Fichier des naissances	Besoins/résultats de santé	1990/91/92 et 1994/95/96
Centres jeunesse de Montréal	Consommation de services : Victimisation, Externalisation	1996/97 et 1997/98
Centres de la famille Batshaw	idem	1996/97 et 1997/98
Système d'information SIC-CLSC* * données validées par les CLSC	Consommation de services : Victimisation, Externalisation, Intériorisation	1997/98
Centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie	Consommation de services : Externalisation	1998 (sauf pour un centre : 1997)
Régie d'assurance maladie du Québec: fichier des services médicaux payés à l'acte	Consommation de services : Victimisation, Externalisation, Intériorisation	1997/98

Un examen des données du Fichier EHDAA (Enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage) du Ministère de l'éducation a été réalisé afin d'explorer son utilité dans le présent contexte. Ce fichier permet le décompte des élèves des écoles primaires et secondaires qui ont des troubles de conduite et de comportement et des troubles graves associés à une déficience psychosociale (délinquance ou désordre majeur de comportement). Malheureusement, il s'agit de données de production et non de consommation de services enregistrées par le territoire de CLSC de l'école où les services sont dispensés, et non par le territoire de CLSC de résidence de l'enfant. Les portraits de consommation et de production de services peuvent varier considérablement, surtout pour les élèves du secondaire qui souvent

fréquentent les écoles d'un territoire mais n'y résident pas ou résident dans un territoire mais fréquentent les écoles d'un autre. Pour les fins de la présente étude, il était impossible de rendre ces données comparables aux données provenant des autres sources. De plus, ces données comprennent des enfants ayant des troubles d'apprentissage, qui ne font pas partie du contour du programme de l'adaptation sociale. L'examen empirique de ces indicateurs a montré qu'ils n'étaient pas associés de façon cohérente aux autres indicateurs des mêmes phénomènes, lesquels avaient tendance à établir une certaine corrélation entre eux. Nous avons donc considéré ces données inutilisables pour le présent exercice, bien que les données du secteur scolaire demeurent très pertinentes à la démarche de radiographie.

Une étude spécifique de la possibilité d'utilisation des informations sur les services consommés par les jeunes au sein des organismes communautaires de la région a aussi été réalisée (Lauzon, 1998). L'étude a conclu que les informations disponibles sur les services dispensés par les organismes communautaires et utilisés par les jeunes ne permettent pas, d'une part, d'attribuer précisément les activités des organismes à des territoires de CLSC et d'autre part, de qualifier la nature des services reçus.

3.2 Le bien-fondé de l'approche par indicateurs

3.2.1 Forces et limites de l'approche par indicateurs

L'utilisation des indicateurs existants présente deux avantages principaux : 1) les informations étant déjà disponibles et informatisées, les coûts de collecte et de traitement des données sont minimes ; 2) dans plusieurs cas, les indicateurs ont déjà fait l'objet d'études de validation particulières, renforçant ainsi notre confiance dans leur qualité et leur utilité.

Par contre, l'approche par indicateurs comporte certains désavantages. Un indicateur est une représentation partielle d'un concept (Saucier et Brunelle, 1995; Fortin, 1993). Plusieurs des

indicateurs disponibles proviennent de collectes d'information administrative au sein des établissements, collectes qui servent à contrôler l'utilisation des ressources ou à satisfaire les besoins d'imputabilité -- ce qui signifie que les concepts auxquels ils réfèrent sont des concepts de gestion, et non des questions de recherche. Malgré l'existence d'un cadre uniformisateur, il est fort probable que les interprétations et les pratiques locales ou encore les besoins de communication peuvent occasionner des variations entre les établissements dans leur façons de concevoir et de manipuler les informations à la base des indicateurs. Les variations peuvent être de plusieurs types : 1) variations entre établissements de même type dans les façons de colliger, inscrire, stocker, traiter et communiquer les informations ; 2) évolution dans le temps des façons de réaliser les mêmes opérations à l'intérieur d'établissements individuels ; 3) variations entre les types d'établissements dans la conception et l'interprétation d'indicateurs pour les mêmes problèmes sociaux. L'analyse secondaire de ces informations, surtout dans un but de revoir l'investissement de ressources, exige alors une approche extrêmement prudente.

3.3.2 Considérations spécifiques pour palier aux limites de l'approche

Propriétés métriques des données: Utilisation des rangs

La première étape de l'analyse consistait à vérifier les propriétés métriques des indicateurs. Cela était nécessaire parce que les outils statistiques les plus puissants, les statistiques paramétriques, exigent, entre autres, que les données de l'échantillon des objets étudiés soient distribuées normalement. En règle générale, plus le nombre d'unités d'observation est grand, plus la distribution des échantillons s'approche de la normalité. Notre population de 29 territoires de CLSC frôle la limite jugée adéquate de 30 unités pour pouvoir utiliser ces outils¹. La vérification que nous avons faite entre les résultats de tests paramétriques et non paramétriques a révélé peu de différences majeures, et nous a donc indiqué que l'analyse paramétrique serait acceptable du point de vue statistique.

¹De plus, les données pour un des 29 CLSC (St-Léonard) n'étaient pas disponibles.

Cependant, les outils paramétriques exigent aussi que les données ne comportent pas de cas extrêmes (*outliers*), car ceux-ci ont tendance à exercer des influences indues sur les analyses. Or, notre examen des propriétés métriques des données de consommation de services a révélé qu'il y avait très souvent des cas extrêmes (au sens statistique) dans les données. Ce constat entravait les analyses subséquentes à deux niveaux : 1) la pratique recommandée, d'éliminer les cas extrêmes, aurait réduit la taille de notre échantillon en deça de la limite acceptable pour le traitement paramétrique; 2) on ne peut pas connaître par ces données les causes des résultats extrêmes. Bien qu'il se peut que la prestation de services pour problèmes d'adaptation sociale soit beaucoup plus élevée que la moyenne dans certains territoires de CLSC, il se peut également que ces variations soient attribuables aux particularités des pratiques de codification, de traitement ou de communication de données de ces établissements. Dans un tel contexte, les risques associées aux inférences erronées par rapport à l'adéquation des services sont trop importants pour justifier, à notre sens, l'utilisation des méthodes statistiques paramétriques.

Pour ces raisons, la plupart des statistiques incluses dans ce rapport se basent sur les analyses non-paramétriques. Ces techniques utilisent les rangs des territoires de CLSC comme information à analyser, et ne tiennent donc pas compte de l'importance des différences entre les territoires. Cette approche conservatrice comporte l'avantage de pouvoir situer les territoires de CLSC les uns par rapport aux autres en terme de besoins et de consommation de services, mais ne permet pas d'en établir la valeur relative.

Triangulation

Chaque indicateur, comme on l'a déjà mentionné, comporte toujours des limites. Lorsqu'on utilise un seul indicateur pour représenter un phénomène, notre confiance en la validité de l'indicateur est limitée. Mais, si on utilise plusieurs indicateurs différents du même phénomène et que ces indicateurs convergent vers les mêmes tendances, on peut supposer qu'ils nous fournissent une approximation valide du phénomène. On présume ainsi que les imperfections des indicateurs individuels s'annulent mutuellement et que le résultat convergeant est plus exacte.

Cette stratégie d'utilisation de multiples indicateurs d'un même phénomène s'appelle, dans le jargon des sciences sociales, la triangulation des données (Denzin, 1978).

Dans le présent contexte, nous avons voulu représenter les phénomènes d'adaptation sociale par les indicateurs provenant de diverses sources. Comme les données de consommation de services n'ont pas été soumises à ce genre d'analyse auparavant, la stratégie de triangulation nous permet de voir à quel point les différentes sources d'information convergent vers une même connaissance des quartiers.

Les résultats de cet examen de triangulation étaient mixtes: il y parfois un haut degré de correspondance entre les indicateurs d'un problème donné, et parfois peu de correspondance. Deux exemples illustrent ces situations.

Le premier exemple est celui des services pour des services regroupés sous la catégorie "externalisation". Cette catégorie comprend les troubles de comportement et, dans le contexte des Centre jeunesse, les problèmes ayant conduit aux interventions mandatées par le *Loi sur les jeunes contrevenants*. Nous avons quatre sources de données sur la consommation de services pour problèmes d'externalisation : les services consommés en CLSC, les services consommés aux Centres jeunesse, les hospitalisations et les facturations pour consultation médicale. Le Tableau 2 présente les données les plus récentes, celles de l'année 1997/98, pour les enfants âgés de 12 à 17 ans.

Tableau 2 : Exemple de triangulation des sources de données
Corrélations Spearman entre indicateurs de consommation de services liés à l'externalisation,
chez les jeunes de 12 à 17 ans, 1997/98

	Centres jeunesse : externalisation	CLSCs : externalisation	Hospitalisation : troubles de comportement	Actes médicaux : délinquance	Actes médicaux : troubles de comportement
Centres jeunesse : externalisation		0,49**	0,06	.211	-0,04
CLSCs : externalisation			0,14	0,33	0,19
Hospitalisation s : troubles de comportement				0,28	0,48*
Actes médicaux : délinquance					0,44*

* $p < .05$, 2-tailed; ** $p < .01$, 2-tailed, $n = 29$ ou 28 territoires sociosanitaires. Les données d'un CLSC (St-Léonard) ne sont pas disponibles.

¹Taux d'usagers distincts en 1997/98 des Centres jeunesse et Batshaw par la *Loi des jeunes contrevenants* et la catégorie "troubles de comportement" de la *Loi de protection de la jeunesse*

²Taux d'usagers distincts des CLSC en 1997/98 pour les services liés aux problèmes d'adaptation sociale et de comportement, toxicomanie et MTS

Comme on peut le constater, le patron de corrélation entre ces indicateurs -- vraisemblablement des mesures alternatives des phénomènes apparentés-- ne révèle pas beaucoup de cohérence. L'une des explications possibles pour le manque d'intercorrélations stables entre les indicateurs d'externalisation est que selon leur propres perspectives d'intervention, les différents établissements ont catégorisé les problèmes présentés par les jeunes de façons différentes. La catégorie "externalisation" pourrait être, en conséquence, un mélange de problèmes non-reliés.

Le deuxième exemple examine les relations entre des indicateurs plus précis d'un problème particulier. Cette fois, nous utilisons la consommation de services pour grossesses chez

les adolescentes de 12 à 17 ans. Nous avons quatre sources de données concernant les grossesses à l'adolescence pour les filles résidant sur chaque territoire de CLSC : le fichier de naissances pour les mères âgées de moins de 18 ans, les consultations médicales pour grossesses des filles âgées de 12 à 17 ans, les consultations en CLSC reliés à la grossesse chez les filles de 12 à 17 ans et enfin les hospitalisations pour cause de grossesse chez les filles de 12 à 17 ans. Dans cet exemple, on devrait s'attendre à des corrélations importantes entre les sources d'informations, d'autant plus que les données des différents établissements peuvent forcément concerner les mêmes individus. Par contre, nous heurtons une autre limite à l'approche : plusieurs des phénomènes à l'étude, y compris la grossesse à l'adolescence, ne sont pas fréquents. Le nombre d'incidents étant souvent petit, les indicateurs sont moins fiables.

Tableau 3 : Exemple de triangulation des sources de données
Consommation de services reliés à la grossesse, chez les filles de 12 à 17 ans, 1997/98

	Fichier de naissances : mères ayant moins de 18 ans	Actes médicaux : grossesse, 12 à 17 ans	CLSC's : grossesse, 12 à 17 ans	Hospitalisations : grossesse 12 à 17 ans
Fichier de naissances : mères ayant moins de 18 ans		-0,42*	0,08	0,26
Actes médicaux : grossesses 12 à 17 ans			0,08	0,37*
CLSC's : grossesse 12 à 17 ans				0,12

* p < .05, 2-tailed; ** p < .01, 2-tailed, n = 29 ou 28 territoires sociosanitaires

Encore une fois, on voit que les corrélations entre ces données ne révèlent pas de patron uniforme. En fait, la corrélation la plus forte est négative, ce qui indique une relation inverse : plus il y a de consultations médicales pour les grossesses entre 12 et 17 ans, moins il y a de naissances chez les mères de moins de 18 ans. L'une des explications de ce résultat est,

naturellement, la pratique d'interruption de grossesse reliée aux consultations médicales, mais nous ne disposons pas de données pour corroborer cette hypothèse.

Devant l'impossibilité de vérifier les raisons de non-correspondance, ces résultats imposent l'adoption d'une approche extrêmement conservatrice dans le traitement des indicateurs. L'approche par triangulation suggère de travailler seulement avec les indicateurs qui démontrent des intercorrélations significatives. Nous avons inclus dans les analyses subséquentes uniquement les données qui démontrent des patrons d'intercorrélation consistants et clairs.

Utilisation des taux

Le nombre (en 1996) de jeunes de 0 à 24 ans résidants des territoires de CLSC de Montréal-Centre varie par un facteur de dix : entre 44 4675 jeunes (territoire du CLSC Pierrefonds) et 4 173 jeunes (territoire de la Clinique communautaire Pointe-St-Charles (Annexe 2)). Bien que le nombre absolu des services dispensés par une institution desservant une population régionale ou sous-régionale reflète une réalité organisationnelle à laquelle l'institution doit faire face, il est fortement lié à la taille de la population. Des différences importantes entre la capacité des fournisseurs de services de répondre à leurs clientèles peuvent être masquées par l'utilisation de nombres absolus dans les comparaisons entre territoires.

Des tests à cet effet ont été réalisés dans le cadre de la présente étude pour les services rendus par les CLSC. Ces tests ont démontré des contraintes à l'utilisation des fréquences absolues. Un exemple type est fourni au Tableau 4, pour les services reliés aux problèmes d'externalisation dans trois CLSC. À cause de la plus grande population du territoire du CLSC Pierrefonds, son rang en terme de nombre d'usagers desservis est cinquième sur 28, mais il est vingt-quatrième sur 28 lorsqu'on tient compte de la population du territoire. Nous avons alors travaillé principalement avec les taux de services reçus (le nombre de services reçus par les jeunes

du territoire divisé par le nombre de jeunes résidents du territoire). L'Annexe 3 fournit le nombre absolu d'usagers par type d'établissement selon le territoire de résidence de l'utilisateur, pour l'année 1997/98.

**Tableau 4: Positionnement des CLSC selon le nombre ou le taux de consommation des services
Services reliés aux problèmes d'externalisation rendus par quatre CLSC, 1997/98**

Territoire sociosanitaire de résidence de l'utilisateur	Nb. de jeunes	Nb. d'utilisateurs	Rang: nb. de jeunes	Rang : nb. d'utilisateurs	Rang : taux d'utilisateurs
Pierrefonds	44 657	328	1	5	24
St-Michel	17 793	230	14	10	13
Hochelaga-Maisonneuve	12 991	348	21	1	2

Données par catégories d'âge

Les données par catégories d'âge étaient disponibles des diverses sources pour quatre catégories d'âge : 0 à 5 ans, 6 à 11 ans, 12 à 17 ans et 18 à 24 ans (ou, 18 ans et plus, dans le cas des Centres jeunesse). L'examen préliminaire de la distribution des taux à l'intérieur des catégories d'âge ont révélé des problèmes métriques importants, notamment, l'asymétrie dans les distributions et des écarts-types plus grands que les moyennes. Dans toutes les analyses subséquentes, nous avons utilisé uniquement les données pour l'ensemble des jeunes de 0 à 24 ans.

Nombre d'utilisateurs versus nombre d'interventions

Pour certains dispensateurs de services dont les CLSC et les centres hospitaliers, il était possible de connaître le nombre d'épisodes de soins dispensés aux résidents du territoire. Cette information représente en quelque sorte l'intensité des services rendus, dans la mesure où les interventions plus intenses -- indiquant peut-être des problèmes plus graves ou moins facilement résolus, ou encore, un style de pratique plus intense) requièrent plus d'épisodes de service par usager. Par contre, les données n'étant pas disponibles pour tous les secteurs et en l'absence d'informations sur la nature exacte des interventions, nous avons utilisé uniquement le nombre

d'usagers distincts pour chaque type de service.

Indicateurs de besoins ou résultats et le modèle causal implicite

Au départ, la radiographie jeunesse devait se construire autour de trois volets : les besoins de la population, la consommation de services et les résultats en terme de santé ou de bien-être de la population. Il était évident dès le départ qu'il n'était pas possible de s'appuyer sur un modèle classique de causalité et qu'il s'agissait plutôt de la recherche de relations de vraisemblance. Cependant, dans un contexte de planification d'allocation de ressources destinées à la prestation de services, une notion de causalité demeure implicite dans l'examen de liens entre besoins, services et résultats. Nous cherchons à savoir, dans un contexte de besoins qui varient parfois largement entre quartiers de la région, quel est le résultat observé en terme de santé et bien-être à la suite de la prestation de services. Autrement dit, on voudrait être capable d'apprécier les gains de santé et de bien-être issus de l'investissement en services.

Or, le présent exercice ne se prête pas facilement à ce type de questionnement, et ce pour plusieurs raisons :

- i. **Difficulté à catégoriser, selon le modèle écologique, des phénomènes comme besoins versus résultats.** Nous avons à notre disposition un grand nombre d'indicateurs qui pouvaient, selon le point de vue, être perçus la fois comme des indicateurs de besoins de service ou des résultats d'interventions (par exemple : poids à la naissance). Pour respecter les trois volets prévus au départ (besoins, consommation de services et résultats), il aurait fallu assigner les indicateurs de manière arbitraire soit aux besoins, soit aux résultats. En lien avec le point ii, ci-bas, nous nous sentions inconfortable devant cet arbitrage. Les analyses qui suivent portent donc sur deux familles d'indicateurs, appelés dès maintenant "indicateurs de besoins" et "indicateurs de consommation de services".
- ii **Accessibilité des services.** Les résultats de santé produits par la consommation de services sont conditionnés par l'accessibilité des services. Dans la situation où il n'y a aucune entrave à l'accessibilité des services pour les résidents d'aucun des territoires sociosanitaires et les services offerts sont également efficaces d'un territoire sociosanitaire

à un autre, on peut prétendre que les relations entre les résultats et les services reflètent les gains de santé produites par les services. Mais puisque nous devons présumer que l'accès aux services (nombres d'intervenants, types des services offerts, plages horaires, accessibilité par divers moyens de transport, frais à déboursier) est équivalent d'un territoire à l'autre -- et que nous savons que ce n'est probablement pas le cas, cette dimension (essentiellement la richesse relative et/ou la couverture des institutions vers lesquelles le jeunes de chaque territoire se dirigent) n'est pas prise en considération dans l'étude.

- iii. **Temporalité des données.** Un modèle causal, même implicite, implique une séquence temporelle dans les données, que les causes soient mesurées avant, ou de façon concomitante, aux réactions ou aux résultats. Or, dans le présent contexte, les données de recensement qui auraient été utilisées pour la plupart des résultats de santé étaient disponibles pour les années 1991 et 1996. Les données de consommation de services ont été fournies uniquement pour des périodes subséquentes, soit 1996/97 et/ou 1997/98. De plus, l'examen de l'évolution temporelle des phénomènes à l'étude d'une période à l'autre a révélé très peu de changement, ce qui suggère qu'il s'agit de phénomènes relativement stables ou qui évoluent lentement.
- iv. **Efficacité de l'intervention.** Nous n'avons pas abordé dans cette étude l'efficacité des services sociaux ou médicaux devant répondre aux problèmes d'adaptation sociale des jeunes. Néanmoins, le lecteur devrait se rappeler qu'il n'est pas toujours possible pour les ressources publiques de mettre en place toutes les conditions nécessaires pour garantir l'efficacité des interventions préventives ou cliniques dans le domaine de l'adaptation sociale, surtout en contexte de pauvreté (ex.: Eamon, 1994).

Ces considérations nous dirigent encore une fois vers une approche conservatrice qui ne va pas au delà des données, mais qui, en même temps, s'efforce de tirer profit des toutes les informations disponibles.

3.3 Analyses

Les analyses ont été réalisées en deux étapes principales :

- 1- **Analyses descriptives des relations entre les indicateurs de chaque volet de l'étude : les besoins et la consommation de services**

Les analyses descriptives des relations entre les indicateurs ont été réalisées en

utilisant les corrélations bivariées non-paramétriques (corrélations de Spearman). Elles comprennent seulement les indicateurs qui, selon une approche de triangulation, démontraient des corrélations significatives avec au moins un des indicateurs provenant d'une source différente de données.

2- Analyses des relations entre les différents volets, pour chacune des trois problématiques de l'adaptation sociale

Les corrélations non-paramétriques ont également été utilisées pour les analyses entre les deux volets. Ces analyses ont été complétées par des tests de différences de rang moyen (*Wilcoxon signed-rank test*).

Les analyses rapportées dans les prochaines sections utilisent les taux populationnels :

- dans le cas des indicateurs de besoins, elles utilisent comme dénominateur, lorsque pertinent, la population totale du territoire ;
- dans le cas de la consommation de services par les jeunes, elles utilisent comme dénominateur la population totale des jeunes dans les catégories d'âge appropriées.

Les principaux résultats de ces analyses sont présentées dans la section suivante, sous forme de constats.

4. Résultats

4.1 Constat no. 1 : Il y a une forte cohérence entre les indicateurs de besoins

Les indicateurs de besoins comprennent des caractéristiques du milieu de vie du territoire : proportion de logements en besoin de réparation majeure ; instabilité résidentielle (taux de déménagement au cours de la dernière année et des cinq dernières années); proportion d'immigrants récents ; proportion de familles vivant en-dessous du seuil de pauvreté ; taux de chômage chez les personnes âgées de 15 à 25 ans; proportion des familles monoparentales parmi les familles ; proportion des mères ayant moins de 11 ans de scolarité ; taux de naissances de petit poids (moins de 2500 grammes) ; et taux des mères âgées de moins de 18 ans.

Dans l'ensemble, les résultats démontrent un patron cohérent de co-variation entre ces divers indicateurs. Ils confirment les recherches antérieures qui ont montré que les indicateurs signalant les conditions de pauvreté, de faible scolarité, de monoparentalité et de maternité précoce semblent être des marqueurs de conditions socio-économiques et macrosociales déficientes ou détériorées. Le Tableau 5 indique les corrélations pour les données les plus récentes (généralement, 1996).

Tableau 5 : Corrélations Spearman entre les indicateurs de besoins¹, Montréal-Centre, 1996-1998

	Déménagement 1 an	Déménagement 5 ans	Immigrants récents	Familles sous le seuil de faible revenu	Familles monoparentales	Mères < 11 ans scolarité	Mères < 18 ans	Naissances < 2500 gr.
Logements en besoin de réparation	0,80**	0,78**	0,58**	0,68**	0,64**	0,44*	0,42**	0,33
Chômage 15-24	0,37	0,32	0,45**	0,56**	0,25	0,54**	0,39*	0,55**
Déménagement 1 an		0,98**	0,83**	0,80**	0,72**	0,54*	0,57**	0,54**
Déménagement 5 ans			0,83**	0,76**	0,70**	0,49**	0,56**	0,51**
Immigrants récents				0,63**	0,57**	0,52**	0,52**	0,60**
Familles sous le seuil de faible revenu					0,71**	0,80**	0,66**	0,76**
Familles monoparentales						0,65**	0,87**	0,60**
Mères < 11 ans scolarité							0,68**	0,88**
Mères < 18 ans								0,74**

* p < .05, 2-tailed ; ** p < .01, 2-tailed, n = 29 territoires sociosanitaires

¹ Voir l'Annexe 1 pour les définitions détaillées des indicateurs et leurs sources

4.2 Constat no. 2 : Il y a une cohérence modérée entre les indicateurs de consommation de services

Dans cette section, nous examinons les associations entre les indicateurs de consommation de services pour les trois volets du programme en adaptation sociale : victimisation, intériorisation et externalisation. Signalons, d'abord, que nos informations portant sur les problématiques de la victimisation et de l'intériorisation sont plus restreintes que les informations sur la problématique de l'externalisation. À notre avis, cette situation représente un constat en soi. Il semble que nos systèmes d'information donnent une place relativement plus importante aux problèmes d'externalisation, peut-être parce que leurs manifestations sont plus facilement observables ou encore parce qu'elles dérangent plus les autres membres des collectivités auxquelles appartiennent les jeunes.

D'un autre côté, les problèmes d'intériorisation occupent relativement peu de place dans les systèmes d'information, ce qui limite la reconnaissance de ces problèmes et la recherche de solutions. Il semble, pourtant, que les problèmes d'intériorisation sont beaucoup plus prévalants que les autres types de problèmes. Lorsque nous examinons l'importance relative des consultations au sein des CLSC (la seule source de données où nous avons accès à des informations sur les trois volets du contour du programme), nous constatons que les services consommés pour l'intériorisation sont les plus fréquents (Tableau 6).

Tableau 6: Pourcentage d'usagers différents de 0 à 24 ans ayant reçu au moins une intervention en CLSC en 1997-1998, selon le type de problèmes d'adaptation sociale

Problèmes de victimisation ¹	7%
Problèmes d'externalisation ²	25%
Problèmes d'intériorisation ³	75%

¹Problèmes liés à la victimisation, violence en milieu familial; négligence; agressions à caractère sexuel.

²Problèmes d'adaptation sociale et de comportement, toxicomanie et MTS

³Problèmes reliés à la sexualité ou le couple (13 à 24 ans) ou la vie familiale; problèmes de développement ou de croissance personnelle; problèmes de santé mentale ou troubles du psychisme; problèmes liés au travail (13 à 24 ans); demandes de placement.

4.2.1 Externalisation

Nous avons disposé de plusieurs sources de données sur les problèmes d'externalisation : la consommation de services en CLSC, par le biais des Centres jeunesse et dans les Centres de réadaptation en alcoolisme-toxicomanie, les hospitalisations associées aux troubles de comportement ainsi que les facturations médicales pour la délinquance et l'alcoolisme ou la toxicomanie. L'analyse de ces informations démontrent que les données d'hospitalisation et les données de la RAMQ sur la délinquance n'ont pas démontré de relations significatives avec les autres variables. Les relations significatives sont illustrées au Tableau 7. En général, il y a des associations au moins modestes entre les autres indicateurs de consommation de services pour les problèmes d'externalisation.

Tableau 7 : Corrélations Spearman entre les indicateurs d'externalisation

	Externalisation : CLSC	Actes médicaux : alcool- toxicom ³ .	Réadaptation en toxicomanie
Externalisation : Cs. jeunesse ¹	0,48**	0,43*	0,37*
Externalisation : CLSC ²		0,55**	-0,16

* p < .05, 2-tailed ; **p < .01, 2-tailed, n = 28 territoires de CLSC

¹Taux d'usagers distincts en 1997/98 des Centres jeunesse et Batshaw par la *Loi des jeunes contrevenants* et la catégorie "troubles de comportement" de la *Loi de protection de la jeunesse*

²Taux d'usagers distincts des CLSC en 1997/98 pour les services reliés aux problèmes d'adaptation sociale et de comportement, toxicomanie et MTS

³Taux d'actes médicaux facturés à la RAMQ en alcoolisme-toxicomanie

4.2.2 Victimisation

Les trois sources d'information sur le taux de victimisation des enfants (les données de CLSC, les données des Centres jeunesse et les actes médicaux pour abus physique)-- n'ont pas convergé complètement. Par contre, la corrélation entre la consommation de services en CLSC et en Centre jeunesse pour victimisation permet de conclure que ces deux indicateurs détectent les variations entre les territoires de CLSC de façon valide.

Tableau 8 : Corrélations Spearman entre indicateurs de victimisation

	Victimisation, CLSC ²	Actes médicaux: abus physique ³
Victimisation, Cs. jeunesse ¹	0,61**	0,13
Actes médicaux : abus physique	0,20	

* p < .05, 2-tailed ; **p > .01, 2-tailed, n= 28 territoires de CLSC

¹Taux d'usagers distincts en 1997/98 des Centres jeunesse et Batshaw par la *Loi de protection de la jeunesse* (abandon, négligence, abus sexuel, abus physique), sauf troubles de comportement.

²Taux d'usagers distincts en 1997/98 des CLSC, pour problèmes liés à la victimisation, violence en milieu familial; négligence; agressions à caractère sexuel.

³Taux d'usagers distincts en 1997/98 pour actes médicaux facturés en abus physique

4.2.3 Intériorisation

Seulement deux indicateurs de problèmes d'intériorisation étaient disponibles : les consultations en CLSC pour les problèmes reliés à l'intériorisation et les hospitalisations pour les tentatives de suicide. Dans le tableau suivant, nous avons illustré la relation entre ces deux variables pour les deux périodes au cours des quelles les données de suicide étaient été disponibles. Nous constatons en regardant le tableau qu'il y a des associations significatives entre les trois indicateurs.

Tableau 9 : Corrélations Spearman, indicateurs d'intériorisation

	Intériorisation, CLSC 97/98 ¹
Hospitalisations, tentatives de suicide 92/94	0,56**
Hospitalisations, tentatives de suicide 95/97	0,39*

* p < .05, 2-tailed ; **p < .01, 2-tailed, n= 28 territoires de CLSC

¹Taux d'utilisateurs distincts des CLSC en 1997/98 pour problèmes reliés à la sexualité ou le couple (13 à 24 ans) ou la vie familiale; problèmes de développement ou de croissance personnelle; problèmes de santé mentale ou troubles du psychisme; problèmes liés au travail (13 à 24 ans); demandes de placement.

4.3 Constat no. 3 : Le profil de consommation de services reflète bien (mais non parfaitement) les besoins

4.3.1 Relations entre les types d'indicateurs

Le Tableau 10 indique les corrélations Spearman entre les rangs des territoires sociosanitaires de la région montréalaise pour les indicateurs de besoins et en consommation de services pour les trois types de problématique d'adaptation sociale.

Tableau 10 ¹: Corrélations Spearman entre besoins et consommation de services

	Rang de consommation de services en externalisation	Rang de consommation de services en victimisation	Rang de consommation de services en intériorisation
Rang de besoins	0,55**	0,71**	0,69**

* p < .05, 2-tailed ; **p < .01, 2-tailed, n= 28 territoires de CLSC

¹Voir le Tableau 11 pour la composition détaillée des indicateurs.

Les corrélations Spearman entre les indicateurs de besoins et les indicateurs de consommation de services indiquent des relations très fortes : les coefficients de corrélation

varient entre 0,55 pour l'externalisation et 0,71 pour la victimisation. Ces résultats confirment l'association mainte fois démontrée entre les conditions sociales et économiques et l'incidence de la compromission du développement sain des enfants.

4.3.2 Positionnement relatif des territoires

Les étapes précédentes nous ont conduit à relier les données de besoins et les données de consommation de services. Parce que les analyses précédentes ont indiqué que les indicateurs des deux volets avaient un degré suffisant de cohérence interne, nous avons procédé à une simplification des indicateurs de chaque volet. Pour ce faire, le rang de chaque territoire de CLSC sur chaque indicateur a été trouvé, et le rang moyenne de chaque territoire calculé . Le Tableau 10 relève le positionnement relatif de chaque territoire.

Des tests de Wilcoxon (*Wilcoxon signed rank tests*) ont été effectués afin de vérifier les différences entre le positionnement de chaque territoire pour les besoins et pour chacun des types de services. Aucune différence significative a été notée entre les rangs moyens.

Tableau 10 : Position des territoires sociosanitaires selon leurs rangs moyen de besoins et de taux de consommation de services, Montréal-Centre.

Territoire sociosanitaire de résidence de l'utilisateur	Rang : Besoins ¹	Rang : Consommation de services pour externalisation ²	Rang : Consommation de services pour victimisation ³	Rang : Consommation de services pour intériorisation ⁴
Hochelaga Maisonneuve	1	1	1	1
Pointe St-Charles	2	3	2,5	3
Des Faubourgs	3	2	4	4
St-Henri	4	5	2,5	6,5
Parc Extension	5	21	21,5	2
Petite Patrie	6	6	6	13,5
St-Michel	7	17	5	13,5
Plateau Mont-Royal	8	7,5	20	5
Montréal-Nord	9	14,5	8,5	21,5
Verdun	10	9	8,5	16
Villeray	11	13	7	8,5
St-Louis du Parc	12	16	17	10
Rosemont	13	12	13	11
Côte des Neiges	14	28	15	27
Métro	15	22	24	6,5
St-Laurent	16	25	21,5	18
Ahuntsic	17	10,5	15	24
NDG / Montréal ouest	18,5	19	23	16
Olivier Guimond	18,5	10,5	10	19,5
Bordeau-Cartierville	20	27	18,5	21,5

Mercier-est / Anjou	21	14,5	15	19,5
J-Octave Roussin	22	7,5	18,5	8,5
LaSalle	23	18	11,5	23
St Léonard	24	-	-	-
Rivière des Prairies	25	20	27	25
Vieux Lachine	26	4	11,5	12
René Cassin	27	26	26	26
Pierrefonds	28	24	25	28
Lac St-Louis	29	23	28	16

¹ = plus grand besoin, plus grande consommation de services.

¹Taux (en 1996 sauf indiqué) de: logements en besoin de réparation majeure, personnes ayant déménagées à l'intérieur d'un ans et de 5 ans; immigrants récents, familles sous le seuil de faible revenu (1995), familles monoparentales parmi les familles, mères ayant moins de 11 ans de scolarité, chômage chez les 15-25 ans; mères ayant moins de 18 ans (1994-1996); naissances moins de 2500 gr. (1994-1996)

²Taux d'utilisateurs distincts (en 1997/98 sauf indiqué): des Centres Portage, Foster, Dollard Cormier et Centre toxicomanie (en 1996/97) ; des CLSC pour les services reliés aux problèmes d'adaptation sociale et de comportement, toxicomanie et MTS; des Centres jeunesse et Batshaw par la *Loi des jeunes contrevenants* et la catégorie "troubles de comportement" de la *Loi de protection de la jeunesse*; pour actes médicaux facturés en alcoolisme-toxicomanie

³Taux d'utilisateurs distincts en 1997/98: en CLSC, pour problèmes liés à la victimisation, violence en milieu familial; négligence; agressions à caractère sexuel; des Centres jeunesse et Batshaw par la *Loi de protection de la jeunesse* (abandon, négligence, abus sexuel, abus physique), sauf troubles de comportement.

⁴Taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide 1995-1997; Taux d'utilisateurs distincts des CLSC en 1997/98 pour problèmes reliés à la sexualité ou le couple (13 à 24 ans) ou la vie familiale; problèmes de développement ou de croissance personnelle; problèmes de santé mentale ou troubles du psychisme; problèmes liés au travail (13 à 24 ans); demandes de placement.

Il ressort du portrait général du Tableau 10 que la zone centre-sud de la région, à savoir les territoires sociosanitaires de Hochelaga-Maisonneuve, des Faubourgs, de Pointe Sainte-Charles et de Saint-Henri, démontre les plus grands besoins et obtient les plus hauts taux de consommation de services pour les problèmes d'adaptation sociale des jeunes.

À l'opposé, les territoires de banlieue, notamment ceux de l'ouest de l'île, sont les plus

favorisés. Ce groupe, qui comprend les territoires de Lac-Saint-Louis, Pierrefonds, René-Cassin et Rivière-des-Prairies, affiche une consommation de services qui répond relativement bien à leur rang en terme de besoins.

En ce qui concerne les territoires ayant des rang des besoins modérés, le portrait est moins cohérent. On peut constater que malgré l'alignement généralement cohérent entre les besoins et la consommation de services, il y a des écarts importants entre les deux types d'indicateurs pour certains territoires sociosanitaires. De plus, les territoires qui affichent ces écarts peuvent être regroupés en deux familles : des territoires où le rang de consommation de services ne s'élève pas au même rang que les besoins, et des territoires où le rang de consommation de services s'élève plus haut que le rang de besoins.

Si nous cherchons à localiser les territoires où, d'une manière générale, les besoins semblent excéder la consommation de services (utilisant le critère arbitraire mais stricte qu'il devrait avoir un écart d'au moins cinq rangs pour au moins deux des trois types de consommation de services), nous identifions les territoires de Parc-Extension, St-Michel, Montréal-Nord, Côte des Neiges, Métro et St-Laurent. Ces territoires se distinguent par une présence importante des communautés culturelles minoritaires -- ce qui nous amène à s'interroger si ces résultats pourraient indiquer une incapacité relative de répondre aux besoins des jeunes de ces communautés, ou encore que les jeunes de ces territoires choisissent de consommer des services ou trouvent des solutions qui ne sont pas captées par nos sources d'information.

Dans l'autre sens, pour les territoires où la consommation de services semblent excéder les besoins (relativement aux besoins des autres territoires, et utilisant le même critère arbitraire utilisé ci-haut), nous relevons ceux de Olivier-Guimond, Mercier-est/Anjou, J-Octave Roussin et Vieux Lachine. Il s'agit de territoires de classe moyenne, francophone et stable -- un portrait assez différent des territoires où les écarts indiquent une réponse moins grande, relatives aux autres territoires, que les besoins.

5. Discussion

Les principaux résultats de cet exercice d'analyse secondaire des indicateurs administratifs et sociosanitaires apportent peu de surprises. Au sein des quartiers les plus défavorisés il y a des manifestations de la dégradation du tissu social et donc d'un environnement communautaire instable, désorganisé et pauvre. Ces environnements sont le plus souvent localisés dans les quartiers résidentiels du centre-ville, tout comme les classiques *inner-city neighbourhoods* des grandes villes américaines, ou dans l'espace centrale vide du modèle de développement en "trou de beigne" (Conseil des affaires sociales, 1989). Ces quartiers affichent les taux de consommation de services les plus élevés de la région pour les problématiques de victimisation, d'externalisation et d'intériorisation chez les jeunes qui y résident. À l'autre extrême, nous retrouvons le phénomène inverse : les banlieues aisés ont, toute proportion gardée, moins de consommation de services pour des problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes.

Même si cette radiographie exploratoire semble avoir simplement confirmé le rôle prépondérant des conditions sociales et économiques dans le développement sain des enfants, elle a aussi signalé quelques situations jusqu'à maintenant moins évidentes. Pour plusieurs quartiers, il les données suggèrent des écarts importants entre leur statut relatif en terme de besoins et les indicateurs de consommation des services. Ces écarts peuvent aller dans les deux sens : parfois les besoins semblent excéder la capacité de réponse, parfois les besoins semblent surpasser la réponse. De plus, il semble y avoir des ressemblances entre les territoires qui se retrouvent en chacune de ces deux situations. Les limites des données disponibles ne permettent pas d'investiguer les différences entre ces deux regroupements de territoires, mais nous pourrions les signaler comme piste d'investigation future. Entre autres, les résultats de notre analyse exploratoire suggèrent qu'il sera pertinent d'explorer davantage l'hypothèse qu'il existe des différences entre sous-régions du territoire de Montréal-Centre en termes d'accessibilité ou d'adaptation des services aux jeunes, et notamment des jeunes des communautés culturelles. Par contre, il faut aussi insister que les écarts observés ne peuvent rien indiquer par rapport à

l'adéquation des ressources disponibles pour les jeunes d'un territoire donné par rapport aux besoins affichés.

Toute interprétation de ces analyses devrait tenir compte des limites de l'approche. D'abord, il s'agit d'une étude écologique, qui a mis en relation des variables au niveau des unités géographiques. On ne doit pas présumer que ces liens se tiennent sur le plan des individus. Deuxième, les données de consommation de services comportent plusieurs limites. D'une part, il s'agit de données administratives construites par un grand nombre d'établissements, peut-être chacun un peu à sa manière et sans validité démontrée dans ce contexte de recherche. De plus, certains parmi les systèmes d'information utilisés ont déjà acquis une maturité, tandis que d'autres sont beaucoup moins développés. D'autre part, bien que les analyses ont démontré des relations cohérentes entre plusieurs indicateurs, certaines relations attendues ne se sont pas manifestées, pour des raisons que nous ne sommes pas en mesure de comprendre. Dans leur ensemble, ces limites encouragent la prudence dans l'utilisation des résultats.

Pour compléter ce portrait partiel, il faudrait idéalement inclure des données additionnelles qui pourraient éclairer différents aspects de l'adaptation sociale des jeunes. Les données additionnelles sur les phénomènes d'intériorisation seraient d'importance prioritaire, telles : les problèmes de santé mentale, de détresse psychologique et d'estime de soi; les difficultés relationnelles, l'isolement social. D'autres sources de données potentiellement utiles comprennent :

- les données sur les services spécialisés en milieu scolaire (fichier EHDAA);
- les signalements non-retenus aux Centres jeunesse;
- les données sur les services dispensés par les organismes communautaires;
- les données d'enquête telle l'Enquête jeunesse, en cours de planification;
- les données policières : cas de délinquance, agressions, vols, etc. pour les jeunes de moins de 24 ans;
- les données de judiciarisation : peines et pénalités pour les jeunes de moins de 24 ans;
- les données sur les services dispensés par les praticiens privés (psychologues,

conseillers) en relation avec les problèmes d'adaptation sociale.

Le projet nous suggère d'autres pistes méthodologiques à poursuivre. Ils seraient pertinent d'explorer davantage la possibilité d'utilisation de statistiques paramétriques, à cause de leur plus grande puissance. Afin d'augmenter le nombre d'unités d'observation dans ce contexte, il serait peut-être possible travailler avec des unités géographiques plus nombreuses -- et, si possible, plus homogènes. La possibilité de recourir aux 35 anciens territoires de CLSC pourrait être examinée dans cette optique.

Un résultat heureux de cette approche se retrouve dans l'occasion qu'il a crée pour l'échange d'idées et le partage d'informations entre les différents acteurs du système de la santé et des services sociaux qui sont préoccupés par l'adaptation sociale des jeunes. Cette étude exploratoire a effectivement révélé plusieurs lacunes et incohérences entre les systèmes d'information et même les conceptions des problèmes d'adaptation sociale. Cette occasion sert donc à stimuler la consolidation du partenariat autour des données, dans l'optique d'aménager une espace d'intérêt mutuel pour des systèmes d'information compatibles, ouverts et fondés sur une compréhension commune de la problématique.

6. Références

- Ammerman, R., Cassisi, J., Hersen, M., Van Hasselt, V. (1986) Consequences of physical abuse and neglect in children. *Clinical Psychology Review*, 6, 291-310.
- Belsky, J. (1993) Etiology of child maltreatment: a developmental- ecological perspective. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Bouchard, C. et autres. (1991) *Un Québec fous de ses enfants*. Gouvernement du Québec.
- Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA., Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986) Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Brown, J., Cohen P., Johnson, J., Salzinger, S. (1998) A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17 year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22(11), 1065-1078.
- Cinq-Mars, M. (1994) Les conséquences de la négligence sur les enfants qui en sont victimes. Les Cahiers d'analyses du GRAVE, 1(2), Avril.
- Conseil des Affaires sociales (1989) *Deux Québec dans un*. Gouvernement du Québec, Gaëtan Morin.
- Coulton, C., Korbin J, Su, M., Chow, J. (1995) Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 66(5), 1262-1276.
- Cryan, J. (1985) Intellectual, emotional and social deficits of abused children: a review. *Childhood Educator*, 61, 388-392.
- Denzin, N. (1978) *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. (2ième éd.) New York: McGraw Hill.
- Dodge, K, Bates, J., Pettit, G. (1990) Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Drake, B., Pandey, S. (1996) Understanding the relationship between neighbourhood poverty and specific types of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 20(11), 1003-1018.

- Duncan, G., Brooks-Gunn, J., Klebanov, K. (1994) Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 65(20), 296-318.
- Eamon, M. (1994) Poverty and placement outcomes of intensive family preservation services. *Child and Adolescent Social Work Journal*: 11(5), 349-360.
- Éthier, L, Palacio-Quinton, E., Jourdan,-Ionescu, C. (1992) À propos du concept de maltraitance: abus et négligence, deux entités distinctes. *Santé mentale au Canada*, 17, 14-20.
- Fortin, L. (1993) *Quelques notions importantes pour le développement d'indicateurs*. MSSS, Direction des études et d'indicateurs.
- Garbarino, J. (1976). A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: the impact of socioeconomic stress on mothers. *Child Development*, 47(1), 178-185.
- Garbarino, J., Crouter, A. (1979) Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 49(3), 604-616.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1992) Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse and Neglect*, 16(4), 455-464.
- Garbarino, J., Sherman, D. (1980) High risk neighbourhoods and high risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child Development*, 51(1), 1880198,
- Gelles, R (1989) Child abuse and violence in single parent families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 492-510.
- Gelles, R. (1990) Poverty and violence toward children. *American Behavioral Scientist*, 35(3), 258-274.
- Gillham, B., Tanner, G., Cheyne, B., Freeman, I., Rooney, M.,Lambie, A. (1998) Unemployment rates, single parent density and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22(2), 79-90.
- Hoffman-Plotkin, D., Twentyman, C. (1984) A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 55, 794-802.
- Jones, E., McCurdy, K. (1992) The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children. *Child Abuse and Neglect*, 16(2), 201-215.

- Korbin, J., Coulton, C., Chard, S., Platt-Houston, C., Su, M. (1998) Impoverishment and child maltreatment and African American and European American neighbourhoods. *Developmental Psychopathology*, 10(2), 215-233.
- Kotch, J., Browne, D., Ringwalt, C., Stewart, P., Ruinia, E., Holt, K., Lowman, B., Jung, J. (1995) Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children, *Child Abuse and Neglect*, 19(9), 111-1130.
- Kotch, J., Browne, D., Ringwalt, C., Dufort, V., Ruina, E., Stewart, P., Jung, J. (1997) Stress, social support and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse and Neglect*, 21(11), 1025-1037.
- Krishnan, V., Morrison, V. (1995) An ecological model of child maltreatment in a Canadian province. *Child Abuse and Neglect*, 19(1), 101-113.
- Kupersmidt, J., Griesler, P., DeRosier, M., Patterson, C., Davis, P. (1995) Childhood aggression and peer relations in the context family and neighbourhood factors. *Child Development*, 66(2), 360-375.
- Lauzon, N. (1998) Radiographie jeunesse: chapitre sur les organismes communautaires. RRSSS-MC.
- Lynch, M., Cicchetti, D. (1998) An ecological-transactional analysis of children and contexts: the longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Developmental Psychopathology*, 10(2), 235-257.
- Massé, R., Bastien, M-F. (1996) La pauvreté génère-t-elle la maltraitance? Espace de pauvreté et misère sociale chez deux échantillons de mères défavorisées. *Revue québécoise de psychologie*, 17(1), 3-24.
- Mayer M.(1996) Les enfants négligés: les périls de la pauvreté en contexte de déficit, *Défi jeunesse*, 3, décembre.
- Mayer-Renaud, M. (1990) Les enfants négligés sur le territoire du CSSMM. Direction des services professionnels, CSSSM, Volume 1.
- Perry, M., Doran, L., Wells, E. (1983) Developmental and behavioral characteristics of the physically abused child. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 12, 320-324.
- Saucier, A., Brunelle, Y. (1995) *Les indicateurs et la gestion par résultats*. MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Collection méthodologie et instrumentation No. 8.

Spearly, J., Lauderdale, M. (1983) Community characteristics and ethnicity in the prediction of child maltreatment rates. *Child Abuse and Neglect*, 7(1), 91-105.

Williamson, J., Borduin, C., Howe, C. (1991) The ecology of adolescent maltreatment: a multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 449-457.

Young, G., Gately, T. (1988) Neighbourhood impoverishment and child maltreatment: an analysis from the ecological perspective. *Journal of Family Issues*, 9, 240-254.

Zuravin, S. (1989) The ecology of child abuse and neglect: review of the literature and presentation of data. *Violence and Victimization*, 4(2), 101-120.

Annexe 1: Résumé des indicateurs retenus et leurs sources pour chaque volet de l'étude

Besoins (population)	
Recensement 1996	Taux de logements en besoin de réparation majeure, personnes ayant déménagées à l'intérieur d'un an et de 5 ans; immigrants récents, familles sous le seuil de faible revenu (en 1995), familles monoparentales parmi les familles, mères ayant moins de 11 ans de scolarité, chômage chez les 15-25 ans
Fichier des naissances	Mères ayant moins de 18 ans (1994-1996); Naissances moins de 2500 gr. (1994-1996)
Externalisation (0 à 24 ans)	
Centres de réadaptation en alcoolisme-toxicomanie	Usagers des Centres Portage, Foster, et Dollard Cormier en 1997/98 et le Centre toxicomanie en 1996/97.
SIC-CLSC	Usagers distincts de 28 CLSC (sans CLSC St-Léonard) en 1997/98 pour les services reliés aux problèmes d'adaptation social et de comportement, toxicomanie et MTS
Centres jeunesse	Usagers distincts des Centres jeunesse et Batslaw en 1997/98 sous la <i>Loi des jeunes contrevenants</i> et la catégories "troubles de comportement" de la <i>Loi de protection de la jeunesse</i>
RAMQ	Usagers distincts pour actes médicaux facturés en alcoolisme-toxicomanie

Victimisation (0 à 24 ans)	
SIC-CLSC	Usagers distincts de 28 CLSC (sans CLSC St-Léonard) en 1997/98 pour problèmes liés à la victimisation, violence en milieu familial; négligence; agressions à caractère sexuel
Centres jeunesse	Usagers distincts des Centres jeunesse et Batslaw en 1997/98 par la <i>Loi de protection de la jeunesse</i> (abandon, négligence, abus sexuel, abus physique), sauf troubles de comportement.
Intériorisation (0 à 24 ans)	
Med-Echo	Hospitalisations pour tentatives de suicide 1995-1997
SIC-CLSC	Usagers distincts de 28 CLSC (sans CLSC St-Léonard) en 1997/98 pour problèmes reliés à la sexualité ou le couple (13 à 24 ans) ou la vie familiale; problèmes de développement ou de croissance personnelle; problèmes de santé mentale ou troubles du psychisme; problèmes liés au travail (13 à 24 ans); demandes de placement

Annexe 2: Nombre de personnes âgées de 0 à 24 ans par territoire de CLSC, Montréal-Centre 1996

Territoire de CLSC	0 à 5 ans	6 à 11 ans	12 à 17 ans	18 à 24 ans	Total	Rang du total
Ahuntsic	4 786	3 978	4 306	6 956	20 026	10
Bordeau-Cartierville	3 552	3 017	3 164	5 048	14 781	18
Côte des Neiges	9 921	8 208	8 096	13 148	39 373	2
Des Faubourgs	1 996	1 593	1 592	5 150	10 310	25
Hochelaga Maisonneuve	3 109	2 547	2 440	4 895	12 991	21
J-Octave Roussin	4 141	4 024	4 118	4 236	16 519	16
Lac St-Louis	6 065	6 645	6 800	6 310	25 820	3
LaSalle	5 175	4 470	4 605	6 450	20 700	8
Mercier-est / Anjou	5 322	4 605	5 006	6 747	21 680	6
Métro	2 290	2 040	2 319	7 932	14 581	19
Montréal-Nord	6 545	5 315	5 475	7 475	24 810	4
Notre Dame de Grâce / Montréal ouest	4 834	4 339	4 338	6 138	19 649	11
Olivier Guimond	2 253	1 958	2 335	3 449	9 995	27
Parc Extension	2 770	2 059	2 131	3 085	10 045	26
Petite Patrie	3 199	2 326	2 494	5 270	13 289	20
Pierrefonds	11 260	11 200	11 145	11 070	44 675	1

Plateau Mont-Royal	2 554	1 633	1 693	5 473	11 353	23
Pointe St-Charles	1 229	986	879	1 079	4 173	29
René Cassin	2 7377	2 701	2 883	3 662	11 983	22
Rivière des Prairies	4 465	4 503	4 589	5 021	18 578	13
Rosemont	4 738	3 743	3 838	6 363	18 702	12
St-Henri	2 031	1 610	1 610	2 694	7 945	28
St-Laurent	5 050	4 317	4 569	6 453	20 389	9
St Léonard	5 506	4 111	4 306	6 848	20 771	7
St-Louis du Parc	2 371	1 669	1 721	5 217	10 978	24
St-Michel	4 551	3 879	3 879	5 347	17 793	14
Verdun	6 490	4 934	4 934	7265	23860	5
Vieux Lachine	4 155	3 700	3 700	4 540	16 180	17
Villeray	4 328	3 154	3 181	6 576	17 239	15

Annexe 3: Nombre d'utilisateurs distincts de 0 à 24 ans pour des problèmes d'adaptation sociale par type de ressource et territoire de CLSC de résidence de l'utilisateur, Montréal-Centre, 1997/98

Territoire de CLSC de résidence de l'utilisateur	Population âgée de 0 à 24 ans en 1996	Centres de réadaptation alcoolisme - toxicomanie ¹	CLSC ²	Centres jeunesse ³	Hôpitaux ⁴	Facturations - RAMQ ⁵
Ahuntsic	20 026	33	1 064	382	53	814
Bordeau-Cartierville	14 781	4	670	249	32	569
Côte des Neiges	39 373	7	1 662	572	17	555
Des Faubourgs	10 310	19	1 640	410	33	417
Hochelega Maisonneuve	12 991	31	1 420	739	35	755
J-Octave Roussin	16 519	27	993	379	31	841
Lac St-Louis	25 820	13	1 170	243	20	1 320
LaSalle	20 700	18	874	566	33	1 117
Mercier-est / Anjou	21 680	47	828	598	25	468
Métro	14 581	14	544	137	18	906
Montréal-Nord	24 810	26	1 107	837	55	1 006
Notre Dame de Grâce / Montréal ouest	19 649	24	273	471	54	1 295
Olivier Guimond	9 995	12	544	224	19	507
Parc Extension	10 045	2	1 168	211	20	221
Petite Patrie	13 289	20	794	404	34	467
Pierrefonds	44 675	31	1 559	740	36	1 327
Plateau Mont-Royal	11 353	15	764	171	25	480
Pointe St-Charles	4 173	4	315	282	16	317

René Cassin	11 983	10	244	183	16	799
Rivière des Prairies	18 578	19	656	307	20	719
Rosemont	18 702	28	845	539	58	986
St-Henri	7 945	8	797	401	22	366
St-Laurent	20 389	3	806	374	34	868
St Léonard	20 771	8	nd	357	23	849
St-Louis du Parc	10 978	9	542	181	22	371
St-Michel	17 793	7	984	601	50	701
Verdun	23 860	37	1 078	996	44	841
Vieux Lachine	16 180	27	771	500	42	989
Villeray	17 239	12	1 298	427	45	590

¹ Comprend les centres Portage, Centre toxicomanie, Foster, et Dollard Cormier. Pour le Centre toxicomanie: données 1996/97.

² Extrait du système d'information SIC-CLSC; données validées par les CLSC. Comprend problèmes d'externalisation (problèmes d'adaptation social et de comportement, toxicomanie et MTS), internalisation (problèmes liés à la sexualité ou le couple (13 à 24 ans) ou la vie familiale; problèmes de développement ou de croissance personnelle; problèmes de santé mentale ou troubles du psychisme; problèmes liés au travail (13 à 24 ans); demandes de placement) et victimisation (problèmes liés à la victimisation, violence en milieu familial; négligence; agressions à caractère sexuel).

³ Comprend Centres jeunesse et Batslaw; données d'externalisation (Loi des jeunes contrevenants et troubles de comportement du Loi de protection de la jeunesse(LPJ)) et victimisation (LPJ (abandon, négligence, abus sexuel, abus physique)sauf troubles de comportement).

⁴ Extrait du fichier Med-Echo: Hôpitaux sur l'île de Montréal. Comprend hospitalisations pour MTS-SIDA, alcoolisme-toxicomanie, troubles de comportement,

délinquance, grossesse et accouchement chez les 12-17 ans, suicide, abandon, abus physique et abus sexuel.

⁵ Extrait du fichier RAMQ. Comprend consultations médicales pour MTS-SIDA, alcoolisme-toxicomanie, troubles de comportement; délinquance; grossesse et accouchement pour les 12-17 ans, et abus physique.