

Portrait sociosanitaire de la population CSSS de la Pointe-de-l'Île

Santé mentale des jeunes



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec

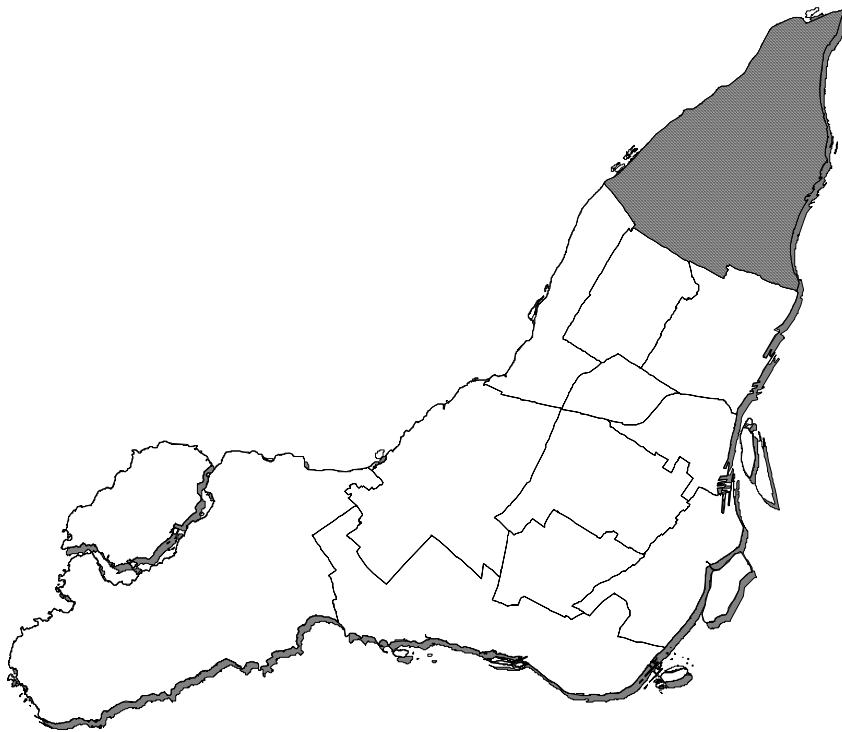


Santé publique



Portrait sociosanitaire de la population CSSS de la Pointe-de-l'Île

Santé mentale des jeunes



*Michèle A. Dupont
Jean Gratton
James Massie*

Octobre 2006

***Une réalisation du secteur Planification, orientations et évaluation
Centre universitaire de santé McGill, mandataire.***

Michèle A. Dupont

Agent de recherche – Équipe de surveillance

Jean Gratton

Agent de recherche – Équipe de surveillance

James Massie

Technicien – Équipe de surveillance

MISE EN PAGE

Karine Bruegghe

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

Linda Larouche

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

INFOGRAPHIE

Javier Valdés

Infographe – Équipe de l'information

Portrait sociosanitaire de la population, CSSS de la Pointe-de-l'Île

Série de quatre cahiers

1 - Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé

2 - Santé mentale des jeunes

3 - Santé mentale des adultes

4 - Perte d'autonomie liée au vieillissement

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006)

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN : 2-89494-535-3 (version imprimée)

ISBN : 2-89494-536-1 (version PDF)

Prix : 15 \$ pour la série de quatre cahiers

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

Québec 
Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CONDITIONS DE VIE	13
SANTÉ MENTALE DES JEUNES	15
HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX SELON LA CATÉGORIE D'ÂGE.....	16
BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE DES JEUNES MONTRÉALAIS	18
SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA SILHOUETTE.....	20
SENTIMENT D'INSÉCURITÉ ET VIOLENCE SUBIE PAR LES JEUNES.....	21
COMPORTEMENTS À RISQUE : LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	24
PROBLÈME EN ÉMERGENCE : JEU DE HASARD ET D'ARGENT	27
COMPORTEMENT SUICIDAIRE	29
ADAPTATION SOCIALE	31
QUELQUES DÉFINITIONS	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'hospitalisation pour troubles mentaux selon la catégorie d'âge, CSSS de la Pointe-de-l'Île, Montréal, 2002-2005.....	17
Figure 2	Jeunes présentant une faible estime d'eux-mêmes selon le sexe et le niveau scolaire, 2003.....	19
Figure 3	Jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe et le niveau scolaire, 2003.....	19
Figure 4	Satisfaction des jeunes à l'égard de leur silhouette selon le sexe et le niveau scolaire, 2003.....	20
Figure 5	Peur ressentie sur le chemin de l'école par les élèves selon le sexe et le niveau scolaire, 2003.....	22
Figure 6	Élèves victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire selon le niveau scolaire, 2003.....	22
Figure 7	Élèves victimes de brimade à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire selon le niveau scolaire, 2003.....	23
Figure 8	Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon le niveau scolaire, 2003.....	25
Figure 9	Taux de victimisation et d'externalisation chez les 0-17 ans, CSSS de la Pointe-de-l'Île, Montréal, 1998-2000.....	32
Figure 10	Taux de délinquance juvénile, CSSS de la Pointe-de-l'Île, Montréal, 2001.....	32
Figure 11	Taux de grossesse à l'adolescence, 14-17 ans, CSSS de la Pointe-de-l'Île, Montréal, 1999-2001.....	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon la catégorie d'âge des enfants, CSSS de la Pointe-de-l'Île, 2000	14
Tableau 2	Familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon la structure familiale, CSSS de la Pointe-de-l'Île, 2000	14

POINT DE MÉTHODE

*L*es taux et les proportions présentés dans ce document sont parfois calculés à partir d'effectifs inférieurs à la population visée. Il s'agit donc d'estimations qui peuvent être soumises à des variations aléatoires et présenter une certaine imprécision. Ainsi, afin de permettre la comparaison entre les valeurs estimées pour ce CSSS et celles de l'ensemble de l'île de Montréal, un test statistique permet de déterminer si la valeur obtenue dans un CSSS est semblable ou différente de celle de Montréal, et ce, 19 fois sur 20. Dans les tableaux et les figures, les estimations (taux ou proportions) se rapportant aux CSSS sont donc marquées d'un plus (+) ou d'un moins (-) selon qu'elles sont statistiquement plus élevées ou plus faibles que la valeur correspondante pour Montréal. Ce sont ces résultats présentant des différences significatives qui ont été retenus pour la majeure partie des faits saillants.

INTRODUCTION

Le projet clinique des CSSS soutiendra l'implantation des programmes de services dont le programme de santé mentale. En appui à cette démarche, le présent document réunit des informations sur la santé mentale des jeunes Montréalais et les facteurs de risque qui leur sont associés. Pour mieux connaître les caractéristiques de la population et les effets des problèmes de santé mentale sur les années vécues avec incapacité, le lecteur trouvera dans la lecture du cahier intitulé *Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé* un complément d'information utile.

D'entrée de jeu, il importe de souligner que la santé mentale est un des objets de la surveillance de l'état de santé pour lesquels les renseignements sont les moins nombreux et les plus parcellaires. Ainsi, dans le plan commun de surveillance de la santé au Québec, on dénombre 28 indicateurs en santé mentale par rapport à 169 en santé physique.

C'est pourquoi l'information présentée ici provient principalement d'une enquête montréalaise ayant porté sur la santé des jeunes Montréalais d'âge scolaire. Menée au printemps 2003 par la Direction de santé publique (DSP) de Montréal, cette enquête a permis de recueillir de nombreuses informations ayant trait à la santé générale des jeunes qui fréquentent l'école. L'échantillon d'élèves est représentatif de divers niveaux du primaire et du secondaire. Prélevé dans des écoles privées et publiques, francophones et anglophones, de milieux favorisés et défavorisés dans le cas des écoles publiques, cet échantillon est ainsi représentatif de l'ensemble des élèves montréalais. De cette enquête, nous avons retenu les éléments ayant trait à la santé mentale des jeunes. Les tendances observées valent pour l'ensemble des élèves de l'île de Montréal. L'équipe ayant conduit cette enquête publiera dans les prochains mois des analyses sur des problèmes spécifiques comme la défavorisation et la détresse psychologique.

L'information sur les hospitalisations et celle sur les suicides ont été produites par la DSP, et ce, à partir des données provenant de bases administratives. Ces analyses spécifiques au CSSS sont intégrées aux sections de l'enquête montréalaise qui traitent de ces thèmes. Mais le lecteur trouvera d'abord quelques informations sur les conditions de vie des jeunes puisque c'est là un déterminant majeur de l'état de santé. Ces données sont traitées par territoire de CSSS et par secteur de CLSC. La matière de ce cahier est empruntée à divers rapports et travaux. Ainsi des informations tirées d'un rapport sur la santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du premier rapport Kirby (2004) sur la santé mentale des Canadiens, d'un portrait de santé des jeunes Québécois préparé par l'Institut national de santé publique (2002) et d'une enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) auprès d'élèves du secondaire en 2004 situent le sujet dans un plus vaste ensemble. Finalement des indicateurs liés à l'adaptation sociale des jeunes donnent un bref aperçu des difficultés qui menacent leur santé mentale. Le lecteur trouvera en fin de document un bref lexique où sont définis quelques notions et indicateurs.

Pour une appréciation plus juste de l'état de santé mentale des jeunes, il est essentiel de compléter le présent portrait par le savoir et les connaissances des acteurs clés que sont les praticiens, les intervenants et les administrateurs dans ce domaine.

CONDITIONS DE VIE

À MONTRÉAL

Les conditions de vie sont un déterminant majeur de l'état de santé et du bien-être de la population. Montréal est un territoire lourdement touché par la pauvreté. Ainsi en 2000, un jeune sur trois ayant moins de 18 ans faisait partie d'une famille vivant sous le seuil de faible revenu. Selon le type de famille et le groupe d'âge la situation peut être encore plus critique. Trois jeunes sur cinq faisant partie de familles monoparentales vivaient sous le seuil de faible revenu. On en comptait un sur quatre dans les familles biparentales. Chez les plus jeunes (0-5 ans) provenant de familles monoparentales, c'était plus des deux tiers qui étaient dans cette situation. Les jeunes Montréalais sont désormais proportionnellement plus nombreux à être touchés par la pauvreté que les personnes âgées.

DANS LE CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

FAITS SAILLANTS

- ✦ Entre 2006 et 2011, on estime que le nombre de jeunes de 0 à 17 ans passera de 37 825 à 35 345 dans ce CSSS, soit une diminution de 6,6 % comparativement à une augmentation de 0,9 % à Montréal.
- ✦ Dans le territoire de ce CSSS, un enfant sur quatre vit dans une famille dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu. Dans les familles monoparentales, plus de la moitié des enfants sont touchés par la pauvreté contre 16 % dans les familles biparentales. Cette proportion est encore plus forte (65 %) chez les 0-5 ans des familles monoparentales (tableau 1).
- ✦ La proportion de familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu est statistiquement moins élevée dans le CSSS de la Pointe-de-l'Île que dans l'ensemble de Montréal. Il en va de même dans chacun des trois secteurs du territoire, Mercier Est/Anjou, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est et Rivière-des-Prairies (tableau 2 et données non présentées).
- ✦ C'est dans les familles monoparentales que ce problème de pauvreté est le plus aigu, et ce, dans les trois secteurs du CSSS. Par contre, dans les familles biparentales, les proportions de jeunes vivant sous le seuil de faible revenu sont plus faibles que dans beaucoup d'autres secteurs de CLSC de Montréal.

Tableau 1 Enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon la catégorie d'âge des enfants, CSSS de la Pointe-de-l'Île, 2000

	0-5 ans		6-17 ans		0-17 ans	
	n	%	n	%	n	%
Enfants	3 555	31,1	6 455	23,7	10 010	25,9
Dans familles biparentales	1 930	21,7	2 740	14,0	4 670	16,4
Dans familles monoparentales	1 620	64,7	3 545	48,3	5 165	52,4
Autres	5	14,3	170	49,3	175	46,1

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

Tableau 2 Familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon la structure familiale, CSSS de la Pointe-de-l'Île, 2000

Territoire	En couple		Monoparentales		Total	
	n	%	n	%	n	%
CSSS de la Pointe-de-l'Île	2 390	14,8	3 135	48,0	5 525	24,4
Mercier-Est / Anjou	1 045	17,7	1 280	46,3	2 325	26,8
Pointe-aux-Trembles	580	11,8	945	46,8	1 525	22,0
Rivière-des-Prairies	770	14,3	910	52,0	1 680	23,6

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

SANTÉ MENTALE DES JEUNES

Pour compenser les lacunes en surveillance de la santé mentale au Québec, il paraît pertinent de situer ce problème dans un plus vaste ensemble.

DANS LE MONDE

Selon l'OMS, une personne sur quatre dans le monde souffre au moins d'une maladie mentale au cours de sa vie. Dans une famille sur quatre, au moins une personne souffre d'une maladie mentale ou de toxicomanie. Les troubles mentaux et les troubles de comportement sont universels.

À cause de l'incapacité qu'elles entraînent, les maladies neuropsychiatriques et la consommation d'alcool pèsent beaucoup plus lourdement dans la charge de morbidité des populations des pays industrialisés que les cardiopathies ischémiques, par exemple. (Pour de plus amples informations sur ce sujet, consulter le cahier *Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé*.) L'OMS prévoit que la charge de morbidité imputable aux troubles mentaux et neurologiques augmentera de 15 % d'ici 2020.

Source : Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, [En ligne], 2001, [<http://www.who.int/whr/2001/fr>].

AU CANADA

On estime que la prévalence générale de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents canadiens tourne autour de 15 %. Voici les maladies mentales les plus fréquentes chez ces derniers :

Troubles anxieux	6,5 %
Troubles de comportement	3,3 %
Troubles déficitaires de l'attention	3,3 %
Troubles dépressifs	2,1 %
Troubles liés à la consommation de substances psychoactives	0,8 %
Autisme ou autres troubles envahissants du comportement	0,3 %

Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport provisoire (premier rapport Kirby) *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, [En ligne], 2004, [<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintnov04-f.htm>].

À MONTRÉAL

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée en 2003, une très faible proportion des jeunes Montréalais (1,3 % des 12-14 ans et 1,4 % des 15-19 ans) font une autoévaluation négative de leur santé mentale, la qualifiant soit de mauvaise, soit de passable. Des différences apparaissent chez ceux qui l'évaluent comme étant très bonne ou excellente. Ainsi 52 % des jeunes de 12 à 14 ans déclarent leur santé mentale comme étant excellente contre 35 % chez les 15-19 ans. Ces proportions sont respectivement de 27 % et 32 % chez ceux qui disent avoir une très bonne santé mentale (données non présentées.)

HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX SELON LA CATÉGORIE D'ÂGE

AU QUÉBEC

Entre 1991-1993 et 1999-2001, on observe une augmentation du nombre d'hospitalisations dues à des troubles mentaux de :

- 62 % chez les 5-11 ans;
- 69 % chez les 12-17 ans.

Cet accroissement pourrait s'expliquer par :

- l'amélioration des connaissances dans ce domaine;
- l'affinement des diagnostics, le dépistage plus précoce de ces troubles;
- le recours plus fréquent à l'hospitalisation au lieu d'un séjour prolongé;
- une combinaison de ces facteurs;
- un possible accroissement en soi des troubles mentaux.

Une enquête menée par l'ISQ en 1998 indiquait qu'environ 30 % des adolescents ayant un niveau de détresse psychologique élevé avaient consulté un professionnel de la santé en raison de leurs symptômes au cours de l'année antérieure.

Source : Lefebvre, C. *Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*. [En ligne], INSPQ, 2004, <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/253-PortraitSanteJeunes0-17.pdf>.

À MONTRÉAL

Le taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale (troubles de l'adaptation, psychoses affectives, troubles névrotiques, etc.) au cours de la période 2002-2005 chez les 0-17 ans était de :

- 14 pour 10 000 chez les filles;
- 8 pour 10 000 chez les garçons.

Le séjour moyen d'hospitalisation pour les troubles de santé mentale était de :

- 25 jours par rapport à 5 jours pour toutes les causes.

Notons qu'un taux d'hospitalisation ne peut être interprété comme un indice sanitaire, mais bien comme un indicateur d'utilisation de services de santé.

Puisque les hospitalisations pour troubles mentaux surviennent peu fréquemment chez les enfants d'âge préscolaire, tous les calculs présentés ici pour Montréal et le CSSS ont également été effectués pour la catégorie d'âge des 5-17 ans. Nos analyses nous permettent d'affirmer que ces tendances ne diffèrent pas de celles portant sur les enfants de 0 à 17 ans.

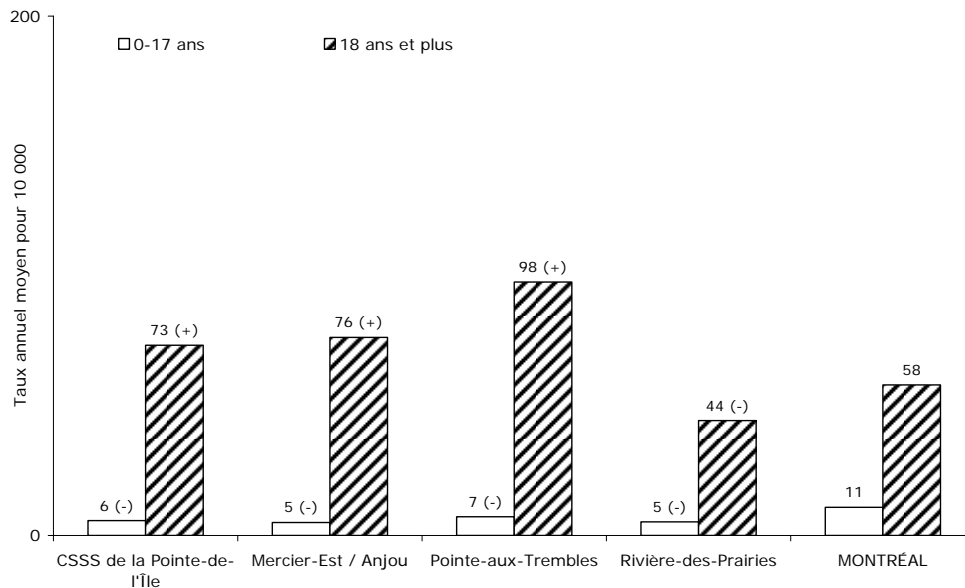
DANS LE CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

Bien que les hospitalisations pour troubles mentaux paraissent marginales chez les jeunes par rapport à celles des adultes, la question demeure importante, en particulier du fait de leur accroissement, et ce, dans un contexte où les hospitalisations chez les jeunes de 12 à 17 ans ont au contraire globalement diminué. (Voir à ce sujet : Lefebvre, C. *Un portrait de santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*, INSPQ, 2004.)

FAITS SAILLANTS

- Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les jeunes sont marginaux en comparaison de ceux des adultes (figure 1).
- Pour la période 2002-2005, les taux d'hospitalisation pour de tels troubles s'avèrent plus faibles chez les jeunes (0-17 ans) du territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île et de chacun de ses secteurs que celui de l'ensemble des jeunes de Montréal (figure 1).
- Au cours de la période d'observation 2002-2005, le nombre d'hospitalisations pour troubles mentaux s'élevait à 72 chez les moins de 18 ans de ce CSSS, dont 59 cas concernaient des jeunes de 12 à 17 ans (données non présentées).

Figure 1 Taux d'hospitalisation¹ pour troubles mentaux selon la catégorie d'âge, CSSS de la Pointe-de-l'Île, Montréal, 2002-2005



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

1. Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Méd-Fcho ; ISO, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE DES JEUNES MONTRÉALAIS

Jeunes Montréalais d'âge scolaire (6-17 ans)

À Montréal, on estime la proportion de jeunes d'âge scolaire, les 6-17 ans, à 12,8 % pour l'année 2006. Cette proportion est de 14,2 % dans le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île, soit 12 308 jeunes de 6 à 11 ans et 14 977 de 12 à 17 ans.

Bien-être psychologique

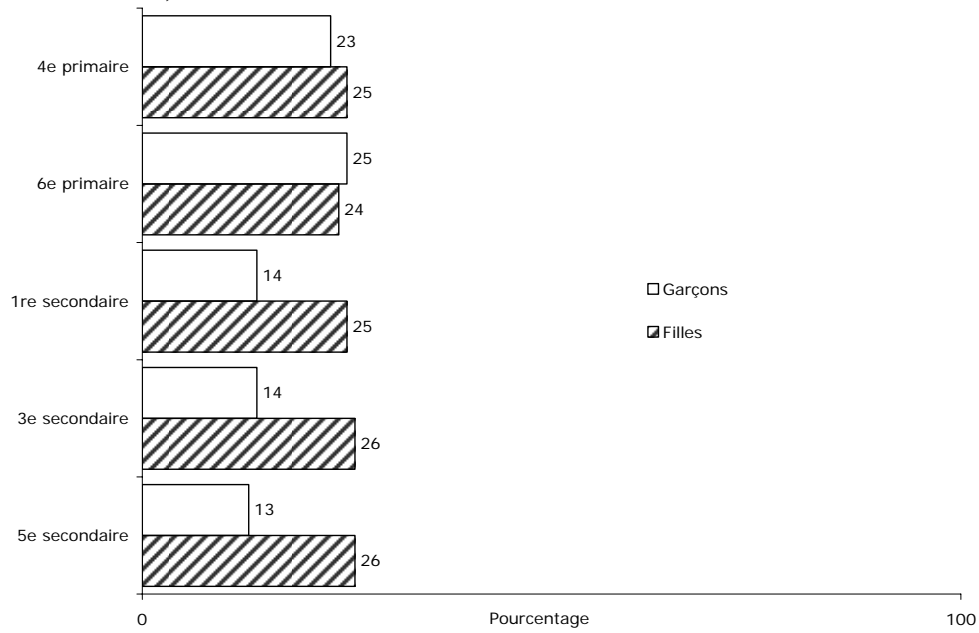
Dans le cadre de l'enquête montréalaise sur la santé des jeunes d'âge scolaire, le bien-être psychologique a été mesuré à partir des deux indices suivants : l'estime de soi et la détresse psychologique.

FAITS SAILLANTS

- Au primaire, garçons et filles ont dans une proportion semblable une faible estime d'eux-mêmes, soit environ un jeune sur quatre (figure 2).
- Au secondaire, la proportion de garçons ayant une faible estime d'eux-mêmes diminue, tandis qu'elle se maintient chez les filles. L'écart entre garçons et filles se creuse donc (figure 2).
- Parallèlement, une plus grande proportion de filles que de garçons présente un niveau de détresse psychologique élevé. Ainsi, à la fin du secondaire, c'est plus d'une fille sur quatre qui souffre de détresse psychologique comparativement à un garçon sur dix (figure 3).

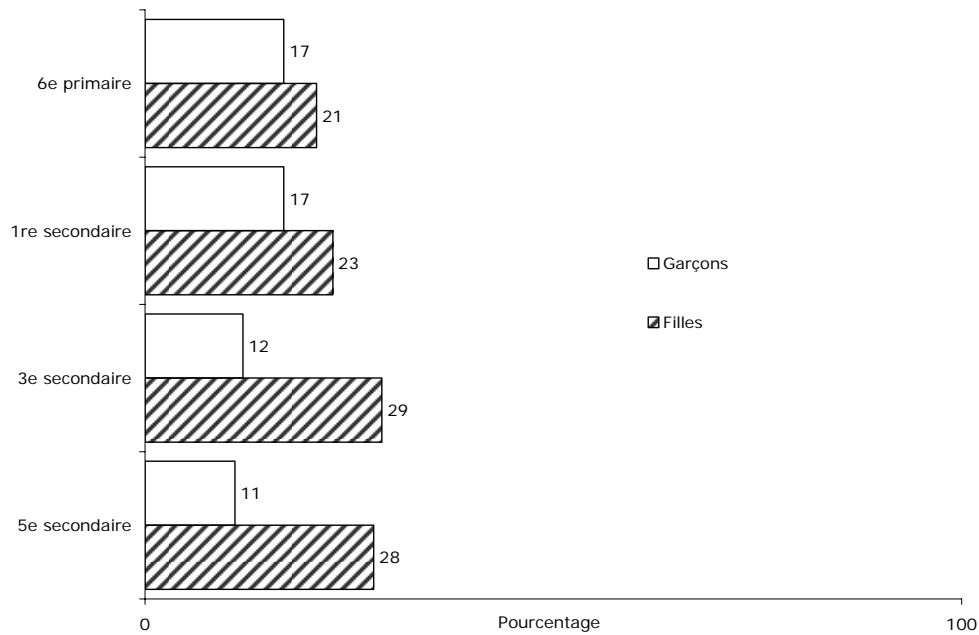
Source : Ayotte, V., et al. *Objectif jeunes : comprendre, soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, DSP de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Figure 2 Jeunes présentant une faible estime d'eux-mêmes selon le sexe et le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

Figure 3 Jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe et le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

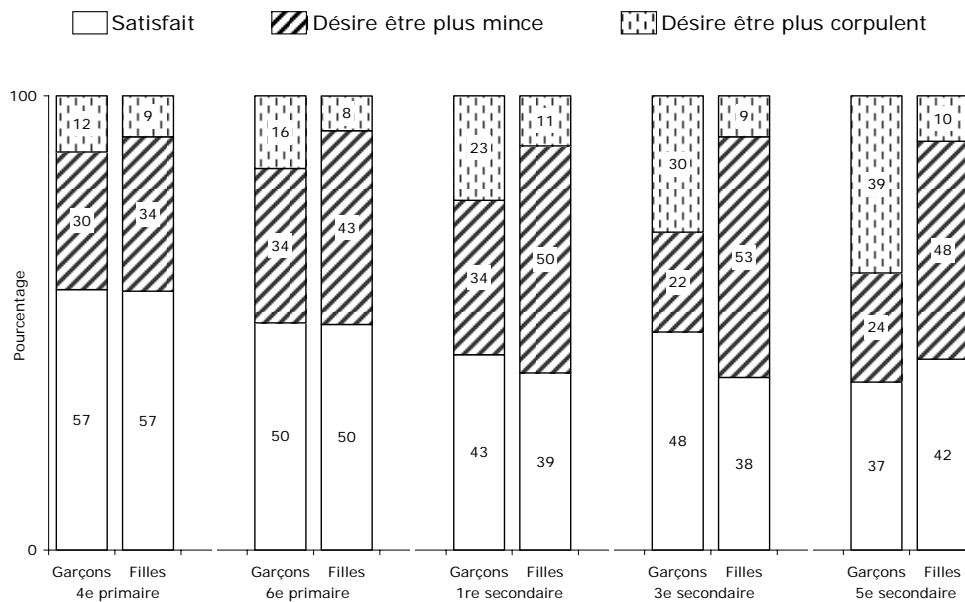
SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA SILHOUETTE

Pourquoi cette question du rapport au corps est-elle importante? Parce qu'elle est liée à l'estime de soi. Avoir un corps qui diffère du standard social de minceur peut générer de la souffrance psychologique. Or l'excès de poids touche une proportion de plus en plus importante de la population du Québec – dont les jeunes – et ceux qui ont un excès de poids peuvent faire l'objet de discrimination, de rejet, d'intimidation.

FAIT SAILLANT

- Dès le primaire, entre 43 % et 50 % des enfants se disent insatisfaits de leur corps. Cette insatisfaction devient plus répandue avec l'avancement en âge. Ainsi, à la 3^e année du secondaire, davantage de garçons désirent un corps plus corpulent et davantage de filles, un corps plus mince (figure 4).

Figure 4 Satisfaction des jeunes à l'égard de leur silhouette selon le sexe et le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

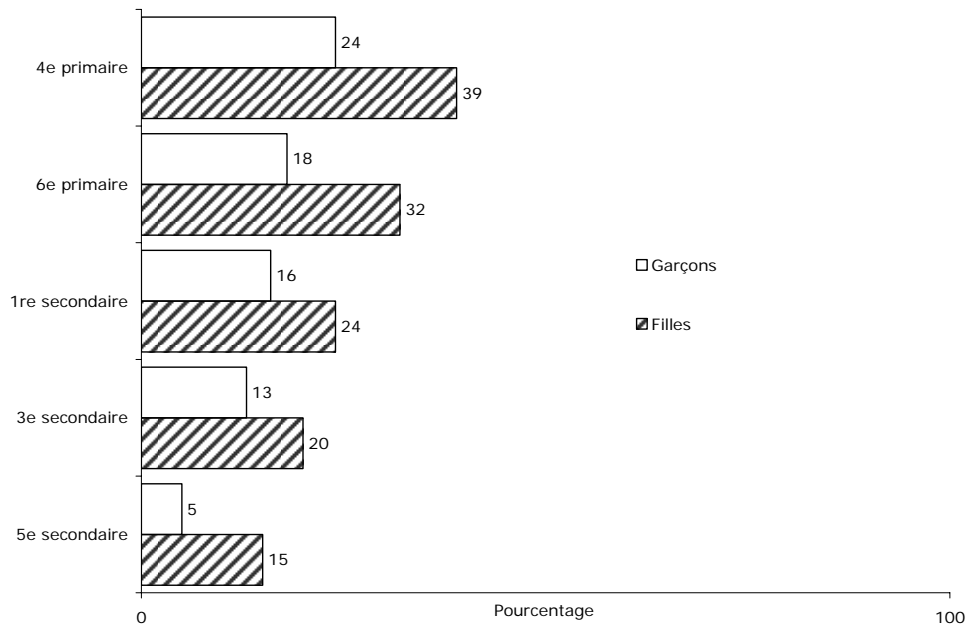
SENTIMENT D'INSÉCURITÉ ET VIOLENCE SUBIE PAR LES JEUNES

La route vers l'école peut susciter des sentiments d'insécurité et de peur. Les jeunes du primaire se sont prononcés sur trois sources pouvant générer de telles émotions : la circulation automobile, le vol ou la violence physique, la peur de certains adultes. Au secondaire, les motifs étaient : la circulation automobile, les gangs de rue et le *taxage*, l'intimidation de la part d'autres jeunes.

FAITS SAILLANTS

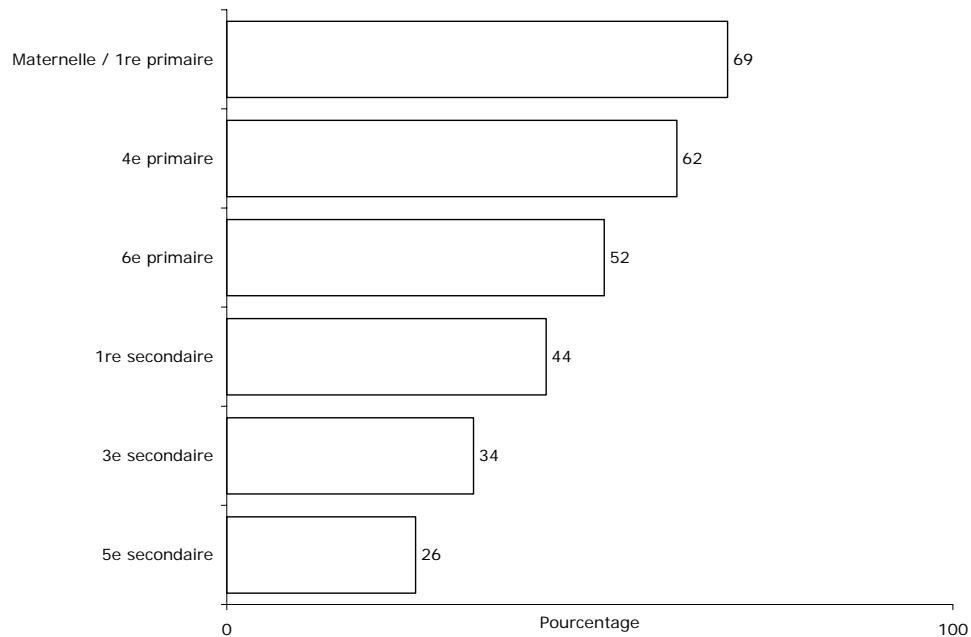
- La route de l'école cause un sentiment de peur chez bien des élèves. Ce sentiment tend à diminuer de façon progressive de la 4^e année du primaire jusqu'à la 5^e du secondaire chez les garçons comme chez les filles. En outre, une plus forte proportion de filles que de garçons de tous les niveaux le ressentent (figure 5).
- Au primaire, ce sentiment tient à la peur de se faire battre ou voler (65 %), à la crainte de certains adultes (40 %) et à celle de se faire frapper par une voiture ou un camion (35 %) (données non présentées).
- Au secondaire, l'intimidation (52 % à 62 %) est le premier motif de crainte, la peur des gangs et du *taxage* (30 % à 54 %) et la circulation automobile (20 % à 27 %) étant les autres sources du sentiment d'insécurité (données non présentées).
- La violence subie à l'école ou sur le chemin de l'école, telle que rapportée par les parents dans le cas des enfants du primaire, concerne une majorité des jeunes à l'école primaire, alors que cette proportion diminue au fur et à mesure de l'avancement au secondaire (figure 6).
- Si 12 % des enfants de 4^e année du primaire disent avoir été victimes de *taxage* depuis le début de l'année, 16 % ont vécu la brimade (figure 7).

Figure 5 Peur ressentie sur le chemin de l'école par les élèves selon le sexe et le niveau scolaire, 2003



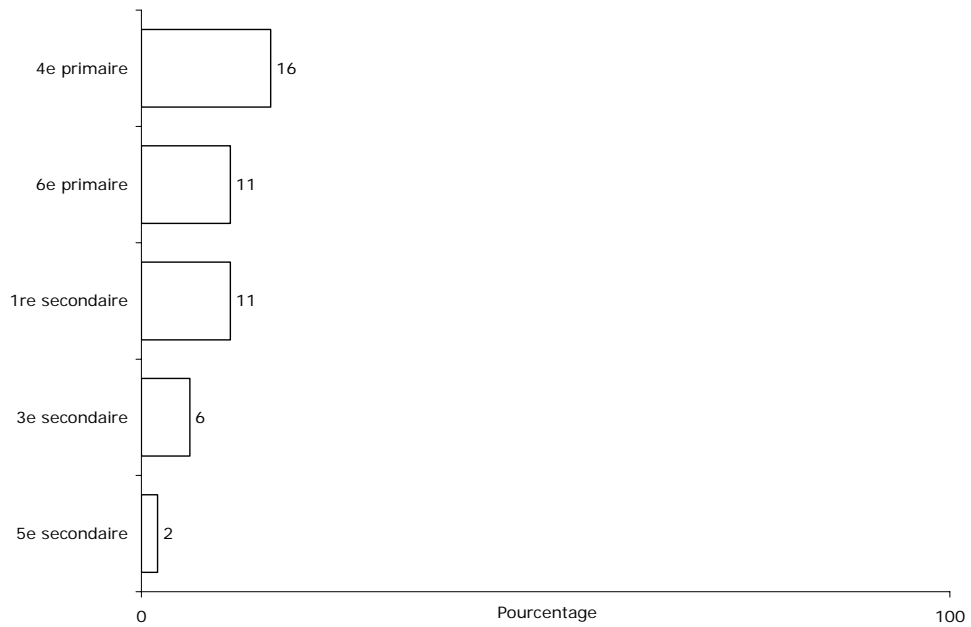
Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

Figure 6 Élèves victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire selon le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

Figure 7 Élèves victimes de brimade à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire selon le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

Source : Ayotte, V., et al. *Objectif jeunes : comprendre, soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, DSP de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

COMPORTEMENTS À RISQUE : LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Liés à l'état de santé mentale, deux types de comportement à risque chez les jeunes retiennent plus particulièrement l'attention : la consommation d'alcool et de drogues.

AU QUÉBEC

Les données sur le Québec proviennent d'une enquête menée par l'ISQ auprès d'élèves du secondaire en 2004.

FAITS SAILLANTS

Entre 2002 et 2004, on observe chez les élèves du secondaire :

- Le maintien de la proportion d'élèves n'ayant pas de problème évident de consommation d'alcool et de drogues, soit un peu plus de quatre élèves sur cinq.
- Une diminution de la proportion de garçons et de filles ayant consommé de l'alcool : de 69 % à 63 %.
- Le maintien de la proportion (43 %) de jeunes ayant pris cinq consommations ou plus d'alcool en une seule occasion au moins une fois au cours d'une année.
- Une augmentation du pourcentage d'élèves (de 65 % à 70 %) ayant consommé de l'alcool de manière excessive, mais le maintien de la proportion de ceux qui l'ont fait à répétition (15 %).
- La régression de la consommation de drogues (de 41 % à 36 %), dont les plus fréquemment consommées sont le cannabis (36 %), les hallucinogènes (11 %) et les amphétamines (10 %).
- L'importance prise par l'*ecstasy* parmi les hallucinogènes.
- Une hausse de la consommation d'amphétamines (8 %), surtout chez les filles (de 7 % à 11 %).

Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?*, [En ligne], 2005, [www.stat.gouv.qc.ca].

À MONTRÉAL

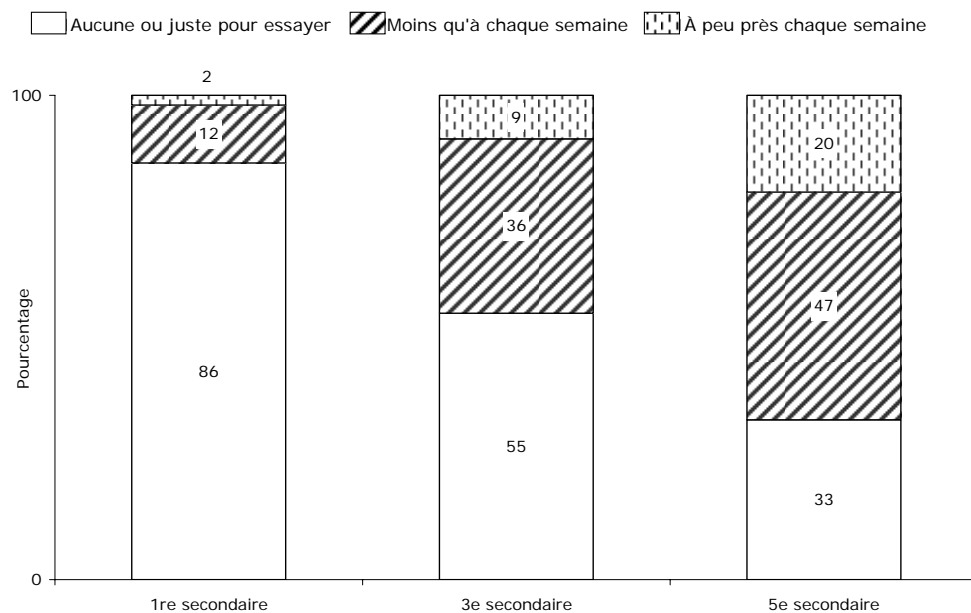
Les données proviennent de l'enquête menée en 2003 dans les écoles de Montréal auprès d'élèves du primaire et du secondaire.

FAITS SAILLANTS

Si la plupart des élèves de Montréal consomment peu ou pas d'alcool, il n'en demeure pas moins qu'une proportion non négligeable en consomme (figure 8). On retient :

- ✦ La précocité de l'âge des premières consommations : un jeune sur cinq en 4^e année du primaire et un sur trois en 6^e année du primaire (données non présentées).
- ✦ L'augmentation de la proportion de jeunes buvant de l'alcool et de la fréquence de consommation au fur et à mesure de l'avancement au secondaire (figure 8).
- ✦ Le nombre plus élevé de garçons que de filles disant consommer de l'alcool au primaire, une différence qui disparaît au secondaire (données non présentées et figure 8).
- ✦ La consommation excessive d'alcool (cinq verres ou plus au cours d'une même occasion), parmi ceux qui déclarent boire habituellement, chez un élève sur trois des 1^{re} et 3^e années du secondaire et chez un élève sur deux de la 5^e année du secondaire (données non présentées).

Figure 8 Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

FAITS SAILLANTS

- ✦ D'après l'enquête menée dans les écoles de Montréal en 2003, la consommation de drogues débute au secondaire alors qu'elle est pratiquement inexistante au primaire. Elle passe de 10 % des jeunes en 1^{re} secondaire à 47 % en 5^e secondaire (données non présentées).
- ✦ La consommation régulière de drogues au cours d'une année était le fait de 5 % des jeunes en 1^{re} secondaire et de 33 % en 5^e secondaire (données non présentées).
- ✦ En 5^e secondaire, 33 % des jeunes disent consommer du cannabis, dont 11 % chaque semaine (données non présentées).

Source : Ayotte, V., et al. *Objectif jeunes : comprendre, soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, DSP de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

PROBLÈME EN ÉMERGENCE : JEU DE HASARD ET D'ARGENT

Au Québec, les données sur les jeux de hasard et d'argent sont recueillies depuis peu puisqu'il s'agit d'un problème dont on a décelé l'émergence chez les jeunes vers la fin des années 90. L'ISQ récolte de telles informations auprès des élèves du secondaire.

En fait, on reconnaît désormais la popularité de ces jeux auprès des enfants et des adolescents. La prévalence de ce type de jeu serait à la hausse chez ceux-ci selon des études menées aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande, en Europe et en Australie. Ainsi, de 4 % à 8 % des adolescents auraient un problème sérieux et de 10 % à 14 % seraient susceptibles d'en développer un.

La question est préoccupante parce que des études indiquent que le jeu compulsif s'installe peu à peu, comme le fait l'alcoolisme.

Pour en savoir plus : www.education.mcgill.ca/gambling

AU QUÉBEC

Les données sur le Québec proviennent d'une enquête menée par l'ISQ auprès d'élèves du secondaire en 2004. Dans l'enquête de l'ISQ, les jeux de hasard et d'argent comprennent les loteries instantanées (26 %), les cartes (23 %), les jeux d'habileté (19 %), les paris sportifs privés (14 %), les jeux de dés et le bingo (13 % chacun).

FAITS SAILLANTS

- La participation à des jeux de hasard et d'argent est le second comportement à risque en importance – après la consommation d'alcool – à avoir été mesuré par l'enquête de l'ISQ.
- L'initiation à ces types de jeux se fait en moyenne à 10,6 ans, soit avant les âges moyens d'initiation à la consommation d'alcool (12,4 ans) et de drogues (13 ans).
- La proportion d'élèves du secondaire s'étant adonnés à des jeux de hasard et d'argent était de 51 % en 2002 et de 45 % en 2004.
- Entre 2002 et 2004, la proportion de joueurs habituels est demeurée inchangée, soit 9 %.
- Il y a eu une augmentation de la proportion de joueurs à risque de 4,8 % en 2002 à 6 % en 2004.
- Il y a eu une augmentation de la proportion des joueurs ayant des problèmes de jeu (joueurs à risque + joueurs pathologiques) de 14 % à 19 % entre les deux années d'observation.

Caractéristiques des élèves ayant un problème de jeu

- Les garçons sont plus touchés que les filles.
- La langue parlée à la maison est plus souvent une autre langue que le français.
- Les non-francophones comprennent une plus forte concentration de joueurs habituels.
- Les élèves vivant dans une famille « autre que biparentale » sont proportionnellement plus touchés.
- Les élèves ayant un emploi à l'extérieur de la maison sont davantage touchés.
- Les élèves recevant une allocation hebdomadaire supérieure à 50 \$ sont aussi proportionnellement plus affectés.

Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?*, [En ligne], 2005, [www.stat.gouv.qc.ca].

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

On entend par comportement suicidaire aussi bien les suicides réussis que les tentatives de suicide et les idées suicidaires. Les comportements suicidaires résultent souvent de stress majeurs et d'événements émotionnellement perturbants. Ils sont aussi étroitement corrélés à la maladie mentale et à la consommation de substances psychotropes.

Le comportement suicidaire devrait retenir plus particulièrement l'attention des intervenants et gestionnaires, et ce, non seulement en raison du choc et du deuil que vivent les proches de ceux qui ont commis un geste irréversible comme le suicide. En effet, bien qu'à cause de leur faible nombre les suicides comptent pour peu de chose dans la mortalité générale, leur poids est lourd quand on tient compte de la perte d'années de vie qu'ils entraînent, surtout chez les jeunes. Il s'agit d'un problème qui a connu une croissance importante à travers le Canada et au Québec au cours des trente dernières années et qui peut pourtant être prévenu. Dans une perspective de santé publique, ce sont autant d'arguments militant en faveur de l'action qui devrait, selon l'OMS, être orientée vers les facteurs environnementaux et les personnes à risque.

Comme nous disposons de peu d'information sur les comportements suicidaires des enfants et des adolescents, le phénomène est situé dans un ensemble plus vaste afin de mieux en saisir la portée.

DANS LE MONDE

Dans les pays développés, le suicide est l'une des premières causes de mortalité chez les jeunes. Selon l'OMS, il y a environ vingt tentatives pour chaque suicide réussi, tous groupes d'âge confondus.

Source : Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, [En ligne], 2001, [<http://www.who.int/whr/2001/fr>].

AU CANADA

On estime le nombre de tentatives de suicide par les taux d'hospitalisation. Pour la période 1998-1999, il en ressort que le nombre de tentatives de suicide était constamment supérieur chez les femmes à celui chez les hommes, sauf chez les 75 ans et plus. Le taux d'hospitalisation le plus élevé (220,8 pour 100 000 habitants) est atteint chez les jeunes femmes ayant entre 15 et 19 ans.

En 2002, selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), les idées suicidaires affectaient 6 % des répondants ayant entre 15 et 24 ans et touchaient plus de femmes (7,3 %) que d'hommes (4,7 %) à ces âges. C'est la catégorie d'âge la plus touchée par ces idéations.

Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport provisoire (premier rapport Kirby) *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, [En ligne], 2004, [<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintnov04-f.htm>].

AU QUÉBEC

L'estimation de la prévalence des tentatives de suicide au Québec s'avère difficile à établir. En dépit des biais inhérents aux enquêtes, elles constituent la principale source d'information à cet effet. Quant aux hospitalisations pour tentatives de suicide, elles permettent difficilement d'en inférer la prévalence. Une faible portion de ceux qui tentent de se suicider se rendent à l'hôpital, soit environ 38 %, peu d'entre eux sont hospitalisés à l'interne et les tentatives sont souvent enregistrées sous d'autres diagnostics comme *troubles psychiatriques* ou *lésions traumatiques et empoisonnement*. D'où une sous-déclaration dont l'ampleur demeure encore aujourd'hui inconnue¹.

Pour ces raisons et compte tenu du fait que le nombre de cas enregistrés dans le fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO) est extrêmement faible, aucune information à cet effet n'est présentée ici.

Par ailleurs, le Québec détient le taux de suicide le plus élevé de toutes les provinces canadiennes. En 1998, on y comptait 21,3 décès par suicide pour 100 000 habitants, tandis que la moyenne canadienne était de 14. En ce domaine, le Québec est proche de la Finlande qui, avec un taux de 22,5 pour 100 000, se classait en 2000 à la tête de 12 pays industrialisés étudiés (dont le Canada) pour cette cause de décès².

1 Houle, J., C. Poulin et L. R. Poirier. *Surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise*, DSP de Montréal, 2006, 73 p.

2 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport provisoire (premier rapport Kirby) *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, [En ligne], 2004, [<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintnov04-f.htm>].

DANS LE CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

Durant la période 1996-2003, il y a eu cinq suicides parmi les jeunes de moins de 20 ans qui résidaient dans le territoire de ce CSSS. Au même moment, Montréal enregistrait 73 cas de suicide chez les jeunes de cette catégorie d'âge.

ADAPTATION SOCIALE

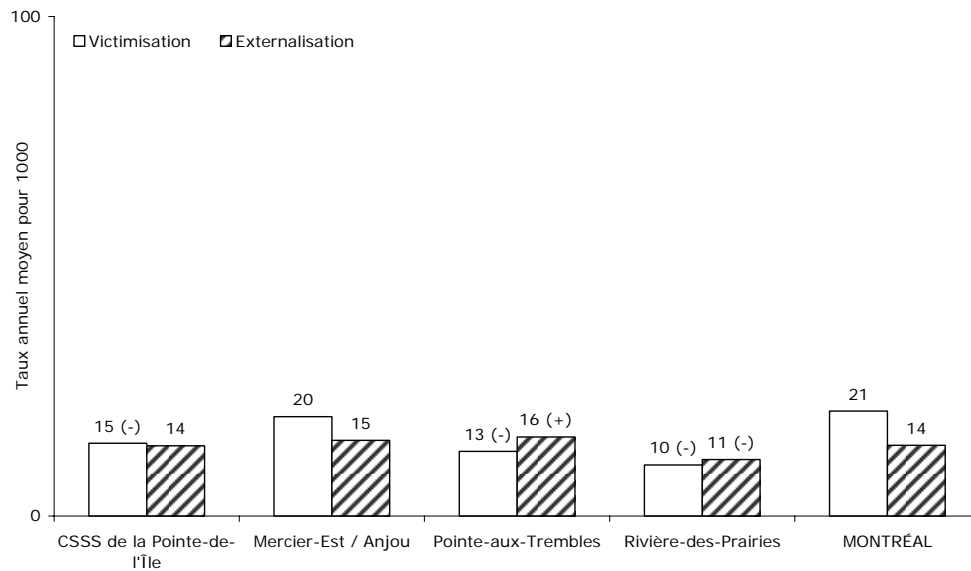
Les difficultés à vivre en société, les malaises individuels, les comportements jugés précoces par notre société, comme la grossesse à l'adolescence, sont autant d'éléments qui captent l'attention de ceux qui s'intéressent au sort des jeunes et à leur bien-être.

DANS LE CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

FAITS SAILLANTS

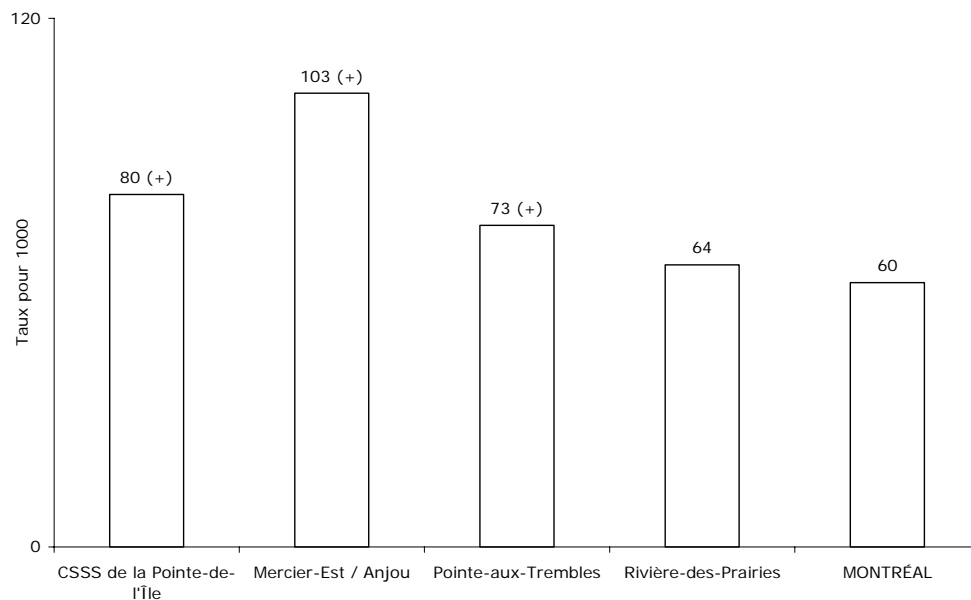
- ✦ Entre les années 1998 et 2004, le CSSS de la Pointe-de-l'Île, présentait un taux plus faible de victimisation (enfants victimes d'abandon, de négligence, d'abus sexuel ou physique) que l'ensemble de Montréal. Pour le taux d'externalisation (enfants ayant des troubles de comportement ou ayant commis un délit), la situation se comparait à celle de la ville mais avec certaines variations par secteur de CLSC. Le taux d'externalisation était ainsi supérieur dans Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, tandis qu'il était inférieur à Rivière-des-Prairies (figure 9).
- ✦ Le taux de délinquance juvénile est plus élevé dans le territoire de ce CSSS qu'à Montréal dans son ensemble. C'est dans Mercier-Est/Anjou que le problème est le plus aigu, suivi de Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est. Le taux de Rivière-des-Prairies est du même ordre que celui de Montréal (figure 10).
- ✦ Le taux de grossesse à l'adolescence est aussi comparable à celui de Montréal, mais avec des différences notables par secteur de CLSC. Rivière-des-Prairies a un taux plus faible, 18 pour 1000, que celui de Montréal, 26 pour 1000, contrairement aux secteurs Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, qui ont des taux respectifs de 31 et 32 pour 1000 (figure 11).

Figure 9 Taux de victimisation et d'externalisation chez les 0-17 ans, CSSS de la Pointe-de-l'Île, Montréal, 1998-2000



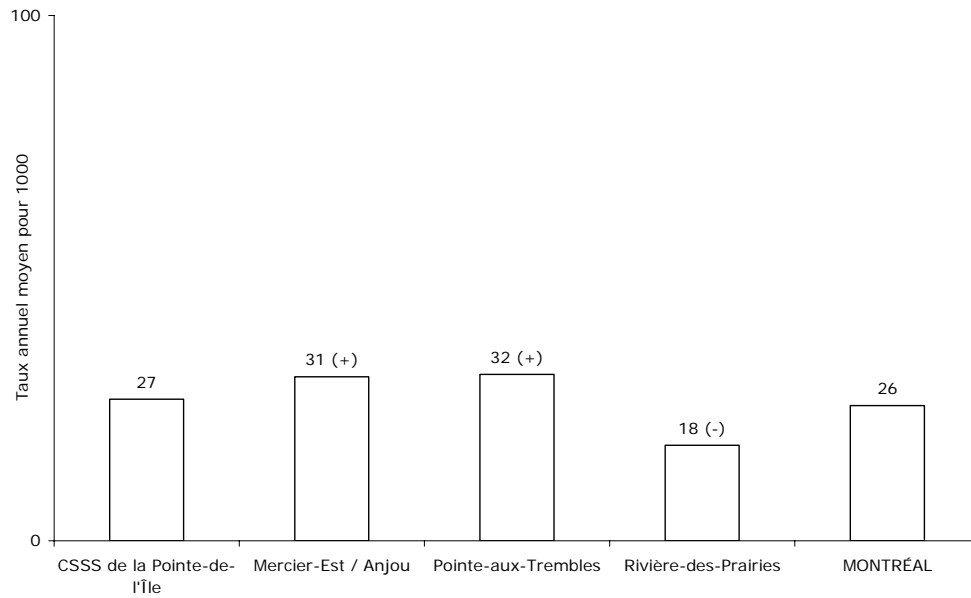
(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
 Source : Centres Jeunesse de Montréal, 1998-2000

Figure 10 Taux de délinquance juvénile, CSSS de la Pointe-de-l'Île, Montréal, 2001



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
 Source : SPVM, compilations spéciales, 2001

Figure 11 Taux de grossesse à l'adolescence, 14-17 ans, CSSS de la Pointe-de-l'Île, Montréal, 1999-2001



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
Source : MSSS, 1999-2001

QUELQUES DÉFINITIONS

Brimade

« Comportement d'agressivité consistant à menacer de détruire les affaires du jeune, tenter de le soudoyer, de l'intimider, de le harceler. »

Source : Ayotte, Y., et al. *Objectif jeunes : comprendre, soutenir*. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise, DSP de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Problèmes de santé mentale

« Les problèmes de santé mentale sont synonymes de capacités réduites — cognitives, émotives, attentionnelles, interpersonnelles, motivationnelles ou comportementales — qui empêchent de jouir de la vie ou nuisent aux interactions de celui ou celle qui en souffre avec la société ou l'entourage. La faible estime de soi, la frustration ou l'irritabilité fréquente, l'épuisement professionnel, le stress et l'inquiétude excessive sont autant d'exemples de problèmes courants de santé mentale. »

Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Rapport provisoire (premier rapport Kirby) Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, [En ligne], 2004, p. 74, [<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintnov04-f.htm>].

Santé mentale

« La santé mentale correspond à la capacité d'un individu d'interagir avec ses pairs et avec l'environnement d'une façon qui lui procure un sentiment de bien-être subjectif, un développement et une utilisation optimale de ses habiletés cognitives, affectives et relationnelles. Définie ainsi, la santé mentale est bien plus que l'absence de maladie mentale. Il s'agit alors de la réalisation du potentiel d'un individu façonné par des facteurs tels le bagage génétique propre, le sexe, la vie familiale, les relations humaines, les réalisations académiques, les opportunités de travail et une variété de déterminants structurels et économiques. »

Source : Conseil médical du Québec. *Avis Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, [En ligne], 2001, p. 21, [http://www.emed.gouv.qc.ca/fr/publications/avis/2001_04_av_fr.pdf].

Troubles mentaux ou maladie mentale

« On qualifie habituellement de troubles mentaux ou maladie mentale les comportements ou les réactions émotionnelles d'une sévérité marquée, auxquels sont associés un certain niveau de détresse, de souffrance (le mal, la mort) ou d'incapacité fonctionnelle (par exemple, à l'école, au travail, dans un contexte social ou familial). »

« Les principaux troubles mentaux comprennent les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychotiques, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité, le trouble déficitaire de l'attention, les troubles de comportement perturbateur, les troubles cognitifs et les troubles liés à une substance psychoactive. »

Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Rapport provisoire (premier rapport Kirby) Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, [En ligne], 2004, pp. 74-75, [<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintnov04-f.htm>].

INDICATEURS

Incidence

Il s'agit du nombre d'événements ou de nouveaux cas d'une maladie survenus à un moment donné dans une population de personnes soumises au risque de subir cet événement ou cette maladie.

Prévalence

Il s'agit de la proportion de personnes qui, dans une population donnée, sont atteintes d'une maladie ou d'un trouble quelconque à un moment donné.

On parle de taux de prévalence sur la vie quand les personnes sont atteintes d'une maladie ou d'un trouble tout au long de leur vie et non à un moment donné.

Taux d'hospitalisation

Un taux d'hospitalisation est le rapport du nombre annuel moyen d'hospitalisations pour un territoire donné, et de la population moyenne de ce même territoire. Au numérateur, une moyenne a été faite sur trois années. Les données ont été tirées du fichier MED-ÉCHO. Ce fichier renferme tous les cas admis dans les hôpitaux de courte durée. Au dénominateur, les estimations de population produites par l'Institut de la Statistique du Québec ont été utilisées.

Taux d'externalisation

Un taux d'externalisation est le rapport du nombre d'enfants ayant des troubles de comportement ou ayant commis un délit pour un territoire donné, et de la population d'enfants du même groupe d'âge de ce territoire. Au numérateur, une moyenne a été faite sur trois années. Les données ont été tirées des fichiers du Centre jeunesse de Montréal et des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.

Taux de victimisation

Un taux de victimisation est le rapport du nombre d'enfants ayant été victimes d'abandon, de négligence, d'abus sexuel ou physique pour un territoire donné, et de la population d'enfants du même groupe d'âge de ce territoire. Au numérateur, une moyenne a été faite sur trois années. Les données ont été tirées des fichiers du Centre jeunesse de Montréal et des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.