

Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*

Chantal Lefebvre, agente de recherche
Unité Connaissance-surveillance



information



formation



recherche



coopération
internationale

MISE EN CONTEXTE

Antoine, Fatima, Guillaume, Youri, Léa... ces enfants nés au Québec sont les miens et les vôtres, ceux que l'on croise du regard ou que l'on prend par la main. Au-delà du brouhaha des bambins qui déambulent dans la rue, les cours d'école, les parcs et, pour les intervenants sociaux et de santé, en CLSC, des questions... beaucoup de questions... Comment, dans l'ensemble, se portent ces tout-petits et ces plus grands? Dans quels milieux vivent-ils? Avec quelles ressources et opportunités? Qu'en est-il de leur état de santé? Et de leurs états d'âme? Nés après 1987, les jeunes vivent une réalité sociale et de santé très différente de celle des générations précédentes. D'abord, d'importants changements sociaux sont survenus au Québec, tant dans le domaine de la famille, de l'économie que de l'éducation. Autant de transformations qui peuvent influencer l'issue de santé des jeunes de 0 à 17 ans. Ensuite, la mortalité infantile est devenue rarissime, touchant moins de 1 % d'entre eux. Dans ce contexte, la santé ne réfère plus à la seule absence de maladies, mais plutôt à un état global de bien-être, lequel inclut les aspects environnementaux et psychosociaux de la vie des individus.

Ce feuillet se veut donc un portrait descriptif des conditions de vie et de santé des jeunes de 0 à 17 ans. Il s'adresse aux intervenants oeuvrant directement auprès des enfants : ceux du milieu de la santé, des services sociaux, du milieu scolaire et du secteur communautaire. Il brosse à grands traits un panorama de l'évolution démographique ainsi que du contexte familial et économique de ce groupe d'âge. Il présente des données spécifiques à certains sous-groupes : 1-4 ans, 5-11 ans et 12-17 ans. Ces cycles de vie correspondent à l'intégration à l'univers familial, puis à l'univers social plus large par la fréquentation de la garderie et de l'école. Ce portrait se termine par un aperçu des mauvais traitements subis par les enfants, des causes de leur séjour à l'hôpital ainsi que de leur décès. Nous espérons ainsi que ce bref portrait vous apporte des informations utiles à la compréhension de la situation sociale et de l'état de santé des jeunes.

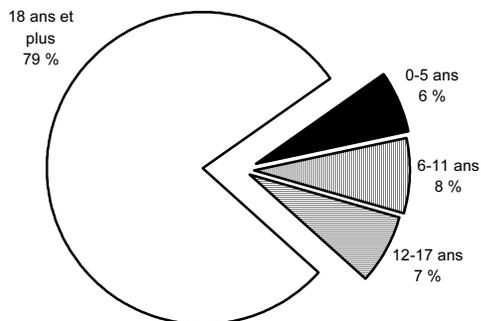
* Ce feuillet d'information se situe dans la foulée du *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*. (INSPQ, 2001). Il vise à présenter les principales données concernant la santé des Québécois, selon les cycles de la vie. La série comporte trois volets : I - Portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus ; II - Portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans et III - Portrait de la santé des hommes de 30 à 64 ans.

LES JEUNES : DE MOINS EN MOINS NOMBREUX

Avec un effectif d'un million et demi de jeunes de 0 à 17 ans, le Québec compte quatre adultes pour un enfant¹ (figure 1). En 2001, les 0-5 ans sont au nombre de 472 000, les 6-11 ans de 570 000 et les 12-17 ans de 540 000. Dans l'ensemble, le groupe des 0-17 ans compte 200 000 individus de moins qu'en 1981 et sa proportion au sein de la population est passée de 27 % à 21 %.

FIGURE 1

Proportion des 0-17 ans au sein de la population du Québec, 2001



Source : Statistique Canada, recensement 2001.

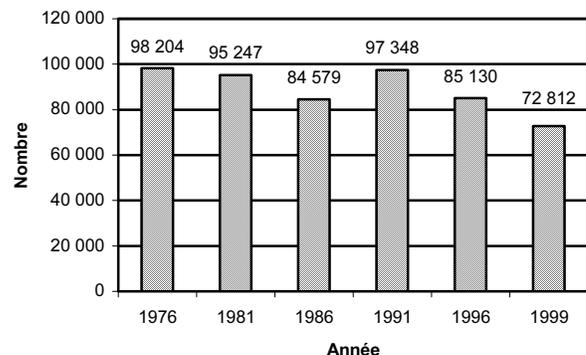
Ce regard porté sur les statistiques confirme que les enfants ne sont pas légion au Québec. Ils ne sont plus que 72 000 environ à avoir vu le jour en 2002, alors que l'on enregistrait plus de 95 000 naissances en

¹ Pour 2003, ce nombre est estimé à 1 553 574 (ISQ, 2000b).

1991 (figure 2). Avec l'un des plus bas taux de natalité au monde - 1,44 enfants par femme en 1998-2000² -, le Québec se situe en deçà de son seuil de reproduction sociale, établi à 2,1 enfants par femme. Les démographes ne sont pas loin de parler d'un déficit démographique. C'est dire qu'une bien grande charge sociale reposera sur la prochaine génération d'adultes québécois.

FIGURE 2

Nombre de naissances vivantes, Québec, 1976-1999



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Horizon culturel des jeunes

Au Québec, le français constitue la langue d'usage de plus de 80 % des 0-17 ans, tant à la maison qu'avec leurs amis (Statistique Canada, recensement 2001). La grande majorité des enfants sont nés ici. Toutefois, une part de plus en plus importante

² Source : Fichier des naissances, ministère de la Santé et des Services sociaux et Service du développement de l'information, version février 2001, ministère de la Santé et des Services sociaux. À noter qu'en 1992-1994, le taux de natalité du Québec se situait à 1,65 et à 1,58 en 1995-1997.

d'entre eux ont une mère née à l'extérieur du pays. En effet, la proportion d'enfants de mères immigrantes est passée de 9 % en 1984 à 16 % en 1999³. Quant à la proportion d'enfants nés à l'extérieur du pays, en 2001 celle-ci représente plus de 3 % des 0-17 ans^{4, 5}. Ces jeunes, nés à l'étranger ou de mères immigrantes, comptent pour plusieurs centaines de milliers parmi les 0-17 ans. Qu'ils soient de 1^{re} ou de 2^e génération d'immigrants, la diversité des références culturelles au sein de ce groupe d'âge est donc bien réelle.

Jeunes dans les régions

Plus de la moitié des 0-17 ans demeure dans quatre régions, soit Montréal, la Montérégie, Québec et les Laurentides. Les jeunes y représentent respectivement 20 %, 23 %, 19 % et 24 % de la population du territoire. Leur répartition dans les autres régions est plutôt inégale. À titre comparatif, dans les régions peu peuplées habitées par les Inuits et les Amérindiens, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances.

⁴ En 2001, Statistique Canada dénombrait 47 670 enfants de 0 à 14 ans ayant un statut d'immigrant, ce qui correspond à 3 % de la population des 0-17 ans en 2001. Cf. Statut d'immigrant et lieu de naissance du répondant (21), sexe (3) et groupes d'âge (7B) pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2001 – Données échantillon (20 %). Ottawa : Statistique Canada, 23 avril 2003. Recensement du Canada de 2001. Numéro 95F0357XCB01004 au catalogue.

⁵ Il faut aussi compter un certain nombre d'adoptions internationales : plus de 7 500 entre 1982 et 1997. Le nombre d'adoptions varie d'une année à l'autre, mais en 1995 et en 1996, il se situait à près de 1 000 (Gouvernement du Québec, 1999 : 7).

Baie-James, l'effectif des 0-17 ans est faible (9 300 individus en 2001). En revanche, ceux-ci constituent près de la moitié de la population, à savoir respectivement 45 % et 39 %⁶ de ces petites communautés⁷.

Faits saillants

- Sur 20 ans, entre 1981 et 2001, la population québécoise des 0-17 ans est passée de 27 % à 21 %.
- Plus de 80 % des 0-17 ans parlent français à la maison.
- La proportion de jeunes de 0 à 17 ans nés de mères immigrantes est passée de 9 % à 16 % entre 1984 et 1999.
- Environ 3 % de la cohorte actuelle des 0-17 ans est née à l'extérieur du pays.
- Montréal, la Montérégie, Québec et les Laurentides regroupent plus de la moitié de la population des 0-17 ans du Québec.
- Les 0-17 ans représentent près de la moitié de la population des régions crie et inuites.

Mais au-delà de leur nombre et de l'ampleur relative du groupe des jeunes au sein de la société québécoise, leur contexte et milieu de vie ainsi que les opportunités leur étant offertes méritent d'être explorées plus à fond.

⁶ La proportion de jeunes est aussi relativement élevée dans le Nord-du-Québec (25 %), les Laurentides (24 %), Lanaudière (24 %) et l'Abitibi-Témiscamingue (24 %). Les douze autres régions, comptant dans leurs rangs de 19 % à 23 % de 0-17 ans, se situent quant à elles dans la moyenne provinciale.

⁷ 22 379 individus en 2001.

LE PORTRAIT SOCIAL

La transformation accélérée des familles, un aspect fondamental de la société québécoise ...

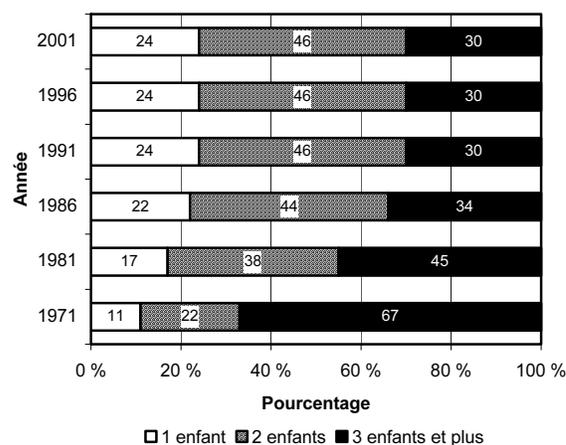
D'abord mentionnons qu'il y avait au Québec plus de deux millions de familles en 2001⁸, une augmentation de 21 % en 20 ans. Ce qui retient toutefois l'attention, c'est la croissance marquée du nombre de familles sans enfant à la maison (54 %), comparativement au nombre de familles avec enfants au domicile (7 %). Cette transformation fort rapide illustre que l'intérêt pour la vie en couple ne s'est pas émoussé bien qu'il y ait eu désinvestissement pour ce qui est de mettre au monde des enfants. De fait, la taille des familles n'a cessé de diminuer depuis 45 ans. Elle est passée de 4,2 personnes par famille en 1951 à 2,9 en 1996 (Gouvernement du Québec, 1999 : 8). Aussi, les fratries⁹ de trois enfants et plus, largement répandues dans l'horizon québécois du début du XX^e siècle ont, depuis les années 1970, cédé la place aux familles de 1 à 2 enfants. En 2001, celles-ci représentent 70 % des familles avec enfants (Site Internet de l'ISQ, mars 2003) (figure 3).

⁸ Nombre d'enfants à la maison (8) et structure de la famille (7A) pour les familles de recensement dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces et les territoires, recensements de 1981 à 2001 – Données échantillons (20 %). Ottawa : Statistique Canada, 22 octobre 2002

⁹ Fratrie : ensemble des frères et sœurs d'une famille.

FIGURE 3

Répartition des familles avec enfants de moins de 25 ans selon la taille de la fratrie, Québec, 1971-2001



Source : Institut de la Statistique du Québec, février 2003, d'après Statistique Canada, Recensements du Canada, tableaux spéciaux.

Le contexte socioaffectif familial et la percée de la famille monoparentale

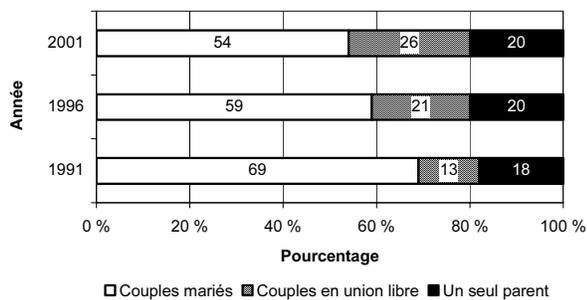
La famille est le premier lieu d'éveil et d'apprentissage des petits, le contexte de vie socioaffectif dans lequel ils se bâtissent comme individu et comme citoyen. Or, il n'y a pas que la taille des familles qui ait diminué, leur configuration et dynamique ont également évolué. Premier constat : 20 % des familles avec enfants sont monoparentales¹⁰. Aussi, bien que la famille fondée par des couples mariés demeure le modèle le plus

¹⁰ Quatre fois sur cinq les familles monoparentales sont dirigées par des femmes et une fois sur cinq par des hommes.

répandu, une progression rapide des familles conçues par des couples en union libre est observée (figure 4).

FIGURE 4

Répartition des familles avec enfants de moins de 18 ans selon leur statut, Québec, 1991, 1996, 2001



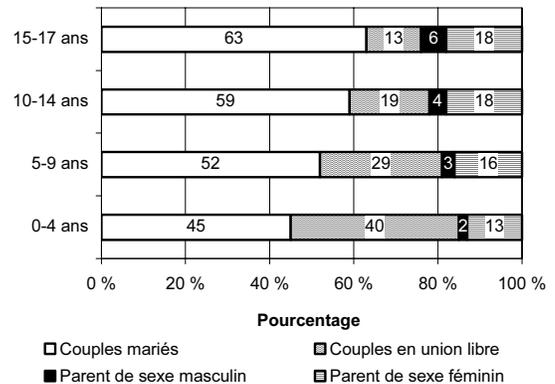
Source : Éco-Santé Québec 2002.

Statistique Canada, recensement 2001.

Cette tendance est surtout visible dans la réalité familiale des tout-petits (0-4 ans), puisqu'ils sont deux sur cinq dans ce groupe d'âge dont les parents sont conjoints de fait. Comme l'illustre la figure 5, cette proportion est passablement moins marquée chez les enfants plus âgés. Notons par ailleurs que la proportion des familles monoparentales augmente avec l'âge des enfants. Ce fait révèle en quelque sorte la durée de vie limitée d'une proportion élevée de couples.

FIGURE 5

Répartition du statut des familles selon l'âge des enfants, Québec, 2001



Source : Statistique Canada, recensement 2001.

À ces nouveaux phénomènes sociaux, il faut ajouter la place que prennent de plus en plus les familles recomposées, c'est-à-dire formées de deux parents ayant eu des enfants d'une précédente union. Parmi les familles composées de deux parents, il est estimé qu'environ 9 % sont des familles recomposées. Ces familles auraient en moyenne 1,85 enfants mais dans une forte proportion (7 cas sur 10), les conjoints n'ont pas d'enfants communs (Gouvernement du Québec, 1999 : 8). Soulignons par ailleurs que chaque année au Québec environ 3 700 enfants naissent de mères de moins de 20 ans¹¹.

¹¹ Source : Direction générale des services à la population, ministère de la Santé et des Services sociaux, 24 octobre 2003.

Faits saillants

- En 15 ans, entre 1981 et 1996, le nombre de familles a augmenté de 17 %.
- Le nombre de couples s'accroît plus vite que le nombre de familles avec enfants.
- En 2001, 70 % des fratries sont composées de 1 à 2 enfants.
- En 2001, 80 % des enfants de 0-17 ans vivent avec deux parents.
- La proportion de familles monoparentales atteint 20 % en 2001, c'est-à-dire une famille sur cinq.
- Pour la moitié des 0-4 ans qui vivent avec leur deux parents, ceux-ci sont en union libre.
- Chaque année, environ 3 700 enfants naissent de mères ayant moins de 20 ans.

CONDITIONS DE VIE ÉCONOMIQUE, SOCIALE ET CULTURELLE ET SANTÉ DES ENFANTS

En 1997, le Québec comptait 287 000 enfants de moins de 18 ans (17,5 %) vivant dans une famille ayant un faible revenu. Le faible revenu est particulièrement préoccupant chez les enfants, car il s'accompagne pour eux, entre autres, d'une probabilité plus élevée de vivre dans une famille dysfonctionnelle ou dans un quartier défavorisé, d'avoir des problèmes de santé, d'avoir des difficultés d'apprentissage et d'insertion sociale, comparativement aux enfants des familles plus favorisées. En conséquence, le faible revenu fait obstacle au développement du plein potentiel des enfants et réduit leurs chances de réussir dans leur vie (Ross et Roberts, 1999 in Mayer et Morin, 2000 : 51).

De fait, une récente étude québécoise, réalisée dans le cadre de l'*Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)*, démontre que les enfants provenant d'une famille vivant au bas de l'échelle sociale quant à la scolarité, au revenu ou à la profession des parents présentent une plus forte probabilité que les autres d'avoir séjourné à l'hôpital, d'être perçus par leur mère comme n'ayant pas une très bonne santé et d'avoir des infections respiratoires (Paquet et Hamel, 2003)¹².

En 1997, les enfants de moins de 18 ans étaient plus susceptibles que les autres personnes dans les familles de connaître une situation de faible revenu. Près de 10 % d'entre eux se trouvaient à cette période dans des familles dont le revenu familial représente moins de 75 % du seuil de faible revenu (Mayer et Morin, 2000 : 61). Les familles monoparentales dirigées par une femme étaient les plus à risque de connaître une situation de faible revenu grave. Elles étaient également, dans une proportion nettement plus élevée que les autres familles, fortement concentrées autour du seuil de faible revenu (Mayer et Morin, 2000 : 64).

Pour éviter d'être stigmatisées, les personnes peu nanties se privent souvent de recourir aux services offerts auxquels ils ont droit. Ainsi, le manque de ressources s'accompagne souvent d'un sentiment d'inadéquation ou de honte, ce qui peut entraîner l'isolement social, soit un faible réseau d'entraide et

¹² Les chercheurs dégagent également quatre facteurs de protection : l'allaitement, le soutien des grands-parents, une mère en très bonne santé et la fréquentation d'une garderie.

de solidarité. Dans ce contexte, outre les parents, les enfants souffrent en silence, sans voix au chapitre et bien souvent héritent eux-mêmes de cette pauvreté, non seulement matérielle mais aussi sociale et culturelle.

Mais la pauvreté, si elle constitue le lot d'un nombre important de familles, est une condition de vie qui peut être modifiée. Entre la part individuelle de responsabilité et la part collective dont celle provenant de l'État et visant à redistribuer la richesse, plusieurs types de solutions concertées devraient être mises en place ou consolidées. Les mesures d'aide ponctuelles (aide alimentaire, vestimentaire, locative, etc.), expression de la solidarité de la communauté, doivent être renforcées et soutenues par des lois visant à réduire la pauvreté et donc ses effets néfastes sur la santé.

LES NOURRISSONS ET LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Perspectives de santé

Si la plupart des bébés québécois naissent en bonne santé et peuvent espérer vivre jusqu'à 81 ans pour les femmes et à 76 ans pour les hommes, les enfants de milieux défavorisés sont plus susceptibles de naître avec un capital de santé déjà hypothéqué. À cet égard, rappelons que l'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont des phénomènes plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Au Québec, la proportion de naissances de faible poids s'est stabilisée depuis 1990 autour de 6 %. Et depuis 1990, une hausse à peu près constante de la

prématurité, laquelle se rapproche des 8 % en 1998-2000, est observée (INSPQ, 2001 : 24) (tableau 1). Dans ces deux cas, la réalité québécoise se compare à celle du Canada. En outre, Santé Canada rend compte de certaines des raisons proposées pour expliquer l'augmentation du taux de prématurité au Canada : changement de la fréquence et de l'âge gestationnel des grossesses multiples, augmentation des interventions obstétricales, enregistrement plus complet des naissances extrêmement prématurées (20 à 27 semaines) et utilisation accrue de techniques échographiques pour l'estimation de l'âge gestationnel (Site Web de Santé Canada).

Par ailleurs, depuis 1990, la proportion de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine a diminué de façon continue pour atteindre 8 % en 1998 (INSPQ, 2001 : 24).

TABLEAU 1

Proportion (%) de naissances de faible poids et prématurées, Québec, 1970 à 2000

	1970	1975	1980	1992-1994	1995-1997	1998-2000
Naissances de faible poids ¹³	9,3	7,9	6,5	5,8	5,9	5,7
Naissances prématurées	n/d	6,2 ¹⁴	5,7	6,8	7,2	7,7

Source : Fichier des naissances, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Site Web, ministère de la Santé et des Services sociaux.

¹³ En 1992-1994, 0,83 % de naissances de très faible poids, 0,9 % en 1995-1997 et 0,92 % en 1998-2000 étaient dénombrées.

¹⁴ Donnée de 1976.

Certains chercheurs sont d'avis que les interventions sociosanitaires auprès des populations vulnérables ne pourront à elles seules réduire les taux de prématurité et de bébés de petits poids. Compte tenu que la pauvreté socioéconomique chronique affecte la santé des mères bien avant la conception, ils indiquent que la réduction des inégalités constitue un enjeu de santé publique et qu'il faut œuvrer à mettre en place des politiques publiques allant dans le sens de l'atteinte de cet objectif (Boyer et al, 2001).

Faits saillants

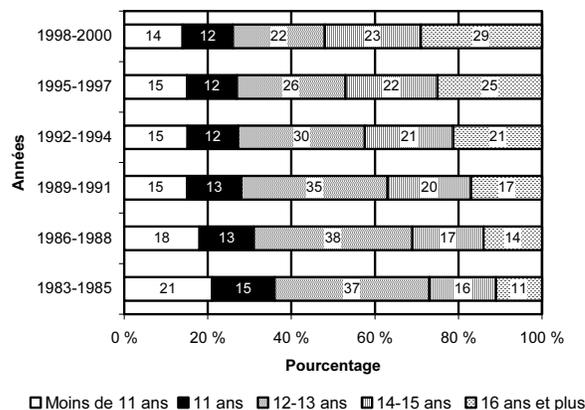
- En 1997, 287 000 enfants vivaient dans une famille à faible revenu.
- La proportion de naissances de faible poids s'est stabilisée au Québec depuis 1990 autour de 6 %.
- On note une hausse à peu près constante depuis 1990 du taux de naissances prématurées, qui se rapproche de 8 % en 1998.

Des parents et surtout des mères plus scolarisés

Avec la mise en place d'un système d'éducation public et universel dans les années 1960, le niveau de scolarité de la population du Québec s'est progressivement amélioré. Ce phénomène touche autant les femmes que les hommes. Dans cette foulée, la proportion de nouveau-nés de mères ayant 14 ans et plus de scolarité est passée pratiquement du simple au double sur environ 20 ans, à savoir de 27 % en 1983-1985 à 52 % en 1998-2000 (figure 6). Il s'agit d'une condition nettement favorable à la santé et au bien-être des tout-petits.

FIGURE 6

Répartition des naissances selon la scolarité de la mère, Québec, 1983 à 2000



Source : Fichier des naissances, ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'ENTRÉE DANS UN NOUVEL UNIVERS SOCIAL DES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE, LES 1-4 ANS

Avec cette nouvelle réalité où fréquemment les deux parents sont actifs sur le marché du travail, bon nombre de tout-petits évoluent désormais dans un second milieu de vie : la garderie. Les Centres de la petite enfance (CPE) et les services de garde privés jouent ainsi un rôle fondamental puisqu'ils prennent le relais des parents à un moment déterminant du développement des enfants.

Depuis la mise en place du réseau des Centres de la petite enfance en 1997, l'offre de services de garde s'est accrue de 78 % (tableau 2). Sur les 471 721 enfants de 0-5 ans recensés au Québec en 2001, 142 000 fréquentaient un CPE ou une garderie

(MEF, 2001), c'est-à-dire 30 %. Comme en témoignent les listes d'attente et la rapidité avec laquelle les places disponibles sont comblées, l'offre demeure néanmoins en deçà de la demande.

TABLEAU 2

Nombre de places disponibles en services de garde, Québec 1997-2002 et taux d'accroissement du nombre de places disponibles, Québec 1997-1998 / 2001-2002

Année	Places en CPE		Places en garderie	Total services
	Installation	Milieu familial		
1997-1998	36 606	21 761	23 935	82 302
2001-2002	58 525	62 193	25 882	146 600
acc. n	21 919	40 432	1 947	64 298
acc. %	60 %	186 %	8 %	78 %

Source : Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
(Site Web : http://www.mfe.gouv.qc.ca/serv_garde/statistiques/index.asp)

Parmi les enfants qui fréquentent ces services de garde :

- 9 % ont moins de 1 an
- 14 % ont 1 an
- 21 % ont 2 ans
- 26 % ont 3 ans
- 28 % ont 4 ans
- 2 % ont 5 ans et plus

Source : Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille.

À l'heure des bilans, soulignons que le programme éducatif préconisé¹⁵ n'est toutefois pas implanté avec une qualité équivalente dans tous les milieux. En effet, une évaluation de la qualité des services, réalisée entre 1997 et 2003 dans 1 188 milieux de garde, montre que seulement le quart des services sont classés dans les catégories « bon » ou « excellent ». Les trois quarts des services ont donc été jugés inférieurs à « bon », dont 15 % qualifiés « inadéquats ». Parmi les services classés « bon » ou « excellent », les services offerts par le réseau public des CPE, en installation ou en milieu familial, sont presque trois fois plus représentés que les services de garde privés. Les résultats de l'étude indiquent aussi que plus l'enfant provient d'une famille à statut socioéconomique élevé, plus il a de chances de bénéficier d'un service « bon » ou « excellent ». Par contre, près de 40 % des enfants qui reçoivent des services clairement inadéquats proviennent des familles les plus défavorisées, contrairement à 15 % issus de familles plus favorisées (Tremblay et al., 2003). Aussi, compte tenu que la fréquentation d'une garderie constitue un ingrédient actif du développement des enfants et qu'il s'agit, de surcroît, d'un facteur de protection pour les enfants de milieux défavorisés, la qualité et l'accessibilité devraient être les premières considérations guidant le développement des services de garde.

¹⁵ Les CPE prônent une approche pédagogique et éducative, un milieu de vie stimulant où se développer de façon harmonieuse et optimale. Dans son principe, le programme en est un « d'intervention précoce dont l'objectif est de favoriser l'égalité des chances des enfants ainsi que la prévention des difficultés d'apprentissage et le développement des habiletés nécessaires pour entrer à l'école » (Ministère de la Famille et de l'Enfance, s.d.) (in INSPQ, 2001 : 25).

UNE DOUBLE RÉALITÉ QUOTIDIENNE, ÉCOLE-SERVICE DE GARDE POUR LES ENFANTS DE 5-11 ANS FRÉQUENTANT L'ÉCOLE PRIMAIRE

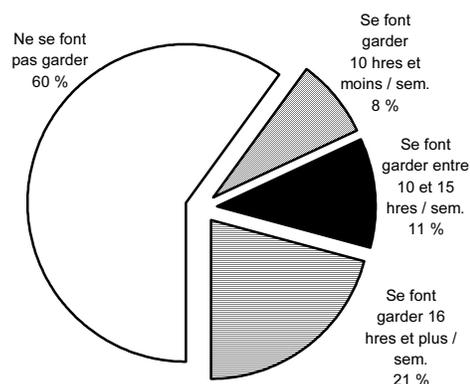
Avec l'entrée à l'école, bon nombre d'enfants fréquentent au quotidien l'école et son service de garde. Rappelons que la maternelle à temps plein est implantée depuis 1997 et que les services de garde en milieu scolaire ont commencé à être réglementés dans les années 1980. Leur mise en place correspond à l'époque de la décroissance du nombre d'enfants par famille. Un nouveau milieu et un nouveau mode de vie compensent ainsi au Québec l'absence d'un grand frère ou d'une grande sœur pour accueillir les plus jeunes après l'école. Ces ajustements du milieu scolaire viennent en bonne partie répondre aux besoins des parents, depuis que les mères sont plus nombreuses à occuper un travail rémunéré.

En ce qui concerne la situation sociale et de santé des jeunes du primaire, l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*, produite en 1999 par l'Institut de la statistique du Québec, fournit plusieurs résultats intéressants. Notamment, il y est mis en évidence que beaucoup de parents d'enfants et d'adolescents ont un horaire assez chargé. Plus de la moitié des enfants et adolescents ont un ou des parents qui travaillent en moyenne 40 heures et plus par semaine. Pour les autres, la moyenne des heures travaillées par le ou les parents varie de 30 à 39 heures (ISQ, 2002a : 89). De plus, les résultats de l'enquête indiquent qu'environ 40 % des enfants de 9 ans se font garder. Près de la moitié de ces enfants se font garder 10 heures et moins par semaine, un

peu plus du quart entre 11 et 15 heures, alors qu'environ un sur cinq se fait garder 16 heures et plus par semaine (ISQ, 2002a : 96) (figure 7). Outre le temps passé en milieu scolaire, les enfants de 9 ans consacrent plus ou moins une demi-heure par jour aux leçons et devoirs (ISQ, 2002a : 123). Notons enfin qu'en 1999, 12 % des élèves du primaire sont handicapés ou en difficulté (Éco-Santé Québec, 2002).

FIGURE 7

Proportion des enfants de 9 ans qui se font garder selon le nombre d'heures, Québec, 1999



Source : Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999.

Milieu de vie

La grande majorité des parents d'enfants de 9 à 16 ans estiment qu'ils vivent dans un quartier calme et tranquille. Environ 85 % d'entre eux disent avoir accès dans leur quartier à suffisamment de parcs, de terrains de jeux et d'espaces verts aux alentours. Près de 80 % des parents jugent avoir suffisamment

de services et environ 75 % observent de l'entraide entre voisins. Malgré cette appréciation plutôt favorable des quartiers, entre 20 % et 28 % des parents des jeunes de 9 à 16 ans y jugent la circulation automobile dangereuse. Plus le revenu des familles est élevé, plus elles reconnaissent de caractéristiques positives à leur quartier. Environ 15 % des parents indiquent la présence de groupes de jeunes causant des problèmes et relèvent qu'il y a de la criminalité dans leur quartier (ISQ, 2002a : 147). En outre, 22 % des enfants de 9 ans rapportent ressentir quelquefois ou souvent de l'insécurité sur le chemin de l'école¹⁶. Faut-il s'en étonner quand les deux tiers des enfants de 9 ans déclarent avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire ? L'enquête permet également d'estimer qu'à l'âge de 9 ans, un enfant sur 10 a été victime de taxage depuis le début de l'année scolaire¹⁷ (ISQ, 2002a : 465).

En ce qui concerne les jeunes du primaire, il faut souligner leur précocité actuelle. Avec la puberté qui survient maintenant de plus en plus tôt, leurs habitudes de vie sont, à plusieurs égards, calquées sur celles des plus grands : premières cigarettes, premiers baisers, premiers émois amoureux. C'est aussi à cet âge qu'ils commencent à se préoccuper de leur corps. D'après les chercheurs, il y a actuellement un double problème à l'égard du poids chez les jeunes. D'un côté, sur une période de près de 20 ans, l'obésité chez les jeunes est marquée par

¹⁶ Cette proportion chute à 9 % chez les adolescents de 13 ans et à 5 % chez ceux de 16 ans (ISQ, 2002a : 141).

¹⁷ La victimisation à l'école diminue cependant avec l'âge et les victimes de taxage sont plus nombreuses en proportion chez les 9 ans que chez les plus vieux (ISQ, 2002a : 465).

une tendance à la hausse, soit de 7 % à 10 %, selon le sexe, pour les enfants de 9 ans (ISQ, 2002a : 332)¹⁸. Cette tendance, en soi, s'avère préoccupante. D'un autre côté, alors que 80 % des jeunes de 9 ans présentent un poids normal, 45 % d'entre eux se montrent insatisfaits de leur image corporelle¹⁹ et la même proportion adopte des comportements pour gagner ou perdre du poids, bref à le modifier (ISQ, 2002a : 332). Cet aspect de la santé des jeunes mérite d'ailleurs qu'on s'y penche (ISQ, 2002a). En effet, les comportements de modification du poids, tel sauter des repas, jeûner ou encore commencer ou recommencer à fumer, traduisent un rapport malsain à la nourriture, guidé par la peur d'engraisser plutôt que par la préoccupation de s'alimenter en vue de soutenir son apport énergétique et sa vitalité. Il peut s'ensuivre un régime alimentaire déséquilibré et inadéquat, ayant éventuellement des effets délétères sur la santé. Ce malaise à l'égard du poids semble relié à la faible estime de soi et pourrait constituer l'un des effets pervers des actions visant à contrer le

¹⁸ Cette tendance à la hausse est observée en comparant dans le temps l'indice de masse corporelle (IMC). En fait, il n'existe pas actuellement de mesure universelle du poids des enfants. Ceux-ci étant en pleine croissance, la difficulté est d'établir des paramètres stables et objectifs pour définir l'excès de poids et l'obésité chez ces derniers. L'IMC peut ici s'avérer une base valide de comparaison, quoique ne reposant que sur un seul item de référence. En 1999, l'obésité a toutefois été appréhendée pour le Québec à partir d'une définition plus complexe et méthodologiquement plus solide, intégrant une mesure additionnelle des plis cutanés. Dans ce contexte, la proportion des jeunes qui peuvent être considérés obèses au Québec est actuellement de 4 % chez les 9 ans et de 3 % chez les 13 et 16 ans (ISQ, 2002a). Cette mesure pourra dorénavant être utilisée comme point de référence au Québec.

¹⁹ Cette proportion est d'environ 60 % chez ceux de 13 et 16 ans.

phénomène, par ailleurs bien réel, de la tendance à la hausse de l'obésité. En ce sens, disent les chercheurs, il doit nous interpeller comme société. Les médias, mais également les parents et les autres adultes, doivent opérer un recadrage de leur discours entourant l'aspect physique et les critères de beauté pour permettre aux jeunes d'être « bien dans leur tête, bien dans leur peau », à toutes les étapes de leur développement.

Faits saillants

- 40 % des jeunes de 9 ans se font garder.
- Plus de 10 % des élèves du primaire sont handicapés ou en difficulté.
- 10 % des enfants de 9 ans sont victimes de taxage.
- L'obésité est marquée par une tendance à la hausse de 7 % à 10 % chez les enfants de 9 ans.
- 80 % des jeunes de 9 ans présentent un poids normal.
- 45 % des enfants de 9 ans sont insatisfaits de leur image corporelle et adoptent des comportements visant à modifier leur poids.

LES JEUNES DE 12-17 ANS ET L'ÉCOLE SECONDAIRE

L'entrée à l'école secondaire correspond à une période fortement marquée par la recherche identitaire et l'appartenance à un groupe de pairs. Les habitudes de vie et les comportements adoptés sont le reflet à la fois de l'héritage parental et des normes reconnues dans les groupes d'appartenance. Pour les jeunes d'aujourd'hui, traverser la période de l'adolescence pose des défis inédits compte tenu des mutations sociales et des changements de valeurs s'étant opérés au Québec aux cours des dernières

décennies. Plusieurs rituels ayant été évacués dans la foulée de la sécularisation de la vie quotidienne et des institutions, la voie scolaire, le sport et le travail rémunéré figurent comme des pôles importants d'enrôlement et de participation des jeunes.

Des jeunes au travail

La combinaison études-travail est le lot d'environ 25 % des jeunes de 13 ans. Ce phénomène s'accroît avec l'âge et touche plus de la moitié (54 %) des jeunes de 16 ans. Les filles et garçons travaillent dans des proportions semblables à tout âge (ISQ, 2002a : 71). Le nombre d'heures travaillées augmente avec l'âge. Ces jeunes travaillent pour se payer les choses dont ils ont envie, prendre de l'expérience sur le marché du travail et pour faire des économies pour plus tard (ISQ, 2002a : 71).

Des jeunes à l'école

C'est à l'adolescence, en raison des différents intérêts ayant été développés et des opportunités et contextes rencontrés, que se tracent la plupart des chemins de vie, dont la poursuite ou le retrait de la voie scolaire. Aussi, il faut considérer qu'en 1999, près de 20 % des élèves du secondaire sont handicapés ou en difficulté (Éco-Santé Québec, 2002), ce qui malheureusement peut entraver leur réussite ou leur persévérance. Bien qu'en 1998-1999, 17 % des élèves du secondaire – tous âges confondus – quittent l'école sans avoir obtenu leur diplôme (INSPQ, 2001 : 40), on observe plutôt une amélioration de la situation en ce qui a trait au taux

de décrochage scolaire. Ainsi, à 17 ans, ce taux est passé de 26 % en 1979 à 10 % en 2001²⁰ (tableau 3).

TABLEAU 3

Taux de décrochage scolaire chez les jeunes de 17 ans, selon le sexe (en %), Québec, 1979 à 2001

	1979	1989	1994	1999	2000	2001
Total	26	19	11	10	11	10
Garçons	28	21	12	13	14	12
Filles	25	16	9	7	9	7

Source : Site Web du ministère de l'Éducation du Québec.

Les habitudes de vie

La cigarette, la consommation d'alcool et de cannabis de même que la pratique des jeux de hasard font partie des habitudes de vie des jeunes du secondaire. De telles habitudes, prises si tôt dans la vie, risquent davantage de persister à l'âge adulte. Aussi, l'évolution de ces pratiques est-elle à suivre de près. En 2002, bonne nouvelle, un déclin du tabagisme chez les jeunes²¹ est observé. En effet, lors d'une étude réalisée cette même année, seulement 23 % des élèves du secondaire ont déclaré avoir fumé une cigarette dans les jours précédant l'enquête, comparativement à 30 % en 1998 et à 29 % en 2000. Cette baisse du tabagisme s'observe surtout chez les élèves des trois premières années du secondaire, ce

²⁰ Le taux de décrochage scolaire se définit comme étant la proportion de la population qui ne fréquente pas l'école et qui n'a pas obtenu de diplôme secondaire à un âge donné (Fiche 2.6 : Le décrochage scolaire, Site Web du ministère de l'Éducation).

²¹ Depuis 1998, l'usage du tabac chez les jeunes fait l'objet d'un suivi systématique réalisé tous les deux ans par l'Institut de la statistique du Québec, par le biais de l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire.

qui incite à penser qu'il y a une diminution de l'attrait de la cigarette chez les plus jeunes. La diminution de l'usage de la cigarette est observée tant chez les filles que chez les garçons, mais les filles continuent de fumer davantage que les garçons (Perron et Loiselle, 2003).

Pour ce qui est de la consommation d'alcool, une étude conduite en 2000²² indique que près des trois quarts des élèves du secondaire ont révélé avoir consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête. La moitié des élèves ayant déclaré avoir consommé de l'alcool ont un profil de consommateur occasionnel, mais 20 % d'entre eux seraient des consommateurs réguliers, puisqu'ils ont déclaré en consommer chaque semaine (ISQ, 2002c). De plus, 22 % ont mentionné avoir excédé cinq consommations à la même occasion au moins cinq fois durant l'année, ce qui est considéré comme un comportement excessif répétitif de consommation d'alcool.

Au chapitre de la consommation de drogues, cette même enquête indique que 42 % des élèves du secondaire en ont consommé dans les 12 mois précédant l'étude. Au total, 20 % des élèves en ont consommé sur une base hebdomadaire, tandis que 22 % en ont consommé sur une base occasionnelle. Les drogues les plus populaires sont le cannabis (marijuana, haschisch) et les hallucinogènes (LSD, PCP, mescaline, champignon, acide, ecstasy, etc.) : respectivement 41 % et 16 % des élèves ont déclaré

²² Institut de la statistique du Québec (2002b). L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Québec : Gouvernement du Québec, 95 p.

avoir consommé ces deux types de drogues dans l'année précédant l'enquête (ISQ, 2002c).

↪ Jeux de hasard et d'argent

Quant à la pratique de jeux de hasard et d'argent, ce phénomène en progression dans la société québécoise touche de près les adolescents dans les écoles. En effet, de récents résultats de recherche (Chevalier et Deguire, 2003), publiés dans *Jeux de hasard et d'argent : portrait de la situation en 2002* par l'ISQ, révèlent que 51 % des élèves du secondaire ont déclaré avoir parié au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 8 % jouent régulièrement, soit au moins une fois par semaine à au moins un jeu de hasard. La participation aux jeux de hasard et d'argent passe de 39 % en secondaire I à 62 % en secondaire V.

D'après les données de l'ISQ, les jeunes participent davantage aux jeux étatisés²³, comme les loteries instantanées plutôt qu'aux jeux privés, tels les paris sur les parties de hockey. Ces résultats confirment l'importance accordée par les jeunes à ces activités. Or, le jeu, lorsqu'il devient problématique ou pathologique, a des conséquences néfastes sur la vie des individus. Mais ceux-ci ne sont pas les seuls en cause, puisque l'offre de ces activités va croissant. Il faut d'ailleurs se questionner sur le rôle du gouvernement, de l'entourage et des parents puisque 31 % des élèves ont reçu des billets de loteries en cadeau au cours des 12 mois précédant l'enquête.

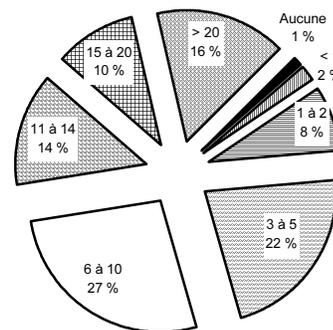
²³ C'est-à-dire aux loteries gérées par Loto-Québec, telles la 6/49 ou les gratteux, qui en principe sont interdits aux mineurs.

↪ Activités physiques et sédentaires

D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, 71 % des 12-19 ans pratiquent une activité physique d'au moins une quinzaine de minutes 3 fois ou plus par semaine. Cependant pour près de 30 % de ce groupe d'âge, l'activité physique d'au moins un quart d'heure se pratique 2 fois par semaine ou moins (ESCC, 2000-2001). En contrepartie, certaines activités sédentaires, comme l'ordinateur, la télévision, les jeux vidéo et la lecture, mobilisent les jeunes de façon très inégale. Les figures 8 à 11 présentent le portrait de ces activités.

FIGURE 8

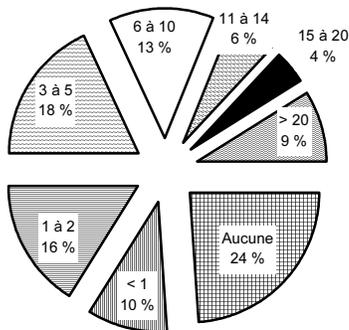
Nombre d'heures par semaine passées à regarder la télévision (et vidéos) chez les 12-19 ans, Québec, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

FIGURE 9

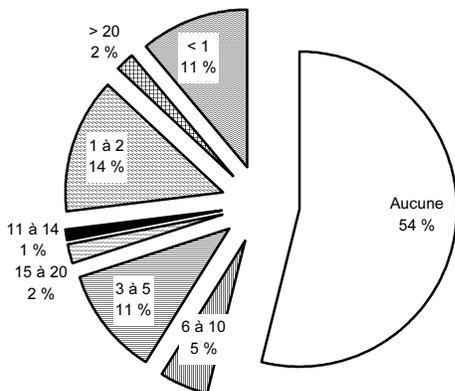
Nombre d'heures par semaine passées à l'ordinateur chez les 12-19 ans, Québec, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

FIGURE 10

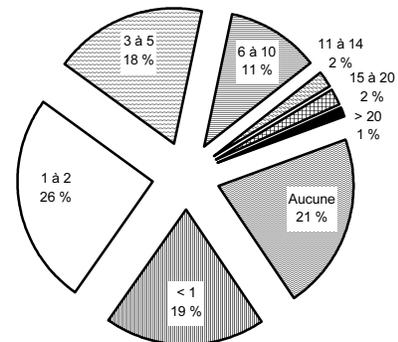
Nombre d'heures par semaine passées à jouer à des jeux vidéo chez les 12-19 ans, Québec, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

FIGURE 11

Nombre d'heures par semaine passées à lire chez les 12-19 ans, Québec, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Problèmes de santé

Plus de la moitié des jeunes de 12 à 19 ans n'ont aucun problème de santé chronique. Près du tiers présentent un seul problème tandis que 15 % des jeunes en ont deux ou trois. Les principaux problèmes sont les allergies autres qu'alimentaires (rhume des foins, allergies cutanées), qui comptent pour 30 % des cas, l'asthme (28 % des cas²⁴), les maux de dos (5 % des cas) et les allergies alimentaires (5 % des cas) (ESCC, 2000-2001).

Santé mentale des adolescents

Chez les adolescents, l'estime de soi, c'est-à-dire le respect et la valeur qu'un jeune s'accorde à lui-même, est associée aux problèmes de santé mentale comme la dépression, les idées suicidaires et les

²⁴ Plus précisément 13 % l'asthme, 9 % la prise de médicaments associés à l'asthme et 6 % la crise d'asthme.

troubles de comportement (Ayotte, 1996 ; Harter 1993 in ISQ, 2002a : 434). À cet égard, l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* indique que les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à présenter un niveau élevé d'estime de soi, tant à 13 ans (26 % c. 15 %) qu'à 16 ans (37 % c. 25 %) (ISQ, 2002a : 437) (tableau 4).

TABLEAU 4

Niveau d'estime de soi des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999

	13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%			
Faible	17	28	16	27
Moyen	58	57	48	48
Élevé	26	15	37	25

Source : Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Institut de la statistique du Québec, tableau 19.2 : 437.

La proportion d'adolescents présentant un niveau élevé de détresse psychologique est d'environ 22 % et 19 % chez les jeunes de 13 et 16 ans respectivement et s'avère plus élevée chez les filles que chez les garçons (ISQ, 2002a : 438). Le niveau de détresse psychologique est associé au niveau d'estime de soi. Parmi ceux qui ont une estime de soi élevée, seuls 2 % présentent un indice élevé de détresse psychologique. Tandis que ceux dont l'estime de soi est faible sont 46 % à en présenter un (ISQ, 2002a : 439). Les adolescentes présentent plus d'idées suicidaires que les garçons : 10 % des filles et 4 % des garçons de 13 ans en déclarent, ainsi que 12 % des filles et 8 % des garçons de 16 ans (ISQ,

2002a : 491)²⁵. L'enquête indique par ailleurs qu'un peu moins de 30 % des adolescents présentant un niveau élevé de détresse psychologique ont consulté un professionnel de la santé pour leurs symptômes, dans l'année précédant l'enquête (ISQ, 2002a : 439).

Violence dans les relations amoureuses

La violence s'immisce tôt dans les relations amoureuses. Chez les filles, 21 % de celles de 13 ans et 34 % de celles de 16 ans ont subi de la violence psychologique de la part de leur amoureux, au cours des 12 mois précédant l'enquête (ISQ, 2002a : 475). De plus, 15 % des filles de 13 ans et 20 % des filles de 16 ans ont subi de la violence physique. Il est estimé que 11 % des garçons de 13 ans et 19 % des garçons de 16 ans ont infligé de la violence psychologique aux filles qu'ils ont fréquentées. Une proportion de 10 % des garçons de 16 ans disent avoir infligé de la violence physique. Cette proportion chez les 13 ans, plus imprécise, serait de 9 % (ISQ, 2002a : 477). Les comportements d'agression montrés par les garçons seraient associés au fait d'avoir été témoin de violence entre adultes à la maison ou d'avoir eu des problèmes de comportement (ISQ, 2002a : 479). D'ailleurs, près du tiers des jeunes de 9, 13 et 16 ans ont été exposés à des situations de violence domestique entre adultes (ISQ, 2002a : 465).

²⁵ L'enquête rapporte que les idées suicidaires sérieuses apparaissent très tôt puisqu'à 9 ans un enfant sur douze en a eu au cours d'une période de 12 mois (ISQ, 2002a : 491).

Les mères adolescentes

Entre 1996 et 1998, 2 % des adolescentes de 14 à 17 ans (environ 3 731) sont devenues enceintes. Parmi celles-ci, 1 069 ont mené leur grossesse à terme, tandis que 2 565 ont choisi de l'interrompre volontairement (69 %) et que 175 ont fait une fausse couche. Il y a environ 1 000 naissances de mères de moins de 18 ans au Québec chaque année²⁶. Mais il serait facile de croire qu'à ces âges, les grossesses sont en majorité non désirées puisque chez ces jeunes Québécoises, près de trois interruptions volontaires de grossesse (IVG) pour chaque naissance sont dénombrées (INSPQ, 2001 : 25). Pour beaucoup de jeunes filles cependant la maternité peut représenter l'occasion d'accéder à une forme d'autonomie. Toutefois, lorsque la maternité survient à un si jeune âge, les jeunes ont encore besoin d'être soutenues afin de développer les ressources suffisantes pour se donner des perspectives de vie intéressantes.

Faits saillants

- Moins de tabagisme chez les élèves du secondaire en 2002 qu'en 2000 et 1998.
- 25 % des jeunes de 13 ans et 54 % de ceux de 16 ans combinent travail et études.
- 18 % des élèves du secondaire sont handicapés ou en difficulté.
- Le taux de décrochage scolaire est inférieur à 10 % chez les 17 ans.
- En 2000, près des trois quarts des élèves du secondaire ont déclaré avoir pris de l'alcool.

²⁶ Le nombre total de naissances de mères de moins de 18 ans a peu fluctué depuis 10 ans (Gouvernement du Québec, 1999 : 7).

- En 2000, 42 % des élèves du secondaire ont déclaré avoir pris de la drogue.
- En 2002, la moitié des élèves du secondaire ont participé à des jeux de hasard et d'argent.
- En 1999, près du tiers des jeunes de 9, 13 et 16 ans ont été exposés à des situations de violence domestique entre adultes.

MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

S'il y a toujours eu des enfants maltraités²⁷, l'ampleur des mauvais traitements est maintenant mieux documentée. Ainsi, une étude conduite en 1998²⁸ indique qu'en trois mois, près de 10 000 signalements ont été logés dans 16 des 19 Centres jeunesse du Québec²⁹, par des intervenants du milieu scolaire, de la police, des Centres jeunesse, des garderies, des centres hospitaliers, des CLSC, des organismes communautaires, par des médecins ou encore par des personnes de la parenté.

²⁷ Le gouvernement québécois intervient depuis 1979 pour prendre en charge les cas les plus graves, c'est-à-dire les enfants dont la santé ou le développement sont compromis en raison des sévices qu'ils subissent dans leur milieu (négligence, abus physiques, mauvais traitements psychologiques, abus sexuels).

²⁸ Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement signalées à la Direction de la protection de la jeunesse (ÉIQ).

²⁹ Le plus souvent, les enfants sont signalés pour négligence (13 sur 1 000) et pour troubles de comportement sérieux (11 sur 1 000). Viennent ensuite l'abus physique (4,8 sur 1 000), les mauvais traitements psychologiques (4,5 sur 1 000), l'abus sexuel (3,0 sur 1 000) et l'abandon (1 sur 1 000).

Parmi l'ensemble de ces signalements, la moitié n'a pas été retenue³⁰, mais l'autre moitié, environ 4 934 cas, a fait l'objet d'une enquête. Parmi les cas évalués, 1 046 (21 %) ont été classés comme étant non fondés, 1 426 (29 %) ont été classés comme étant fondés mais ne compromettant pas la sécurité ou le bien-être des enfants, tandis que 2 314 (47 %) ont été retenus comme étant fondés et compromettant la sécurité ou le bien-être de l'enfant. De ce nombre, 648 cas se sont vus attribuer la priorité d'intervention « immédiate ».

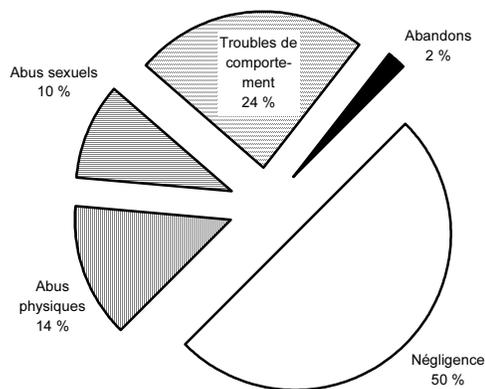
Considérant ces données, établies pour trois mois, il est permis d'estimer que près de 39 000 enfants font, chaque année, l'objet d'un signalement. Parmi ceux-ci, 9 200 seraient jugés fondés et feraient l'objet d'une prise en charge par les Centres jeunesse, dont près de 2 600 de façon urgente. Les données du ministère de la Santé et des Services sociaux en protection de la jeunesse indiquent par ailleurs que la moitié des signalements retenus en 2001-2002 ont trait à des problèmes de négligence, 14 % à des problèmes d'abus physique, 10 % à des abus sexuels, 24 % à des troubles de comportement et 2 % à des abandons (DGSP, MSSS, 2003) (figure 12).

Dans 80 % des cas signalés et retenus en 2001-2002, les situations de négligence et d'abus physique touchent les enfants de moins de 12 ans, tandis que 85 % des cas de troubles de comportement concernent des adolescents.

³⁰ Pour être retenu, un signalement doit faire l'objet d'un cas considéré par la Loi sur la Protection de la jeunesse. Un signalement non retenu ne signifie pas pour autant qu'il s'agit d'une situation sans problème. Et les intervenants documentent par ailleurs ces situations.

FIGURE 12

Répartition des signalements retenus selon la problématique, Québec 2001-2002



Source : Direction générale des services à la population, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2003.

Ces données font ainsi piètre figure au chapitre du bilan social. Car qu'en est-il de l'avenir de ces jeunes qui, enfants, vivent des difficultés telles qu'ils ont besoin pour s'en sortir de l'appui et de l'aide extérieure à leur milieu de vie naturel ? Sont-ils prédestinés à errer de service en service sans trouver de lieu propice à leur plein épanouissement ? Si les efforts réalisés pour remédier à ces situations dramatiques avant qu'elles ne deviennent hautement problématiques ne peuvent qu'être salués, il demeure qu'il faut se rallier à cette vision selon laquelle il importe d'intervenir auprès des familles en difficulté avant que les problèmes ne surviennent et ne se cristallisent. Mais, à ce chapitre, les efforts à consentir sont colossaux et nécessitent, pour renverser la vapeur, une volonté collective et politique hors du commun.

MOTIFS DES SÉJOURS À L'HÔPITAL DES 1-17 ANS

Entre 1991-1993 et 1999-2001, le nombre d'hospitalisations chez les 1-17 ans a diminué de 14 %^{31, 32}. Cette réduction touche autant les filles que les garçons, mais ceux-ci continuent d'être plus nombreux que les filles à être hospitalisés. En 1999-2001, les problèmes respiratoires, notamment les affections reliées aux amygdales et l'asthme, constituent la plus fréquente cause d'hospitalisation chez ce groupe d'âge. Seule exception : les garçons âgés de 12-17 ans sont surtout hospitalisés en raison de lésions, de traumatismes et d'empoisonnements. Malgré le recul global des hospitalisations chez les 12-17 ans, signalons que le nombre d'hospitalisations dues aux troubles mentaux s'est accru de 62 % chez les 5-11 ans et de 69 % chez les 12-17 ans, entre 1991-1993 et 1999-2001. Ce constat soulève des questions : les jeunes présentent-ils réellement plus de problèmes de santé mentale qu'auparavant ? D'autres facteurs, tels l'amélioration des connaissances, l'affinement des diagnostics, le dépistage plus précoce des troubles mentaux, le recours plus fréquent à l'hospitalisation pour un même enfant au lieu d'un séjour prolongé, viennent-ils expliquer cette hausse ? En fait, avec l'augmentation observée de la détresse psychologique chez les jeunes, tout porte à croire qu'il s'agit d'une combinaison de ces différents éléments. L'augmentation pure et simple des troubles mentaux parmi ce groupe d'âge ne peut être exclue.

³¹ Il est passé de 331 867 à 285 457.

³² Diminution de 14 % chez les 1-4 ans, de 6 % chez les 5-11 ans et de 23 % chez les 12-17 ans.

Faits saillants

- Diminution globale de 14 % des hospitalisations chez les 1-17 ans.
- Augmentation des hospitalisations associées aux troubles mentaux : de 62 % chez les 5-11 ans et de 69 % chez les 12-17 ans.

LE DÉCÈS DE NOS JEUNES

Au cours des 20 dernières années³³, les décès chez les 0-17 ans ont diminué de près de la moitié (45 % chez les 0-4 ans, 50 % chez les 5-11 ans et 33 % chez les 12-17 ans)³⁴. Il y a de quoi se réjouir de toutes ces jeunes vies sauvées. Si les enfants meurent moins, les principales causes de décès demeurent cependant les mêmes pour les 0-11 ans, soit les anomalies congénitales chez les 0-4 ans (30 % des décès) et les accidents de circulation associés aux véhicules moteurs (23 % des décès) chez les 5-11. Pour les 12-17 ans, la diminution de 50 % des décès associés aux accidents de la route de même qu'une augmentation du nombre de décès par suicide a fait en sorte que ce dernier est devenu la première cause de décès chez les jeunes d'âge scolaire secondaire. Alors que les suicides ne comptaient que pour 15 % des décès dans ce groupe d'âge en 1982-1984, 33 % des décès leur sont attribuables en 1997-1999. Bien que dans l'ensemble, le suicide touche plus les garçons que les filles, la hausse du nombre de cas

³³ Période de référence : 1982-1984 et 1997-1999, Fichier de décès, ministère de la Santé et des Services sociaux.

³⁴ Diminution de 43 % pour les 0-17 ans.

provient davantage des filles³⁵. Si le suicide a toujours existé, sa progression relativement rapide - d'ailleurs dans tous les groupes d'âge - au Québec est préoccupante. Mais surtout, cette tragédie de l'humain qui se sent sans issue frappe durement l'adolescent à la croisée des chemins, entre l'enfance et le monde adulte, en période de recherche identitaire. Il nous interpelle comme parents, comme adultes et comme société.

Faits saillants

- Diminution de 50 % des décès associés aux accidents de la route chez les 12-17 ans entre 1982-1984 et 1997-1999.
- Augmentation du nombre de suicides chez les 12-17 ans : en 1997-1999, le tiers des décès dans ce groupe d'âge lui sont attribuables, comparativement à 15 % en 1982-1984.
- L'augmentation des suicides chez les jeunes entre 1982-1984 et 1997-1999 est davantage le fait des filles que des garçons.

CONCLUSION

La mortalité en bas âge ayant connu un recul considérable au cours des dernières décennies, la plupart des enfants québécois sont appelés à grandir et à se développer, à prendre leur place dans la société. Bien qu'une petite proportion d'enfants naissent avec des conditions de santé fragilisantes (anomalies congénitales, poids insuffisant, préma-

³⁵ Sur un total de 40 cas de suicide chez les 12-17 ans en 1982-1984, on relève 13 % de filles, alors que sur un total de 60 cas en 97-99, le tiers (33 %) sont des filles (Fichier de décès, ministère de la Santé et des Services sociaux et Service du développement de l'information, version février 2001, ministère de la Santé et des Services sociaux).

turité, etc.), la plupart des enfants québécois se portent bien. Au Québec, la santé publique a fait des gains considérables, permettant à plusieurs égards le recul de la maladie et de la mort et l'amélioration des conditions de santé de la population. Ce sont les aspects psychosociaux et l'intégration sociale qui retiennent l'attention, puisque les signalements fondés d'enfants négligés et abusés sont importants, que les hospitalisations pour troubles mentaux s'accroissent tant chez les 5-11 ans que chez les 12-17 ans et que le suicide compte pour le tiers des décès au sein de ce dernier groupe d'âge. Pour grandir et se développer en santé, pour devenir des adultes responsables et éclairés, les enfants ont besoin d'être accompagnés d'adultes bienveillants pouvant les rassurer quant à leurs capacités, leur potentiel et leur unicité. Ils ont besoin aussi d'avoir une place et un rôle social à jouer et de se situer dans le monde de façon utile et cohérente. En ce sens, *Un Québec fou de ses enfants* serait sans nul doute un Québec qui prend le temps d'être avec ses enfants, de vivre avec eux les grands et les petits moments de la vie et qui, au quotidien, donne à leur conscience en émergence un sens à la grande aventure humaine. Pour ce faire, les adultes ont eux-mêmes besoin d'évoluer dans une société qui leur offre des conditions de vie leur permettant de consacrer du temps de qualité aux jeunes générations, pour que tourne ainsi la grande roue, non pas de la misère et de la détresse psychologique, mais du sens de la vie, de la santé et du bien-être individuel tout autant que collectif.

JALONS ENTOURANT LA PRÉOCCUPATION DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC À L'ÉGARD DES JEUNES

- | | |
|---|--|
| <p>1961 Prolongation de la fréquentation scolaire jusqu'à l'âge de 15 ans.</p> <p>1964 Démocratisation de l'éducation et mise en place d'un système de prêts et bourses.</p> <p>1967 Création des collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP).</p> <p>1970</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commission Castonguay-Nepveu. • Grand constat : un taux de mortalité infantile au Québec parmi les plus élevés au Canada. <p>1973 Première politique québécoise de périnatalité.</p> <p>1975 Mise en place des cours prénataux, offerts par les Départements de santé communautaire (DSC), puis par les CLSC.</p> <p>1977 Adoption de la Loi sur la protection de la jeunesse du Québec.</p> <p>1979 Adoption de la Loi 77 qui régleme la mise en place de services de garde en milieu scolaire.</p> <p>1982 La note de passage est haussée à 60 % à l'école.</p> <p>1983 Le recul de la mortalité infantile est constaté : de 10 % au début des années 1930, elle se situe à moins de 1 % (Levasseur, 1983 : 3).</p> <p>1984 Adoption de la Loi sur les jeunes contrevenants.</p> <p>1988 Mise sur pied du Conseil permanent de la jeunesse.</p> <p>1988 Adoption de la Loi 107 qui remplace la Loi sur l'instruction publique. L'âge de la fréquentation scolaire obligatoire est porté à 16 ans.</p> <p>1989 Premier programme intégré de services périnataux (qui deviendra <i>Naître Égaux – Grandir en santé</i>).</p> | <p>1991 Publication du rapport <i>Un Québec fou de ses enfants</i> par Camil Bouchard et ses collaborateurs.</p> <p>1992 Politique de la santé et du bien-être.</p> <p>1993 Mise sur pied de l'Association des centres jeunesse du Québec.</p> <p>1993 Deuxième politique de périnatalité.</p> <p>1995 Mise sur pied de la Commission des droits de la personne et de la Jeunesse par la fusion de la Commission des droits de la personne et de la Commission de protection des droits de la jeunesse.</p> <p>1995-
1996 Tenue des États généraux sur l'éducation.</p> <p>1997</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création du ministère de la Famille et de l'Enfance. • Dissolution de l'Office des services de garde à l'enfance (OSGE). • Mise sur pied de services de garde axés sur le développement et le bien-être de l'enfant ; universalité de services à contribution réduite pour les parents. • Amorce de la réforme du système d'éducation du Québec. • Ouverture des maternelles cinq ans à temps plein. • Priorités nationales de santé publique 1997-2002. <p>2000</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la réforme de l'éducation au préscolaire et au premier cycle du primaire. • Sommet du Québec et de la jeunesse. • Création du Secrétariat à la jeunesse. <p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politique québécoise de la jeunesse. • Nomination d'un ministre responsable de la Jeunesse, du Tourisme, du Loisir et du Sport. <p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan d'action jeunesse 2002-2005 : La jeunesse au cœur du Québec du gouvernement du Québec. • Mise sur pied de l'Observatoire Jeunes et Société par l'Institut national de la recherche scientifique – Urbanisation, Culture et Société, financé par le Secrétariat à la jeunesse. <p>2003 Programme national de santé publique 2003-2012.</p> |
|---|--|

BIBLIOGRAPHIE

- Bouchard Camil, Groupe d'experts pour les jeunes en difficultés, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Un Québec fou de ses enfants : rapport du Groupe de travail pour les jeunes (rapport Bouchard)*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p.
- Boyer G., Brodeur J.-M. et al. (2001b). *Naître Égale Grandir en santé. Des résultats pour poursuivre le chantier*. Rapport synthèse. Montréal : Direction de la santé publique, 4 p.
- Chevalier, S., et A.-E. Deguire (août 2003). « Jeux de hasard et d'argent. Portrait de la situation en 2002 », *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002* (résultats sommaires). Québec : Institut de la statistique du Québec, 4 p.
- Després-Poirier, M. et Dupuis, P. (1999). *Le système d'éducation au Québec. 3^e édition*. Montréal : Gaétan-Morin Éditeur, 317 p.
- Fichier de décès, ministère de la Santé et des Services sociaux et Service du développement de l'information, version février 2001, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Fichier de microdonnées à grande diffusion, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.1* (2000-2001), Statistique Canada.
- Fichier des naissances, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (2002). *Éco-Santé Québec 2002, CD-ROM. Données statistiques pour l'analyse du système de santé du Québec et de ses 18 régions sociosanitaires*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec, Conseil de la Famille et de l'Enfance, ministère de la Famille et de l'Enfance et le Bureau de la statistique du Québec (1999). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec, 206 p.
- Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (2003). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*. Montréal : Association pour la santé publique du Québec, 23 p. et annexe.
- Hamel, D. (2001). *Enquête sur l'évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 271 p. et annexes.
- Institut de la statistique du Québec (2000a). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Gouvernement du Québec, 642 p. et annexes.
- Institut de la statistique du Québec (2000b). *CD-ROM. Perspectives démographiques du Québec 1996-2041*. Édition 2000.
- Institut de la statistique du Québec (2002a). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : Gouvernement du Québec, 497 p. et annexes.
- Institut de la statistique du Québec (2002b). *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ?* Québec : Gouvernement du Québec, 95 p.
- Institut de la statistique du Québec (2002c). « L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? ». *Faits saillants*, 4 p.
- Institut de la statistique du Québec (2002d). « L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? » *Communiqué de presse*, 2 p.
- Institut national de santé publique du Québec (2001). *Le portrait de santé - Le Québec et ses régions*. Édition 2001. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 432 p.
- Levasseur, M. (1983). *Des problèmes prioritaires. La maladie selon les âges de la vie*. Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, 189 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (24 octobre 2003). « 1^{er} colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents. Initiatives gouvernementales pour contrer la maltraitance chez les enfants et les adolescents et aider les familles en difficulté ». *Communiqué*, 5 p.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2003). « Fiche 2.6 : Le décrochage scolaire au secondaire », *Indicateurs de l'éducation*. Fiches en format pdf, édition 2003. En ligne. Consulté en septembre 2003. < <http://www.meq.gouv.qc.ca/stat/indic03/indic03F/if03206.pdf> >.

Paquet, G. et D. Hamel (2003). *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection. Faits saillants*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 15 p.

Perron, B. et J. Loiselle (mai 2003). « La cigarette. Évolution de l'usage et autres tendances depuis 1998 », *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002* (résultats sommaires). Québec : Institut de la statistique du Québec, 4 p.

Recensement de la population, 1996, Statistique Canada.

Recensement de la population, 2001, Statistique Canada.

Tourigny, M. Mayer, M. et Wright, J. (2002). « Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement signalées à la Direction de la protection de la jeunesse (ÉIQ) ». Résumé présenté sur Internet par le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants. En ligne. Consulté en nombre 2003. < http://www.cccw-cepb.ca/DocsFra/EIQSummary_f.pdf >

Tremblay, R., Japel, C. et Côté, S. (2003). « Première étude exhaustive sur la qualité des services de garde : Les petits Québécois sont-ils bien gardés ? ». *Le Devoir*, 10 septembre 2003. Adaptation d'un mémoire présenté aux consultations particulières et auditions publiques de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi no. 8.

Site Web de l'Institut de la statistique du Québec.

Site Web de Santé Canada.

Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Site Web du ministère de l'Éducation du Québec.

UN PORTRAIT DE LA SANTÉ DES JEUNES QUÉBÉCOIS DE 0 À 17 ANS

Auteure

Chantal Lefebvre, Institut national de santé publique du Québec

Sous la coordination de

Danielle St-Laurent, Institut national de santé publique du Québec

Mise en page

Line Mailloux, Institut national de santé publique du Québec

Avec la collaboration de

Jean-Pierre Courteau, Direction de santé publique de l'Outaouais

Josée Bourdages, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Jean Beauchemin, Direction de santé publique de Montréal-Centre

Serge Chevalier, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Daigneault, Université de Montréal

Michèle Dupont, Institut national de santé publique du Québec

Marc Ferland, Institut national de santé publique du Québec

Jean Gratton, Institut national de santé publique du Québec

Christa Japel, Université du Québec à Montréal

Lyne Mongeau, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Montreuil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Ginette Paquet, Institut national de santé publique du Québec

Mireille Perreault, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Emmanuelle Raynal, Institut national de santé publique du Québec

Julie Trudel, Institut national de santé publique du Québec

Ce document a été réalisé pour la Table de concertation nationale en surveillance, grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

**UN PORTRAIT DE LA SANTÉ DES JEUNES
QUÉBÉCOIS DE 0 À 17 ANS**

Auteure :

Chantal Lefebvre, agente de recherche
Unité Connaissance-surveillance
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote : INSPQ-2004-001

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-550-41959-6

© Institut national de santé publique du Québec (2004)



• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux