



Chapitre

6

Les pratiques de santé personnelles

Aperçu

Les pratiques de santé personnelles, telles que l'usage de tabac, d'alcool et de drogues, une saine alimentation, l'activité physique et les pratiques sexuelles, ont un effet considérable sur la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes. Les blessures involontaires — reliées aux collisions, aux chutes, aux mésaventures aquatiques et aux incendies — sont considérées comme la plus grande cause de décès chez les enfants et les jeunes.

Il est de toute évidence que les expériences vécues au cours de la petite enfance influencent l'adoption de pratiques saines tout au long de l'enfance et plus tard dans la vie. Les enfants ayant un poids suffisant à la naissance et les jeunes enfants qui bénéficient de soins de qualité, d'une bonne alimentation et d'abondantes occasions de stimulation sont plus enclins à avoir des comportements favorisant la santé au cours de leur vie. De même, les enfants qui développent de grandes habiletés d'adaptation, des compétences et de l'estime de soi ont tendance à adopter des comportements favorables à la santé.

Les pratiques de santé personnelles exercent une influence sur la santé des enfants. Un poids insuffisant à la naissance, qui augmente le risque de présenter certains problèmes de santé et des handicaps, peut être associé à des comportements maternels indésirables au cours de la grossesse, dont une alimentation déficiente, le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues.

Les pratiques de santé s'apprennent dans le contexte familial, la communauté et la société au tout début de la vie et se continuent à travers la période de transition à partir de l'école primaire et de la puberté jusqu'à l'école secondaire et le marché du travail. L'imitation des comportements des parents tels que l'usage du tabac et l'activité physique peut influencer leurs enfants à adopter ces comportements. Les valeurs et les attitudes de la société ont une incidence sur les comportements et les choix de santé, tout comme en a le soutien social et émotif venant de la famille, des amis et de la communauté.



Rapport avec le développement sain des enfants

Les expériences en bas âge sont déterminantes.

Dans le développement de l'enfant, deux des périodes critiques surviennent pendant la grossesse et l'adolescence. Les comportements à risque au cours de ces périodes peuvent avoir un effet négatif sur le développement. Par exemple, au cours de la période prénatale, les comportements à risque de la mère tels que l'usage du tabac ou la consommation d'alcool peuvent entraîner des effets nocifs sur le fœtus comme un faible poids à la naissance ou une naissance prématurée. Les années de l'adolescence se révèlent une autre période critique, période durant laquelle les jeunes grandissent rapidement et deviennent de plus en plus indépendants. À ce stade de développement, les adolescents peuvent subir d'énormes pressions pour s'engager dans des activités et des comportements qui pourraient entraîner de graves répercussions susceptibles de persister (par exemple, des relations sexuelles non protégées, l'usage d'alcool et de drogues). Lors de ces deux périodes, de tels défis sont influencés par le sens des valeurs de la personne, le savoir et les attentes sociétales.

En franchissant ces différentes étapes de développement, de la conception à l'âge adulte, les fœtus, les enfants et les jeunes peuvent avoir à affronter bien des défis et à faire face à des situations qui comportent des risques. En plus de protéger les enfants des dangers éventuels, les parents (et la société) doivent les guider à travers toutes ces pressions, en leur donnant les compétences, le savoir et la confiance pour relever ces défis de manière responsable et fructueuse (Guy, 1997, p. 50).

L'état de santé et le comportement des femmes enceintes peuvent avoir un effet important sur la santé, le bien-être et le développement à long terme de leurs enfants. Il arrive également, dans des cas extrêmes, que l'état de santé ou le comportement de la femme peut engendrer de graves problèmes chez l'enfant, comme un poids insuffisant à la naissance, des anomalies neurologiques ou des retards de croissance (Santé Canada, 1996a, p. 4).

Les bébés dont le poids à la naissance est insuffisant courent un risque élevé de maladie et de décès. En fait, un poids insuffisant à la naissance est le déterminant dans 15 % des cas de décès des nouveau-nés, et ceux qui survivent risquent plus d'avoir des problèmes de santé et des handicaps (ICSI, 1994, p. 21 et 27).

L'allaitement maternel est une protection pour la santé des enfants.

L'allaitement maternel est largement reconnu comme la meilleure façon de nourrir les enfants en bas âge. L'allaitement maternel nourrit l'enfant non seulement physiquement mais aussi émotionnellement, en plus de lui fournir tous les avantages immunologiques qui améliorent la croissance et le développement de l'enfant. Il existe de fortes preuves que les enfants allaités au sein sont mieux protégés contre les infections respiratoires et intestinales et les infections des oreilles (Association canadienne des diététistes, 1998). L'allaitement maternel peut également protéger contre le syndrome de mort subite du nourrisson (Santé Canada, 1999a, p. 2).



Il est important que le rôle parental s'exerce de façon positive.

La stimulation précoce et une éducation positive sont essentielles au développement sain de l'enfant. De nouvelles preuves révèlent que le développement du cerveau avant l'âge de un an est plus rapide et plus critique qu'on ne le pensait auparavant. De plus, on s'entend pour dire que les deux premières années de la vie représentent une multitude d'occasions susceptibles de fournir des stimuli pour développer certaines parties du cerveau. Si cette période cruciale est sautée, le plein potentiel, en ce qui concerne certains aspects du développement du cerveau, peut être perdu (Kalil, 1989).

L'exposition à des environnements physiques et sociaux malsains lors de la petite enfance peut avoir des répercussions sur la santé des enfants et des jeunes. Par exemple, les enfants élevés dans une famille inapte à combler les besoins fondamentaux physiques et affectifs nécessaires à leur développement maximal ont plus de chance d'avoir des répercussions négatives sur leur santé — sur les plans émotionnel, comportemental et scolaire. Ce risque augmente de façon exponentielle à chaque addition d'un facteur de risque (comme l'exposition à la violence, l'exposition à l'abus d'alcool ou de drogues à la maison).

Une saine alimentation et l'activité physique contribuent à améliorer la santé.

Bien que dans l'ensemble la santé nutritionnelle des Canadiens soit bonne, les habitudes alimentaires de certains Canadiens contribuent à l'incidence élevée de maladies chroniques qui s'y rattachent, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose et le cancer (Association canadienne des diététistes, 1996, p. 4). L'évolution de la plupart de ces maladies est progressive et commence souvent dans l'enfance ou à l'adolescence. Le choix des aliments joue un rôle essentiel dans la santé nutritionnelle et influence de façon significative l'état de santé.

L'activité physique a un rapport direct avec la santé des enfants et des adultes. Les gens ayant un style de vie actif réduisent les risques de maladie ou sont moins sujets à un état chronique et peuvent plus facilement résister au stress et à la dépression. On peut aussi déduire que la participation à différents types d'activité physique favorise l'augmentation de l'estime de soi et de saines habitudes alimentaires, dont l'habitude de consommer des aliments qui contiennent plus de fibres, qui ont une plus faible teneur en matières grasses et une plus forte teneur en glucides complexes (Stephens et Craig, 1990).

Les enfants sont prédisposés aux blessures.

Les blessures involontaires sont la cause principale de décès chez les enfants de plus d'un an (CCDS, 1996, p. 24). Le cours naturel de la croissance et du développement fait en sorte que les enfants courent un risque plus élevé de s'infliger certains types de blessures à différentes étapes de leur vie. La plupart des blessures que s'infligent les bébés et les jeunes enfants (de 5 à 9 ans) surviennent par suite de chutes et d'autres incidents se produisant à la maison (38 %); les enfants entre 10 et 14 ans se blessent également à la maison (23 %), de même qu'en jouant à l'extérieur (15 %) ou sur la route (15 %) (ICSI, 1994, p. 70 et 71).



Les enfants ont besoin de prendre des décisions éclairées au sujet de l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues.

Les expériences vécues au cours de l'enfance peuvent avoir des répercussions à long terme. Ainsi, les gens qui ont grandi dans l'entourage d'une mère ou d'un père alcoolique seront plus portés à abuser eux aussi de l'alcool. Ceux qui ont commencé à fumer tôt à l'adolescence ont également tendance à être plus dépendants que ceux qui ont commencé plus tard dans leur vie (Statistique Canada, 1998).

Les effets de l'usage du tabac sur la santé sont bien connus. L'usage du tabac (et la fumée de tabac ambiante), principale cause du cancer du poumon, a également un rapport avec la leucémie, de même qu'avec le cancer des sinus, du cerveau, du sein, de l'utérus ainsi que de la glande thyroïde et des ganglions lymphatiques (Santé Canada, 1999b). Les bébés des femmes qui fument ou qui ont été exposées à la fumée de tabac ambiante au cours de leur grossesse sont en moyenne plus petits à la naissance que les bébés des mères qui ne fument pas ou qui n'ont pas été exposées à la fumée (Santé Canada, 1995a).

En général, l'usage excessif et continu d'alcool peut endommager le foie et éventuellement provoquer une cirrhose du foie. L'alcool est également un facteur de risque pour contracter certaines formes de cancer.

Les jeunes des Premières nations (dont les jeunes Autochtones et les Métis) sont entre deux et six fois plus à risque que les jeunes de la population canadienne en général en ce qui concerne chacun des problèmes liés à l'alcool (McKenzie, 1997, p. 135).

Les adolescentes sont susceptibles de devenir enceintes et de contracter des MTS.

L'acquisition de l'intimité et de la confiance, l'identification au sexe de même que les expériences sexuelles et sensuelles commencent dès la petite enfance et influent sur une saine sexualité et les prises de décision dans le domaine de la sexualité tout au long de la vie. Le fait d'être un garçon ou une fille joue un rôle important dans la santé sexuelle. Bien que la santé se rapportant à la sexualité et à la procréation soit importante aussi bien pour les hommes que pour les femmes, la responsabilité en matière de prévention de grossesse incombe souvent aux jeunes femmes. Il est prouvé que des parents encore adolescents ont de plus petits revenus et plus de problèmes sociaux tout au long de leur vie (Santé Canada, 1999c, p. 4).

Les jeunes actifs sexuellement sont plus exposés à la transmission de maladies comme l'hépatite B, le SIDA et les maladies transmises sexuellement (MTS) — en partie parce qu'à peu près la moitié des jeunes âgés de 15 à 19 ans croit qu'il n'y a pas de risque de contracter des MTS (Williamson, 1993, p. 211). Des recherches ont révélé que la plupart des jeunes ne sont pas au courant ou ne se préoccupent pas des conséquences des MTS, qui comprennent la pelvipéritonite, la stérilité, la grossesse extra-utérine et les douleurs pelviennes chroniques (Santé Canada, 1999c, p. 16).



Conditions et tendances

La santé prénatale et la santé infantile

L'incidence du poids insuffisant du bébé à la naissance, de l'accouchement d'un mort-né, des taux de morts périnatales et du syndrome de mort subite du nourrisson est demeurée constante ou bien a diminué au cours des dernières années. Plus de mères canadiennes allaitent leur enfant au sein et la plupart des femmes s'abstiennent de fumer pendant leur grossesse.

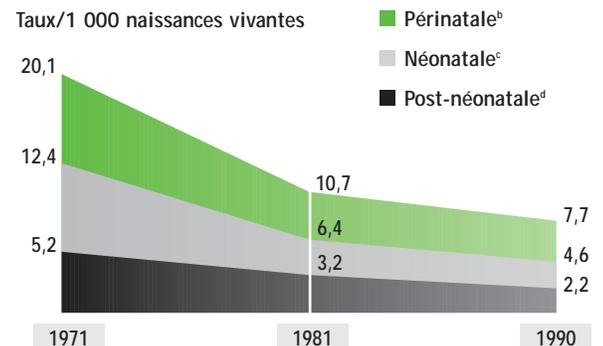
La plupart des bébés sont en santé.

Alors que la plupart des bébés au Canada ont un poids suffisant à la naissance, en 1990, 21 963 bébés — soit 5,5 % de tous les bébés nés au Canada — avaient un poids insuffisant à la naissance. Le taux des bébés de poids insuffisant à la naissance n'a pas changé de façon significative depuis les années 1980 (Statistique Canada, 1992a, p. 14 et 15). Les taux des bébés de poids insuffisant à la naissance sont pratiquement les mêmes pour la population des Premières nations que pour la population canadienne en général. Toutefois, les bébés qui ont un poids élevé à la naissance font partie des préoccupations des communautés des Premières nations, où 18 % des bébés avaient un poids élevé à la naissance, comparativement à 12 % pour la population en général (Santé Canada, 1996b).

Le nombre de mortinaissances (de même que les taux d'hospitalisations pour des avortements spontanés non précisés) a fait une chute remarquable dans tout le Canada entre 1974 (38 973) et 1993 (21 984) (Statistique Canada, 1996, p. 2). Le taux de morts périnatales a diminué de façon constante entre 1971, alors que le taux était de 20,1 par 1 000 naissances vivantes, et 1990, année où il a atteint un taux minima de 7,7 par 1 000 naissances vivantes; ces chiffres se sont stabilisés depuis 1985 (Statistique Canada 1992b, p. 40). Voir la **figure 6.1**.

6.1

Taux de mortalité périnatale, néonatale, post-néonatale au Canada de 1971 à 1990



a. Aucune donnée disponible sur la mortalité périnatale de 1975.

b. Décès se produisant de la période de 28 semaines de gestation à 7 jours de vie.

c. Décès se produisant dans le premier mois de vie.

d. Décès se produisant entre le premier mois et la première année de vie.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2^e édition, Ottawa, ICSI, 1994, p. 25.



Le syndrome de mort subite du nourrisson est une importante cause de décès chez les bébés.

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) est la principale cause de décès chez les enfants entre un mois et un an. En 1995, 252 cas de mort subite du nourrisson ont été enregistrés — une diminution par rapport aux 266 enregistrées en 1993 (CFEMI, 1997).

Bien que le nombre de décès dus au SMSN ait chuté de façon générale depuis 1978, le risque pour les enfants autochtones est plus élevé que pour les enfants non autochtones (Santé Canada, 1996b). En fait, on évalue que l'incidence du SMSN est environ trois fois plus élevée chez les enfants autochtones (Société canadienne de pédiatrie, 1996). Le sommeil en position ventrale, l'exposition à la fumée de tabac ambiante et le fait de garder les bébés trop au chaud contribuent à l'apparition du SMSN (Santé Canada, 1999a; Santé Canada, 1995b).

Qu'est-ce qui fait qu'un bébé a un faible poids à la naissance?

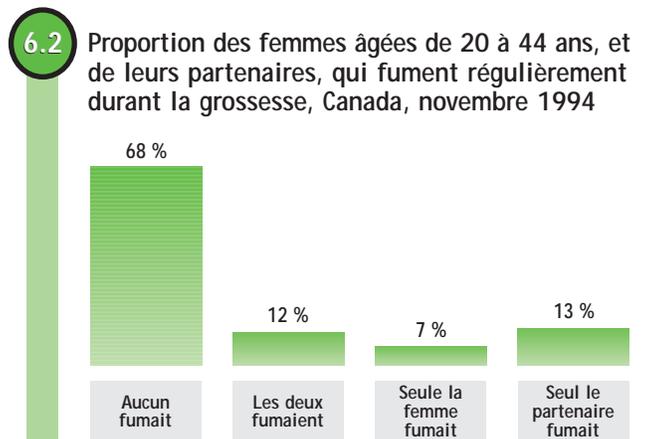
Parmi les facteurs contribuant à un faible poids à la naissance, mentionnons la malnutrition, l'usage de tabac, d'alcool et de drogues au cours de la grossesse, un poids insuffisant avant la grossesse, le très jeune âge de la mère et une naissance multiple (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996a, p. 12).

Un plus grand nombre de mères allaitent leur enfant.

Au Canada, la proportion des nouvelles mamans qui commencent à allaiter leur bébé au sein a augmenté, passant de 38 % en 1963 (Santé et Bien-être social Canada, 1990, p. 1) à 73 % en 1994–1995 (Santé Canada, 1998a, p. 9). Les données pour 1994 montrent que 31 % des mères allaitaient au sein leur bébé âgé de 6 mois (Santé Canada, 1998a, p. 30).

Une femme enceinte sur cinq fume.

Quoique la majorité des femmes canadiennes s'abstiennent de fumer la cigarette quand elles sont enceintes, 19 % des femmes âgées de 20 à 44 ans, qui ont été enceintes au cours des cinq années précédant une étude effectuée en 1994, fumaient régulièrement au cours de leur plus récente grossesse (Santé Canada, 1995c). Voir la **figure 6.2**.



Source : Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada — Cycle 3*, Ottawa, Santé Canada, Diagramme 7.2, 1995.

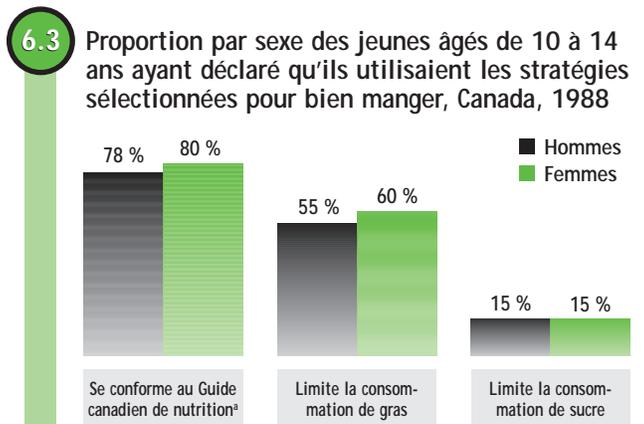


Une saine alimentation

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données nationales détaillées sur les habitudes alimentaires des enfants et des jeunes ou sur l'incidence de l'obésité chez les jeunes. Cependant, il est reconnu que les bébés et les enfants en croissance sont les plus vulnérables à l'effet néfaste engendré par de mauvaises habitudes alimentaires. Bien que la plupart des enfants canadiens mangent bien, les enfants autochtones risquent plus de souffrir de carences nutritionnelles (par exemple, en fer, en vitamine D) (Association canadienne des diététistes, 1996, p. 4).

La plupart des enfants ont de saines habitudes alimentaires.

Les recherches ont révélé que 4 enfants sur 5 âgés de 10 à 14 ans mangent en suivant le Guide alimentaire canadien pour manger sainement, du moins partiellement (ICSI, 1994, p. 79). Voir la **figure 6.3**. Une étude qualitative réalisée en 1995 sur les perceptions des enfants et des parents en matière de saines habitudes alimentaires a montré que la plupart des enfants de 6 à 12 ans croyaient qu'ils mangeaient bien. Les parents d'enfants de 6 à 9 ans mentionnaient également que leurs enfants mangeaient sainement; toutefois, les parents d'enfants de 10 à 12 ans étaient moins portés à croire que leurs enfants avaient d'aussi saines habitudes alimentaires (Santé Canada, 1995d, p. 13 et 14).



a. Adhésion partielle et forte au Guide canadien de nutrition.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2^e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994, p. 79.

Bien manger n'est pas le lot de tout le monde.

Dans les communautés du Nord et les communautés autochtones isolées, la consommation de vitamine A, de calcium et d'acide folique est souvent inférieure aux doses recommandées (Lawn et Langer, 1994).

Alors que chez les enfants le taux de rachitisme dû à une carence en vitamine D a diminué après l'addition de vitamine D au lait en 1975 (Santé Canada, 1998b), le risque est encore présent, bien que minime. Les enfants dans les communautés du Nord et ceux qui ont la peau foncée sont les enfants qui présentent le plus grand risque de carence en vitamine D (Société canadienne de pédiatrie, Les Diététistes du Canada et Santé Canada, 1998, p. 19–20).



L'image corporelle

Le poids du corps, qui est en grande partie déterminé par les habitudes alimentaires et l'exercice, exerce une grande influence sur l'image que les jeunes ont d'eux-mêmes, qui, en retour, a des effets significatifs sur leur santé mentale, leur sentiment d'auto-efficacité et leur façon de maîtriser les différentes circonstances de la vie. L'adolescence est une période particulièrement difficile pour les jeunes — surtout pour les adolescentes, qui peuvent présenter des troubles alimentaires.

Les filles sont préoccupées par leur image corporelle.

En 1993–1994, une étude internationale a démontré que 77 % des jeunes Canadiennes de 15 ans voulaient changer un aspect de leur corps, comparativement à 57 % des garçons canadiens (King et coll., 1996).

Plusieurs adolescentes luttent pour maintenir une image positive d'elles-mêmes. L'apparence physique et l'acceptation habitent constamment leurs pensées et leur perception d'elles-mêmes. Par exemple, dans une étude menée par la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, 48,2 % des filles étaient « entièrement d'accord » ou étaient « d'accord » avec l'affirmation suivante : « être populaire est une grande préoccupation pour moi actuellement ». De plus, 85 % des filles étaient « entièrement d'accord » ou étaient « d'accord » pour dire que leur apparence physique les préoccupait beaucoup (Association canadienne des enseignantes et des enseignants, 1990, p. 12). Une étude effectuée en 1998 a montré que plus du tiers (41 %) des filles de 13 ans et près de la moitié (44 %) des filles de 15 ans pensaient qu'elles devaient perdre du poids ou suivaient déjà un régime amaigrissant (King, Boyce et King, 1999, p. 70).

Bien que les filles soient moins actives que les garçons, le niveau d'activité des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans a augmenté de façon significative entre 1981 et 1995.



Les troubles alimentaires sont une source de préoccupations chez les jeunes.

Les jeunes femmes qui ont une image négative de leur corps courent un plus grand risque d'adopter des habitudes alimentaires désordonnées (par exemple, manger de façon excessive pour ensuite prendre une purgation, se forcer à vomir, refuser de manger) que celles qui ne se préoccupent pas de leur image corporelle. Les garçons ne sont pas immunisés contre une apparence physique négative. On a découvert que chez les garçons et les jeunes hommes, une faible estime de soi avait un lien avec l'obsession de prendre du poids — obsession parfois accompagnée de prise de stéroïdes anabolisants (Santé Canada, n.d. b, p. 2). En 1996, 5 % des garçons de 13 ans et 4 % des garçons de 15 ans ont fait usage de stéroïdes anabolisants (Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997–98).



Chez les adolescents et les jeunes adultes, de 1 % à 2 % manifestent de l'anorexie nerveuse et 3 % à 5 % de la boulimie (Santé Canada, 1995e, p. 1). La prévalence de l'obésité chez les enfants a augmenté de façon considérable au cours de la dernière décennie, passant de 14 % à 24 % chez les filles et de 18 % à 26 % chez les garçons (Association canadienne des diététistes, 1996, p. 4).

L'activité physique

La participation à des activités physiques a de profonds retentissements sur la santé. Les garçons sont plus portés à être actifs que les filles, bien qu'il y ait des indications selon lesquelles le niveau d'activité des filles est à la hausse.

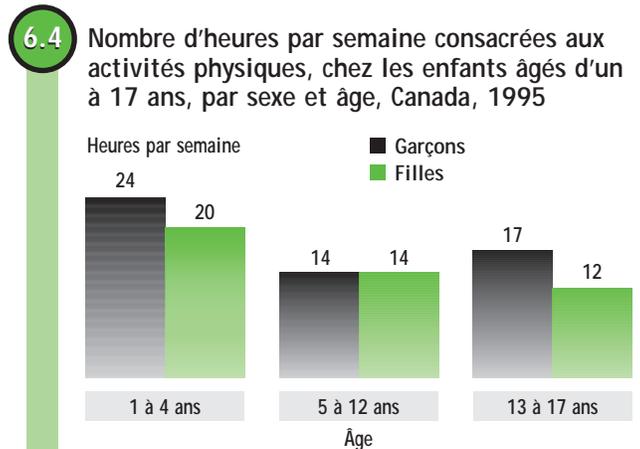
Il y a matière à amélioration.

Une étude effectuée en 1995 révèle qu'environ un tiers des enfants et des jeunes au Canada étaient assez actifs physiquement pour satisfaire aux barèmes de dépense d'énergie établis pour être le plus en santé et se développer le mieux (de 6 à 8 kilocalories par kilogramme de poids corporel par jour). De plus, environ un cinquième des enfants canadiens s'approchaient de la norme et un quart satisfaisaient au barème minimum quant à la dépense d'énergie, ce qui représente une heure de marche par jour (ICRCPMV, 1997, p. 1 et 2). Voir la **figure 6.4**.

Il est cependant surprenant de constater qu'un quart des enfants et des jeunes, particulièrement les filles, sont sédentaires. Les jeunes garçons ont dépensé 50 % plus d'énergie dans les activités physiques que les filles (ICRCPMV, 1997, p. 1 et 2).

Les jeunes femmes deviennent plus actives.

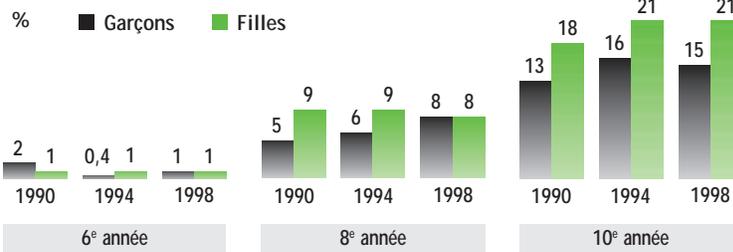
Bien que les filles soient moins actives que les garçons, le niveau d'activité des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans a augmenté de façon significative entre 1981 et 1995 (ICRCPMV, 1996a, p. 3 de la charte). Le niveau d'activité physique des parents de même que leur croyance en la valeur de l'activité physique a une grande influence sur le niveau d'activité physique de leurs enfants (ICRCPMV, 1996b, p. 2 et 3).



Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen de données de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 8, 1995. Cité dans *Le progrès des enfants au Canada*, 1997, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997, p. 38.

6.5

Proportion des étudiants (âgés de 11, 13 et 15 ans) qui fument tous les jours, par sexe et âge, au Canada, années sélectionnées entre 1990 à 1998



Source : A.J.C. King, W. Boyce et M. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, n° de catalogue H39-498/1999F, Ottawa, Santé Canada.

Le tabac, l'alcool et les autres drogues

Les adolescents sont particulièrement à risque en ce qui a trait aux pratiques néfastes pour la santé telles que fumer et faire usage d'alcool et de drogues. Malgré les messages de santé publique mettant en garde contre les effets néfastes du tabac sur la santé, bon nombre d'adolescents tentent l'expérience de la cigarette. Chez les adolescents, l'alcool semble la « drogue par excellence », même si l'on constate une augmentation de la consommation de cannabis.

L'usage du tabac est en hausse dans quelques groupes.

Les données de 1994 révèlent que, à l'âge de 11 ans, un adolescent sur six avait tenté l'expérience de fumer. À l'âge de 13 ans, 46 % des filles et 41 % des garçons avaient tenté l'expérience; à l'âge de 15 ans, ces chiffres avaient augmenté respectivement à 64 % et à 58 %. Près de 10 % des jeunes âgés de 12 à 14 ans ont indiqué être des fumeurs réguliers (CCDS, 1996, p. 45).

Bien que le nombre de Canadiens et Canadiennes qui fument ait diminué depuis 1981 (Statistique Canada, 1995a, p. 39), le nombre de jeunes femmes qui font usage du tabac continue d'augmenter. Les données fournies par *Étude sur les comportements de la santé des jeunes d'âge scolaire* (HBSC) indiquent que, en 1998, 21 % des filles de 15 ans fumaient à tous les jours, soit la même proportion qu'en 1994, mais une augmentation comparativement à 18 % en 1990 (King, Boyce et King, 1999, p. 95). Voir la **figure 6.5**.

Le taux de fumeurs est toujours plus élevé chez les peuples autochtones que dans la population canadienne en général. Neuf pour cent des jeunes de 10 à 14 ans des Premières nations fument tous les jours et un autre 21 % fument occasionnellement. Le taux de fumeurs augmente rapidement avec l'âge : à l'âge de 10 ans, 23 % des jeunes chez les Premières nations fument au moins occasionnellement, tandis qu'à l'âge de 14 ans plus de la moitié (53 %) le font (Saulis, 1997, p. 3 et 41). En moyenne, les Autochtones ont commencé à fumer entre 11 et 15 ans (Santé Canada, 1996c, p. 24).

Le tabac, l'alcool et les drogues

Une étude effectuée en 1994 a révélé que 40 % des fumeurs âgés de 15 à 19 ans boivent de façon excessive, comparative-ment à 13 % des adolescents non-fumeurs. Les fumeurs sont également plus enclins à faire usage de marijuana et de haschisch (Enquête sur l'alcool et autres drogues au Canada, 1994, tel que cité dans Clark, 1996, p. 6).



Un faible pourcentage de jeunes fait également usage de tabac à chiquer. En 1994, 7 % des enfants âgés de 10 à 14 ans ont essayé le tabac à chiquer, dont 1 % qui déclarent l'avoir essayé une semaine avant la tenue du sondage (Adlaf et Bondy, 1996, p. 58). Une étude effectuée en 1995–1996 chez les jeunes des Premières nations révèle que 4,5 % des jeunes âgés entre 10 et 14 ans ont déclaré avoir fait usage de produits du tabac sans fumée (Saulis, 1997, p. 44).

La fumée secondaire a des effets sur les jeunes gens.

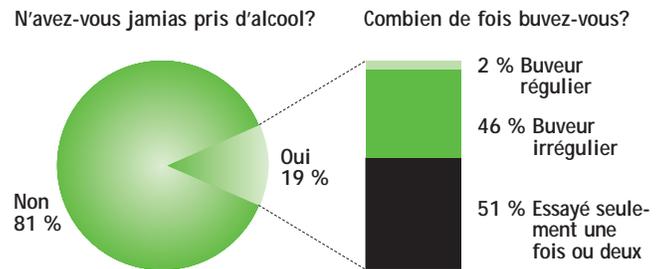
Tout près de la moitié (45 %) des adolescents et adolescentes non-fumeurs âgés de 15 à 19 ans étaient en contact quotidien avec la fumée secondaire. C'est à la maison qu'il y a le plus de fumée secondaire pour les adolescents et adolescentes non-fumeurs (Clark, 1998, p. 3–4).

L'alcool, « la drogue par excellence » des adolescents.

Une étude effectuée en 1994 a révélé que, parmi les jeunes de 11 ans, 3 % des filles et 6 % des garçons étaient des buveurs réguliers (CCDS, 1997, p. 41). Voir la **figure 6.6**. Vingt pour cent des adolescents (âgés de 15 à 19 ans) sont de gros buveurs (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996b, p. 225). (On définit la consommation abusive d'alcool par le fait de prendre cinq consommations ou plus chaque fois que l'on boit.) Voir la **figure 6.7**. Selon *le sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario : 1977–1995*, chez les jeunes Ontariens, le pourcentage de ceux qui boivent et conduisent une automobile est à la baisse. En effet, chez les élèves de 7^e, de 9^e, de 11^e et de 13^e année, le pourcentage de ceux qui conduisent une heure après avoir pris deux ou trois consommations a chuté, passant de 58,1 % en 1977 à 24,4 % en 1995 (Adlaf et coll., 1995, p. 124).

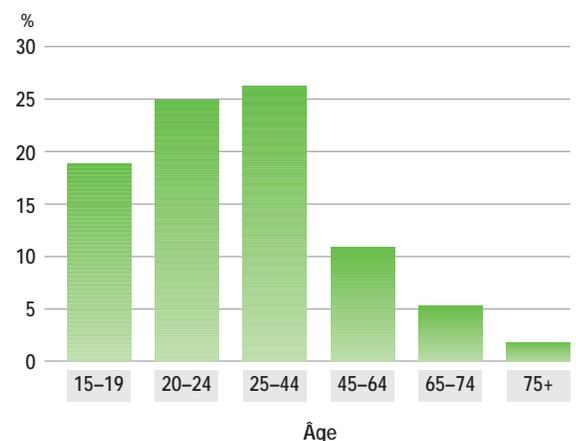
Alors que l'alcool est responsable de bon nombre d'accidents de la route impliquant de jeunes conducteurs, la proportion de conducteurs âgés de moins de 21 ans et dont le taux d'alcoolémie dépasse la limite permise, qui ont été blessés mortellement sur la route a diminué de plus de 20 % depuis 1977 (ICSI, 1994, p. 105).

6.6 Consommation d'alcool chez les jeunes de 10 et 11 ans au Canada en 1994



Source : Préparé par le Conseil canadien de développement social au moyen de données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994 de Statistique Canada. Cité dans *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997, p. 41.

6.7 Consommation excessive d'alcool^a de façon régulière chez les adultes (âgés de 15 à 75 ans), par âge, au Canada, en 1994–1995



a. Consommait 5 verres ou plus par occasion, 12 fois ou plus dans l'année précédente.

Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 62.



SAF/ EAF

Le syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) est l'une des principales causes évitables des déficiences congénitales et de retard de développement (Santé Canada, 1996a, p. 4). Les effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) font référence aux enfants qui ont été exposés avant leur naissance à l'alcool et qui ne manifestent que quelques-unes des caractéristiques du SAF. On a évalué qu'entre un et trois enfants par 1 000 habitants, dans les pays industrialisés, naîtront avec le SAF; le taux pour les enfants nés avec les EAF peut être plusieurs fois plus élevé (Santé Canada, 1996a). Des études restreintes laissent entendre que le taux de SAF chez les peuples autochtones peut être au moins 10 fois plus haut que le taux chez la population non autochtone (Groupe national de travail sur la politique du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 1994).

L'ENSP a révélé que 16 % des femmes âgées de moins de 25 ans, 24 % de celles qui avaient entre 25 et 35 ans et 31 % de celles qui avaient plus de 35 ans ont consommé de l'alcool lorsqu'elles étaient enceintes (Santé Canada, 1998c).

Certains jeunes font usage d'autres drogues.

Après avoir atteint un sommet à la fin des années 1970, l'usage de drogues chez les jeunes au Canada a diminué régulièrement. Une étude effectuée auprès des élèves de l'Ontario a révélé que 22,7 % des élèves de 7^e, de 9^e, de 11^e et de 13^e année déclaraient avoir fait usage de cannabis au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête, une hausse comparativement à 12,7 % en 1993. Entre 1993 et 1995, la consommation de cannabis a augmenté de façon significative chez les élèves de 9^e année (passant de 8,7 % à 19,6 %) et ceux de 11^e année (passant de 22,3 % à 40,7 %). Malgré ces augmentations récentes, le taux de consommation de cannabis chez les jeunes ontariens (22,7 %) en 1995 était bien inférieur à celui de 1979 (31,7 %). Voir la **figure 6.8**. L'étude révèle également que le pourcentage d'élèves ayant déclaré avoir consommé des drogues injectables a augmenté de 5,4 % à 8,8 % au cours de la même période (Adlaf et coll., 1995, différentes pages).

Le Bureau de surveillance des drogues de Santé Canada indique que, pour une période de 10 ans, le nombre d'accusations pour infraction liées à l'usage de drogues chez les groupes de jeunes âgés de 15 à 19 ans a augmenté de 62 %, passant de 844 accusations en 1985 à 1 368 accusations en 1994 (Santé Canada, 1996d).

Les jeunes ont plus d'expérience avec la consommation de cannabis que les autres groupes d'âge. Un tiers des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont utilisé cette drogue au cours de leur vie (Hewitt, Vinje et MacNeil, 1995, p. 34).

Les blessures

Au cours de l'année 1992, 1 452 décès, sur un total de 4 838 chez les Canadiens et Canadiennes de moins de 20 ans, ont été causés par des blessures (Santé Canada, 1997a, p. 2). En termes simples, cela signifie que près d'un décès sur trois est attribuable à des blessures, de même qu'une hospitalisation sur six. La proportion de blessures ayant causé le décès augmentait avec l'âge (Santé Canada, 1997a, p. 16). Il y a eu une faible mais constante diminution



6.8

Proportion d'étudiants qui ont déjà pris de la marijuana, par niveau sélectionné de consommation, par sexe et âge, au Canada, 1989 à 1998

		Garçons		Filles	
		13 ans	15 ans	13 ans	15 ans
1989-1990	Jamais	89,1 %	73,8 %	90,1 %	76,4 %
	Expérience (une fois ou deux)	6,0 %	10,5 %	5,8 %	10,8 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	4,9 %	15,7 %	4,1 %	12,8 %
1993-1994	Jamais	87,5 %	69,5 %	89,5 %	72,6 %
	Expérience (une fois ou deux)	6,7 %	11,4 %	5,4 %	10,7 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	5,9 %	19,0 %	5,1 %	16,7 %
1997-1998	Jamais	78,9 %	55,9 %	82,3 %	59,4 %
	Expérience (une fois ou deux)	8,3 %	12,6 %	8,4 %	11,5 %
	Usage régulier (trois ou quatre fois)	12,8 %	31,5 %	9,2 %	29,1 %

Source : OMS. Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1997-1998.

dans les circonstances entraînant des blessures au cours des dernières années. Le taux de mortalité par suite de blessures chez les jeunes de moins de 20 ans a diminué de 35 % entre 1982 et 1991 et le taux d'hospitalisation a diminué de 13 % (Santé Canada, 1997a, p. 24-25). Bien que ces tendances soient encourageantes, les blessures sont encore la principale cause de décès chez les enfants canadiens (Statistique Canada, 1995b, p. 5-12).

Selon les données provenant de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes et d'autres enquêtes sur la santé, chaque année au moins 10 % des enfants canadiens sont blessés assez gravement pour nécessiter des soins médicaux ou pour avoir à restreindre leurs activités quotidiennes pendant quelques jours (Santé Canada, 1999d). Environ un enfant de sexe masculin sur 18 et un enfant de sexe féminin sur 29 âgés de un à quatre ans sont hospitalisés par suite de blessures; chez les tout-petits, le risque cumulatif de blessures est d'environ un garçon sur cinq et une fille sur sept (Société canadienne de la Croix-Rouge, 1994, p. 4). Dans tous les groupes d'âge, les garçons présentent de plus hauts taux d'hospitalisation et de décès que les filles et le taux de mortalité chez les garçons âgés de 15 à 19 ans était près de trois fois plus élevé que chez les filles en 1995 (Statistique Canada, 1995b, p. 11 et 12).

Les enfants autochtones présentent un taux de mortalité par suite de blessures beaucoup plus élevé que les enfants non autochtones. Chez les bébés, le taux est quatre fois celui du taux national; chez les enfants d'âge préscolaire, il représente cinq fois le taux national et, chez les adolescents et adolescentes, trois fois (ICSI, 1994, p. 143).

Les blessures de la route sont la principale cause de décès.

Bien que les tendances soient à la baisse au cours des dernières années, les collisions demeurent encore la principale cause de décès par blessures chez les enfants d'un à 19 ans et la troisième cause de décès causé par des blessures chez les bébés de moins d'un an (Santé Canada, 1997a, p. 20).



En 1995, 611 enfants canadiens (de la naissance à 19 ans) sont décédés par suite de blessures survenues dans des circonstances impliquant des véhicules (Mackenzie, 1997, p. 5). Les collisions sont une importante source de blessures chez les enfants, entraînant 7 489 hospitalisations chaque année (ICIS, 1998).

Des enfants meurent en tant que passagers à bord d'un véhicule.

En 1995, 309 enfants-passagers sont morts dans des collisions (Mackenzie, 1997, p. 5). La plupart des victimes de la route qui ont subi des blessures (mortelles ou non) sont des occupants du véhicule plutôt que des piétons ou des cyclistes. Les blessures reçues sont plus graves chez les enfants et les jeunes non protégés par un système de retenue. Les blessures que s'infligent les occupants sont généralement dues à l'éjection du véhicule ou à un heurt violent avec des objets à l'intérieur du véhicule ou avec un autre occupant. Des enquêtes réalisées périodiquement indiquent que le taux d'utilisation des ceintures de sécurité par les passagers assis sur le siège arrière, dont la plupart sont des enfants, est de moins de 60 %.

Le nombre annuel de blessures augmente avec chaque groupe d'âge, et c'est chez les jeunes de 15 à 19 ans que le nombre est le plus élevé. Les jeunes conducteurs de 16 à 19 ans subissent un nombre incroyable de blessures. Les facteurs de risque pour ce groupe d'âge comprennent la vitesse, la consommation d'alcool et le manque d'expérience dans la conduite automobile (Santé Canada, 1997a, p. 89-91).

En 1995, 84 enfants et jeunes, de la naissance à 19 ans, ont été tués alors qu'ils marchaient sur une voie publique, frappés par un véhicule (Mackenzie, 1997, p. 5). Après l'âge de 9 ans, le nombre de mortalités de piétons est inversement relié à l'âge de l'enfant (Santé Canada, 1997a, p. 101). Les blessures que reçoivent les enfants et les jeunes qui circulent à pied représentent de 37 % à 41 % de tous les décès survenus par suite de blessures de la route chez les enfants d'un à quatre ans et de cinq à neuf ans. La proportion chute à 18 % chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans (Santé Canada, 1997a, p. 100).

Les casques de cycliste réduisent le risque de blessures.

Entre 1990 et 1992, 96 % des cyclistes qui ont subi des blessures mortelles ont été frappés par des automobiles ou autres véhicules, alors que seulement 20 % des cyclistes hospitalisés étaient impliqués dans des collisions avec un véhicule (Santé Canada, 1997a, p. 115).

Plus de la moitié des cyclistes hospitalisés souffrent de blessures à la tête. Pour 30 % d'entre eux, ces seules blessures sont les plus graves qu'ils aient subies, et le taux est plus élevé chez les plus jeunes cyclistes (Santé Canada, 1997a, p. 114). Les casques de cycliste réduisent la gravité des blessures à la tête; le port du casque, qui a été en progression constante au cours de la dernière décennie, constitue une



Les casques de cycliste réduisent la gravité des blessures à la tête; le port du casque, qui a été en progression constante au cours de la dernière décennie, constitue une importante amélioration au chapitre des comportements liés à la sécurité chez les enfants et les jeunes au Canada.



importante amélioration au chapitre des comportements liés à la sécurité chez les enfants et les jeunes au Canada (Santé Canada, 1997a, p. 120). Dans les zones rurales, où le risque de blessures graves et de blessures mortelles chez les cyclistes est plus élevé, le port du casque est moins répandu que dans les zones urbaines (Santé Canada, 1997a, p. 120).

Les noyades sont une des principales causes de décès.

En 1995, il y a eu 113 noyades chez les enfants de la naissance à 19 ans (Mackenzie, 1997, p. 5). Cette année-là, pour l'ensemble des enfants et des jeunes, les noyades étaient la troisième cause de décès par suite de blessures, un taux de 8,2 %. Les enfants âgés d'un à quatre ans semblent présenter le plus grand risque; dans ce groupe d'âge, les noyades sont la cause de plus de 20 % des décès survenus par suite de blessures, la deuxième cause après les accidents de la route (Santé Canada, 1997a, p. 20, 194). Les études effectuées sur les blessures liées à l'eau et touchant les enfants et les adolescents âgés de cinq à 19 ans indiquent que les enfants s'infligent plusieurs de ces blessures lorsqu'ils plongent, sautent ou se font pousser à l'eau provoquant des collisions qui entraînent des blessures à la tête, à la colonne vertébrale et aux extrémités. Bon nombre de ces blessures sont assez graves pour engendrer une déficience et un handicap permanents.

Les plus jeunes enfants sont plus à risque à l'heure du bain ou lorsqu'ils font des chutes dans l'eau. Les enfants plus vieux et les jeunes courent plus de risque lorsqu'ils participent à des activités aquatiques et font de la navigation de plaisance.

Le taux de noyade chez les enfants autochtones est plus élevé que chez les enfants non autochtones. Par exemple, le taux chez les bébés est environ huit fois plus élevé; il est neuf fois plus élevé chez les tout-petits et six fois plus élevé chez les enfants âgés de cinq à neuf ans (Santé Canada, 1997a, p. 197).

Les chutes entraînent de graves blessures.

Pour les enfants de moins de 20 ans, les chutes ne sont pas une cause importante de décès; elles produisent plutôt des blessures assez graves pour nécessiter l'hospitalisation. De 1990 à 1992, pour chaque décès causé par une chute, il y a eu environ 800 hospitalisations. Les chutes à partir d'équipements de terrain de jeux, dans les escaliers, au cours d'activités sportives, les chutes à partir d'une chaise ou d'un lit et les chutes à partir d'un bâtiment sont responsables de 40 % de ces hospitalisations (Santé Canada, 1997a, p. 144-145).

Dans le groupe des enfants âgés d'un à quatre ans, la plupart des chutes surviennent à la maison. Les données fournies pour cette même période révèlent que, généralement, des bébés tombent de lits pour adultes, de tables à langer, de chaises hautes, de sièges d'enfant ou dans les escaliers. Les tout-petits, quant à eux, déboulent dans les escaliers, trébuchent pendant qu'ils courent ou s'amuse, tombent sur un objet dur ou pointu, et parfois tombent d'une fenêtre. Les blessures chez les enfants âgés de 5 à 9 ans résultent de chutes à partir de lits superposés ou lorsqu'ils jouent. Les enfants plus vieux tombent en jouant ou à partir de structures où ils étaient perchés (Santé Canada, 1997a, p. 146-149).



Les conséquences des chutes dans les terrains de jeux sont graves pour les jeunes enfants.

Entre 1992 et 1997, 16 enfants sont décédés après avoir été étranglés par des cordelières de serrage ou des vêtements amples qui restent coincés dans l'équipement ou les clôtures, ou par des cordes à sauter qui ont été attachées à l'équipement des terrains de jeux (Lockhart, 1997, p. 1). La majorité des blessures survenues dans les terrains de jeux sont le résultat de chutes. Le taux d'hospitalisation chez les enfants de cinq à neuf ans à la suite de chutes survenues dans les terrains de jeux était trois fois plus élevé que chez les enfants d'un à quatre ans et que chez ceux de 10 à 14 ans (Santé Canada, 1997a p. 210). Près de 42 % des blessures causées par l'équipement des terrains de jeux sont survenues dans les terrains de jeux publics, dont 33,9 % dans les écoles et les garderies. Parmi les équipements en cause, mentionnons les portiques d'escalade (38,2 %), les balançoires (25 %) et les glissoires (25 %). Les fractures causées par des chutes étaient le type le plus courant de blessures déclarées.

Les blessures causées par le feu et les brûlures affectent les enfants de tous les âges.

De 1990 à 1992, les blessures causées par le feu et les brûlures ont été associées à une moyenne annuelle de 77 décès et d'environ 1680 hospitalisations de jeunes de moins de 20 ans au Canada. Pour chaque enfant ou jeune qui est mort, environ 23 autres ont été hospitalisés. Les enfants de moins de 5 ans composaient le groupe ayant le plus grand nombre de décès et d'hospitalisations reliés au feu ou aux brûlures. À l'exception des jeunes dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans, les garçons ont subi des blessures causées par le feu et les brûlures dans une plus grande proportion (Santé Canada, 1997a, p. 160). Durant cette période, les feux survenus à la résidence étaient responsables de 92 % des décès causés par le feu et de 5 % des hospitalisations par suite de blessures causées par le feu chez les jeunes de moins de 20 ans au Canada (Santé Canada, 1997a, p. 158).

Les liquides chauds sont la source principale de brûlures chez les enfants de moins de 20 ans. Bon nombre d'incidents impliquent l'eau chaude provenant des robinets, surtout à l'heure du bain. Chez les enfants plus vieux, les brûlures sont causées par des incidents impliquant des boissons chaudes et en cuisinant (Santé Canada, 1997a, p. 158).

Les enfants sont vulnérables aux empoisonnements involontaires.

De 1990 à 1992, les empoisonnements chez les enfants et les jeunes de moins de 20 ans se situaient au troisième rang parmi toutes les hospitalisations pour les blessures involontaires (Santé Canada, 1997a, p. 172). Les taux d'hospitalisation pour empoisonnement sont beaucoup plus élevés chez les enfants âgés d'un à quatre ans que chez tout autre groupe d'âge. Ces empoisonnements sont en partie attribuables à l'ingestion de produits biologiques et de médicaments. Selon une étude menée en 1995 par les centres antipoison canadiens, chaque année environ 100 000 enfants et jeunes du Canada de moins de 15 ans sont victimes d'empoisonnement (Santé Canada, 1997a, p. 173). Pour les enfants de neuf ans et moins, 11 % des enfants empoisonnés ont été



admis à l'hôpital, comparativement à 6,3 % pour les autres blessures; les chiffres pour les jeunes âgés de 10 à 19 ans sont respectivement de 42,6 % et de 5,2 % (Mackenzie, 1995, p. 5). Selon les données fournies par le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), la majorité des empoisonnements (92,4 %) sont survenus à la maison, particulièrement chez les enfants de quatre ans ou moins, dont le pourcentage était de 97,1 % (Santé Canada, 1997a, p. 175).

L'activité sexuelle

L'adolescence est une période d'expérimentation qui s'accompagne de la découverte de la sexualité. Par conséquent, les adolescentes et adolescents présentent un risque élevé de grossesse et d'infections provoquées par des maladies transmissibles sexuellement (MTS).

Bon nombre d'adolescents ont des relations sexuelles non protégées.

Les résultats provenant de plus de 30 études réalisées au Québec révèlent qu'entre 12 % et 23 % des élèves des premières années d'études secondaires avaient eu au moins une expérience sexuelle comportant une pénétration vaginale ou anale. Selon les chercheurs, entre 47 % et 69 % des élèves des dernières années d'études secondaires ont eu au moins une expérience sexuelle (Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 388).

Selon une étude nationale, 17 % des filles âgées de 12 à 14 ans sexuellement actives n'utilisaient pas de méthode de contraception; 14 % utilisaient la pilule en même temps qu'un condom (ICSI, 1994, p. 77). Voir la **figure 6.9**.

On estime que plus de la moitié des jeunes gens (de 50 % à 76 %) utilisent un condom la première fois qu'ils ont une relation sexuelle (Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 389). Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994–1995, chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans

Qui utilise des condoms?

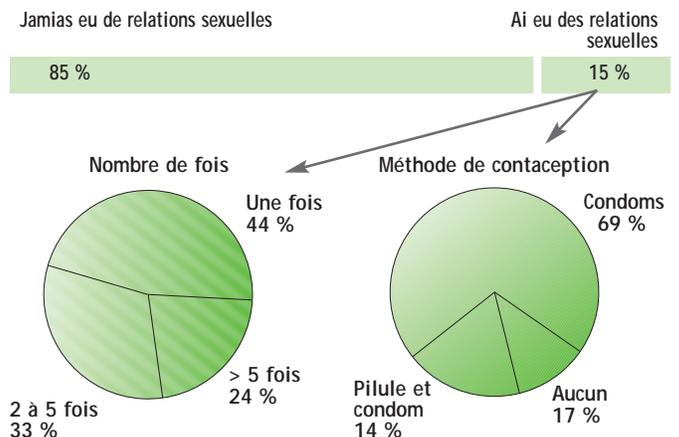
De récentes études effectuées au Québec révèlent que les adolescents ont plus de chances d'utiliser les condoms que les Canadiens plus vieux. Les caractéristiques associées à ceux qui utilisent de plus en plus des condoms sont énumérées ci-dessous :

- les hommes
- d'un groupe linguistique autre que francophone
- vivant dans un grand centre urbain
- consommant moins souvent d'alcool et d'autres drogues
- n'ayant eu que quelques partenaires sexuelles

(Otis, 1995, tel que cité dans Godin et Michaud, 1998, p. 389).

6.9

Activités sexuelles et méthodes de contrôle des naissances chez les filles âgées de 12 à 14, au Canada, en 1992



Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2^e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994, p. 77.



qui sont actifs sexuellement, 51 % des filles et 29 % des garçons déclaraient avoir eu des relations sexuelles sans condom au cours de l'année précédente (Galambos et Tilton-Weaver, 1998, p. 13). Moins d'une fille sur cinq actives sexuellement déclarait utiliser à la fois la pilule et le condom comme méthode de contraception (Insight Canada Research, 1992, p. 8).

Le VIH, le SIDA et les MTS présentent un risque pour les adolescents.

Les données épidémiologiques concernant le VIH révèlent que l'âge moyen des personnes atteintes du SIDA a diminué, passant de 32 ans (avant 1982) à 23 ans (entre 1985 et 1990), ce qui indique que plusieurs personnes ont été infectées à l'adolescence (Santé Canada, 1995f).

Malgré le fait que le nombre de cas déclarés ainsi que les taux d'incidence pour certaines MTS ont diminué considérablement, les MTS font partie des facteurs contribuant grandement à la morbidité chez les hommes et les femmes au Canada (Santé Canada, 1998e). Chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, les taux de chlamydia et de gonorrhée sont bien au-dessus de la moyenne nationale (Santé Canada, 1998f). Voir la **figure 6.10** et la **figure 6.11**.

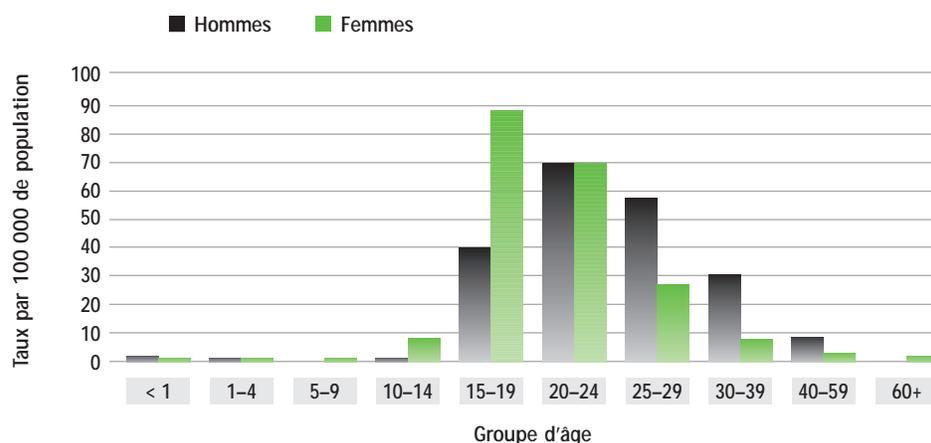
On sait qu'au Canada, entre 1988 et 1995, 559 enfants ont été exposés au VIH durant la période périnatale. En période de procréation, les femmes représentent une proportion sans cesse grandissante de personnes infectées par le VIH. La transmission de la mère à l'enfant a de graves répercussions tant pour la mère que pour l'enfant (Goldie et coll., 1997).

Le SIDA chez les enfants

Depuis 1998, au total 131 cas de sida ont été signalés au Canada chez les enfants de moins de 14 ans. La transmission périnatale est la forme la plus courante de transmission du VIH chez les enfants. Il est encourageant de constater que chaque année le nombre de nouveaux cas signalés est en baisse : en 1997, il n'y a eu que cinq nouveaux cas — soit la moitié du nombre signalé en 1996 et beaucoup moins que les 24 cas signalés en 1995 (Santé Canada, 1998d, p. 22 et 26).

6.10

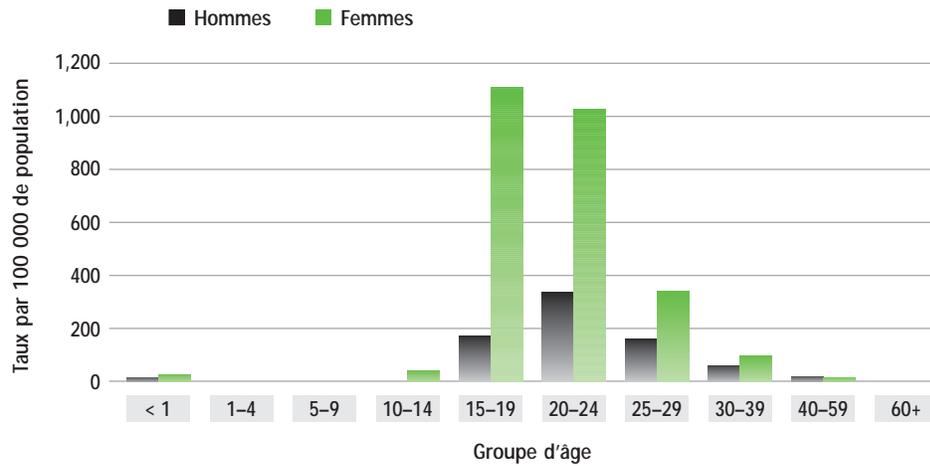
Incidence de cas de gonorrhée signalés par 100 000 habitants, par âge et sexe, au Canada, en 1995



Source : Site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>



6.11 Incidence de cas de chlamydia génitale par 100 000 habitants, par âge et sexe, au Canada, en 1995



Source : Site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

6.12 Répartition des issues des grossesses chez les adolescentes, groupes d'âges sélectionnés, au Canada, en 1974 et 1994

Groupe d'âge	Année	Résultats (distribution)		
		Naissance vivante	Avortement	Fausse couche/mort né
Total				
15-19	1974	66,3	25,8	7,9
	1994	50,7	45,0	4,3
15-17	1974	58,3	34,2	7,5
	1994	46,1	49,5	4,4
18-19	1974	71,2	20,7	8,1
	1994	53,4	42,4	4,2

Source : Adapté de S. Wadhera et W.J. Millar. « La grossesse chez les adolescentes, 1974 to 1994 », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 3, hiver 1997, p. 9-16, n° de catalogue : 82-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, p. 13.

La grossesse chez les adolescentes

En 1994, on estimait le nombre de grossesses chez les 15 à 19 ans à 46 800 — une augmentation presque graduelle depuis 1987, alors que 39 900 grossesses chez les adolescents avaient été remarquées. Il y a eu aussi une augmentation dans la proportion de grossesses chez les adolescentes qui se sont terminées par un avortement (Wadhera et Millar, 1997, p. 11). Voir la **figure 6.12**.



Pratiques de santé personnelles et autres déterminants

Le revenu et l'éducation

Un statut socioéconomique plus faible est associé à des taux plus élevés de blessures et à des blessures plus graves et souvent mortelles (Rivara et Mueller, 1987). Par exemple, en 1991, le taux de décès par suite de blessures chez les enfants et chez les jeunes les plus pauvres était de 40 % plus élevé que le taux chez les enfants et les jeunes mieux nantis (Santé Canada, 1997a, p. 57).

Le revenu est également associé à différents comportements en matière de santé et à des conséquences négatives sur la santé. Par exemple, les femmes qui ont un faible revenu et qui fument durant leur grossesse présentent deux des facteurs associés à une augmentation de l'incidence des bébés dont le poids à la naissance est insuffisant (Ross, Scott et Kelly, 1996, p. 23). Voir la **figure 6.13**. La grossesse chez les adolescentes est presque cinq fois plus courante dans les quartiers où les revenus sont les plus faibles que dans les quartiers où les revenus sont les plus élevés (Santé Canada, 1999c, p. 5).

L'éducation joue également un rôle, influençant les décisions au sujet du comportement sexuel. Par exemple, les jeunes qui investissent beaucoup dans leurs études pensent plus à utiliser des moyens de contraception (Santé Canada, 1999c, p. 14).

L'environnement naturel et l'environnement créé

La fumée de tabac ambiante est une importante source de pollution de l'air intérieur. Les bébés et les jeunes enfants dont les parents fument en leur présence courent plus de risques pour la santé que les autres, notamment les infections respiratoires et l'asthme. Près des deux-cinquièmes des enfants de moins de six ans vivent avec un ou plusieurs fumeurs (Santé Canada, 1997b).

6.13 Répartition des enfants âgés de zéro à 3 ans, par le poids à la naissance, le revenu du ménage et la consommation de cigarettes par la mère durant la grossesse, au Canada, en 1994–1995

	Poids normal à la naissance (> 2 500 g.) (%)	Faible poids à la naissance (< 2 500 g.) (%)
Revenu familial^a		
< 30 000 \$	93,5	6,5
30 000 \$ – 60 000 \$	93,7	6,3
> 60 000 \$	95,8	4,2
Fume durant la grossesse^b		
Fumait	92,2	7,8 ^c
Ne fumait pas	94,8	5,2

a. Distribution des enfants de 0 à 3 ans selon le revenu familial.

b. Distribution des enfants de 0 à 2 ans selon la consommation de cigarettes de la mère durant la grossesse.

c. Estimé moins fiable en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Adapté de D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 23.



Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

La capacité individuelle, comme les habiletés d'adaptation et le sens de la maîtrise des événements sont des facteurs clés qui contribuent à la santé de la reproduction et à la santé sexuelle. Les jeunes gens qui ont le sens de leur propre valeur et de bonnes habiletés d'adaptation sont plus aptes à prendre des décisions logiques quant au sexe. De plus, des environnements sociaux favorables sont nécessaires pour qui veut faire des choix judicieux (Santé Canada, 1999c, p. 14-15).



La culture

La prévalence de l'usage du tabac est élevée chez les femmes inuites et les femmes francophones, mais faible chez la plupart des femmes immigrantes (Centre maritime pour l'excellence de la santé des femmes, 1997). Quant à la consommation d'alcool, l'alcoolisme est presque inexistant en tant que problème social ou médical dans la société chinoise (Lin T.-y., 1983, p. 864); on a remarqué qu'il était plus important chez les Irlandais que chez les Juifs (Henderson et Primeaux, 1981, p. xix).

Des environnements sociaux favorables sont nécessaires pour qui veut faire des choix judicieux.

Le sexe

Les jeunes femmes adoptent plus facilement que les jeunes hommes des comportements alimentaires désordonnés. Chez les jeunes garçons et les jeunes hommes, l'utilisation de stéroïdes anabolisants est souvent associée à une piètre estime de soi (OMS, 1999).



Références

- Adlaf, E., et coll., *The Ontario Student Drug Use Survey 1977-1995*, Toronto, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1995.
- Adlaf, E.M. et S.J. Bondy. « Incidence du tabagisme et quantité fumée » dans *Enquête de 1994 sur la tabagisme chez les jeunes*, T. Stephens et M. Morin (dir.), n° de catalogue : H49-98/1-1994F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 37-58.
- Association canadienne des diététistes. *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*, Comité directeur conjoint responsable de l'élaboration d'un plan national sur la nutrition pour le Canada, Toronto, Association canadienne des diététistes, 1996.
- Association canadienne des diététistes. « Rapport sur l'allaitement maternel du Comité de l'allaitement maternel au Canada », *Revue de l'Association canadienne des diététistes*, vol. 59, n° 1, printemps 1998, p. 11-13.
- Centre maritime d'excellence pour la santé des femmes. *Projet de rapport du groupe national de discussion sur les déterminants de la santé*, 25 juin 1997. Centre maritime d'excellence pour la santé des femmes, Centre d'excellence pour le programme sur la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, 1997.
- Clark, W. « La tabagisme chez les jeunes au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 43, hiver 1996, p. 2-6, n° de catalogue : 11-008-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1996.
- Clark, W. « L'exposition à la fumée secondaire » *Tendances sociales canadiennes*, vol. 49, été 1998, p. 2-5, n° de catalogue : 11-008-XPF, Ottawa, Statistique Canada, 1998.



- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens* : n° de catalogue : H39-385/1996-1F, Ottawa, Santé Canada, 1996a.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue : H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996b.
- Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.
- Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.
- Enquête sur l'alcool et les autres drogues en usage au Canada, cité dans W. Clark, « Le tabagisme chez les jeunes au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 43, hiver 1996, p. 2-6, n° de catalogue : 11-008F, Ottawa, Statistique Canada 1994.
- Fédération canadienne des enseignantes et enseignants. *A Cappella: rapport sur les réalités, préoccupations, attentes et obstacles que connaissent les adolescentes au Canada*, Ottawa, Fédération canadienne des enseignantes et enseignants, 1990.
- Fondation sur l'étude de la mortalité infantile. Site Internet de la Fondation : <http://www.sidscanada.org/sids.html>, 1997.
- Galambos, N.L., et L.C. Tilton-Weaver. « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, p. 9-20, n° de catalogue : 82-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1998.
- Goldie, R.S., et coll. « Children Born to Mothers with HIV: Psychosocial Issues for Families in Canada Living with HIV/AIDS », *Summary Report by Hospital for Sick Children*, Toronto, Hospital for Sick Children, 1997.
- Groupe national de travail sur la politique du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Syndrome d'alcoolisme foetal : Une question de santé familiale et infantile, 1994*. Site Web : www.ccsa.ca/pubscat.htm.
- Guy, K.A. (dir.). *Notre promesse aux enfants*. Institut canadien de la santé infantile, 1997.
- Henderson, G. et M. Primeaux. *Transcultural Health Care*, Don Mills, Addison-Wesley Publishing Company, 1981.
- Hewitt, D., G. Vinje et P. MacNeil (dir.). *Horizons trois : Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les jeunes, au Canada*, n° de catalogue : H39-307/3-1996E, Ottawa, Santé Canada, 1995.
- Insight Canada Research. *The Adolescent Female and Birth Control*, Toronto, Insight Canada Research, 1992.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les hospitalisations en 1994-1995*, (base de données électronique), 1998.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « L'activité physique au Canada », *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 1, Ottawa, 1996a.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « Les croyances des parents sur l'activité de leurs enfants », *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 9, Ottawa, 1996b.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. « Acceptation des lignes directrices sur les jeunes », *Le progrès par la prévention*, Bulletin n° 13, Ottawa, 1997.
- Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2^e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.
- Kalil, R. « Synapse Formation in the Developing Brain », *Scientific American*, vol. 261, 1989, p. 76-85.
- King, A., et coll. *The Health of Youth: A Cross-National Survey*, World Health Organization Regional Publications, European Series, n° 69, 1996.
- King, A.J.C., W. Boyce et M. King. *La santé des jeunes: tendances au Canada*. n° au catalogue H39-498/1999F, Ottawa, Santé Canada, 1999.



- Lawn, J. et N. Langer. *Programme de contrôle de la subvention accordée au service aérien omnibus : rapport final — vol. 2*, Ottawa, ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, 1994.
- Lin, T.-y. « Cross-cultural Medicine: Psychiatry and Chinese Culture », *Western Journal of Medicine*, vol. 139, 1983, p. 862-867.
- Lockhart, S. « La sécurité dans les terrains de jeu », *Le Bulletin du SCHIRPT*, n° 12, novembre 1997, p. 1, Ottawa, Santé Canada, 1997.
- Mackenzie, S.G. « Que peuvent-elles nous apprendre sur les intoxications chez les enfants? », *Le Bulletin du SCHIRPT*, n° 5, juillet 1995, p. 3-5, Ottawa, Santé Canada, 1995.
- Mackenzie, S.G. « Regroupement des codes E aux fins de présentation des données sur le taux de mortalité due aux blessures », *Le Bulletin du SCHIRPT*, n° 12, novembre 1997, Ottawa, Santé Canada, 1997.
- McKenzie, D. *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues 1997*, Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse/Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997.
- Organisation mondiale de la santé. Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé, 1999.
- Otis, J. Cité dans G. Godin et F. Michaud. « La prévention des MTS et du sida chez les jeunes », dans *La santé du Canada : un héritage à faire fructifier — vol. 1, Les enfants et les adolescents*, n° de catalogue : H21-126/6-1-1997F, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 357-400.
- Rivara, F.P. et B.A. Mueller. « The Epidemiology and Causes of Childhood Injuries », *Journal of Social Issues*, vol. 43, n° 2, 1987, p. 13-31.
- Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly. « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 15-45.
- Santé et Bien-être social Canada. *L'allaitement maternel au Canada: pratiques et tendances*, n° de catalogue : H39-199/1990F, Ottawa, Santé et Bien-être Canada, 1990.
- Santé Canada. *Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et post-natale : résumé documentaire*, n° de catalogue : H39-306/2-1994F, Ottawa, Santé Canada, 1995a.
- Santé Canada. « Fais de beaux rêves. Réduisez la risque du syndrome de mort subite du nourrisson », brochure, n° de catalogue : H39-333/1995F, Ottawa, Santé Canada, 1995b.
- Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada — Cycle 3*, Ottawa, Santé Canada, 1995c.
- Santé Canada. « Éléments de référence : Étude préliminaire sur les enfants et de saines habitudes alimentaires », rapport préparé pour l'Unité, des programmes de nutrition, n° de catalogue : H39-345/2-1995F, Ottawa, Santé Canada, 1995d.
- Santé Canada. *Éléments de référence : Écoles et nutrition*, Ottawa, Santé Canada, 1995e.
- Santé Canada. *Rapport annuel 1994 sur le sida au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1995f.
- Santé Canada. *Déclaration conjointe : prévention du Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) les effets du SAF au Canada*, n° de catalogue : H39-348/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996a.
- Santé Canada. Bibliothèque d'information sur la santé des Autochtones, base de données électronique, Ottawa, Direction générale des services médicaux, Santé Canada, 1996b.
- Santé Canada. *Le tabac, un mode de vie : l'usage non-traditionnel du tabac chez les peuples autochtones*, n° de catalogue : H34-71/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996c.
- Santé Canada. *Totalisation personnalisée, Statistiques concernant les stupéfiants, les drogues contrôlées et les drogues d'usage restreint*, Ottawa Bureau de la surveillance des drogues, Santé Canada, 1996d.
- Santé Canada. *Pour la sécurité des jeunes canadiens: des données statistiques aux mesures préventives*, n° de catalogue : H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997a.
- Santé Canada. *La fumée de tabac ambiante et les enfants*, Ottawa, Santé Canada, 1997b.



- Santé Canada. *Le point sur l'allaitement maternel au Canada*, n° de catalogue : H39-335/1998F, Ottawa, Santé Canada, 1998a.
- Santé Canada. « Revue des politiques de Santé Canada concernant l'addition de vitamines et de substances minérales aux aliments », Ottawa, Direction des aliments, Santé Canada, 1998b.
- Santé Canada. *L'alcool et la grossesse*. Système canadien de surveillance périnatale, fiches d'information, 1998c.
- Santé Canada. *Le sida et le VIH au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997*, n° de catalogue : H48-53/32-1998F, Ottawa, Santé Canada, 1998d.
- Santé Canada. *Actualités en épidémiologie sur les MTS*, série n° 4, avril 1998, site Web : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/std411_e.html, 1998e.
- Santé Canada. Site Internet de Santé Canada : http://www.hcsc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/98vol24/24sl/stde_e.html, 1998f.
- Santé Canada. « Déclaration conjointe : réduire les risques du syndrome de mort subite du nourrisson au Canada », n° de catalogue : H39-446/2-1999F, Ottawa, Santé Canada, 1999a.
- Santé Canada. *La cigarette et les jeunes: les risques pour la santé. Ta vie vaut cent fois mieux que ça!* La Division de la réduction du tabagisme, fiches d'information, 1999b.
- Santé Canada. *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, Ottawa, Santé Canada, 1999c.
- Santé Canada. *Les blessures non-intentionnelles chez les enfants : résultats provenant d'une enquête sur la santé des Canadiens*, 1999d.
- Santé Canada. *Alimentation saine et estime de soi : le lien avec l'image corporelle*, non daté.
- Saulis, M. « Enquête sur la tabagisme chez les jeunes autochtones: rapport final détaillé à Santé Canada », 1997.
- Société canadienne de la Croix-Rouge. « Noyades chez les enfants de 1 à 4 ans au Canada », rapport spécial publié par la Société canadienne de la Croix-Rouge, 1994.
- Société canadienne de pédiatrie. « Réduire le risque du syndrome de mort subite du nourrisson », *Santé infantile*, vol. 1, n° 1, 1996, p. 63-67.
- Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. *Comment se nourrir pour avoir des enfants naissant à terme et en santé*. Santé Canada, Ottawa, 1998.
- Statistique Canada. « Naissances, 1990 » *Rapports sur la santé* (suppl. n° 14), vol. 4, n° 1, n° de catalogue : 82-003514, Ottawa, Statistiques Canada, 1992a.
- Statistique Canada. « Décès, 1990 » *Rapports sur la santé* (suppl. n° 15), vol. 4, n° 1, n° de catalogue : 82-003515, Ottawa, Statistique Canada, 1992b.
- Statistique Canada. *Portrait statistique des femmes au Canada*, n° de catalogue : 89-503F, Ottawa, Statistique Canada, 1995a.
- Statistique Canada. *Les principales causes de décès à différent âges*, n° de catalogue : 84-503-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1995b.
- Statistique Canada. *Santé génésique : taux de grossesses au Canada, 1974-1993*, n° de catalogue : 82-568-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1996.
- Statistique Canada. *Le Quotidien*, 29 mai 1998.
- Stephens, T. et C.L. Craig. *Faits saillants de l'enquête Campbell de 1988*, Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1990.
- Wadhwa, S. et W.J. Millar. « La Grossesse chez les adolescents, 1974 à 1994 », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 3 (Hiver 1997) : p. 9-18, n° de catalogue : 82-003-XPB, Ottawa, Statistique Canada, 1997.
- Williamson, N. « La santé sexuelle et la prévention des MTS » dans *Enquête promotion de la santé, Canada 1990 : rapport technique*, T. Stephens et G.T. Fowler (dir.), n° de catalogue : H39-263/2-1990F, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1993.