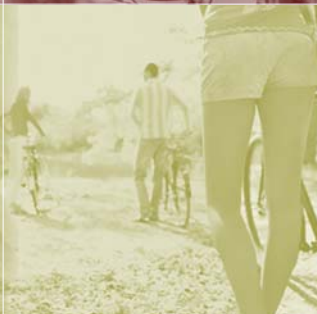


Notre état de santé est empreint de nos modes de vie, d'apprentissage et de travail.



Améliorer la santé des Canadiens



Initiative sur la santé de la population canadienne



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-682-X (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

Cette publication est aussi disponible en anglais sous le titre :
Improving the Health of Young Canadians, 2005 ISBN 1-55392-680-3 (PDF)

Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Dédicace

Le présent rapport est dédié à Chantal Belley (1974-2005)
Analyste principale, Rapports et Analyse
Initiative sur la santé de la population canadienne
Institut canadien d'information sur la santé

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne	iii
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	iii
Conseil de l'ISPC	v
Remerciements	vii
Introduction	3
Développement sain de l'adolescent sous l'angle de la santé de la population	5
L'adolescence : une étape de la vie	21
Santé et développement de l'adolescent	27
Thèmes communs issus de la recherche	31
« Regroupement » de comportements	31
Renforcement de l'autonomie et engagement	31
Résilience	31
Acquis développementaux	33
Développement de l'adolescent et milieu social	37
Famille	39
École	42
Collectivité	44
Camarades	47
Acquis multiples et la santé	51
Acquis positifs et le statut socioéconomique	54
Création de milieux et d'occasions propices au développement sain des adolescents	59
Quel est le message principal du rapport?	59
Formation des acquis positifs : quelles sont les interventions qui semblent efficaces?	59
Sommaire et conclusions	69
Principaux messages et lacunes de l'information	71
Pour en savoir davantage	73
Le Web : une mine de renseignements	75
Annexe A — Méthodologie	77
Références	85
À vous la parole	93

Fiches de renseignements

Que des faits n° 1 : Un portrait des adolescents canadiens	23
Que des faits n° 2 : Un profil de l'état de santé des adolescents canadiens	30
Que des faits n° 3 : Un profil de l'état de santé des adolescents canadiens	32

Figures

Figure 1. État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de la valorisation parentale	41
Figure 2. État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de la surveillance parentale	41
Figure 3. État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de l'engagement scolaire	43
Figure 4. État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de l'engagement communautaire	45
Figure 5. Proportion des adolescents qui déclarent éprouver un sentiment d'appartenance très fort ou plutôt fort envers leur collectivité	46
Figure 6. État de santé et comportements des adolescentes — évaluation personnelle de l'interdépendance avec leurs camarades	49
Figure 7. État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de l'interdépendance avec leurs camarades	49
Figure 8. Proportion des adolescents de 12 à 15 ans qui déclarent posséder des niveaux élevés de divers acquis positifs	52
Figure 9. État de santé et comportements des adolescents selon le nombre d'acquis positifs	53
Figure 10. Répartition des acquis selon le niveau d'adéquation du revenu	55
Figure 11. Répartition des acquis selon le niveau de scolarité du ménage	55

Tableaux

Tableau récapitulatif. État de santé et comportements des adolescents en fonction des acquis positifs individuels	50
Tableau 1. Exemples d'initiatives évaluées en matière de développement sain de l'adolescent au Canada	61

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a été créée en 1999 et fait partie de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Sa mission comporte deux volets :

- Faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- Contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

À titre d'acteur central en matière de santé de la population, l'ISPC :

- analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle nationale et internationale pour éclairer les politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- finance la recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population;
- résume les éléments de preuve des expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et développe des options politiques;
- travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités;
- travaille au sein de l'ICIS pour contribuer à l'amélioration du système de santé canadien et de la santé des Canadiens.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme pancanadien autonome et sans but lucratif dont l'objectif est d'améliorer la santé des Canadiens et le système de santé en offrant une information de qualité sur la santé. Le mandat de l'ICIS, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, est de coordonner le développement et l'entretien d'un système commun d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS est chargé de diffuser en temps opportun l'information appropriée et nécessaire en vue d'établir des politiques de santé avisées, de gérer avec efficacité le système de santé canadien et de sensibiliser le public aux facteurs déterminants pour la santé.

Conseil de l'ISPC

Un conseil, composé de chercheurs et de décisionnaires renommés d'un bout à l'autre du Canada, guide l'ISPC dans ses travaux.

- **Richard Lessard** (président), directeur, Prévention et santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Québec
- **Monique Bégin**, professeure émérite, Faculté des sciences de la santé, professeure invitée, Gestion des services de santé, Université d'Ottawa, Ontario
- **André Corriveau**, directeur et médecin-conseil en santé publique, Santé de la population, Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, Territoires du Nord-Ouest
- **Richard Jock**, directeur général, Assemblée des Premières Nations, Ontario
- **Lynn McIntyre**, professeure, Faculté des professions de la santé, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse
- **John Millar**, directeur général, Unité de surveillance de la santé des populations et de planification du contrôle des maladies pour la régie provinciale des services de santé, Vancouver, Colombie-Britannique
- **Cordell Neudorf**, vice-président de la recherche et médecin conseil en santé publique pour la région sanitaire de Saskatoon, Saskatchewan
- **Ian Potter**, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Ontario
- **Gerry Predy**, médecin-conseil en santé publique, Capital Health, Alberta
- **Douglas Willms**, professeur, Faculté d'éducation, titulaire de la chaire de recherche du Canada (niveau 1) sur le développement humain, Université du Nouveau-Brunswick, Nouveau-Brunswick
- **Elinor Wilson**, directrice générale, Association canadienne de santé publique, Ontario
- **Michael Wolfson** (d'office), statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada, Ontario
- **Gregory Taylor** (d'office), directeur général, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Ontario

Remerciements

L'ISPC, qui est une branche de l'ICIS, tient à remercier de nombreux organismes et particuliers pour leur contribution à l'élaboration du rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*. L'organisme adresse également ses remerciements aux membres du Comité consultatif d'experts pour leurs judicieux conseils tout au long de l'élaboration du rapport. Les membres sont :

- **Ian Potter** (président), sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Ontario
- **Dianne Bascombe**, directrice, Alliance nationale pour les enfants, Ontario
- **Leanne Boyd**, gestionnaire, Élaboration de politiques, Recherche et évaluation, Enfants en santé Manitoba, Manitoba
- **Satya Brink**, directrice, Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Ontario
- **Catherine Donovan**, médecin-conseil en santé publique, Santé et services communautaires, Région de l'Est, Terre-Neuve-et-Labrador
- **Rodney Laprise** (représentant des jeunes), Commission des étudiants, Centre d'excellence pour la participation des jeunes, Saskatchewan
- **Douglas McCall**, directeur général, Joint Consortium for School Health, Colombie-Britannique
- **Tom McIntosh**, directeur, Réseau de la santé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Saskatchewan

L'ISPC tient également à adresser ses remerciements aux pairs qui ont révisé le rapport et qui ont fait part de leurs précieux commentaires pour son élaboration.

- **Will Boyce**, directeur, Groupe d'évaluation des programmes sociaux de l'Université Queen's, Ontario
- **Roger Tonkin**, professeur émérite, Université de la Colombie-Britannique, membre du conseil d'administration de la McCreary Centre Society, Colombie-Britannique
- **Douglas Willms**, professeur, Faculté d'éducation, titulaire de la chaire de recherche du Canada (niveau 1) sur le développement humain, Université du Nouveau-Brunswick, Nouveau-Brunswick

Veillez noter que les analyses et les conclusions contenues dans le rapport ne reflètent pas nécessairement celles des membres du Comité consultatif d'experts, du Conseil de l'ISPC, des pairs examinateurs et des organismes affiliés.

L'ISPC aimerait remercier les membres du Conseil d'administration de l'ICIS et du Conseil de l'ISPC pour leur soutien et leurs précieux conseils dans l'orientation stratégique du rapport.

L'équipe de projet pour ce rapport est formée des membres du personnel de l'ISPC suivants :

- **Elizabeth Votta**, gestionnaire de projet
- **Keith Denny**, chercheur principal et rédacteur
- **Uma Palaniappan**, coordonnatrice des données
- **Melanie Yugo**, analyste des données
- **Mélanie Josée Cadieux**, analyste des données
- **Nadine Valk**, coordonnatrice des politiques
- **Carol Brulé**, chercheuse et rédactrice
- **Lorna Malone**, chercheuse et rédactrice
- **Chantal Belley**, analyste principale des données
- **Kim Boudreau**, coordonnatrice de la diffusion
- **Melissa Blaauwbroek**, soutien administratif
- **Susan Charron**, soutien administratif
- **John Beauchamp**, vérification des faits
- **Marissa McGuire**, vérification des faits
- **Stephanie Paolin**, vérification des faits
- **Anne Markhauser**, vérification des faits
- **Les Foster**, consultant
- **Elizabeth Gyorfi-Dyke**, réviseure
- **Jennifer Zelmer**, réviseure

Le présent rapport a été produit grâce au concours de nombreuses personnes et de nombreux services de l'organisme. Nous tenons à remercier tout le personnel de l'ICIS pour sa contribution au rapport, notamment le personnel de l'ISPC, des Ressources humaines de la santé (bases de données sur les médecins), des services de publications, de traduction, de communication et de distribution ainsi que du secteur de la Technologie de l'information et des Normes d'infrastructure.

Nous tenons également à remercier le personnel de Statistique Canada, source reconnue et inestimable d'information et de données rigoureuses grâce à laquelle des rapports comme celui-ci ont vu le jour. Les renseignements de Statistique Canada sont utilisés avec l'aimable permission de celui-ci. Il est interdit aux utilisateurs de reproduire les données et de les rediffuser, dans leur forme originale ou non, à des fins commerciales sans le consentement exprès de Statistique Canada. On peut se renseigner sur la disponibilité de la vaste gamme de données de Statistique Canada à partir de ses bureaux régionaux, de son site Web à www.statcan.ca ou du numéro d'accès sans frais au 1 (800) 263-1136.

Nous sommes reconnaissants des efforts soutenus des chercheurs œuvrant dans le secteur de la santé de la population afin d'enrichir nos connaissances et notre vision des questions importantes entourant les déterminants de la santé et des améliorations de la santé qui leur sont liées.



1



1

Introduction

Les expériences vécues à l’adolescence, tout comme celles qui sont vécues à l’enfance, peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé d’une personne tout au long de sa vie^{1,2}. Le rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens* étudie les liens entre les milieux sociaux des adolescents (familles, écoles, camarades et collectivités) et leur santé. Notre examen est axé sur la santé des jeunes Canadiens de 12 à 19 ans.

L’adolescence est une étape de la vie entre l’enfance et l’âge adulte marquée par le développement biologique, intellectuel et psychosocial. Il s’agit d’une phase de développement dont le début s’amorce à un moment différent chez chaque personne et qui progresse à des taux variables. Cette étape est une période durant laquelle l’adolescent cesse de s’en remettre au jugement et à l’autorité des autres et apprend à faire des choix responsables. C’est aussi une période de changements physiques, notamment du remodelage de la structure de base du cerveau dans les zones qui agissent sur la logique, la maîtrise des impulsions, l’intuition et le langage³.

L’adolescence est une période au cours de laquelle les rôles sociaux, les relations, les expériences et les attentes évoluent. Cette phase de développement est également marquée par le développement des habiletés qui aideront à devenir un adulte en santé et par des expérimentations pouvant avoir des conséquences bénéfiques ou néfastes sur la santé. Des types de comportements permanents, qui peuvent devenir des facteurs protecteurs ou des facteurs de risque qui, à long terme, peuvent mener à de nombreuses affections chroniques, peuvent être adoptés ou renforcés à l’adolescence².

Bien que l'adolescence soit généralement une période de bonne santé, les blessures, la dépression, la consommation d'alcool ou d'autres drogues, la violence et les activités sexuelles à risque peuvent présenter une menace pour la santé et le bien-être chez ce groupe d'âge⁴. Au cours de cette étape de la vie, un vaste éventail de facteurs, appelés « déterminants de la santé », peut interagir et avoir des conséquences sur la santé et le bien-être. Les relations harmonieuses, les occasions favorables, les compétences, de saines valeurs et l'estime de soi représentent ces facteurs ou acquis qui aident les adolescents à devenir des adultes en bonne santé⁵. D'après des études réalisées dans d'autres pays, plus les adolescents possèdent un nombre élevé de ces acquis, plus ils ont de chance d'adopter des comportements sains et moins ils courent de risques d'adopter des habitudes de vie néfastes pour la santé⁶⁻¹¹.

Jusqu'à maintenant, on sait peu de choses sur la relation entre ces acquis et la santé des adolescents canadiens. De nouvelles analyses de données pancanadiennes tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) tentent de combler cette lacune*. Le rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens* explore l'association entre les acquis positifs au sein des milieux sociaux des adolescents (familles, écoles, camarades et collectivités) et leurs comportements et leur état de santé (par exemple, état de santé perçu, confiance en soi, tabagisme et consommation de drogues et d'alcool).

Ce rapport souligne également un certain nombre de modèles actuels axés sur le développement sain de l'adolescent et portant sur des thèmes tels que le regroupement de comportements¹², l'engagement des jeunes¹³⁻¹⁴, la résilience¹⁵ et les acquis développementaux⁵. Il attire de plus l'attention sur d'autres recherches pertinentes pour comprendre la santé et le développement des adolescents. Il conclut sur un examen des thèmes provenant des analyses et des recherches actuelles ainsi que sur une étude des politiques et des programmes pertinents.

* À moins d'indication contraire, toutes les analyses portant sur les données de l'ESCC 2.1 (2003) et de l'ELNEJ de 2000-2001 (cycle 4) ont été réalisées par l'ISPC et sont fondées sur les réponses des jeunes qui ont répondu aux questions pertinentes du sondage. Les graphiques du rapport ont été élaborés par l'ISPC. Veuillez consulter l'Annexe A pour avoir un aperçu de la méthodologie et des analyses statistiques utilisées dans le rapport.

Développement sain de l'adolescent sous l'angle de la santé de la population

La santé et le bien-être des Canadiens sont liés à un certain nombre de facteurs, notamment les services de santé et les milieux social, économique, culturel et physique, et aux interactions entre la biologie et le comportement de chaque personne.

Une approche axée sur la santé de la population tient compte de cet éventail de facteurs individuels et collectifs qui ont des conséquences sur notre santé. Elle se concentre sur la façon dont ces déterminants sont liés les uns aux autres et sont associés à une bonne santé à long terme. Elle s'intéresse aussi aux inégalités en matière de santé et applique les connaissances sur les déterminants et leurs interactions afin de comprendre et d'éclairer les politiques et les actions visant à améliorer la santé et le bien-être des populations¹⁶⁻²⁰.

Les pages qui suivent soulignent les résultats des études récentes portant sur la façon dont 12 de ces déterminants sont liés à la santé des jeunes Canadiens.

Ce que la recherche nous a démontré...





Revenu et statut socioéconomique



- Des études américaines laissent croire que les jeunes issus de milieux aisés ont une meilleure santé que ceux provenant de milieux défavorisés si l'on en juge par leur évaluation personnelle de la santé, des comportements liés à la santé, de la croissance et de l'obésité²¹.
- D'après une étude canadienne, « des données préliminaires indiquent un lien entre l'adéquation du revenu et plusieurs aspects du bien-être » (p. 66) tels l'activité physique et l'estime de soi parmi les adolescents de 12 à 19 ans²².
- Le revenu familial est associé aux conditions de vie. Par exemple, les familles qui ont un faible revenu pourraient éprouver davantage de difficultés que celles à revenu élevé à avoir accès à un logement et à de la nourriture saine en quantité suffisante^{23, 24}.



Niveau de scolarité



- Les personnes qui ont un niveau de scolarité élevé sont plus enclines à présenter un meilleur état de santé à l'âge adulte que celles dont le niveau de scolarité est plus faible^{25, 26}.
- La réussite scolaire est associée à plusieurs facteurs, notamment le statut socioéconomique (SSE) et le niveau de scolarité des parents ainsi que le sexe et le milieu scolaire des jeunes²⁷⁻²⁹.
- Le niveau de scolarité peut avoir une influence sur les occasions d'emploi et le revenu futur²⁵. Il peut également apporter les connaissances et compétences nécessaires à la résolution de problèmes, un sentiment de maîtrise sur les circonstances de la vie et une capacité à aller chercher et à comprendre l'information pour demeurer en santé²⁵.



Réseaux de soutien social et milieu social



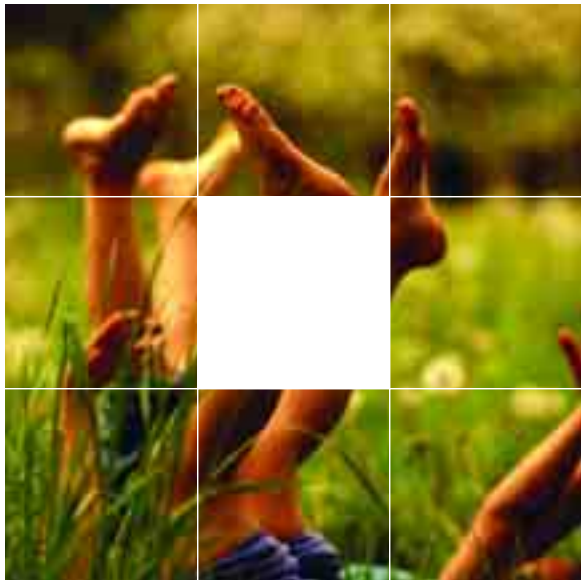
- Les relations positives avec la famille, les amis et les membres de la collectivité sont importantes pour le développement sain de l'adolescent³⁰.
- Le milieu social de l'adolescent est déterminé par ses expériences avec ses parents et ses tuteurs, ses camarades, son milieu scolaire ainsi qu'avec sa collectivité¹².
- Les adolescents sont plus enclins à s'engager dans des activités potentiellement dangereuses (p. ex., boire jusqu'à s'enivrer et consommer des drogues) si leurs amis boivent de l'alcool ou consomment des drogues, affichent une mauvaise conduite ou ne prennent pas leurs études au sérieux³².



Emploi et conditions de travail



- L'emploi et les conditions de travail des parents peuvent influencer sur leurs possibilités économiques, leur niveau de stress et leur capacité à prendre en charge leurs responsabilités familiales et professionnelles¹⁷. Ces facteurs peuvent en retour avoir des conséquences sur la santé des adolescents^{17, 33}.
- Des expériences de travail positives à l'adolescence peuvent être associées à une augmentation des compétences en leadership et à une motivation professionnelle³⁴. Les jeunes qui étudient et travaillent sont également plus enclins à être physiquement actifs durant leurs temps libres que ceux n'occupant pas d'emploi³⁵.
- D'un autre côté, les adolescents qui travaillent 20 heures ou plus par semaine déclarent vivre un niveau de détresse émotionnelle élevé³⁶. Les élèves du deuxième cycle du secondaire qui travaillent moins de 20 heures par semaine obtiennent souvent de meilleurs résultats scolaires³⁷. Selon des analyses récentes des données de l'ELNEJ réalisées par l'ISPC, parmi les jeunes Canadiens de 14 à 17 ans ayant dit occuper un emploi en 2000-2001, 81 % travaillaient moins de 20 heures par semaine et 19 % travaillaient 20 heures ou plus par semaine.
- Les jeunes qui travaillent tout en étudiant ont davantage tendance à fumer et à consommer périodiquement de l'alcool, parfois jusqu'à s'enivrer, que ceux qui ne travaillent pas³⁵.



Développement du jeune enfant



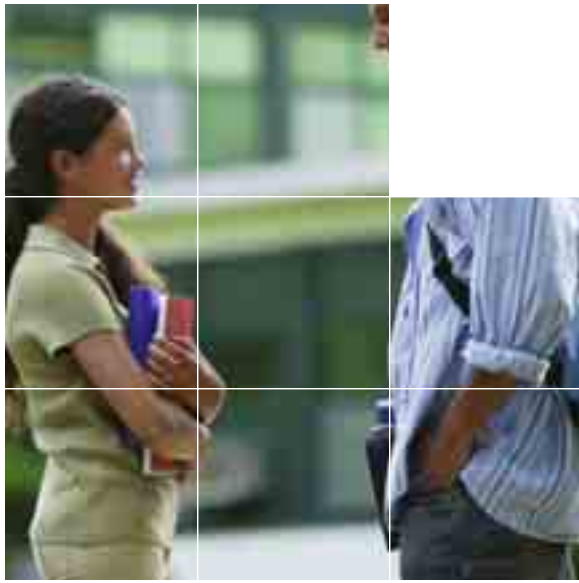
- Les expériences de la première enfance peuvent agir sur la santé et le bien-être tout au long de la vie³⁹.
- Selon une étude britannique, le statut social à la naissance, encore plus que le poids à la naissance, est associé aux capacités cognitives à l'âge adulte⁴⁰.
- Les chercheurs utilisent l'expression « capacité d'apprentissage » pour décrire le bagage des compétences cognitives et sociales, des connaissances, des dispositions et des expériences personnelles avec lequel les enfants se présentent à la garderie⁴¹. Les enfants qui vont à l'école sans cette capacité sont davantage prédisposés à abandonner leurs études secondaires et à adopter des comportements illégaux⁴².



Milieu physique



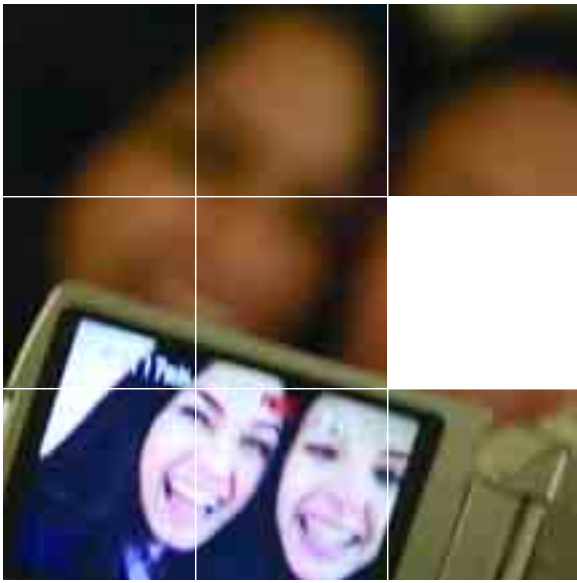
- De plus amples recherches doivent être réalisées afin d'évaluer si le milieu physique a des conséquences précises à l'adolescence, période au cours de laquelle les systèmes reproducteur, immunitaire et nerveux central ainsi que l'appareil respiratoire et le squelette se développent⁴³.
- Un examen systématique des preuves portant sur l'efficacité des stratégies à prévenir les blessures au cours des activités sportives et de loisirs a révélé que des modifications de sécurité dans certains sports telles que l'utilisation de coussins de sécurité détachables à l'impact au baseball, des surfaces de jeux bien entretenues au football et de plus grandes patinoires au hockey sont associées à un risque moindre de blessures⁴⁴.



Hygiène de vie et habiletés d'adaptation



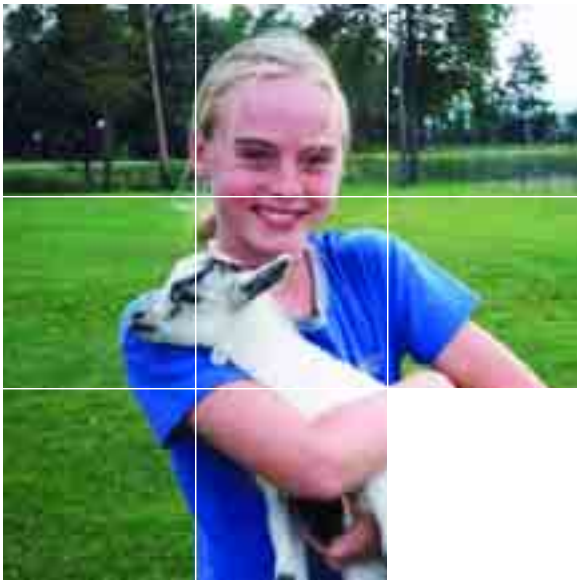
- Une bonne hygiène de vie telle que le non-tabagisme et des rapports sexuels protégés peuvent jouer un rôle essentiel dans la santé de toute personne¹⁷.
- Bon nombre des comportements contribuant à la santé et au bien-être à l'âge adulte sont adoptés à l'adolescence².
- L'estime de soi semble protéger contre la dépression, surtout chez les adolescentes⁴⁵, et contre l'adoption de pratiques sexuelles à risque telles les relations sexuelles non protégées¹¹.



Facteurs biologiques et génétiques



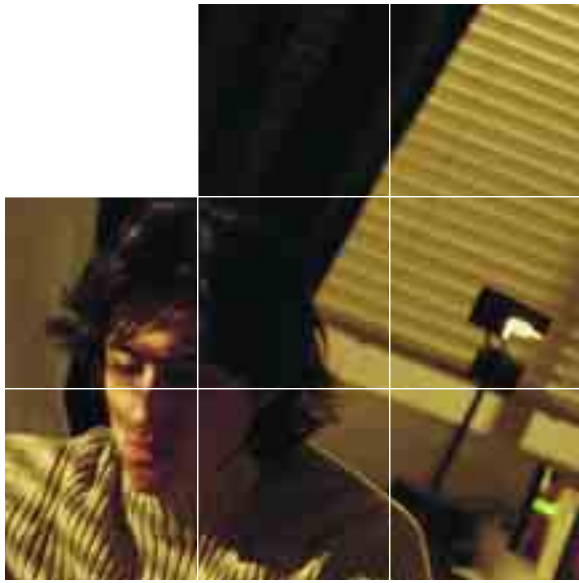
- Selon de récentes études, les changements physiques dans le cerveau joueraient un rôle important dans le développement des adolescents⁴.
- Différentes zones du cerveau se développent à des rythmes différents. La capacité de maîtriser ses impulsions, d'évaluer les conséquences de ses décisions et d'établir des priorités et des stratégies se développe tout au long de l'adolescence jusqu'au début de la vingtaine³.



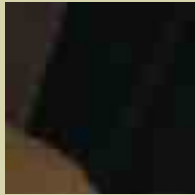
Services de santé



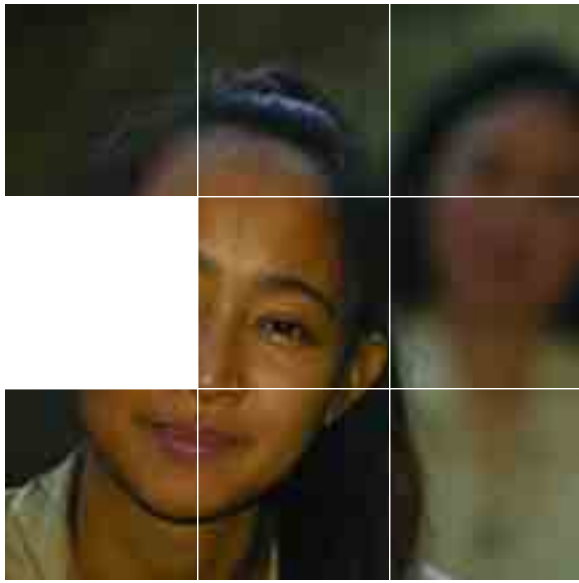
- Les adolescents ont tendance à utiliser davantage les services de santé génésique si ces services semblent répondre précisément à leurs besoins de façon sensible, et si la confidentialité est assurée⁴⁶.
- Les données tirées de l'ESCC indiquent qu'en 2003, 8 % des jeunes Canadiens de 12 à 19 ans ont signalé des besoins en soins de santé non comblés. Les quatre raisons les plus souvent citées sont : temps d'attente trop long (24 %), indifférence face au problème (18 %), décision de ne pas se faire soigner (18 %), manque de temps (13 %). D'autres raisons indiquées sont : services non disponibles (11 %), coûts (7 %) et absence de services dans une région donnée (5 %).



Sexe



- Les taux de mortalité parmi les jeunes de 15 à 19 ans sont plus élevés chez les garçons que chez les filles⁴⁷.
- Durant l'adolescence, la raison la plus fréquente d'hospitalisation chez les garçons est les blessures et, chez les filles, les problèmes de santé mentale (si on exclut l'hospitalisation liée à la grossesse)⁴⁷.
- Les taux de dépression déclarés sont plus élevés chez les filles que chez les garçons⁴⁸.
- Les adolescentes sont plus enclines à affirmer vouloir perdre du poids que les adolescents⁴⁸.



Culture



- D'après un sondage canadien mené auprès de 88 organismes de santé et de services sociaux destinés aux enfants et aux jeunes immigrants, y compris des services de santé publique et des centres de santé communautaire, la langue est l'obstacle principal à l'accès aux services⁴⁹.
- L'établissement dans un nouveau pays, la discrimination, l'isolement et les valeurs culturelles qui entrent en conflit avec la culture du pays d'arrivée peuvent avoir des conséquences sur l'adaptation psychosociale dans un nouveau pays, surtout à l'adolescence^{17, 49}.
- Les taux de suicide sont de cinq à six fois plus élevés parmi les jeunes Autochtones que parmi leurs homologues non Autochtones⁵⁰. Toutefois, comparés aux jeunes dans les autres collectivités autochtones de la Colombie-Britannique, les taux de suicide sont plus bas chez les jeunes fréquentant des écoles contrôlées par la bande et chez les jeunes des collectivités autochtones qui sont autogérées, qui ont le pouvoir sur les assises territoriales traditionnelles, les services de santé et les services de police et d'incendie ainsi que des collectivités qui ont des institutions culturelles⁵¹.



Média de masse et technologie



- En 2003, les jeunes Canadiens de 12 à 17 ans passaient en moyenne 14,8 heures par semaine à regarder la télévision⁵².
- Selon des études, les jeunes qui sont plus exposés aux « images de modèles minces » dans les médias sont davantage enclins à avoir une perception négative de leur corps⁵³.
- Un lien existe entre le fait de manger en regardant la télévision et le gain de poids⁵⁴.
- Plus de 80 % des ménages canadiens qui ont des enfants de moins de 18 ans avaient accès à Internet en 2003⁵⁵.
- Les filles ont déclaré, plus que les garçons, avoir communiqué sur Internet avec un étranger avec qui elles se sont senties en danger⁵⁶.



2



L'adolescence : une étape de la vie

L'adolescence commence à la puberté et se termine avec le début de l'âge adulte⁵⁷. Pour de nombreux adolescents, la transition vers l'âge adulte nécessite un équilibre entre l'école, les activités parascolaires et le travail. Les chercheurs définissent une transition réussie vers l'âge adulte au moyen de divers résultats, notamment les suivants :

- Attachement sécurisant (aux parents);
- Propension aux relations interpersonnelles et à la vie familiale;
- Transition de l'école à un emploi sérieux;
- Capacité de travailler;
- Lien social (avec les camarades et à l'école);
- Engagement envers la collectivité et participation à celle-ci;
- Sentiment d'identité (bien-être psychologique et valeurs);
- Comportement adaptatif et citoyenneté sociale;
- Espoirs réalistes pour l'avenir;
- Capacité de faire des choix sains et responsables;
- Bonne santé⁵⁷⁻⁵⁹.

L'adolescence peut également être une période d'expérimentations et de participation à des activités potentiellement néfastes pour la santé telles que la prise de drogues, la consommation d'alcool, le tabagisme et les comportements sexuels à risque. Pour la plupart des jeunes, ces expériences peuvent être stimulantes sans pour autant être néfastes en bout de ligne. Pour d'autres, par contre, les activités vont au-delà de l'expérimentation et peuvent entraîner l'apparition de comportements pouvant avoir des conséquences négatives sur la santé à l'adolescence et à l'âge adulte. Des études indiquent que les relations de soutien dans différents contextes tels que la famille, l'école et la collectivité de même que les relations avec les camarades peuvent réduire les effets potentiellement nuisibles des activités à risque et encourager les jeunes à adopter des comportements sains^{6-8, 11}.

Que des faits n° 1 : Un portrait des adolescents canadiens

<p>Combien y a-t-il d'adolescents au Canada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les adolescents de 12 à 19 ans forment 11 % de la population canadienne (3 256 265 adolescents en 2001)**; 51 % sont des garçons*. 																																																																																										
<p>Qui veille à l'éducation des jeunes Canadiens?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 80 % des jeunes de 10 à 19 ans vivent avec deux parents (mariés ou conjoints de fait)*. 16 % des jeunes de 10 à 19 ans vivent avec leur mère monoparentale et 4 % avec leur père monoparental*. 																																																																																										
<p>Combien d'enfants et de jeunes sont pris en charge par l'État?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 80 000 enfants et jeunes sont sous la garde de l'État au Canada⁶⁰. 25 000 jeunes vivent dans des centres de détention et dans des établissements de justice pour les jeunes⁶⁰. 																																																																																										
<p>Combien d'enfants et de jeunes vivent dans des familles à faible revenu ou dans la pauvreté?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 18 % des enfants de 17 ans ou moins vivent dans des familles à faible revenu d'après le seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada***. Terre-Neuve-et-Labrador présente le pourcentage le plus élevé d'enfants de moins de 17 ans vivant dans des familles à faible revenu (23 %) par rapport à la moyenne canadienne (18 %)***. Les taux de pauvreté sont plus élevés parmi les jeunes issus de familles autochtones et d'immigrants ainsi que de familles avec des enfants et des jeunes ayant des incapacités⁶¹. 																																																																																										
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <p>Où vivent les jeunes Canadiens de 12 à 19 ans?***</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="font-size: 2em; color: #808000;">1</th> <th>Pourcentage des jeunes dans la population totale (%)</th> <th>Pourcentage des jeunes dans le milieu urbain (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>T.-N.-L.</td><td>12</td><td>55</td></tr> <tr><td>Î.-P.-É.</td><td>12</td><td>41</td></tr> <tr><td>N.-B.</td><td>11</td><td>48</td></tr> <tr><td>N.-É.</td><td>11</td><td>53</td></tr> <tr><td>Qc</td><td>10</td><td>78</td></tr> <tr><td>Ont.</td><td>11</td><td>83</td></tr> <tr><td>Man.</td><td>12</td><td>67</td></tr> <tr><td>Sask.</td><td>13</td><td>60</td></tr> <tr><td>Alb.</td><td>12</td><td>77</td></tr> <tr><td>C.-B.</td><td>11</td><td>83</td></tr> <tr><td>Yn</td><td>13</td><td>63</td></tr> <tr><td>T.N.-O.</td><td>13</td><td>55</td></tr> <tr><td>Nun.</td><td>16</td><td>27</td></tr> <tr><td>Canada</td><td>11</td><td>77</td></tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Qui sont les jeunes Canadiens de 12 à 19 ans?***</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="font-size: 2em; color: #808000;">2</th> <th>Pourcentage des jeunes Autochtones (%)</th> <th>Pourcentage des jeunes immigrants ou résidents non permanents (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>T.-N.-L.</td><td>5</td><td>1</td></tr> <tr><td>Î.-P.-É.</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>N.-B.</td><td>3</td><td>1</td></tr> <tr><td>N.-É.</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>Qc</td><td>2</td><td>7</td></tr> <tr><td>Ont.</td><td>2</td><td>16</td></tr> <tr><td>Man.</td><td>19</td><td>6</td></tr> <tr><td>Sask.</td><td>19</td><td>2</td></tr> <tr><td>Alb.</td><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>C.-B.</td><td>6</td><td>16</td></tr> <tr><td>Yn</td><td>25</td><td>3</td></tr> <tr><td>T.N.-O.</td><td>62</td><td>2</td></tr> <tr><td>Nun.</td><td>95</td><td>> 1</td></tr> <tr><td>Canada</td><td>5</td><td>11</td></tr> </tbody> </table> </div> </div>	1	Pourcentage des jeunes dans la population totale (%)	Pourcentage des jeunes dans le milieu urbain (%)	T.-N.-L.	12	55	Î.-P.-É.	12	41	N.-B.	11	48	N.-É.	11	53	Qc	10	78	Ont.	11	83	Man.	12	67	Sask.	13	60	Alb.	12	77	C.-B.	11	83	Yn	13	63	T.N.-O.	13	55	Nun.	16	27	Canada	11	77	2	Pourcentage des jeunes Autochtones (%)	Pourcentage des jeunes immigrants ou résidents non permanents (%)	T.-N.-L.	5	1	Î.-P.-É.	1	1	N.-B.	3	1	N.-É.	3	3	Qc	2	7	Ont.	2	16	Man.	19	6	Sask.	19	2	Alb.	7	7	C.-B.	6	16	Yn	25	3	T.N.-O.	62	2	Nun.	95	> 1	Canada	5	11
1	Pourcentage des jeunes dans la population totale (%)	Pourcentage des jeunes dans le milieu urbain (%)																																																																																									
T.-N.-L.	12	55																																																																																									
Î.-P.-É.	12	41																																																																																									
N.-B.	11	48																																																																																									
N.-É.	11	53																																																																																									
Qc	10	78																																																																																									
Ont.	11	83																																																																																									
Man.	12	67																																																																																									
Sask.	13	60																																																																																									
Alb.	12	77																																																																																									
C.-B.	11	83																																																																																									
Yn	13	63																																																																																									
T.N.-O.	13	55																																																																																									
Nun.	16	27																																																																																									
Canada	11	77																																																																																									
2	Pourcentage des jeunes Autochtones (%)	Pourcentage des jeunes immigrants ou résidents non permanents (%)																																																																																									
T.-N.-L.	5	1																																																																																									
Î.-P.-É.	1	1																																																																																									
N.-B.	3	1																																																																																									
N.-É.	3	3																																																																																									
Qc	2	7																																																																																									
Ont.	2	16																																																																																									
Man.	19	6																																																																																									
Sask.	19	2																																																																																									
Alb.	7	7																																																																																									
C.-B.	6	16																																																																																									
Yn	25	3																																																																																									
T.N.-O.	62	2																																																																																									
Nun.	95	> 1																																																																																									
Canada	5	11																																																																																									
<p>Source : Statistique Canada : * Recensement 2001; ** Totalisation spéciale du Recensement; *** CANSIM [109-0200].</p>																																																																																											



3

Santé et



développement
de l'adolescent

La santé et le développement des adolescents sont souvent évalués en fonction des activités « à risque » et des comportements « à problème »⁶². Par exemple, on fait souvent référence à l'état de santé des jeunes du Canada sous l'angle des blessures, de la consommation d'alcool et de drogues, du tabagisme, des comportements sexuels à risque, de l'obésité, des problèmes de santé mentale et d'une mauvaise santé physique. Une gamme d'études récentes font ressortir les limites des approches qui, par leur nature, sont axées sur les problèmes^{11, 57, 62-65}.

Un portrait plus complet pourrait également inclure des indicateurs axés sur des aspects plus positifs de la santé et du développement des adolescents tels qu'une plus grande confiance en soi et un meilleur état de santé déclaré, une image positive de son corps, une satisfaction de la vie en général, des comportements coopératifs et sociaux, la réussite scolaire, l'activité physique régulière et de saines habitudes alimentaires[†] (voir Que des faits n° 2 et n° 3).

† Les questions liées au poids, à l'alimentation et à l'activité physique chez les jeunes seront abordées en détail dans le second rapport de la série *Améliorer la santé des Canadiens, 2005-2006*, qui portera sur le poids santé et qui paraîtra à l'hiver 2006.

Mettre l'accent sur les comportements à risque et les indicateurs de mauvaise santé ne donne pas un portrait complet de la santé et du développement des adolescents.

Les approches axées sur cette optique élargie de la santé des adolescents ont un certain nombre de thèmes en commun, dont quelques-uns sont présentés dans le rapport. Par exemple, un de ces thèmes examine la façon dont les comportements négatifs, tout comme les comportements positifs, semblent se regrouper et examine les facteurs qui mènent généralement à ces comportements (tels les caractéristiques personnelles, les situations sociales et le milieu socioculturel)¹². Un autre thème clé porte sur « l'engagement » des jeunes dans des activités qui leur donnent la possibilité de prendre leurs propres décisions^{13,14}. Le concept de « résilience », qui réfère à la capacité que possèdent certaines personnes à surmonter l'adversité ou le danger¹⁵, est également abordé. Enfin, un quatrième thème permet de croire que la présence d'acquis tels que des « relations positives, des occasions favorables, des compétences, des valeurs et une perception de soi positive » (p. 1) contribuent au développement sain⁵.

« Pourquoi l'adolescence est-elle si difficile? Parce qu'on veut changer les choses. L'école et la société nous disent que nous sommes les leaders de demain, mais elles ne nous donnent pas les outils pour le devenir. C'est par nos idées et nos actions que nous changerons le monde.

— un jeune⁶⁶

Les analyses suivantes sont axées sur l'association entre le milieu social et l'état de santé. Le milieu social est évalué en fonction des contextes qui ont été associés à un développement sain chez l'adolescent : famille, école, camarades et collectivité⁵⁹. L'état de santé de l'adolescent, pour sa part, est évalué en fonction des indicateurs suivants déclarés par l'adolescent : état de santé, confiance en soi, anxiété, tabagisme et consommation d'alcool et de drogues. De plus amples renseignements sur ces indicateurs de santé ainsi que sur la réussite scolaire, les pratiques sexuelles, les blessures, l'état de santé mentale et l'activité physique chez les adolescents sont présentés dans les fiches de renseignements.

L'ouvrage *Canada's Teens: Today, Yesterday and Tomorrow*⁶⁷ s'appuie sur des données recueillies en 2001 auprès de 3 500 jeunes de 15 à 19 ans de partout au Canada dans le but de comparer les jeunes d'aujourd'hui à ceux des générations précédentes.

Quelles sont les valeurs des adolescents?

- Les valeurs les plus chères aux filles sont l'amitié, le désir d'être aimée et la liberté. Celles des garçons sont la liberté, l'amitié et la capacité de faire des choix.
- Les garçons et les filles accordent tous deux de l'importance à l'honnêteté et au sens de l'humour.
- Les adolescents d'aujourd'hui sont plus ouverts aux diversités raciales, culturelles, religieuses et sexuelles que l'étaient leurs parents à leur âge.
- Le courriel est un moyen de communication courant entre amis.

Quelles sont les inquiétudes des adolescents?

- Les adolescents sont préoccupés par le manque de temps et d'argent ainsi que par l'incompréhension de leurs parents.
- Vingt pour cent des adolescents ne se sentent pas en sécurité à l'école.

Que pensent les adolescents de leur famille, de leurs amis et des autres personnes qui font partie de leur vie?

- Les adolescents reconnaissent le rôle de leur éducation sur ce qu'ils sont et sur ce qu'ils deviendront, mais ils mettent également l'accent sur leur propre rôle.
- Les amis et la famille sont les principales ressources des adolescents en cas de besoin.

Quelles sont les valeurs des adolescents canadiens?

Que des faits n° 2 : Un profil de l'état de santé des adolescents canadiens

<p>Comment les adolescents évaluent-ils leur santé?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2003, environ 67 % des adolescents ont évalué leur santé comme « excellente » ou « très bonne » et 28 % comme « bonne »*. • Les taux des répondants ayant évalué leur santé comme « excellente » ou « très bonne » étaient considérablement plus élevés que la moyenne canadienne dans quatre régions sanitaires et considérablement plus faibles que la moyenne dans neuf régions sanitaires*.
<p>Comment les adolescents perçoivent-ils leur confiance en eux?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De nouvelles analyses des données de l'ELNEJ par l'ISPC indiquent que 71 % des jeunes Canadiens de 12 à 15 ans déclarent des taux élevés de confiance en eux. Les garçons disent avoir une grande confiance en eux dans une plus grande proportion (76 %) que les filles (66 %)**. • Les taux élevés de confiance en soi parmi les jeunes de 12 à 15 ans sont associés à une consommation moins élevée d'alcool, de tabac et de marijuana et à moins d'expériences de brimade**.
<p>Quelle est la prévalence de l'anxiété et des maux de tête rapportés par les adolescents?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 92 % des jeunes de 12 à 15 ans ont déclaré de faibles taux d'anxiété en 2000-2001**. • En 2000-2001, 33 % des jeunes de 12 à 17 ans ont signalé avoir des maux de tête au moins une fois par semaine; plus de filles (40 %) que de garçons (26 %) signalent avoir des maux de tête à cette fréquence**.
<p>Dans quelle mesure les adolescents adoptent-ils des comportements prosociaux?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De nouvelles analyses des données de l'ELNEJ par l'ISPC indiquent que 68 % des jeunes Canadiens de 12 à 15 ans déclarent des taux accrus de comportements prosociaux, qui sont définis comme : empathie, volonté d'aider les personnes qui en ont besoin, volonté de faire participer les autres dans les activités et tentatives de résolution des conflits**. • Les filles indiquent des taux plus élevés (81 %) de comportements prosociaux que les garçons (56 %)**.
<p>Dans quelle mesure les adolescents sont-ils physiquement actifs?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2003, 76 % des garçons et 71 % des filles de 12 à 14 ans étaient actifs ou modérément actifs durant leurs activités de loisirs. Parmi les jeunes de 15 à 19 ans, les taux ont baissé légèrement à 74 % chez les garçons et ont chuté à 61 % chez les filles*†.
<p>Quelle quantité de fruits et de légumes les adolescents consomment-ils quotidiennement?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2003, parmi les jeunes de 12 à 14 ans, 41 % des garçons et 46 % des filles consommaient des fruits et légumes au moins 5 fois par jour. Les proportions étaient légèrement plus faibles chez les jeunes de 15 à 19 ans : 38 % des garçons et 45 % des filles*.
<p>Quel est le rendement scolaire des adolescents canadiens?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans des études comparatives internationales menées dans 41 pays, les jeunes Canadiens se sont classés au deuxième rang en lecture, au troisième rang en mathématiques et au cinquième rang en sciences en 2003²⁹. • Selon les données du Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA) de 2003, les résultats scolaires des étudiants en Alberta étaient considérablement plus élevés que la moyenne canadienne dans les échelles combinées en lecture, en mathématiques et en sciences²⁹. • Le Canada a observé une augmentation constante dans les inscriptions aux niveaux collégial et universitaire au cours des vingt dernières années⁶⁸. Un sondage mené auprès de jeunes en 2001, a indiqué que 71 % d'entre eux avaient entamé des études postsecondaires entre 20 et 22 ans⁶⁸.
<p>Sources : * ESCC 2.1 (2003) [CANSIM : Tableaux 105-0222, 105-0233 et 105-0249], Statistique Canada; ** Analyses de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.</p>	

Thèmes communs issus de la recherche

« Regroupement » de comportements

Les personnes qui adoptent un comportement à risque tel que le tabagisme sont davantage susceptibles d'adopter d'autres comportements à risque comme le manque d'activité physique et la consommation excessive d'alcool⁶⁹. Les théories sur le comportement des adolescents suggèrent que ce « regroupement » de comportements s'explique par le fait que ces derniers sont tous associés aux mêmes caractéristiques personnelles, sociales et socio-culturelles¹².

Résilience

Le concept de résilience a été employé pour expliquer la raison pour laquelle certaines personnes et certains groupes surmontent mieux les obstacles que d'autres¹⁵. La résilience se caractérise par une sorte de capacité de rebondissement qu'ont certaines personnes pour faire face à l'adversité ou au danger¹⁵. Cette capacité se développe et évolue au fil du temps, et elle aide les personnes qui la possèdent à maintenir et à améliorer leur santé¹⁵. La résilience n'est pas une caractéristique qui se développe indépendamment des autres. Elle est le fruit d'une interaction complexe et en constante évolution entre une personne et les acteurs de son milieu tel que sa famille, son quartier, sa collectivité et son milieu élargi¹⁵.

Les personnes qui adoptent un comportement à risque sont plus susceptibles d'en adopter d'autres.

Renforcement de l'autonomie et engagement

Le Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes du Canada¹⁴ définit l'engagement comme « la participation concrète et soutenue d'une jeune personne à une activité où elle n'est pas le centre d'intérêt »¹³³ (p. 49). Il peut s'agir d'une participation à presque tout type d'activité telle que l'école, la musique, la politique, les arts ou le travail communautaire, pour peu que l'activité soit considérée comme concrète, significative et structurée (c'est-à-dire réalisée dans un objectif précis)^{14, 133}. Un examen de la littérature scientifique a révélé que ces types d'activités peuvent contribuer au renforcement de l'autonomie chez les jeunes, si les adultes avec eux créent un espace social chaleureux et sécurisant et leur permettent de jouer un rôle dans l'organisation et la prise de décisions⁷⁰.

Que des faits n° 3 : Un profil de l'état de santé des adolescents canadiens

<p>Quelle est la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2002, le taux de consommation hebdomadaire d'alcool a bondi de 3 % à 23 % chez les filles et de 6 % à 34 % chez les garçons entre la sixième année du primaire et la quatrième année du secondaire⁴⁸. • En 2002, 16 % des élèves de la deuxième année du secondaire ont déclaré avoir consommé de l'alcool pour s'enivrer au moins deux fois. À la troisième et à la quatrième année du secondaire, la proportion a augmenté à 31 % et à 44 %, respectivement⁴⁸. • Parmi les filles et les garçons de 12 à 17 ans, 31 % ont dit avoir fumé de la marijuana en 2000-2001 et 13 % ont déclaré avoir consommé d'autres drogues illicites (par exemple, cocaïne ou crack)**.
<p>Quelle est la prévalence du tabagisme?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le tabagisme chez les adolescents a diminué allant de 22 % en 2002 à 18 % en 2003⁷¹. • En 2003, un nombre plus élevé de filles (20 %) que de garçons (17 %) a déclaré fumer⁷¹. • En 2003, 23 % des adolescents de 12 à 19 ans ont déclaré être exposés à la fumée secondaire à la maison*.
<p>Combien y a-t-il de jeunes sans-abri et quels sont les risques pour leur santé?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe peu de renseignements sur le nombre exact de jeunes sans-abri; bien que les jeunes hommes forment la majorité de la population des jeunes sans-abri, le nombre de jeunes femmes vivant dans la rue est à la hausse^{72,73}. • Les jeunes Autochtones ont tendance à être surreprésentés parmi les sans-abris des grands centres urbains⁷³. • Les jeunes sans-abri présentent des risques accrus de blessures, de mauvaise santé physique, d'infections transmises sexuellement, de violence, de toxicomanie, de démêlés avec la justice, de suicide et d'autres problèmes de santé mentale⁷²⁻⁷⁴.
<p>Quelle est la prévalence des blessures non intentionnelles et intentionnelles chez les adolescents?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plus d'un adolescent de 12 à 19 ans sur cinq a subi des blessures suffisamment graves pour restreindre ses activités normales en 2000-2001⁷⁵. Le sport et les chutes sont les principales causes de blessures non mortelles chez les jeunes^{48,75}. • En 1999, les blessures non intentionnelles représentaient la principale cause de décès chez les enfants canadiens (de 1 à 14 ans) et chez les jeunes (de 15 à 24 ans)⁷⁷. Les taux de décès liés aux blessures sont plus élevés chez les garçons que chez les filles⁴⁷. • En 1998-1999, les garçons de 15 à 19 ans étaient plus enclins à réussir leur tentative de suicide que les filles de cet âge. Par contre, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide étaient plus de deux fois plus élevés chez les filles⁷⁸.
<p>Dans quelle mesure les adolescents ont-ils des activités sexuelles à risque?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1989 et 2002, la proportion de jeunes de la troisième à la cinquième année du secondaire déclarant avoir des rapports sexuels a diminué; toutefois, les jeunes ayant des rapports sexuels ont dit en avoir sur une base plus fréquente⁷⁹. • 12 % des garçons et 13 % des filles ont signalé avoir eu des rapports sexuels avant 14 ou 15 ans respectivement⁸⁰; en 2003, 22 % des jeunes de 15 à 17 ans et 33 % des jeunes de 18 à 19 ans ont déclaré avoir eu des rapports sexuels sans préservatif⁸¹. • En 2002, moins de 1 % des jeunes ont dit avoir reçu un diagnostic de maladie transmise sexuellement⁷⁹. • Le taux de cas d'infections à <i>chlamydia</i> signalés parmi les garçons et les filles de 15 à 19 ans a augmenté de 623 à 802 pour 100 000 jeunes entre 1991 et 2002⁸². • Le taux de grossesses chez les filles de 15 à 19 ans a diminué de 43 à 36 pour 1 000 filles entre 1997 et 2001⁸³.
<p>Quelles expériences en matière de problèmes de santé mentale les adolescents vivent-ils?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2002, 21 % et 25 % des garçons de la sixième année du primaire et de la quatrième année du secondaire respectivement ont déclaré s'être sentis tristes ou déprimés au moins une fois par semaine dans les six derniers mois; 23 % des filles de la sixième année du primaire et 36 % des filles de la quatrième année du secondaire ont déclaré s'être senties tristes ou déprimées au moins une fois par semaine dans les six derniers mois⁴⁸. • Les taux d'hospitalisation liée à des troubles de l'alimentation chez les filles de moins de 15 ans ont augmenté de 34 % entre 1987 et 1999⁸⁴.
<p>Sources : * ESCC 2.1 (2003) [CANSIM : Tableau 105-0256], Statistique Canada; ** Analyses de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.</p>	

Acquis développementaux

Le Search Institute situé aux États-Unis définit les acquis développementaux comme « les relations positives, les occasions favorables, les compétences, les valeurs saines et la bonne perception de soi » (p. 1) dont les adolescents ont besoin pour bien réussir⁵. On classe les acquis en deux grandes catégories :

- externe (par exemple, soutien, autonomie, limites, attentes et utilisation constructive du temps);
- interne (par exemple, engagement à apprendre, valeurs positives, compétences sociales et sentiment d'identité positif)^{5, 85}.

Des études indiquent que les acquis et le sentiment d'interdépendance jouent des rôles importants dans un développement sain, notamment pour protéger les jeunes contre les comportements à risque, favoriser des choix sains et positifs et renforcer la capacité de résilience qui aide les jeunes à surmonter les difficultés et à relever les défis^{5, 56}. En général, plus un adolescent possède d'acquis positifs, plus il sera enclin à adopter des comportements sains et moins il aura tendance à s'engager dans des activités néfastes pour sa santé^{67, 8, 10}.

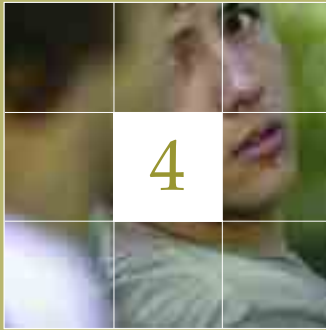
« Ce qui nous fruste dans le fait d'être jeune, c'est d'avoir à prendre autant de décisions à propos de tout, mais plus encore en ce qui concerne l'école et les amis. »

— un jeune⁶⁶



4

Développement de l'adolescent et milieu social



Les chercheurs suggèrent que les conséquences négatives des comportements à risque adoptés à l'adolescence peuvent être limitées grâce à des relations favorables avec la famille, la collectivité, les camarades et l'école¹² ainsi que par des expériences personnelles positives, des valeurs saines, des compétences et une bonne perception de soi⁵. Ces facteurs, ou morceaux du casse-tête, auxquels on réfère sous le nom d'acquis positifs, sont interdépendants^{11, 59, 63-65, 86-91}. Par exemple, un rôle parental positif peut avoir un effet tampon et atténuer les conséquences d'autres facteurs déterminants de façon telle que « le fait de vivre dans un milieu défavorisé pourrait avoir des effets fort différents chez un adolescent qui entretient des liens étroits avec sa famille contrairement à un autre qui ne bénéficierait pas du soutien familial »⁹² (p. 202).

Plusieurs facteurs protecteurs peuvent atténuer les conséquences des comportements à risque adoptés par un adolescent.

Conformément à ce qui précède, un vaste examen des écrits scientifiques financé par le ministère des Affaires de la jeunesse de la Nouvelle-Zélande⁵⁹ établit que la famille, l'école, la collectivité et les camarades sont également des facteurs favorisant le développement sain des adolescents. Les résultats des recherches suggèrent en outre que les meilleurs résultats en matière de développement sont facilités par plusieurs facteurs tels que :

- Des familles qui valorisent leurs enfants;
- Des milieux qui privilégient une éducation parentale positive;
- Des écoles où les élèves se sentent connectés les uns aux autres;
- Des écoles qui possèdent de bonnes ressources, fournissent une éducation favorisant la tolérance, établissent des limites et entretiennent des attentes élevées à l'égard de leurs élèves;
- Des collectivités au sein desquelles les jeunes éprouvent un sentiment d'appartenance et ont des occasions de participer activement;
- Des relations positives avec les camarades⁵⁹.

L'examen n'évaluait pas précisément les résultats pour la santé.

Le présent rapport tente de combler cet écart. Nous étudions d'abord, un à un, les liens entre chacun de ces facteurs et un éventail de comportements et de résultats en matière de santé, puis explorons les interdépendances entre ces facteurs et les résultats en matière de santé[§]. Les résultats de ces analyses sont présentés dans un tableau récapitulatif à la fin de la présente section.

§ Les catégories de réponses (c.-à-d. élevé et moyen-faible) pour chacune des variables sont fondées sur les lignes directrices de Statistique Canada concernant l'utilisation des données de l'ELNEJ et sur l'usage scientifique de variables similaires. Les catégories de réponses sont définies en détail à l'annexe A.

Famille

Les caractéristiques de la famille telles que le revenu du ménage, la composition de la famille, l'emploi et le niveau de scolarité des parents peuvent avoir des conséquences sur la façon dont les adolescents se développent, car ces caractéristiques agissent sur le type d'éducation, le stress, les conflits et le temps que les parents peuvent consacrer à leurs enfants^{33, 93}.

Des niveaux accrus d'interdépendance familiale et des relations positives avec les parents sont associés à une tendance moindre à avoir des rapports sexuels non protégés, à des taux moindres de grossesse à l'adolescence, à moins de violence, de consommation d'alcool et de drogues^{11, 36}, et à moins de symptômes de détresse émotionnelle ainsi qu'à un meilleur état de santé déclaré⁵⁶. Parmi les jeunes Autochtones des États-Unis, ceux ayant déclaré éprouver un sentiment d'interdépendance

	Milieux qui	
	privilégient une	
	éducation parentale	
	positive	

approche démocratique, ils favorisent des résultats positifs chez leurs enfants, notamment des comportements prosociaux, l'obtention du diplôme d'études secondaires et la poursuite d'études supérieures^{59, 94}.

Des niveaux plus élevés de valorisation parentale sont associés à un meilleur état de santé perçu parmi les jeunes.

avec leur famille sont moins enclins à révéler avoir fait une tentative de suicide⁶⁵. De même, les jeunes suicidaires en général ont, en moyenne, davantage tendance à déclarer entretenir de relations moins positives avec leurs parents que les jeunes non suicidaires^{36, 86}.

Selon des études, si les parents sont valorisants, établissent des limites comportementales, servent de modèles constructifs pour la résolution des conflits et encouragent l'indépendance par une

L'ELNEJ mesure un certain nombre de dynamiques au sein d'une famille et entre les parents et les jeunes. Entre autres, les niveaux de valorisation et de surveillance parentales déclarés par les adolescents y sont explorés.

Tout comme l'attachement entre les parents et les enfants favorise le développement durant la petite enfance, les liens qui unissent les parents et les adolescents sont importants pour favoriser la transition des adolescents vers une autonomie accrue et une vie adulte saine^{95, 96}.

Un attachement parental sécurisant semble faciliter le développement émotionnel, cognitif et social des adolescents. Des examens récents de la littérature scientifique indiquent que les adolescents qui éprouvent un sentiment d'attachement sécurisant sont moins enclins à consommer des drogues, à boire de l'alcool avec excès et à adopter des comportements sexuels

à risque^{95, 96}. Ils ont également moins tendance à souffrir de problèmes de santé mentale, à avoir une préoccupation malsaine de leurs poids et à souffrir de troubles alimentaires ainsi qu'à faire une transition moins aisée d'une école à une autre^{95, 96}.

Attachement entre parents et adolescents

Pour appuyer l'établissement de l'attachement sécurisant, des études indiquent que les parents doivent se montrer attentifs, écouter activement, surveiller les comportements, établir des limites, accepter l'individualité, se mettre d'accord sur les règlements et les responsabilités et maintenir l'interdépendance même en cas de désaccord sur des questions importantes^{95, 96}.

La **valorisation parentale** est la façon dont les parents font l'éloge de leurs enfants et démontrent leur fierté, s'assurent qu'ils se sentent appréciés, écoutent leurs idées et tentent avec eux de régler les conflits issus de désaccords.

La **surveillance parentale** est la façon dont les parents démontrent un intérêt pour les activités de leurs enfants, les camarades avec qui les enfants les réalisent ainsi que la nature de ces activités, établissent un couvre-feu et limitent la fréquence à laquelle leurs enfants sortent.

des relations plus limitées avec les camarades qui adoptent des comportements criminels, à une consommation moindre d'alcool et de marijuana et à moins de tabagisme (voir la figure 1).

Cinquante-trois pour cent (53 %) des jeunes Canadiens de 12 à 15 ans indiquent également des niveaux élevés de **surveillance parentale**^{††}. Le niveau de surveillance parentale est lui aussi associé aux comportements liés à la santé des adolescents et à leurs résultats.

Les jeunes dont les parents exercent une surveillance parentale accrue sont moins enclins à déclarer fumer ainsi que consommer de l'alcool et de la marijuana, mais ils évaluent leur état de santé au même niveau que les autres adolescents.

Cinquante-trois pour cent (53 %) des jeunes Canadiens de 12 à 15 ans déclarent faire l'objet d'un niveau élevé de **valorisation parentale**^{**}. Le niveau de valorisation parentale est associé aux comportements liés à la santé des adolescents et à leurs résultats.

De nouvelles analyses de l'ISPC indiquent que, parmi les jeunes de 12 à 15 ans, des niveaux plus élevés de valorisation parentale sont associés à un meilleur état de santé perçu et une plus grande confiance en soi, à des taux moindres d'anxiété, à

Les analyses de l'ISPC suggèrent que des taux accrus de surveillance parentale sont également associés à moins de tabagisme et à une consommation moindre d'alcool et de marijuana. Cependant, le niveau de surveillance parentale n'est pas lié aux niveaux de confiance en soi et de santé déclarées, à l'anxiété ou au nombre de relations avec les camarades qui adoptent des comportements criminels (voir la figure 2).

^{**} Les chiffres propres à la valorisation parentale sont fondés sur un taux de réponse de 72 %.

^{††} Les chiffres propres à la surveillance parentale sont fondés sur un taux de réponse de 74 %.

Figure 1
État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de la valorisation parentale

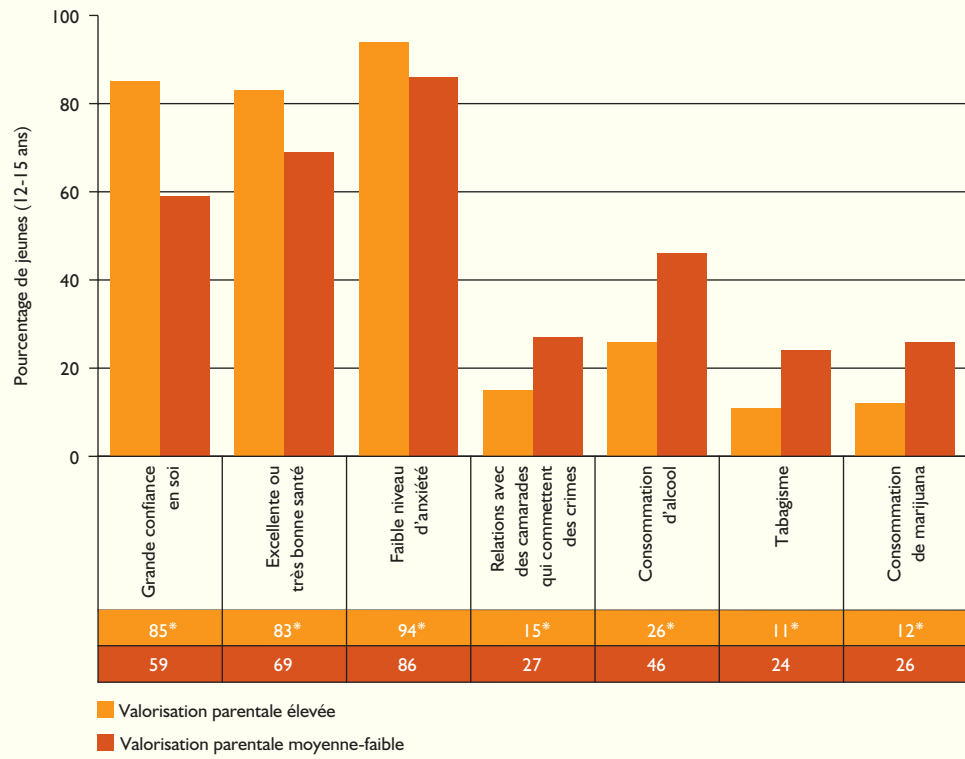
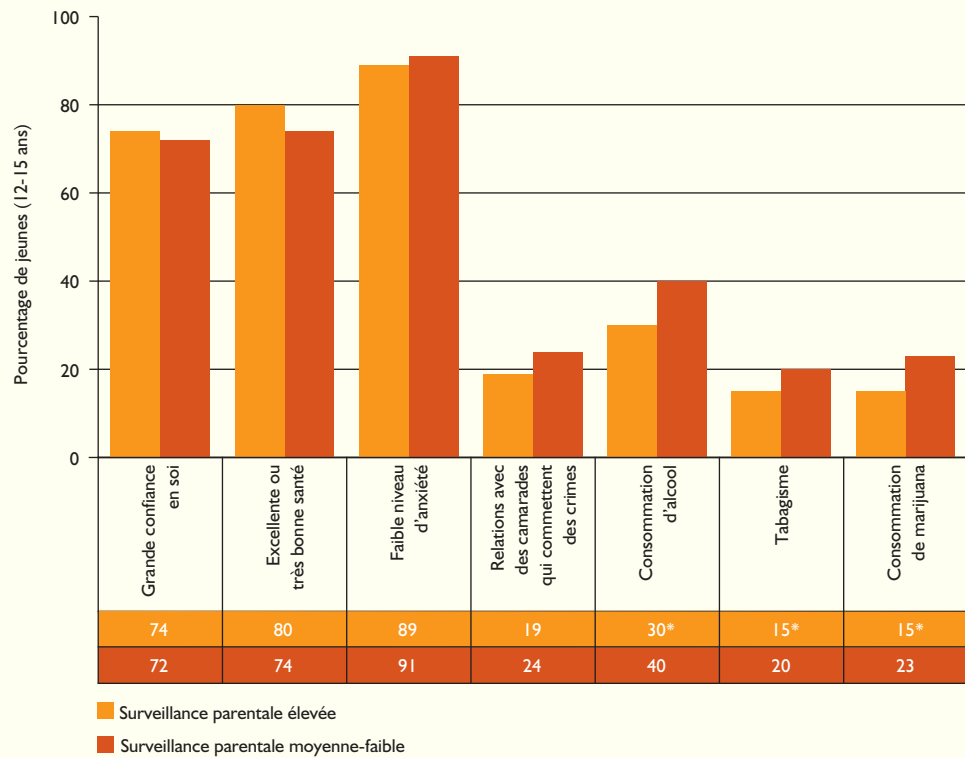


Figure 2
État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de la surveillance parentale



Source : Analyse de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.
* Différence statistiquement significative entre les niveaux élevé et moyen-faible au seuil de 0,05.

École

La majorité des adolescents passent un nombre d'heures considérables à l'école. Soixante-dix-sept pour cent (77 %) des jeunes de 15 à 19 ans fréquentent actuellement l'école, dont 95 % étudient à temps plein⁹⁷.

Le contexte scolaire représente un élément essentiel du processus de développement de l'adolescent. Il s'agit d'un contexte dans lequel le jeune peut connaître des possibilités et des défis favorables au développement des habiletés scolaires, sociales, athlétiques et interpersonnelles⁹⁸.

Les études indiquent que les élèves qui participent activement au processus d'apprentissage apprennent davantage et sont plus désireux d'élargir leurs connaissances²⁹. Plus précisément, le rendement des élèves en mathématiques et l'intérêt qu'ils prêtent à cette matière peuvent influencer leurs choix de cours ainsi que leurs objectifs scolaires et professionnels²⁹.

Milieux scolaires		
qui favorisent		
la tolérance, établissent		
des limites et fixent		
des attentes élevées		

Le fait de se sentir en sécurité à l'école est associé à une meilleure santé physique et émotionnelle et à une tendance moindre à prendre des risques⁵⁶. De plus, les élèves qui prennent moins de risques présentent généralement une meilleure santé, obtiennent de meilleurs résultats scolaires et aspirent davantage à poursuivre des études

Un sentiment de sécurité à l'école est lié à une meilleure santé physique et émotionnelle et à une tendance moindre à prendre des risques.

La poursuite d'études postsecondaires a tendance à être liée au niveau de scolarité des parents et aux valeurs parentales à l'égard des études postsecondaires, particulièrement des études universitaires^{68,99}. Les jeunes qui poursuivent des études postsecondaires sont également plus enclins à déclarer avoir obtenu de très bons résultats scolaires et à s'être fortement engagés sur le plan social dans le cadre de leurs études secondaires⁶⁸.

Les évaluations des programmes d'emploi du Canada destinés aux jeunes indiquent que le niveau de scolarité atteint est associé à la réussite des adolescents sur le marché du travail. Les évaluations viennent appuyer davantage l'importance de faire le lien entre la formation professionnelle ainsi que les programmes d'enseignement et les études universitaires, parmi tous les jeunes, mais particulièrement chez les jeunes défavorisés^{100,101}.

postsecondaires⁵⁶. Plus tard, les adultes qui ont atteint un niveau de scolarité plus élevé ont davantage tendance à déclarer un meilleur état de santé^{25,26}.

Selon un sondage américain mené auprès de 75 515 élèves, des niveaux accrus d'interdépendance entre les étudiants étaient associés à des milieux scolaires qui encourageaient les élèves à prendre des décisions, à de plus petites écoles, à des politiques disciplinaires non perçues comme étant sévères et à une participation à des activités parascolaires¹⁰². Un examen de la littérature scientifique pour le compte du ministère des Affaires de la jeunesse de la Nouvelle-Zélande a également révélé que les élèves sont plus attachés aux petites écoles où ils sentent que les enseignants se préoccupent d'eux et où ils perçoivent la discipline comme « modérée »⁵⁹.

L'engagement scolaire désigne le niveau d'importance accordé par les jeunes à la réussite scolaire, à l'apprentissage de nouvelles choses, à l'amitié, à l'expression de son opinion en classe ainsi qu'à la participation à des activités parascolaires et au conseil étudiant ou d'autres groupes similaires.

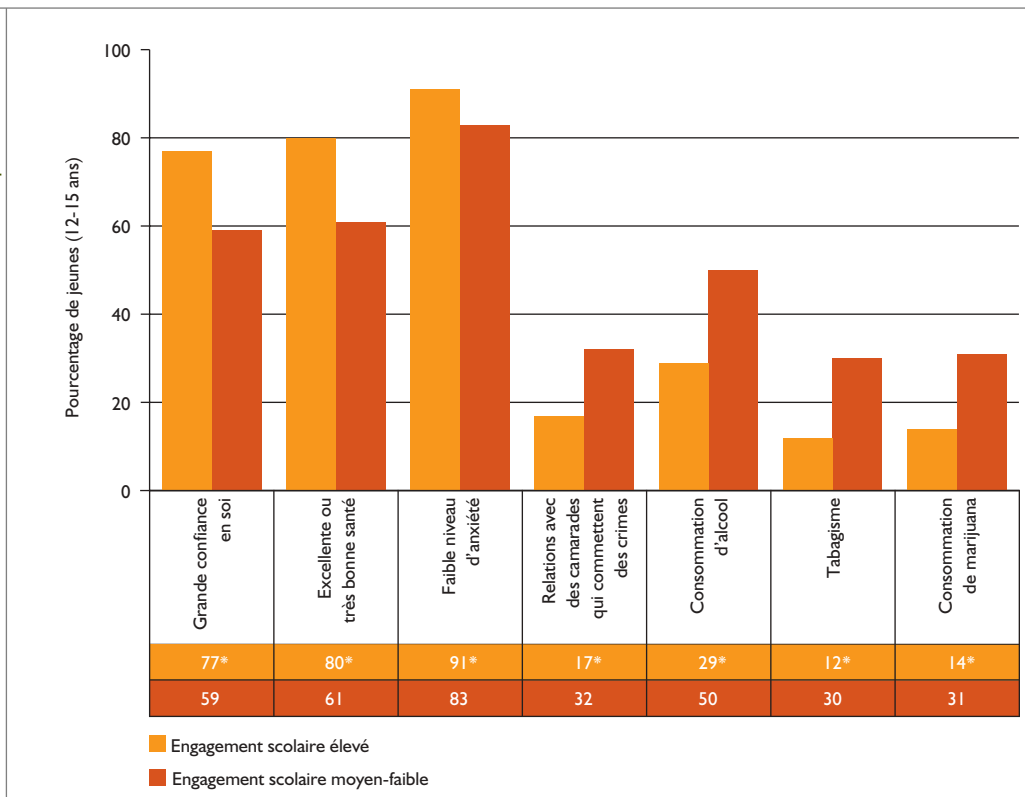
Soixante-quatorze pour cent (74 %) des jeunes Canadiens de 12 à 15 ans déclarent un niveau élevé d'engagement scolaire^{‡‡}. Les taux d'engagement scolaire sont plus élevés parmi les filles (77 %) que parmi les garçons (71 %). En 2000-2001, les taux d'engagement scolaire

étaient supérieurs à la moyenne canadienne chez les jeunes de Terre-Neuve-et-Labrador (86 %) et inférieurs à la moyenne canadienne au Québec (65 %).

Des études antérieures ont démontré qu'un sentiment d'attachement à une école ou un engagement envers celle-ci sont associés à des niveaux accrus de bien-être émotionnel chez les jeunes et peuvent également constituer des facteurs protecteurs contre les comportements suicidaires¹⁰³ et contre l'adoption de comportements sexuels à risque et de comportements violents^{36, 105}. Conformément à ce qui précède, les

« L'école et la pression des parents pour obtenir de bonnes notes sont probablement les deux choses les plus difficiles dans le fait d'être jeune. » — un jeune⁶⁶

Figure 3
État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de l'engagement scolaire



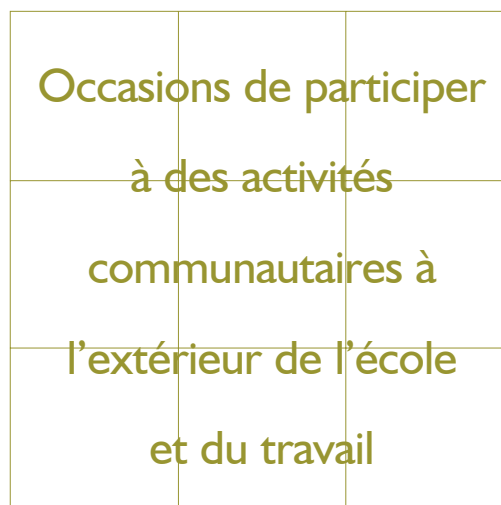
Source : Analyses de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.
* Différence statistiquement significative entre les niveaux élevé et moyen-faible d'engagement scolaire au seuil de 0,05.

‡‡ Les valeurs d'engagement scolaire sont fondées sur un taux de réponse de 76 %.

nouvelles analyses de l'ISPC indiquent que parmi les jeunes de 12 à 15 ans, les élèves qui déclarent se sentir hautement engagés envers leur école sont moins enclins à déclarer consommer de la marijuana et de l'alcool ainsi qu'à fumer du tabac et ont davantage tendance à déclarer avoir une grande confiance en soi, un excellent ou un très bon état de santé, des niveaux moindres d'anxiété et une tendance moindre à entretenir des liens avec des camarades qui adoptent des comportements criminels (voir la figure 3).

Collectivité

L'engagement communautaire et le sentiment d'appartenance à la collectivité sont favorisés par les occasions données aux jeunes de participer à des activités communautaires parascolaires, comme appartenir à des clubs, pratiquer des sports, faire de la musique, s'adonner à des activités artistiques, participer à des collectes de fonds ainsi qu'à des activités ou à des organisations bénévoles¹⁴.



Des études antérieures indiquent qu'il existe un lien entre les taux élevés de participation communautaire et le fait de n'avoir jamais eu de relations sexuelles⁵. Outre ce lien, les analyses récentes de l'ISPC montrent que les jeunes ayant un taux élevé d'engagement communautaire sont moins enclins à déclarer fumer du tabac et consommer de la marijuana. Ces jeunes affirment

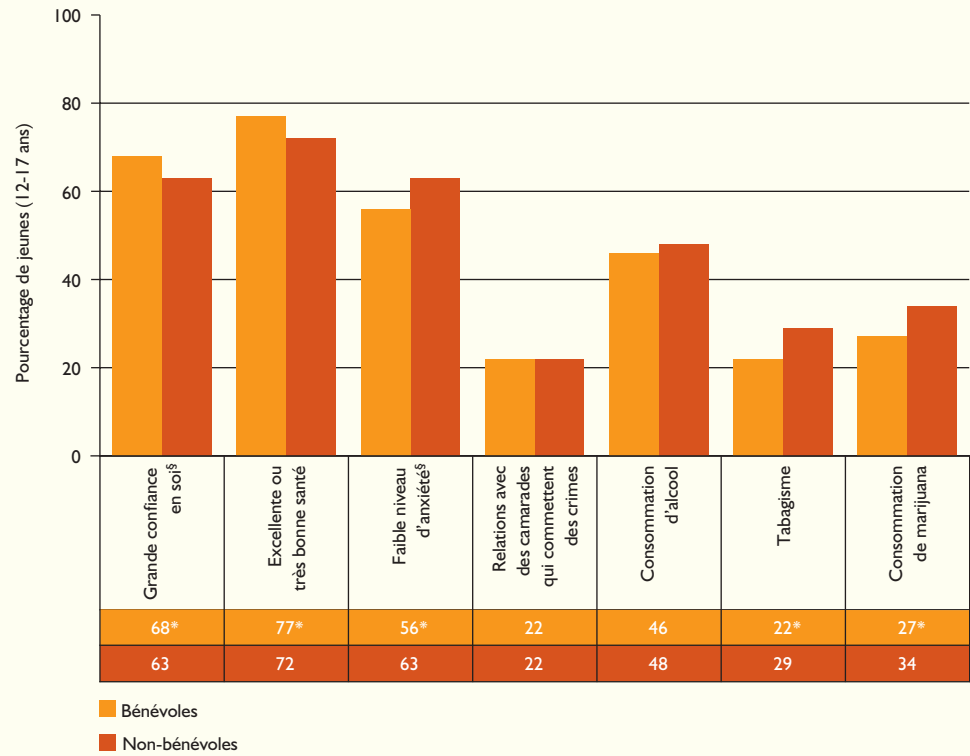
73 % des jeunes Canadiens de 12 à 17 ans participent à des activités bénévoles.

La participation à des activités parascolaires et à des organismes communautaires pour les jeunes est associée à une meilleure santé perçue, à une meilleure perception de soi et à un sentiment d'autonomie^{10, 56}. Les études actuelles indiquent que la participation des enfants à des activités organisées est associée au niveau de revenu familial. Les enfants issus de familles à faible revenu ou monoparentales ou encore les enfants dont le tuteur principal a un faible niveau de scolarité sont moins enclins à avoir participé à des activités organisées¹⁰⁶.

Parmi les jeunes Canadiens de 12 à 17 ans, 73 % participent à des activités bénévoles⁸⁸. Les taux d'engagement communautaire sont plus élevés parmi les filles (77 %) que parmi les garçons (70 %). En 2000-2001, le nombre de jeunes faisant du bénévolat était supérieur à la moyenne canadienne (73 %) en Alberta (82 %) et inférieur à la moyenne canadienne au Québec (61 %).

aussi avoir une meilleure confiance en eux et un meilleur état de santé que les jeunes non bénévoles (voir la figure 4). Par contre, les jeunes non bénévoles déclarent des taux moindres d'anxiété. Ce résultat est conforme à des études récentes qui démontrent que, entre le début et la fin des années 1990, la participation des adolescents à des loisirs, à des sports et à des activités physiques a augmenté de concert avec les niveaux déclarés du sentiment de stress et de manque de temps⁹³. La consommation d'alcool chez les adolescents et les relations avec des camarades qui adoptent des comportements criminels n'ont pas été associées à l'engagement ou à l'absence d'engagement dans des activités bénévoles.

Figure 4
 État de santé et
 comportements
 des adolescents —
 évaluation
 personnelle de
 l'engagement
 communautaire



Source : Analyse de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canad) par l'ISPC.

* Différence statistiquement significative entre les bénévoles et les non-bénévoles au seuil de 0,05.

§ Inclut seulement les jeunes de 12 à 15 ans.

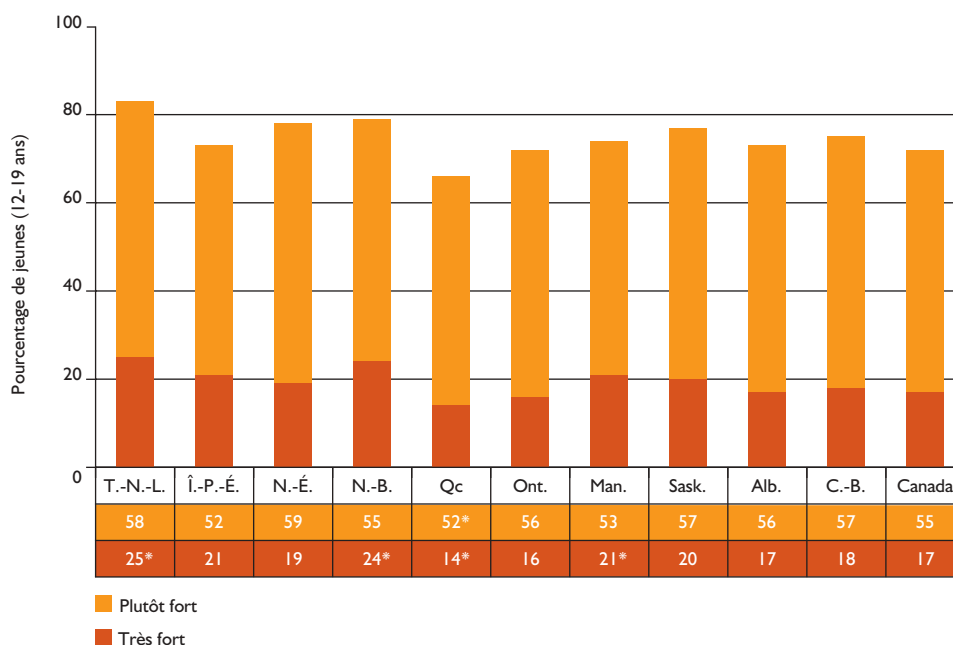
Des études antérieures indiquent également que le sentiment d'appartenance à la collectivité est associé à un meilleur état de santé⁵¹. D'après une étude récente réalisée auprès des jeunes des communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique, l'auto-détermination des Autochtones dans certains aspects de la collectivité et de la vie culturelle est fortement associée à des taux moindres de suicide chez les jeunes⁵¹. Le terme « continuité culturelle » décrit les efforts déployés afin de préserver et de promouvoir les pratiques culturelles et de contrôler et de gérer les ressources qui existent⁵¹. L'autonomie gouvernementale, le contrôle des terres ancestrales, la direction des écoles par les bandes, la gestion locale des services de santé, la présence d'institutions culturelles ainsi que la direction des services de police et d'incendie comptent au nombre des marqueurs utilisés pour

créer l'indice de continuité culturelle de l'étude menée en Colombie-Britannique. Dans les collectivités où tous ces marqueurs sont absents, le taux de suicide était de 138 pour 100 000 habitants comparativement à des taux de suicide pratiquement nuls dans les collectivités où les six marqueurs étaient présents⁵¹.

Parmi les jeunes de 12 à 19 ans de l'ensemble des 10 provinces, 17 % déclarent éprouver un sentiment d'appartenance très fort à leur collectivité et 55 %, un sentiment d'appartenance à leur collectivité plutôt fort^{***} (voir la figure 5). Dans les trois territoires, 26 % déclarent éprouver un très fort sentiment d'appartenance à leur collectivité et 52 %, un sentiment d'appartenance plutôt fort^{†††}.

Un sentiment d'appartenance à la collectivité est associé à un meilleur état de santé.

Figure 5
Proportion des adolescents qui déclarent éprouver un sentiment d'appartenance très fort ou plutôt fort envers leur collectivité



Source : ESCC 2.1 (2003), Statistique Canada, Totalisation spéciale.
* Différence statistiquement significative par rapport à l'estimation canadienne au seuil de 0,05.

*** L'estimation canadienne est fondée sur la population, à l'exclusion des territoires.
††† En raison des nombres peu élevés, les données propres au Yukon et au Nunavut sont de qualité marginale et doivent être utilisées avec prudence.

Camarades

L'amitié prend une importance accrue au fur et à mesure que les jeunes grandissent. Elle procure aux adolescents un espace dans lequel ils développent leurs aptitudes sociales et émotionnelles⁵⁹. Selon certaines études examinées dans le cadre d'un rapport de synthèse pour le ministère des Affaires de la jeunesse de la Nouvelle-Zélande, l'amitié peut être associée à de meilleurs résultats scolaires, à des effets négatifs atténués à la suite du divorce des parents, à des problèmes émotionnels moindres ainsi qu'à des capacités cognitives accrues⁵⁹.

Plusieurs résultats d'études suggèrent que, si les jeunes entretiennent des relations avec des camarades qui leur servent de modèles positifs, ces relations contribuent à des résultats positifs en matière de santé⁵⁹. Par exemple, pour les filles, le fait d'avoir des amis qui obtiennent de bons résultats scolaires et qui adoptent peu de

Milieux qui favorisent		
des interactions		
positives avec		
les camarades		

Parmi les jeunes Canadiens de 12 à 17 ans, 80 % déclarent un haut niveau d'interdépendance avec leurs camarades^{†††}. Les données de l'enquête présentées ici n'indiquent pas si les camarades adoptaient des comportements à risque ou des comportements favorisant la santé. Toutefois, les nouvelles analyses de l'ISPC indiquent que les

Les jeunes qui déclarent des niveaux accrus d'interdépendance avec les camarades sont également enclins à signaler des niveaux élevés de confiance en soi et un excellent ou très bon état de santé.

comportements à risque est associé à une plus faible probabilité de devenir enceinte à l'adolescence¹¹. De plus, les jeunes qui ont des modèles positifs parmi leurs camarades sont moins enclins à fumer du tabac et à consommer des drogues ou de l'alcool^{6,107}.

À titre d'indice de l'**interdépendance avec les camarades**, la partie de l'ELNEJ relative aux amis interroge les jeunes à savoir s'ils ont ou non de nombreux amis, s'ils ont de la facilité à s'entendre avec les autres jeunes de leur âge et si ces derniers les apprécient et souhaitent être leurs amis.

jeunes qui déclarent des niveaux élevés d'interdépendance avec les camarades sont davantage enclins à signaler une plus grande confiance en soi, un excellent ou un très bon état de santé et des niveaux faibles d'anxiété. Le tabagisme et la consommation d'alcool et de marijuana chez les jeunes ne sont pas associés au niveau d'interdépendance avec les camarades.

††† Les valeurs d'interdépendance avec les camarades sont fondées sur un taux de réponse de 76 %.

D'autres analyses réalisées par l'ISPC font état de différences entre les adolescentes et les adolescents en ce qui a trait aux niveaux d'interdépendance avec les camarades. Une proportion moins grande de garçons (76 %) que de filles (84 %) déclarent des niveaux élevés d'interdépendance. Parmi les filles, des taux accrus d'interdépendance avec les camarades sont associés à des niveaux plus élevés de confiance en soi et d'état de santé et à des niveaux moindres d'anxiété (voir la figure 6). Le tabagisme et la consommation d'alcool et de marijuana ne sont pas associés aux niveaux d'interdépendance avec les camarades chez les filles. Les garçons affichaient des résultats similaires, à l'exception des taux d'anxiété qui n'étaient pas associés aux niveaux d'interdépendance avec les camarades (voir la figure 7).



Nous avons plus tendance à agir d'une certaine manière si nos amis le font aussi.



— un jeune⁶⁶

Bien que ces résultats suggèrent que des relations solides avec les camarades soient liées à de meilleurs résultats pour la santé des adolescents, il faut noter une exception. Les garçons qui ont un niveau élevé d'interdépendance avec leurs camarades déclarent avoir subi nettement plus de blessures que les garçons dont le niveau d'interdépendance est moyen-faible. Ce résultat suggère qu'il existe une association entre le niveau d'interdépendance avec les camarades et le risque de blessures chez les garçons.

††† Les valeurs d'interdépendance avec les camarades sont fondées sur un taux de réponse de 76 %.

Figure 6
État de santé et comportements des adolescentes — évaluation personnelle de l'interdépendance avec leurs camarades

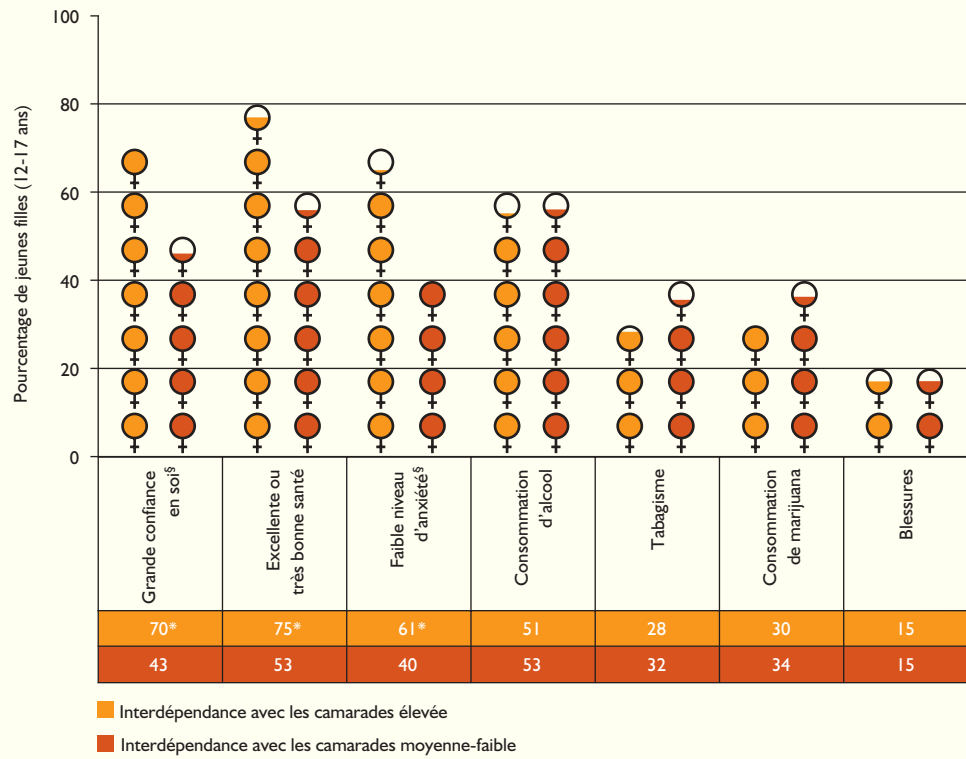
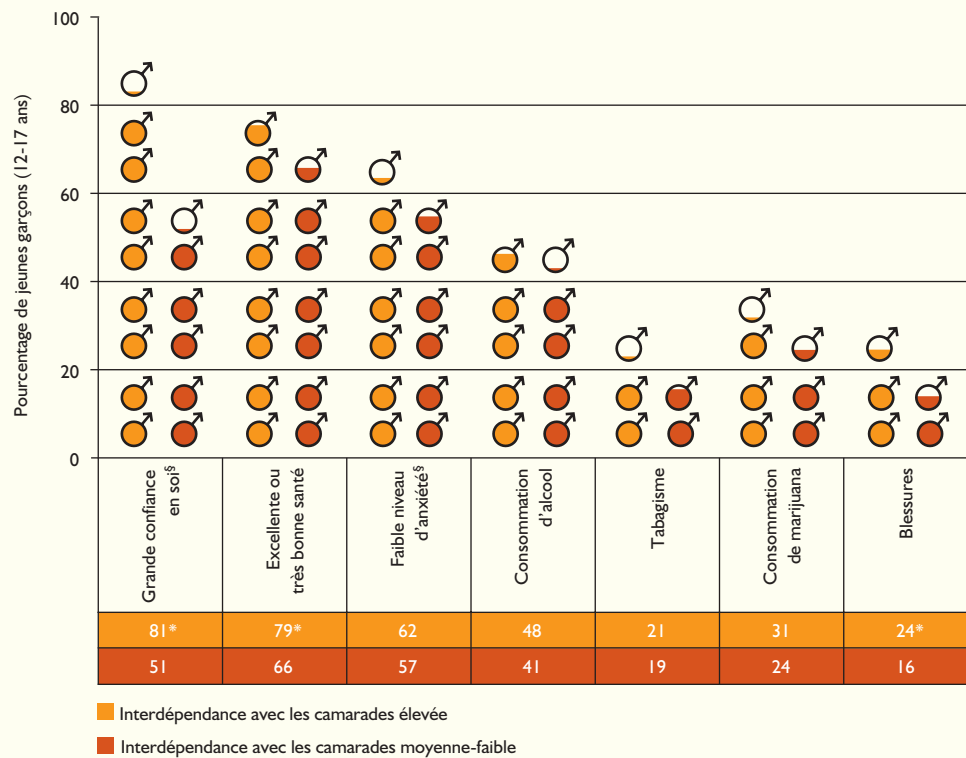


Figure 7
État de santé et comportements des adolescents — évaluation personnelle de l'interdépendance avec leurs camarades



Source : Analyse de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.
* Différence statistiquement significative entre les niveaux élevé et moyen-faible d'interdépendance avec les camarades au seuil de 0,05.
§ Inclut seulement les jeunes de 12 à 15 ans.

Tableau récapitulatif
État de santé et
comportements
des adolescents en
fonction des acquis
positifs individuels

Résultats et comportements liés à la santé	Acquis positifs									
	Valorisation parentale (%)		Surveillance parentale (%)		Engagement scolaire (%)		Bénévolat (%)		Interdépendance avec les camarades (%)	
	É	M-F	É	M-F	É	M-F	B	N-B	É	M-F
Grande confiance en soi	85*	59	74	72	77*	59	68**	63	75*	48
Excellent ou très bon état de santé	83*	69	80	74	80*	61	77***	72 [§]	77**	61 [§]
Faible niveau d'anxiété	94*	86	89	91	91*	83	56**	63	62*	50
Relations avec des camarades qui commettent des crimes	15*	27	19	24	17*	32	22 [§]	22 [§]	---	---
Consommation d'alcool	26*	46	30*	40	29*	50	46 [§]	48 [§]	49 [§]	46 [§]
Tabagisme	11*	24	15*	20	12*	30	22***	29 [§]	25 [§]	24 [§]
Consommation de marijuana	12*	26	15*	23	14*	31	27***	34 [§]	30 [§]	28 [§]

É : Élevée
M-F : Moyenne-faible
B : Bénévole
N-B : Non-bénévole

Source : Analyse de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.
* Différence statistiquement significative entre les niveaux élevé et moyen-faible des acquis donnés au seuil de 0,05.
** Différence statistiquement significative entre les bénévoles et non-bénévoles au seuil de 0,05.
Jeunes âgés de 12 à 15 ans, à moins d'indication contraire.
§ Inclut des jeunes de 12 à 17 ans.

Acquis multiples et la santé

Les jeunes vivent dans un monde complexe où bon nombre de facteurs agissent simultanément sur eux. Les sections précédentes démontrent les avantages de posséder divers acquis liés à la famille, à l'école, aux camarades et à la collectivité pour favoriser les comportements liés à la santé et leurs résultats (voir le tableau récapitulatif à la page 50).

De récentes études américaines illustrent que plus les adolescents possèdent d'acquis, plus ils ont de chance d'adopter des pratiques améliorant leur santé (par exemple, porter un casque à vélo, boucler leur ceinture en voiture ou pratiquer de l'activité physique) et moins ils sont enclins à adopter des pratiques potentiellement néfastes pour leur santé (par exemple, tabagisme, rapports sexuels à risque, violence et consommation d'alcool et de drogues)⁶⁻¹¹. Le Search Institute situé aux États-Unis a mené des sondages auprès de 217 000 jeunes de la sixième année du primaire à la deuxième année du collégial dans plus de 300 collectivités au cours de l'année scolaire 1999-2000¹⁰⁸. L'enquête a révélé qu'un

Écoles et collectivités		
qui offrent des possibilités à		
tous les jeunes		

camarades) et sept comportements et résultats en matière de santé (confiance en soi, état de santé perçu, anxiété, consommation d'alcool et de marijuana, tabagisme et relations avec les camarades qui commettent des crimes).

La moitié (51 %) des jeunes Canadiens de 12 à 15 ans déclarent posséder un niveau élevé de quatre ou cinq acquis; 40 % signalent posséder un niveau élevé de deux ou trois acquis et 9 %, un niveau élevé de zéro ou un acquis (voir la figure 8).

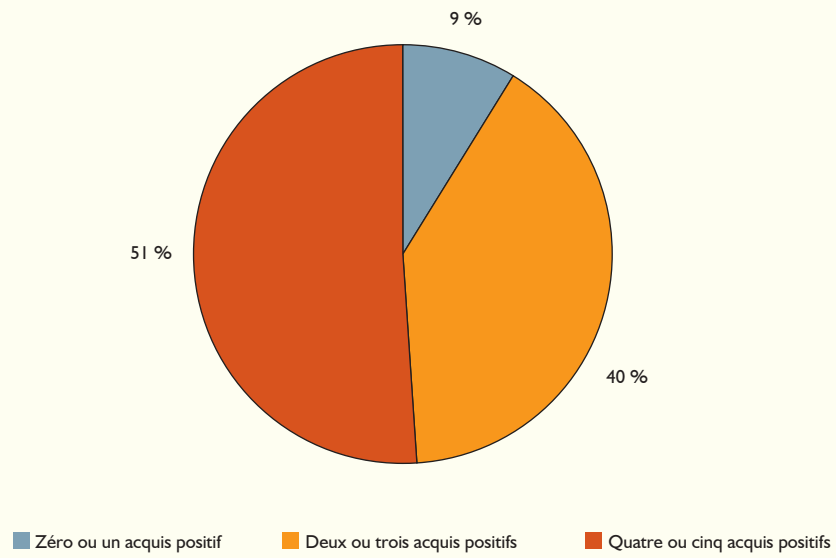
Les jeunes qui possèdent quatre ou cinq acquis déclarent un niveau de confiance en soi et d'état de santé supérieurs à ceux des jeunes qui n'en possèdent que deux ou trois... Ces jeunes qui ne possèdent que deux ou trois acquis déclarent toutefois des niveaux de confiance en soi et d'état de santé supérieurs à ceux des jeunes qui n'en possèdent aucun ou qu'un seul.

nombre accru d'acquis était associé à une plus forte tendance des adolescents à adopter des comportements positifs et que les jeunes qui possédaient le plus grand nombre d'acquis étaient les moins enclins à adopter des comportements à risque liés à la santé¹⁰⁸. Cette étude suggère également que ces liens existent parmi les jeunes de toute origine ethnique et raciale et des différents niveaux socioéconomiques¹⁰⁸.

Avant, nous ne savions pas si ce lien s'appliquait également au Canada. Par conséquent, l'ISPC a utilisé les données de l'ELNEJ pour étudier l'association entre cinq acquis (valorisation parentale, surveillance parentale, engagement scolaire, bénévolat, interdépendance avec les

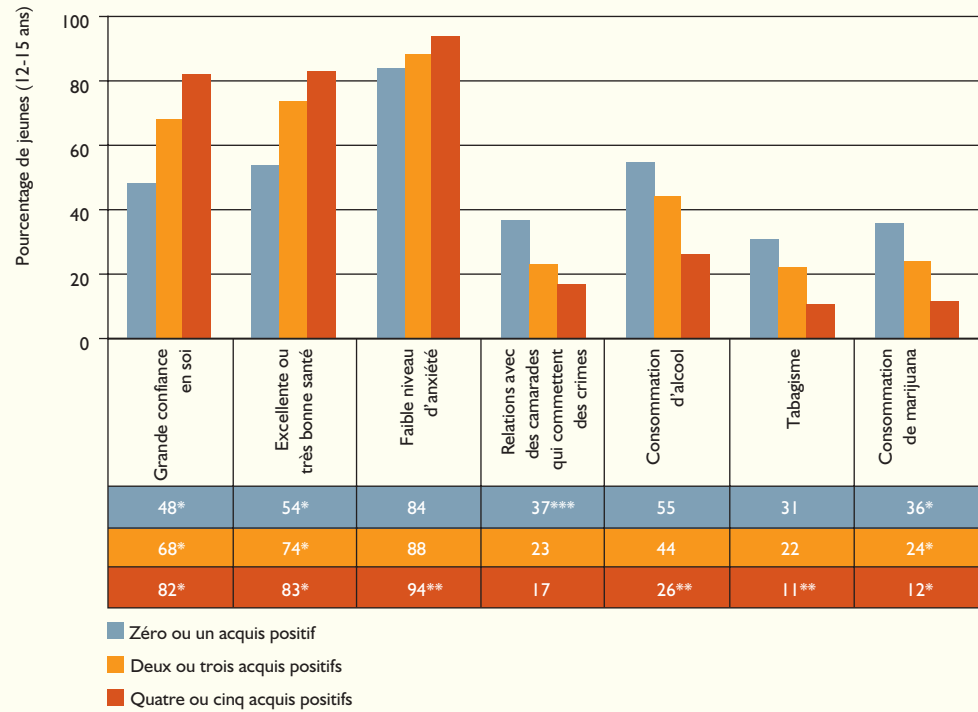
Le nombre d'acquis que possèdent les jeunes Canadiens est lié à leur santé et à leurs comportements en matière de santé. De façon générale, plus les jeunes possèdent d'acquis, meilleur semble être leur état de santé et moins ils semblent enclins à adopter des comportements à risque. Parmi les jeunes de 12 à 15 ans, ceux qui possèdent quatre ou cinq acquis déclarent des niveaux de confiance en soi et d'état de santé supérieurs à ceux des jeunes qui n'en possèdent que deux ou trois. Ces derniers signalent quant à eux des niveaux de confiance en soi et d'état de santé supérieurs à ceux des jeunes qui n'en possèdent aucun ou qu'un seul. Les jeunes qui bénéficient de quatre ou cinq acquis sont également plus enclins à déclarer un faible niveau d'anxiété et ont moins

Figure 8
Proportion
des adolescents
de 12 à 15 ans
qui déclarent
posséder des
niveaux élevés
de divers
acquis positifs



Source : Analyse de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.

Figure 9
 État de santé et comportements des adolescents selon le nombre d'acquis positifs



Source : Analyse de l'ELNEJ (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.

* Toutes les comparaisons en paires sont statistiquement significatives au seuil de 0,05.

** Différence statistiquement significative avec deux ou trois acquis et zéro ou un acquis au seuil de 0,05.

*** Différence statistiquement significative avec deux ou trois acquis et quatre ou cinq acquis au seuil de 0,05.

tendance à déclarer consommer de l'alcool, de la marijuana et du tabac que les jeunes avec moins d'acquis. Quant aux jeunes qui déclarent ne pas avoir d'acquis ou en avoir qu'un seul, ils ne semblent pas différer de façon significative de ceux qui possèdent deux ou trois acquis en ce qui a trait au tabagisme, à leur sentiment d'anxiété et à leur consommation d'alcool. Ils sont cependant plus enclins que les jeunes avec plus d'acquis à déclarer consommer de la marijuana et à côtoyer des pairs qui adoptent des comportements criminels (voir la figure 9).

pour tous les niveaux de revenu et de scolarité. La seule exception à noter est que la proportion de jeunes qui signalent un niveau élevé de valorisation parentale est plus grande chez les jeunes dont le niveau d'adéquation du revenu est élevé (Q5) que chez les jeunes des strates de revenu plus faible^{††}. De même, elle est plus grande dans les ménages où au moins un parent détient un diplôme collégial ou universitaire comparativement aux ménages dont les parents détiennent certaines études postsecondaires. Le nombre de jeunes qui déclarent des taux accrus de

Le lien entre le statut socioéconomique et la santé est complexe.

Acquis positifs et le statut socioéconomique

Différentes théories pourraient expliquer le fait que les jeunes possédant plus d'acquis positifs déclarent de meilleurs résultats et comportements liés à la santé. Selon l'une d'elles, les jeunes avec plus d'acquis ont aussi tendance à avoir d'autres caractéristiques en commun. Par exemple, un plus grand nombre d'entre eux seraient issus de familles à revenu ou niveau de scolarité élevés. Le cas échéant, on peut alors se demander si le lien observé entre les acquis positifs et la santé s'expliquerait par des différences socioéconomiques sous-jacentes entre les groupes.

Le lien entre le statut socioéconomique (SSE) et la santé a fait l'objet de recherches approfondies au Canada et à l'étranger. Même s'il semble exister un lien entre le SSE, mesuré par le revenu, la situation professionnelle et le niveau de scolarité des parents, et la santé des adolescents^{21, 48}, peu d'études le confirment pour les jeunes Canadiens en particulier²².

L'ISPC a procédé à des analyses sur la répartition des acquis en fonction du revenu et du niveau de scolarité des ménages dans lesquels vivent les jeunes. Comme l'illustre les figures 10 et 11, la répartition des acquis est relativement constante

surveillance parentale, d'interdépendance avec les camarades, d'engagement envers l'école et la collectivité ne semble pas être significativement différent selon le niveau d'adéquation du revenu ou de scolarité du ménage.

D'autres analyses démontrent la complexité des liens entre la santé et le SSE. Par exemple, selon l'analyse des données de l'ELNEJ, la probabilité qu'un jeune de 12 à 15 déclare un niveau élevé de santé ou de confiance en soi ne semble pas être associée au niveau de revenu ou de scolarité du ménage^{†††}. De même, le revenu ou la scolarité du ménage ne semble pas associé au fait qu'un jeune déclare fumer ou consommer de l'alcool ou de la marijuana.

Des études récentes menées aux États-Unis²¹ et au Canada⁴⁸ auprès de jeunes de 17 et 18 ans respectivement tirent par contre des conclusions différentes. Selon ces études, les jeunes issus de familles avec un SSE supérieur sont en meilleure santé que ceux dont le SSE est inférieur. Tel qu'indiqué au début de ce rapport, le revenu est un déterminant important de la santé²¹⁻²⁴. L'absence de différences parmi les strates de SSE dans les analyses de l'ISPC pourrait être due à l'agrégation des variables^{†††}. Il est raisonnable de croire que des différences en accord avec les écrits scientifiques auraient pu être détectées si la comparaison entre les cinq niveaux d'adéquation du revenu avait été possible.

†† En raison du petit échantillon pour le niveau d'adéquation du revenu le plus faible (Q1), les niveaux d'adéquation du revenu inférieurs (Q1 et Q2) ont été regroupés. La norme du seuil de faible revenu est de moins de 10 000 \$ pour un ménage d'une à quatre personnes ou moins de 15 000 \$ pour cinq personnes ou plus. Le niveau de revenu le plus faible dans les analyses de l'ISPC tient compte de ce minimum et inclut les ménages dont le revenu maximum ne dépasse pas 15 000 \$ pour une ou deux personnes, 19 999 \$ pour trois ou quatre personnes et 29 999 \$ pour cinq personnes ou plus.

††† Les niveaux de revenu faible et moyen-inférieur (Q1 et 2) ont été regroupés puis comparés aux niveaux de revenu plus élevé (Q3, 4, 5 ensemble). De même, les niveaux de scolarité du ménage ont été divisés en deux groupes : les ménages dont le niveau de scolarité le plus élevé est un diplôme d'études secondaire ou moins, et les ménages dont au moins un membre de la famille a participé à des études postsecondaires.

Figure 10
Répartition des acquis selon le niveau d'adéquation du revenu

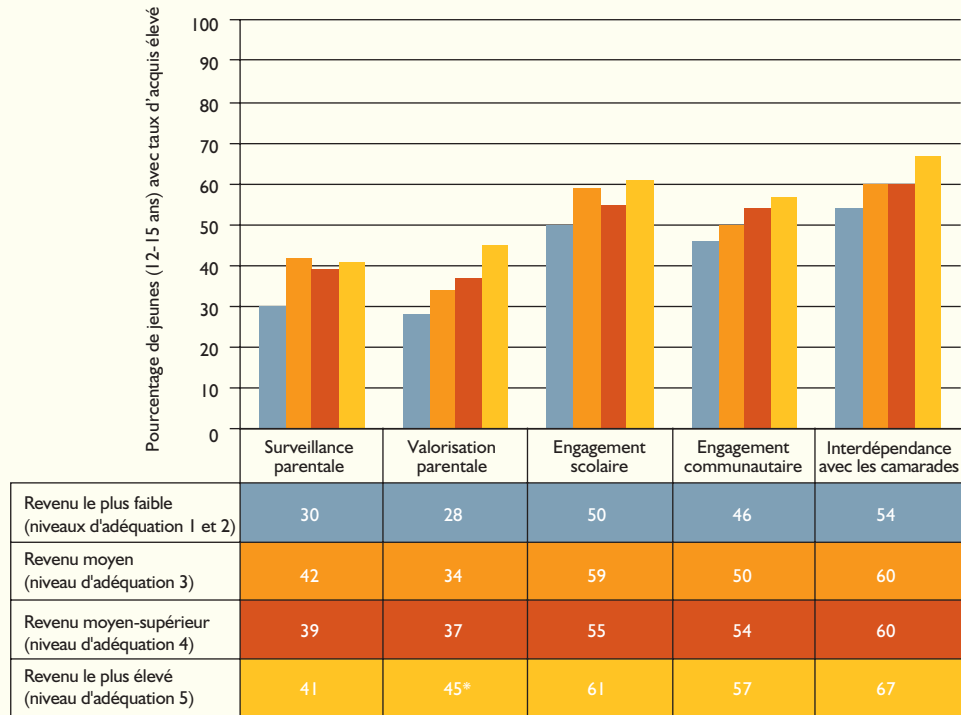
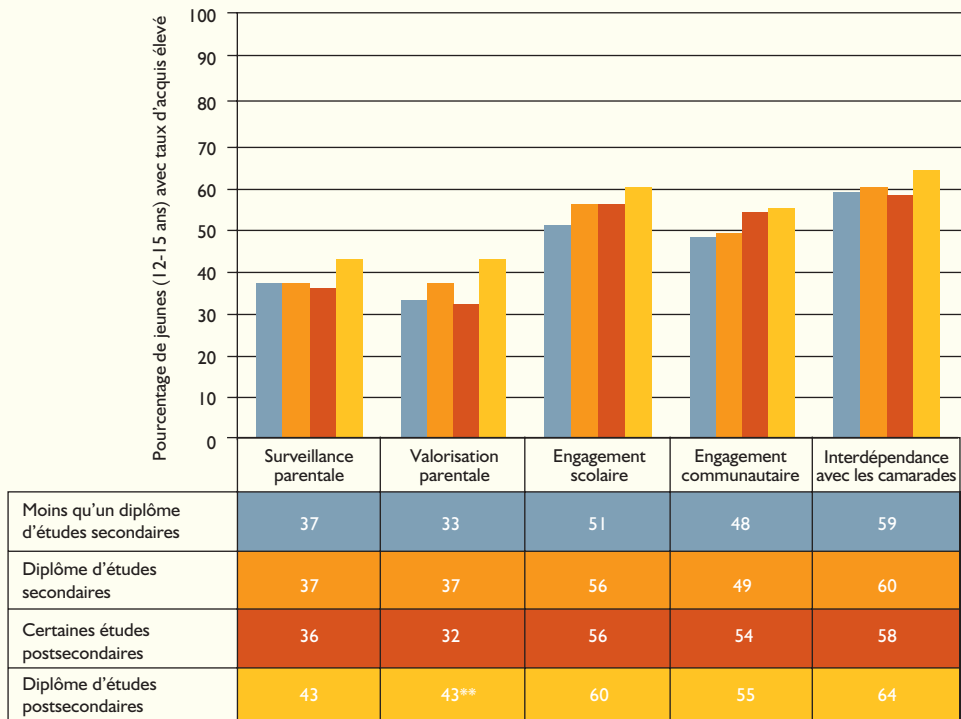


Figure 11
Répartition des acquis selon le niveau de scolarité du ménage



Source : Analyse de l'ELNJE (cycle 4, 2000-2001, Statistique Canada) par l'ISPC.

* Différence statistiquement significative entre le niveau d'adéquation du revenu Q5 et les niveaux Q1-2, Q3 et Q4 au seuil de 0,05.

** Différence statistiquement significative avec « certaines études postsecondaires » au seuil de 0,05.



5

Création
de milieux



et d'occasions
propices au

développement
sain des
adolescents

Selon les éléments probants présentés dans *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*, l'adolescence est une période de transition complexe durant laquelle divers déterminants peuvent avoir des répercussions sur la santé des jeunes.

Le présent rapport s'intéresse plus particulièrement aux associations entre des relations positives au sein de quatre milieux, soit ceux de la famille, de l'école, de la collectivité et des camarades, et l'état de santé et les comportements des jeunes. Ces relations positives sont considérées comme des acquis positifs.

Quel est le message principal du rapport?

Les jeunes qui se sentent valorisés par leurs parents et engagés dans leur école, leur collectivité et auprès de leurs pairs sont en meilleure santé et présentent des taux accrus de confiance en soi. De plus, les jeunes qui se sentent valorisés et encadrés par leurs parents ou qui signalent un niveau élevé d'engagement envers leur école sont moins portés à adopter des comportements à risque comme le tabagisme et la consommation d'alcool ou de marijuana.

Les résultats suggèrent également une association entre le nombre d'acquis positifs, la santé perçue et la confiance en soi. Les jeunes qui possèdent quatre ou cinq acquis déclarent des niveaux de confiance en soi et d'état de santé supérieurs aux jeunes qui en possèdent que deux ou trois. Les jeunes qui possèdent deux ou trois acquis, à leur tour, signalent des niveaux de confiance en soi et d'état de santé supérieurs aux jeunes qui n'ont pas d'acquis ou qui n'en possèdent qu'un seul. En général, les jeunes qui possèdent le plus d'acquis positifs ont moins tendance à adopter des comportements néfastes pour leur santé et ils ont plus tendance à déclarer un faible niveau d'anxiété.

Formation des acquis positifs : quelles sont les interventions qui semblent efficaces?

Bon nombre d'initiatives jeunesse sont axées sur des « problèmes » particuliers comme la violence, les blessures ou le tabagisme. Certaines intègrent la totalité ou une partie des caractéristiques et des stratégies d'une approche globale de développement sain des adolescents (voir le tableau 1). Il n'existe pour l'instant aucun inventaire exhaustif des programmes jeunesse au Canada et, malgré le nombre d'initiatives de ce genre, peu ont fait l'objet d'une évaluation formelle à ce jour. Qui plus est, les évaluations recensées tendent à porter plus sur l'aspect formatif et sur les processus que sur les résultats comme, par exemple, les répercussions sur la santé. En outre, elles utilisent rarement un devis expérimental, quasi-expérimental ou longitudinal permettant de tirer des déductions plus solides fondées sur les résultats. La plupart des programmes jeunesse contribuent peut-être à améliorer la santé des jeunes à l'adolescence et plus tard dans leur vie; par contre, on dispose de très peu de données dans ce domaine.

Pour déterminer les politiques et les programmes qui fonctionnent, des normes d'évaluation sont nécessaires⁵⁸. Il est également utile de connaître les liens, ou l'absence de liens, avec les résultats en matière de santé afin de prendre des décisions avisées. Plus particulièrement, des données découlant des évaluations sont nécessaires pour comprendre la relation entre un programme, son coût, ses facteurs de réussite essentiels et les résultats sur la santé. Les évaluations qui

en augmentant la fréquence et la qualité des relations que ceux-ci entretiennent avec leur famille, l'école, les camarades et la collectivité :

1. Interventions globales qui tiennent compte de facteurs communs liés à de multiples comportements;
2. Approches qui favorisent le développement sain de l'adolescent; et
3. Initiatives qui encouragent la participation des jeunes^{12-14, 58, 126-127}.

« Les gens doivent accepter que les jeunes ont des tas d'idées et des points de vue différents. On n'arrête pas de nous dire que nous sommes l'avenir... alors donnez-nous la chance de montrer ce que nous pouvons faire. »

— un jeune⁶⁶

démontrent comment les résultats sur la santé sont liés à des programmes jeunesse ou attribués à ceux-ci peuvent être utilisées par les responsables de l'élaboration des politiques, par les décideurs et par les collectivités pour déterminer les initiatives qui :

- obtiennent les meilleurs résultats pour une population donnée;
- sont rentables; et
- peuvent être généralisées ou appliquées à d'autres groupes et environnements.

En se basant sur les preuves établies, les chercheurs ont défini trois caractéristiques de programmes ou de politiques qui peuvent contribuer au développement sain de l'adolescent

Chaque point est décrit plus en détail dans les pages qui suivent. Il importe toutefois de souligner que, comme les recherches évaluatives sont plutôt rares au Canada, peu de conclusions peuvent être tirées concernant l'efficacité relative de ces stratégies. Il se peut que celles-ci ne soient pas efficaces dans tous les cas et que certaines soient plus efficaces que d'autres.

Une approche axée sur la santé de la population pour le développement des adolescents est-elle rentable?

Selon des estimations basées sur des chiffres compilés au cours des années 1990, les maladies mentales ainsi que la consommation d'alcool, de tabac et de drogues coûtent des millions de dollars par année au Canada¹³⁰⁻¹³². Étant donné le lien entre les comportements adoptés pendant l'adolescence et la santé future², des interventions efficaces de prévention ou de limitation de ces comportements et de promotion de la santé des adolescents pourraient générer des économies. Il est cependant difficile d'évaluer le rendement du capital investi pour un type particulier de programme. Pour cela, il faudrait se baser sur les recherches qui existent pour tenter d'évaluer les retombées des programmes sur la santé à court et à long termes, les coûts d'un programme (par exemple, s'il est adopté dans un contexte différent ou à une autre échelle) ainsi que les avantages ou les problèmes dans l'avenir comparativement à ceux observés dans le présent. Quelques études se sont néanmoins penchées sur cette question.

Par exemple, des chercheurs américains ont estimé que le coût des programmes jeunesse s'élève à 3 060 dollars par jeune, selon les coûts des programmes d'organisations comme Les Grands Frères-Les Grandes Sœurs, Les Clubs garçons et filles et les Girl Scouts of America. Ces coûts comprennent les activités parascolaires, les programmes d'encadrement, la prévention et les activités de loisirs pour 1 200 heures par année et par jeune. En se basant sur ce chiffre, le Centre for Youth Development (CYD) de l'Academy for Educational Development estime que le taux de rendement de chaque dollar investi dans des programmes de promotion du développement des adolescents peut atteindre 11 dollars¹¹⁶. Cette estimation est basée sur le salaire moyen présumé qu'un diplômé du secondaire gagnera sur une période de 40 ans. Le CYD n'a pas tenté d'intégrer à ses calculs le coût des problèmes évités tels que les blessures, la consommation d'alcool et de drogue, la grossesse chez les adolescentes, le chômage ni des résultats connexes pour la santé¹¹⁷.

<p>Tableau 1</p> <p>Exemples d'initiatives évaluées en matière de développement sain de l'adolescent au Canada</p>	Programme et lieu	Objectifs et approche du programme	Avantages documentés pour la santé
	<p>La classe en plein air : Conseil tribal des Gwich'in¹⁰⁹</p> <p>Territoires du Nord-Ouest</p>	<p>Avec la participation de la collectivité et du milieu scolaire, faire de la classe en plein air traditionnelle un cadre pédagogique afin d'aborder la question de la criminalité chez les jeunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la participation des parents aux travaux scolaires des enfants, une meilleure assiduité à l'école, une meilleure maîtrise de soi et un meilleur comportement en classe • Une réduction de 30 % du nombre d'infractions rapportées à la GRC • De meilleures relations dans le milieu scolaire
	<p>Together We Light the Way: Building Stronger and Safer Communities^{110,111}</p> <p>Ontario, Manitoba, Nouvelle-Écosse</p>	<p>Programme d'intervention précoce encourageant un milieu scolaire sûr, physiquement et émotionnellement, dans lequel les jeunes peuvent acquérir un sentiment d'interdépendance avec l'école ainsi que des aptitudes sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise une réponse non violente à la colère • Meilleure attitude envers l'école • Réduction de l'intimidation et des bagarres • Respect accru envers eux-mêmes et les autres et meilleures relations avec la collectivité
	<p>Programme Travail et services pour les étudiants (PTSPE)¹¹²</p> <p>Terre-Neuve-et-Labrador</p>	<p>Grâce à un partenariat entre le gouvernement, les employeurs et la collectivité, aider les jeunes à poursuivre des études postsecondaires et à acquérir de l'expérience dans le domaine professionnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 34 % des participants bénéficiant de l'aide sociale ont affirmé que, sans le programme, ils n'auraient pas poursuivi des études postsecondaires, contre 10 % chez les autres participants non bénéficiaires de l'aide sociale
	<p>Project Early Intervention¹¹³</p> <p>Ontario</p>	<p>Approche intégrée permettant d'offrir aux jeunes l'occasion de participer à des activités prosociales, de développer leurs habiletés sociales, d'apprendre à mieux se maîtriser et d'accroître leur tolérance aux facteurs pouvant entraîner un comportement criminel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des habiletés sociales (par exemple, moins renfermés) • Réduction des troubles du comportement reliés à l'intériorisation (par exemple, moins anxieux) et à l'extériorisation (par exemple, moins agressifs et plus attentifs)

1. Interventions globales qui tiennent compte des facteurs communs liés à de multiples comportements

Selon des études, les comportements des jeunes ont tendance à se regrouper, ce qui signifie que des comportements à risque (comme la consommation d'alcool et le tabagisme) vont souvent de pair; il en va de même avec les comportements sains.¹² Pour certains chercheurs, l'explication réside dans le fait que les comportements sont tous influencés par des caractéristiques communes telles la petite enfance, la biologie, la famille, l'école, la collectivité et les relations avec les camarades^{12, 39}.

Les chercheurs qui ont observé ce phénomène de regroupement pensent que des approches globales tenant compte des facteurs sous-jacents à des comportements multiples pourraient être bénéfiques^{12, 69}. Nous n'avons toutefois pas encore vraiment approfondi cette question.

Des programmes à vocation unique peuvent aussi donner de bons résultats. Certains programmes ciblant un comportement à risque, comme les programmes d'acquisition graduelle des permis de conduire¹¹⁸ ou les programmes de prévention des traumatismes crâniens associés aux sports ou aux loisirs¹¹⁹ ont donné d'assez bons résultats.

Même si les initiatives ayant pour mission d'aider les jeunes à arrêter de fumer et de prévenir les blessures et l'alcool au volant s'attaquent à un seul comportement à risque, elles peuvent néanmoins utiliser une approche globale. Par exemple, les initiatives reconnues pour réduire les taux de prévalence du tabagisme et d'initiation parmi les jeunes intègrent des projets périodiques d'instauration de politiques (par exemple, augmentation des taxes), de contremarketing ainsi que de prévention regroupant des activités pédagogiques et communautaires, des messages publicitaires destinés aux jeunes, des programmes d'apprentissage du refus, des activités en milieu scolaire (par exemple, groupes de soutien par les pairs) et diverses activités visant différents facteurs associés au tabagisme¹²⁰.

Projet SAUVE-QUI-PENSE : Aucun Regret¹²¹

Grâce à un modèle de leadership et d'éducation par les pairs, le projet SMARTRISK No Regrets¹²¹ a été mis en place initialement dans cinq écoles pilotes (soit en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario et au Nouveau-Brunswick) et dans une école témoin en Ontario.

Les conclusions du projet indiquent que les étudiants ont davantage de connaissances sur la prévention des blessures, ont amélioré leurs attitudes et leurs croyances envers la notion de responsabilisation personnelle et de prise de risques intelligents et ont adopté des stratégies

pour éviter les comportements à risque élevé (par exemple, porter des vêtements de protection au travail, avoir un plan pour revenir à la maison après une fête en évitant de monter dans un véhicule dont le conducteur est en état d'ébriété). Les écoles ont également déclaré avoir tiré profit du projet. Elles ont signalé une amélioration de leur réputation dans la collectivité et de meilleures relations avec les organismes et les intervenants des programmes locaux de prévention des blessures. Une évaluation du projet est actuellement en cours afin de déterminer ses retombées à long terme sur la réduction des blessures.

2. Approches qui favorisent le développement sain de l'adolescent

Bien que les interventions qui approchent l'adolescence uniquement sous l'angle des comportements à risque peuvent être efficaces, de nouvelles recherches suggèrent que les jeunes pourraient profiter de stratégies qui appuient plutôt les aspects positifs d'un développement sain. De telles stratégies considèrent l'adolescence comme un stade de développement durant lequel les jeunes :

- Développent un sentiment d'identité et de compétence;
- Passent de l'école à un emploi sérieux;
- Participent à la collectivité;
- Se préparent pour les relations personnelles et la vie de famille^{16, 58, 128}.

Aborder la santé des adolescents du point de vue d'un développement sain diffère des programmes « axés sur les problèmes » (comme par exemple la cessation de l'usage du tabac) en aidant les jeunes à développer :

- Leur sentiment d'appartenance;
- Leur attachement et complicité avec des adultes soucieux et dévoués;
- Leur sens des responsabilités pour la prise de décision et la résolution de conflit qui est convenable pour leur âge;
- Leur leadership et leur participation à des activités qui encouragent leur propre prise en charge^{57, 58, 126-128}.

Des recherches suggèrent que la création de milieux et d'occasions qui appuient un développement positif de l'adolescent peuvent favoriser la prévention et la promotion de la santé^{57, 58}.

L'évaluation des programmes mis en œuvre pour renforcer les compétences et l'attachement des adolescents suggèrent que les jeunes qui bénéficient de ces programmes obtiennent des résultats supérieurs notamment en ce qui a trait à leurs relations avec leurs parents, à leur engagement et assiduité scolaire, de même qu'à une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme et la consommation d'alcool et de marijuana⁵⁸.

Par exemple, une évaluation de Job Corps, a montré une amélioration des taux de réussite scolaire, une légère amélioration des taux d'emploi de même qu'une réduction du nombre d'arrestations chez les jeunes issus de milieux défavorisés aux États-Unis qui ont profité de ce programme de soutien et de préparation à l'emploi^{100, 122-124}. Cette évaluation note toutefois que des programmes comme Job Corps, bien qu'efficaces, risquent d'avoir une portée limitée quant au nombre de jeunes ciblés puisqu'ils sont intensifs et complexes et peuvent donc être très coûteux^{100, 122}.

Des recherches démontrent que les interventions qui aident les jeunes à se trouver un emploi, à favoriser leur apprentissage ou à développer des relations saines, des stratégies de résolution de conflit et de résilience pourraient être associées à des transitions saines vers l'âge adulte¹²⁸. Toutefois, la définition de stratégies efficaces et l'évaluation des résultats nécessitent d'autres efforts de recherche⁵⁸.

Au fil des ans, les divers paliers de gouvernement au Canada ont instauré plusieurs politiques, programmes et ministères axés sur la population afin d'aborder divers aspects de la vie des jeunes, comme l'éducation, le système juridique, les services de santé, la prévention des blessures, la formation professionnelle et les services sociaux. Par exemple, huit des dix provinces et chaque territoire sont dotés d'un ministère de la Jeunesse ou d'un ministre dont la jeunesse fait partie du portefeuille. Les jeunes de moins de 18 ans sont visés par le Plan d'action national pour

les enfants annoncé lors du discours du Trône de 1997 comme « une stratégie complète en vue d'accroître le bien-être des enfants au Canada » (p. 4)¹²⁵. Jusqu'à présent, la plupart des politiques fédérales, provinciales et territoriales relatives au plan portent sur des projets de développement des jeunes enfants, comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (septembre 1997), l'Accord sur le développement de la petite enfance (septembre 2000) et le Cadre multilatéral pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants (mars 2003).

Les jeunes et le Plan d'action national pour les enfants

3. Initiatives qui encouragent la participation des jeunes

Une revue des écrits scientifiques sur le sujet, réalisée par le Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes, a démontré un lien entre l'engagement des jeunes (c.-à-d. la participation à des activités structurées) et la santé.¹⁴ Les résultats de cette analyse suggèrent que les jeunes qui participent à des activités structurées telles que le sport, la musique et le travail communautaire sont moins enclins à abandonner l'école et à adopter des comportements violents, criminels ou à risque (tabagisme, consommation d'alcool, de marijuana et d'autres drogues). Les jeunes qui participent à des activités structurées seraient par ailleurs plus susceptibles d'obtenir un diplôme collégial et de bons résultats scolaires, de même que d'avoir une plus haute estime de soi.

Les résultats ne précisent pas toutefois si ce sont les jeunes qui participent à des activités structurées qui ont une meilleure estime de soi ou si ce sont les jeunes avec une meilleure estime de soi qui ont plus tendance à participer à de telles activités. Cette problématique souligne le besoin de recherches additionnelles sur les relations qui existent entre l'engagement, l'estime de soi et le développement sain de l'adolescent.

« Je pense que tout jeune dans le monde aimerait se faire entendre sur ce que qu'il a à dire. »

— un jeune⁶⁶

Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes¹³

Le Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes¹³ (financé par l'Agence de santé publique du Canada) se caractérise par son engagement à renforcer l'autonomie et la confiance en soi des jeunes afin qu'ils soient en mesure de prendre des décisions responsables par rapport à leur santé. Les jeunes participent directement à la planification et à la mise en œuvre des activités du centre, de concert avec des

agences, des organismes et des universités de partout au Canada dont l'Institut Heartwood, l'Alliance des jeunes pour l'environnement, l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, l'Université Wilfred Laurier, l'Université Brock, le Cercle d'action sur la sexualité des jeunes et la Fédération de la jeunesse canadienne-française.

Milieux qui privilégient une éducation parentale positive		Approches qui favorisent le développement sain de l'adolescent	
	Milieux scolaires qui favorisent la tolérance, établissent des limites et fixent des attentes élevées		Initiatives qui encouragent la participation des jeunes
Écoles et collectivités qui offrent des possibilités à tous les jeunes		Occasions pour les jeunes de trouver des emplois rémunérés	
	Occasions de participer à des activités communautaires à l'extérieur de l'école et du travail		Milieux qui favorisent des interactions positives avec les camarades



6



Sommaire et conclusions

L'adolescence est une période durant laquelle les jeunes expriment de nouvelles idées, adoptent de nouvelles valeurs et vivent toutes sortes d'expériences. Ces expériences peuvent avoir de multiples effets à long terme dont certains sont néfastes pour la santé². Les adolescents canadiens forment un groupe diversifié qui affiche, dans l'ensemble, un bon état de santé.

Selon de nouvelles preuves, les relations positives à la maison, à l'école, dans la collectivité et avec les camarades sont favorables à la santé et au développement des jeunes. Ces relations peuvent protéger les jeunes contre l'adoption de comportements à risque et promouvoir l'adoption de comportements sains. Même si l'adolescence se caractérise par une indépendance accrue à l'égard des parents, la famille joue toujours un rôle important.

Améliorer la santé des jeunes Canadiens explore pourquoi certains adolescents sont en meilleure santé que d'autres et pourquoi certains adoptent des comportements à risque et pas d'autres. Il examine plus particulièrement le rôle que peuvent avoir les liens avec la famille, les amis, l'école et la collectivité dans l'explication de ces différences.


Entre autres, le rapport indique que les jeunes qui se sentent valorisés par leurs parents et engagés dans leur école sont en meilleure santé. De plus, le lien entre les acquis, les comportements sains et les résultats semblent cumulatifs. Les jeunes qui ont un nombre élevé d'acquis sont moins susceptibles d'adopter des comportements à risque et ils sont plus enclins à déclarer un bon état de santé et une meilleure confiance en soi que ceux qui en ont moins.

Afin d'en savoir plus sur les interventions efficaces, plus d'études sur les résultats de politiques et de programmes en matière de santé des jeunes sont nécessaires. La rareté de telles études évaluatives au Canada ne nous permet pas de tirer des conclusions sur l'efficacité des stratégies qui sont discutées dans le présent rapport. Celles-ci peuvent ne pas être efficaces dans tous les cas et certaines peuvent l'être plus que d'autres.

Les analyses ainsi que la recherche présentées dans ce rapport suggèrent que les relations qu'établissent les adolescents à l'école, dans la famille, dans le quartier et avec leurs amis sont importantes. Les parents, les camarades, les écoles, les collectivités, les employeurs, les responsables de programmes, les organisations communautaires ainsi que tous les paliers du gouvernement ont un rôle à jouer dans les transitions saines de nos adolescents vers l'âge adulte¹⁷.

Principaux messages et lacunes de l'information

<p>Que savons-nous?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans l'ensemble, les jeunes Canadiens sont en santé. • Les jeunes qui se sentent valorisés par leurs parents et connectés à leur école déclarent de meilleurs résultats pour la santé (meilleur état de santé, plus grande confiance en soi et des taux moindres d'anxiété) et ont moins tendance à adopter des comportements à risque pour la santé. • Les jeunes dont les parents exercent une surveillance parentale accrue sont moins enclins à déclarer fumer ainsi qu'à consommer de l'alcool et de la marijuana, mais ils évaluent leur état de santé au même niveau que les autres adolescents. • Plus un jeune possède d'acquis, meilleur est son état de santé et son niveau de confiance en soi et moins il risque d'adopter des comportements potentiellement néfastes pour sa santé (par exemple, le tabagisme et la consommation d'alcool ou de marijuana).
<p>Que devons-nous savoir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'association entre les acquis positifs et les résultats et comportements liés à la santé des jeunes de 12 à 15 ans a été explorée dans ce rapport. Mais qu'en est-il des liens entre les acquis positifs et les comportements sains ou les résultats pour la santé des jeunes de 16 à 19 ans? Certains acquis sont-ils plus importants que d'autres à cet âge? • Quel est le lien entre les acquis positifs et les comportements liés à la santé ou les résultats pour la santé chez les jeunes Autochtones, chez les jeunes immigrants et chez les jeunes vivant dans les territoires? • Quels sont les mécanismes par l'intermédiaire desquels les acquis influencent le comportement et les résultats pour la santé? • Les acquis positifs ont-ils plus d'influence sur certains aspects de la santé et du comportement que d'autres? • Quels autres acquis favorisent le développement sain? • Quels programmes et politiques sont plus efficaces à promouvoir un développement sain de tous les jeunes Canadiens? • Les programmes s'adressant à des groupes particuliers d'adolescents permettent-ils de changer les inégalités en matière de santé? • Quels sont les nouveaux risques pour la santé des jeunes?

la suite à la page suivante 

Principaux messages et lacunes de l'information (suite)

Que se passe-t-il?

- L'importance des adolescents canadiens est reconnue à l'échelle nationale comme en témoignent les divers rapports et initiatives des instances fédérales, provinciales et territoriales comme *Perspectives d'appui aux adolescents : La contribution du secteur de la santé*² et le Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes¹³.
- Le Canada tente de mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé et le développement des adolescents au moyen d'enquêtes provinciales et pancanadiennes ainsi que de groupes de recherche visant les jeunes Canadiens. Voici quelques exemples :
 - Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, Statistique Canada)
 - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, Statistique Canada)
 - Composante canadienne de l'Étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire
 - McCreary Centre Society (Colombie-Britannique)
 - Centre du savoir : Apprentissage et la santé du Conseil canadien sur l'apprentissage
- L'ISPC a également financé des projets de recherche portant sur les jeunes. Voici quelques-uns des projets en cours ou récemment terminés :
 - Programme de réseau de recherche sur les adolescents canadiens à risque (chercheur principal, William Boyce)
 - Déterminants individuels, des pairs, de la famille, scolaires et communautaires de la toxicomanie chez les adolescents scolarisés (principale chercheuse, Christiane Poulin)
 - Jeunesse vulnérable : Étude de l'obésité, de la mauvaise santé mentale et des comportements à risque chez les adolescents au Canada (chercheur principal, Douglas Willms)
 - Programme de recherche sur le lien entre la santé des jeunes Autochtones et les efforts de la communauté autochtone pour préserver et promouvoir la culture autochtone (principaux chercheurs, Christopher Lalonde et Michael Chandler)
 - Comparaison du développement des adolescents canadiens par rapport à leurs homologues des pays riches : emploi et contrainte du temps, équilibre émotionnel et santé (chercheur principal, Jiri Zuzanek)

Pour en savoir davantage

*Améliorer la santé des Canadiens 2004*¹ est le premier rapport vedette produit par l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Il explore quatre aspects fondamentaux, à savoir le revenu, le développement de la jeune enfance, la santé des Autochtones et l'obésité, et résume ce que nous savons des facteurs qui jouent sur la santé des Canadiens, les façons de l'améliorer et les répercussions des choix politiques et de la programmation touchant la santé. Il relève également les lacunes importantes et les initiatives récentes.

Après la publication du rapport *Améliorer la santé des Canadiens* en 2004, il a été décidé de produire et de diffuser le deuxième rapport *Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006* en une série biennale portant sur les trois thèmes stratégiques de l'ISPC : *Transition saine vers l'âge adulte*, *Poids santé* (publication prévue à l'hiver 2006) et *Lieu et santé* (publication prévue au printemps 2006). S'appuyant sur des rapports antérieurs, *Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006* pousse un peu plus loin l'étude de ce que nous savons des facteurs qui influent sur la santé des Canadiens, des façons de l'améliorer et des options pertinentes pour des politiques fondées sur des preuves. Le premier rapport de la série se démarque par son étude, dans un cadre axé sur la santé de la population, des facteurs favorables au développement sain des jeunes.

Améliorer la santé des Canadiens est offert en anglais et en français sur le site Web de l'ICIS, à l'adresse www.icis.ca/ispc. Pour commander d'autres exemplaires, communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé

Bureau de commande

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : (613) 241-7860

Télécopieur : (613) 241-8120

Nous serons heureux de connaître vos commentaires sur le rapport et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. Vous pouvez remplir la fiche d'évaluation **À vous la parole** (à la fin du document) ou nous faire parvenir vos commentaires par courriel à ispc@icis.ca.

Le Web : une mine de renseignements

La version PDF du présent rapport ne représente qu'une portion de ce qui est accessible sur notre site Web (www.icis.ca/ispc). Pour obtenir de plus amples renseignements ainsi qu'une liste complète des rapports, des bulletins et d'autres produits de l'ISPC, consultez notre site. Vous pourrez y :

- télécharger une présentation des points saillants du rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*;
- demander à recevoir des mises à jour et de l'information au moyen du bulletin électronique trimestriel de l'ISPC, *La santé de la nation*;
- être informé des rapports à venir incluant *Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006 : Poids santé et Lieu et santé*;
- connaître les événements à venir de l'ISPC;
- télécharger d'autres rapports publiés par l'ISPC.

Autres rapports publiés par l'ISPC	Nom du rapport	Auteur et date de publication
		Transitions saines vers l'âge adulte
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>S'entendre sur le fond : Comblant le fossé entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques</i> 	ISPC (septembre 2004)
	Lieu et santé	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Élaboration d'un indice de la santé des collectivités</i> 	Recueil d'articles (février 2005)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le logement et la santé de la population</i> 	Brent Moloughney (juin 2004)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rapport de synthèse de l'atelier Le lieu et la santé (Banff)</i> 	ISPC (juin 2003)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Atelier de travail régional des provinces des Prairies sur les déterminants des collectivités en santé</i> 	ISPC (août 2003)
	Poids santé	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le surpoids et l'obésité au Canada : Une perspective de la santé de la population</i> 	Kim D. Raine (août 2004)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur l'obésité</i> 	ISPC (février 2004)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'obésité au Canada : Identifier les priorités politiques</i> 	ISPC et IRSC (juin 2003)
	Développement de la jeune enfance	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Développement de la jeune enfance à Vancouver : Rapport du Community Asset Mapping Project (CAMP)</i> 	Clyde Hertzman, et coll. (mars 2004)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre Développement de la jeune enfance</i> 	ISPC (février 2004)
	Revenu	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population?</i> 	Nancy Ross (décembre 2004)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur le revenu</i> 	ISPC (février 2004)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé</i> 	ISPC, Shelley Phipps et David R. Ross (septembre 2003)

suite	Nom du rapport	Auteur et date de publication
	Autres rapports publiés par l'ISPC	Santé des Autochtones
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur la santé des Autochtones 		ISPC (février 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Mesurer le capital social : Un guide pour les collectivités des Premières Nations 		Javier Mignone (décembre 2003)
<ul style="list-style-type: none"> Directions initiales : Procès-verbal d'une réunion sur la santé des Autochtones 		ISPC (juin 2003)
<ul style="list-style-type: none"> Les collectivités autochtones en milieu urbain : Procès-verbal de la table ronde sur la santé des Autochtones en milieu urbain 		ISPC (mars 2003)
<ul style="list-style-type: none"> Élargir les optiques d'analyse : procès-verbal d'une table ronde sur la santé des Autochtones 		ISPC (janvier 2003)
Questions et outils à facettes multiples		
<ul style="list-style-type: none"> Quelques points saillants de l'opinion du public sur les déterminants de la santé 		ISPC (février 2005)
<ul style="list-style-type: none"> Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes 		ISPC et Santé Canada (octobre 2003); chapitres supplémentaires (octobre 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Le chemin à parcourir : Rapport d'étape : Deux ans plus tard : Bilan? 		ISPC et IRSC (février 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Atelier de travail régional des provinces de l'Atlantique (Frédéricton) 		ISPC (juillet 2003)
<ul style="list-style-type: none"> Le chemin à parcourir : Une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique des populations 		ISPC et IRSC (mai 2002)
<ul style="list-style-type: none"> Les obstacles à l'accès et à l'analyse de l'information sur la santé au Canada 		George Kephart (novembre 2002)
<ul style="list-style-type: none"> Outils d'échange des connaissances : Exploration des pratiques exemplaires dans la recherche en politiques 		ISPC (octobre 2002)
<ul style="list-style-type: none"> Réunion de Partenariat : Rapport de l'ISPC 		ISPC (mars 2002)
<ul style="list-style-type: none"> Analyse de la conjoncture des stratégies de transfert de la recherche 	ISPC (février 2001)	

Annexe A

Méthodologie

Sources des données

Le présent rapport s'intéresse principalement à la santé des jeunes de 12 à 19 ans. L'information est extraite de rapports et d'enquêtes publiés et cités comme source de référence (p. ex., Enquête auprès des jeunes en transition, Adolescent Health Survey). Le rapport présente également de nouvelles analyses fondées sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1, 2003) et de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, cycle 4, 2000-2001).

Variables examinées

Les variables suivantes ont été utilisées et dérivées en fonction d'un examen de la littérature scientifique, leur pertinence par rapport aux objectifs du rapport, leur disponibilité dans l'ESCC et l'ELNEJ, et leurs propriétés psychométriques respectives (p. ex. taux de réponse). Un système de notation (élevé, moyen-faible) a été établi selon des variables et des stratégies de notation semblables décrites dans la littérature scientifique^{56, 129}.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1, 2003)

L'ESCC contient une foule de données sur l'état de santé des Canadiens, les déterminants de la santé et l'utilisation des services de santé. Il s'agit d'une enquête nationale sur la santé de la population qui a commencé son premier cycle en 2000-2001. Reprise tous les deux ans, l'ESCC collecte des données auprès d'un échantillon de personnes de 12 ans et plus vivant dans des logements privés, à l'exception des personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur les terres de la Couronne, placées dans des établissements institutionnels, des membres à temps plein des Forces armées canadiennes et des habitants de certaines régions éloignées, ce qui représente environ 98 % de la population du Canada âgée de 12 ans et plus. De plus amples renseignements sur l'ESCC sont accessibles sur le site Web http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cchsinfo_f.htm. En ce qui concerne le présent rapport, toutes les données associées

à l'ESCC proviennent du Système canadien d'information socioéconomique (CANSIM), de totalisations spéciales ou du fichier de micro-données à grande diffusion (cycle 2.1, 2003).

Sentiment d'appartenance. On a demandé aux participants de décrire leur sentiment d'appartenance envers leur communauté locale.

Catégories de réponses :

- très fort
- plutôt fort
- plutôt faible
- très faible
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

État de santé général. On a demandé aux participants d'indiquer quelle est leur perception de leur état de santé général.

Catégories de réponses :

- excellente
- très bonne
- bonne
- passable
- mauvaise
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

Adéquation du revenu. Variable calculée qui tient compte du revenu total du ménage et du nombre de personnes y vivant pour classer les données en cinq catégories de revenu.

Catégories de réponses :

- quintile du revenu le plus faible
- quintile du revenu moyen inférieur
- quintile du revenu moyen
- quintile du revenu moyen supérieur
- quintile du revenu le plus élevé
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

Consommation d'alcool. On a demandé aux participants qui ont répondu oui à la question « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée? » d'indiquer combien de fois ils avaient bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au cours des 12 derniers mois.

Catégories de réponses :

- jamais
- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- une fois par semaine
- plus d'une fois par semaine
- sans objet
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

Indice de l'activité physique. Variable calculée fondée sur les catégories adultes qui servent à classer les participants selon le total des dépenses énergétiques quotidiennes (kcal/kg/jour).

Catégories de réponses :

- actif
- modéré
- inactif
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

Consommation de fruits et légumes. Variable calculée fondée sur les réponses à des questions portant sur la fréquence de consommation (nombre de fois par jour) de fruits, de jus et de légumes. Les réponses sont ensuite classées selon les catégories suivantes :

Catégories de réponses :

- moins de 5 fois par jour
- de 5 à 10 fois par jour
- plus de 10 fois par jour
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

Exposition à la fumée des autres à la maison.

Variable calculée fondée sur des questions à propos de l'exposition à la fumée secondaire à la maison presque chaque jour.

Catégories de réponses :

- oui
- non
- sans objet
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

Difficulté à obtenir des services de santé. On a demandé aux participants s'ils ont déjà éprouvé des difficultés à obtenir des soins dont ils avaient besoin au cours des 12 derniers mois.

Catégories de réponses :

- oui
- non
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

Raisons pour lesquelles les services n'ont pas été obtenus. On a demandé aux participants qui ont répondu oui à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà éprouvé des difficultés à obtenir des services de santé dont vous aviez besoin? » d'indiquer parmi les choix suivants, les raisons pour lesquelles ils n'ont pas obtenu les soins :

- non disponibles dans la région
- non disponibles à ce moment-là
- temps d'attente trop long
- considérés comme inadéquats
- coût
- trop occupé
- ne s'en est pas occupé/indifférent
- ne savait pas où aller
- problème de transport
- problème de langue
- responsabilités personnelles ou familiales
- aversion pour les médecins/peur
- a décidé de ne pas se faire soigner
- pas nécessaire selon le médecin
- incapable de sortir du domicile à cause d'un problème de santé
- autre

Catégories de réponses :

- oui
- non
- sans objet
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 19 ans

Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (cycle 4, 2000-2001)

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) est une étude à long terme sur les enfants canadiens, qui permet de suivre leur croissance et leur bien-être de la naissance au début de l'âge adulte. Lancée en 1994 auprès d'une cohorte représentant un échantillon de 25 000 enfants canadiens de 0 à 11 ans, l'enquête a depuis été répétée tous les deux ans avec les mêmes participants. L'information est fournie par les parents, les enfants (pour ceux de plus de 10 ou 11 ans), les enseignants et les directeurs d'école. L'échantillon exclut les enfants et les jeunes vivant dans des réserves ou sur les terres de la Couronne, placés en établissement institutionnel et vivant dans les territoires. De plus amples renseignements sur l'ELNEJ sont disponibles sur le site Web http://www.statcan.ca/francais/sdds/4450_f.htm.

Aux fins du présent rapport, les données relatives aux jeunes âgés de 12 à 17 ans en 2001 (n = 5 580, ce qui représente 2 451 613 jeunes du même âge au Canada) ont été étudiées. Les analyses ont été réalisées grâce au programme d'Accès aux données à distance. Les données du cycle 5 n'ont pas été utilisées parce qu'aucune pondération transversale n'était disponible pour les jeunes de 8 à 19 ans. Par conséquent, le rapport utilise les données du cycle 4, pour lesquelles des pondérations transversales sont disponibles.

Acquis de l'ELNEJ

Valorisation parentale. Score calculé basé sur les éléments suivants de l'ELNEJ : Mes parents... me sourient; me font des compliments; s'assurent de me dire que je suis apprécié; parlent des bonnes choses que je fais; semblent être fiers des choses que je fais; écoutent mes idées et mes opinions; et moi réglons un problème ensemble quand nous ne sommes pas d'accord à propos de quelque chose.

Catégories de réponses :

- jamais
- rarement
- parfois
- souvent
- toujours
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Score : échelle de 0 à 28 :

- moyen-faible (0 à 20)
- élevé (21 à 28)

Un score élevé indique un niveau supérieur de valorisation parentale.

Taux de non-réponse : 28 %

Surveillance parentale. Score calculé basé sur les éléments suivants de l'ELNEJ : Mes parents... veulent savoir exactement où je suis et ce que je fais; me disent à quelle heure rentrer quand je sors; se tiennent au courant de mes actes de mauvaise conduite; ne me laissent pas sortir n'importe quel soir de la semaine; aiment bien savoir où je vais et avec qui je suis.

Catégories de réponses :

- jamais
- rarement
- parfois
- souvent
- toujours
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Score : échelle de 0 à 20 :

- moyen-faible (0 à 14)
- élevé (15 à 20)

Un score élevé indique un niveau supérieur de surveillance parentale.

Taux de non-réponse : 26 %

Engagement scolaire. Variable composite calculée par l'ISPC en fonction de l'importance que les jeunes accordent aux éléments suivants : avoir de bonnes notes; se faire des amis; participer à des activités parascolaires; être toujours à l'heure pour les cours; apprendre de nouvelles choses; donner son opinion en classe; faire partie du conseil étudiant ou d'autres groupes similaires.

Catégories de réponses :

- très important
- assez important
- pas très important
- pas important du tout
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Score : échelle de 0 à 21 :

- moyen-faible (0 à 13)
- élevé (14 à 21)

Un score élevé indique un grand niveau d'engagement envers l'école.

Taux de non-réponse : 24 %

Engagement communautaire (bénévolat). Variable composite calculée par l'ISPC en fonction des jeunes ayant indiqué qu'au cours des 12 derniers mois, ils ont participé à une ou plusieurs des activités suivantes sans être payé(e) : travailler pour une cause (banque d'alimentation, défense de l'environnement); recueillir des fonds (pour une œuvre de charité, une sortie scolaire, etc.); faire du travail communautaire (aider dans un hôpital, dans une organisation communautaire); aider les voisins ou la parenté (tondre la pelouse, garder des enfants ou déneiger l'entrée d'un voisin); participer à d'autres activités de bénévolat organisées.

Catégories de réponses :

- oui
- non
- sans objet
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score catégorique :

- bénévoles
- non-bénévoles

Taux de non-réponse : 22 %

Interdépendance avec les camarades. Note calculée basée sur les éléments suivants de l'ELNEJ :

- j'ai plusieurs amis
- je m'entends bien avec les autres jeunes de mon âge
- les autres jeunes de mon âge veulent que je sois leur ami
- la plupart des jeunes de mon âge m'aiment

Catégories de réponses :

- faux
- plutôt faux
- parfois faux/parfois vrai
- plutôt vrai
- vrai
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score : échelle de 0 à 16 :

- moyen-faible (0 à 11)
- élevé (12 à 16)

Un score élevé indique un niveau élevé d'interdépendance avec les amis.

Taux de non-réponse : 24 %

Nombre d'heures de travail. On a demandé aux jeunes de 16 et 17 ans d'indiquer combien d'heures ils ont travaillé en moyenne du lundi au vendredi depuis le 1^{er} septembre et combien d'heures le samedi et le dimanche. On a demandé aux jeunes de 14 et 15 ans de penser à tous les travaux qu'ils font pendant une semaine normale d'école et d'indiquer combien d'heures, au total, ils travaillent habituellement.

Catégories de réponses :

- 1 à 60 heures (varie selon le groupe d'âge et la question)
- sans objet
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : 14 à 17 ans

Score catégorique :

- travaille 20 heures par semaine ou plus
- travaille moins de 20 heures par semaine

Taux de non-réponse : 57 %

Acquis multiples. Combinaison de la valorisation parentale, de la surveillance parentale, de l'engagement scolaire, de l'interdépendance avec les camarades et de l'engagement communautaire pour le groupe de 12 à 15 ans. La classification est basée sur un niveau élevé de chaque acquis.

Score calculé de l'ISPC :

- 0 ou 1 acquis
- 2 ou 3 acquis
- 4 ou 5 acquis

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Variabes dépendantes de l'ELNEJ

Évaluation personnelle de la santé. On a demandé aux jeunes d'indiquer leur perception de leur état de santé général.

Catégories de réponses :

- excellente
- très bonne
- bonne
- passable
- mauvaise
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score catégorique :

- excellente ou très bonne
- bonne
- passable ou mauvaise

Taux de non-réponse : 22 %

Anxiété. Score de l'ELNEJ calculé en fonction des éléments suivants : je me sens malheureux ou triste; je ne suis pas aussi heureux que les autres jeunes de mon âge; je suis trop craintif ou nerveux; je suis très inquiet; je pleure beaucoup; je suis nerveux ou très tendu; j'ai du mal à m'amuser.

Catégories de réponses :

- jamais ou faux
- parfois ou assez vrai
- souvent ou très vrai
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Score : échelle de 0 à 14 :

- faible (0 à 7)
- moyen-élevé (8 à 14)

Taux de non-réponse : 24 %

Consommation d'alcool. On a demandé aux jeunes la réponse qui décrit le mieux leur expérience en matière de consommation d'alcool.

Catégories de réponses :

- je n'ai jamais bu un verre d'alcool
- je n'ai bu que quelques gorgées
- j'ai essayé une ou deux fois seulement
- je ne bois plus d'alcool
- je bois quelques fois par année
- environ une ou deux fois par mois
- environ un à deux jours par semaine
- environ trois à cinq jours par semaine
- environ six à sept jours par semaine
- sans objet
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score catégorique :

- a déjà bu un verre
- n'a jamais bu un verre

Taux de non-réponse : 25 %

Tabagisme. On a demandé aux jeunes lequel des énoncés suivants décrit le mieux leur expérience en matière de tabagisme.

Catégories de réponses :

- je n'ai jamais fumé
- j'ai seulement pris quelques bouffées
- je ne fume plus
- je fume quelques fois par année
- environ une à deux fois par mois
- environ un ou deux jours par semaine
- environ trois à cinq jours par semaine
- environ six ou sept jours par semaine
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score catégorique :

- a fumé
- n'a jamais fumé

Taux de non-réponse : 25 %

Consommation de marijuana. On a demandé aux jeunes lequel des énoncés suivants décrit le mieux leur expérience en matière de consommation de marijuana et de produits du cannabis (aussi appelés joint, pot, herbe ou haschich) au cours des 12 derniers mois.

Catégories de réponses :

- je n'ai jamais essayé
- j'en ai déjà pris mais pas au cours des 12 derniers mois
- quelques fois
- environ une à deux fois par mois
- environ un à deux jours par semaine
- environ trois à cinq jours par semaine
- environ six à sept jours par semaine
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score catégorique :

- a déjà consommé de la marijuana
- n'a jamais consommé de la marijuana

Taux de non-réponse : 24 %

Confiance en soi. Score de l'ELNEJ calculé en fonction des éléments suivants : en général, je m'aime comme je suis; dans l'ensemble, j'ai beaucoup de raisons d'être fier; j'ai beaucoup de qualités; quand je fais quelque chose, je le fais bien.

Catégories de réponses :

- faux
- plutôt faux
- parfois faux/parfois vrai
- plutôt vrai
- vrai
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Score : échelle de 0 à 16 :

- moyen-faible (0 à 11)
- élevé (12 à 16)

Un score élevé indique une image de soi positive

Taux de non-réponse : 24 %

Fréquence des maux de tête. On a demandé aux jeunes combien de fois ils ont eu mal à la tête au cours des 6 derniers mois.

Catégories de réponses :

- rarement ou jamais
- environ une fois par mois
- environ une fois par semaine
- plus d'une fois par semaine
- presque chaque jour
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Score catégorique : les jeunes qui ont répondu avoir mal à la tête une fois par semaine ou plus sont considérés comme ayant des maux de tête fréquents.

Taux de non-réponse : 25 %

Comportements prosociaux. Score de l'ELNEJ calculé en fonction des éléments suivants : quand quelqu'un fait une erreur, je me sens mal ou j'ai de la peine pour lui; quand quelqu'un se fait mal, j'essaie de l'aider; quand quelqu'un renverse ou brise quelque chose, j'offre mon aide pour nettoyer; quand il y a une chicane, j'essaie de l'arrêter; quand un autre jeune (ami, frère, sœur) a de la difficulté à faire quelque chose, je lui offre mon aide; quand un ami, frère ou sœur pleure ou a de la peine, je le (la) console; quand un autre jeune échappe des choses, je l'aide à les ramasser; quand je joue avec d'autres, j'invite ceux qui nous regardent à jouer avec nous; quand quelqu'un (ami, frère, sœur) ne se sent pas bien, je lui offre mon aide; j'encourage les jeunes de mon âge qui sont moins habiles que moi dans les choses qu'ils font.

Catégories de réponses :

- jamais ou faux
- parfois ou assez vrai
- souvent ou très vrai
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Score : échelle de 0 à 20 :

- faible (0 à 10)
- élevé (11 à 20)

Un score faible indique un manque d'engagement dans des comportements prosociaux.

Taux de non-réponse : 25 %

Relations avec des camarades qui commettent

des crimes. On a demandé aux jeunes combien de leurs bons amis enfreignent la loi en volant, blessant quelqu'un ou endommageant la propriété.

Catégories de réponses :

- aucun
- quelques-uns
- la plupart
- tous
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score catégorique :

- a des amis qui enfreignent la loi
- n'a pas d'amis qui enfreignent la loi

Taux de réponse : 24 %

Blessures. On a demandé aux jeunes s'ils ont subi une blessure au cours des 12 derniers mois.

Catégories de réponses :

- oui
- non
- sans objet
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score catégorique :

- a subi une blessure
- n'a pas subi une blessure

Taux de non-réponse : 3 %

Brimade. Variable composite calculée par l'ISPC en fonction des éléments suivants de l'ELNEJ : Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que quelqu'un ... a dit des choses personnelles à propos de toi et cela t'a fait te sentir très mal à l'aise (à l'école ou dans l'autobus scolaire); a dit des choses personnelles à propos de toi et cela t'a fait te sentir très mal à l'aise (ailleurs, y compris à la maison); a menacé de te faire mal mais ne l'a pas fait (à l'école ou dans l'autobus scolaire); a menacé de te faire mal mais ne l'a pas fait

(ailleurs, y compris à la maison); t'a attaqué(e) physiquement ou agressé(e) (à l'école ou dans l'autobus scolaire); t'a attaqué(e) physiquement ou agressé(e) (ailleurs, y compris à la maison).

Catégorie de réponses :

- jamais
- une ou deux fois
- trois ou quatre fois
- cinq fois ou plus
- sans objet
- ne sait pas
- refus/non-déclaré

Groupe d'âge : De 12 à 17 ans

Score catégorique :

- jamais
- une fois ou plus

Adéquation du revenu. Variable calculée qui tient compte du revenu total du ménage et du nombre de personnes y vivant pour classer les données en cinq catégories de revenu.

Catégories de réponses :

- quintile du revenu le plus faible
- quintile du revenu moyen inférieur
- quintile du revenu moyen
- quintile du revenu moyen supérieur
- quintile du revenu le plus élevé

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Niveau de scolarité du ménage. Variable calculée qui tient compte du niveau le plus élevé de scolarité atteint par un des membres du ménage.

- Moins qu'un diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études secondaires
- Certaines études postsecondaires
- Diplôme d'études postsecondaires

Groupe d'âge : De 12 à 15 ans

Analyses statistiques

Des tableaux croisés ont été utilisés pour évaluer la prévalence de divers indicateurs de santé dans l'ESCC pour les jeunes de 12 à 19 ans. Statistique Canada a utilisé des techniques de bootstrap dans leurs analyses des variables présentées dans les tableaux de totalisations spéciales.

Des tableaux croisés ont également été utilisés avec l'ELNEJ pour évaluer la prévalence de divers acquis et comportements liés à la santé chez les jeunes de 12 à 15 ans et pour certaines variables avec les 12 à 17 ans. La méthode du bootstrap pour l'estimation de la variance a été utilisée

pour tenir compte de la complexité de l'ELNEJ (complexité du plan de sondage, ajustements de non-réponse et poststratification). Les pondérations transversales du cycle 4 de l'ELNEJ ont également été utilisées. Les analyses ne comptent que les jeunes ayant répondu aux questions pertinentes. Des comparaisons ont été effectuées entre les répondants et non-répondants pour les résultats notés et les variables indépendantes, ainsi que des analyses de non-réponse par sexe, niveau de revenu du foyer et niveau de scolarité du foyer; ces valeurs sont disponibles sur demande à ispc@icis.ca.

L'analyse de régression logistique multiple a été utilisée pour modéliser les liens entre les comportements et les résultats pour la santé (confiance en soi, évaluation personnelle de la santé, consommation d'alcool, de tabac et de drogues), les acquis (valorisation parentale, interdépendance avec les camarades, engagement envers l'école, bénévolat) et les caractéristiques sociodémographiques (sexe, niveau de revenu du foyer, niveau de scolarité du foyer).

Aux fins du présent rapport, les catégories faible et moyen de la plupart des variables propres à l'ELNEJ ont été combinées car l'échantillon de la catégorie faible était trop petit (et en conséquence, la variance était élevée). Les analyses du présent rapport présentent donc un niveau de qualité acceptable, selon les directives suivantes de Statistique Canada :

Niveau de qualité	Exigences
Acceptable	n est égal ou supérieur à 30 et le coefficient de variation est entre 0 et 16,5 %.
Marginal	n est égal ou supérieur à 30 et le coefficient de variation est entre 16,5 et 33,33 % Mise en garde : taux d'erreur élevé associé à l'estimation.
Inacceptable	n est inférieur à 30 OU le coefficient de variation est supérieur à 33,33 %. L'estimation ne doit pas être publiée.

Sources de données pour Que les faits n° 1, n° 2 et n° 3

Sources de données pour l'exposition à la fumée secondaire à la maison

- 1 Tableau 105-0256 : « Exposure to second-hand smoke at home, by age group and sex, non-smoking household population aged 12 and over, Canada, provinces, territories, health regions (June 2003 boundaries) and peer groups, every 2 years (224448 series) », de la base de donnée CANSIM de Statistiques Canada <<http://cansim2.statcan.ca>> consulté le 5 mai 2005.

Sources de données pour l'état de santé général

- 2 Tableau 105-0222 : « Self-rated health, by age group and sex, household population aged 12 and over, Canada, provinces, territories, health regions (June 2003 boundaries) and peer groups, every 2 years (392784 series) », de la base de donnée CANSIM de Statistiques Canada <<http://cansim2.statcan.ca>> consulté le 9 mai 2005.

Pourcentage de jeunes Canadiens (12 à 19 ans) ayant indiqué un excellent ou très bon état de santé — Région sanitaire par rapport à l'estimation canadienne

Région sanitaire Canadiennes		Pourcentage de jeunes
ESTIMATION CANADIENNE		66,9 %
Statistiquement plus élevé que la moyenne canadienne		
Ontario	Perth District Health Unit	78,6 %
Ontario	Waterloo Health Unit	76,0 %
Alberta	Capital Health	76,7 %
Colombie-Britannique	Central Vancouver Island Health Service Delivery Area	80,3 %
Statistiquement plus faible que la moyenne canadienne		
Nouvelle-Écosse	Zone 3	51,9 %
Québec	Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James	46,7 %
Ontario	Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit	55,2 %
Ontario	Renfrew County and District Health Unit	51,4 %
Ontario	Windsor-Essex County Health Unit	53,9 %
Manitoba	Burntwood/Churchill*	40,8 %
Saskatchewan	Mamawetan/Keewatin/Athabasca	50,6 %
Alberta	Northern Lights Health Region	56,6 %
Territoires du Nord-Ouest		56,3 %

Remarque : Les autres régions sanitaires ne sont pas statistiquement différentes de l'estimation canadienne au seuil de 0,05.
* Données de qualité marginale. Utilisez avec prudence.

Sources de données pour l'indice de l'activité physique et la consommation de fruits et légumes

- 3 Tableau 105-0233 : « Leisure-time physical activity, by age group and sex, household population aged 12 and over, Canada, provinces, territories, health regions (June 2003 boundaries) and peer groups, every 2 years (336672 series) », de la base de donnée CANSIM de Statistiques Canada <<http://cansim2.statcan.ca>> consulté le 5 mai 2005.
- 4 Tableau 105-0249 : « Dietary practices, by age group and sex, household population aged 12 and over, Canada, provinces, territories, health regions (June 2003 boundaries) and peer groups, every 2 years (336672 series) », de la base de donnée CANSIM de Statistiques Canada <<http://cansim2.statcan.ca>> consulté le 9 mai 2005.

Références

- 1 Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Ontario, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 2 V. A. Hedberg, A. C. Bracken et C. A. Stashwick, « Long-Term Consequences of Adolescent Health Behaviors: Implications for Adolescent Health Services », *Adolescent Medicine*, vol. 10, n° 1 (1999), p. 137-151.
- 3 J. N. Giedd, « Structural Magnetic Resonance Imaging of the Adolescent Brain », *Annals of the New York Academy of Sciences*, n° 1021 (2004), p. 77-85.
- 4 R. E. Dahl, « Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities. Keynote Address », *Annals of the New York Academy of Sciences*, n° 1021 (2004), p. 1-22.
- 5 P. C. Scales et N. Leffert, *Developmental Assets: A Synthesis of the Scientific Research on Adolescent Development*, Minneapolis, Minnesota, Search Institute (2004).
- 6 K. Kobus, « Peers and Adolescent Smoking », *Addiction*, vol. 98, supplément (2003), p. 37-55.
- 7 R. F. Oman et coll., « The Association between Multiple Youth Assets and Sexual Behavior », *American Journal of Health Promotion*, vol. 19, n° 1 (2004), p. 12-18.
- 8 S. K. Vesely et coll., « The Potential Protective Effects of Youth Assets from Adolescent Sexual Risk Behaviors », *The Journal of Adolescent Health*, vol. 34, n° 5 (2004), p. 356-365.
- 9 P. C. Scales, N. Leffert et R. Vraa, « The Relation of Community Developmental Attentiveness to Adolescent Health », *American Journal of Health Behavior*, vol. 27, supplément 1 (2003), p. S22-34.
- 10 D. A. Murphey et coll., « Relationships of a Brief Measure of Youth Assets to Health-Promoting and Risk Behaviors », *The Journal of Adolescent Health*, vol. 34, n° 3 (2004), p. 184-191.
- 11 D. Kirby, « Antecedents of Adolescent Initiation of Sex, Contraceptive Use, and Pregnancy », *American Journal of Health Behavior*, vol. 26, n° 6 (2002), p. 473-485.
- 12 B. R. Flay, « Positive Youth Development Requires Comprehensive Health Promotion Programs », *American Journal of Health Behavior*, vol. 26, n° 6 (2002), p. 407-424.
- 13 Agence de santé publique du Canada, *Centre of Excellence for Youth Engagement* (en ligne). Consulté le 17 mars 2005. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/allchildren_touslesenfants/centres_you_e.html>.
- 14 Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes, *Youth Engagement and Health Outcomes: Is There a Link?* (en ligne). Consulté le 21 avril 2005. Internet : <www.tgmag.ca/centres/litrev2.htm>.
- 15 C. Mangham, *Resiliency: Relevance to Health Promotion—Detailed Analysis* (en ligne). Consulté le 27 octobre 2004. Internet : <www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/publications/resilliency/print2.htm>.
- 16 Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé de la population, *Toward a Healthy Future—Second Report on the Health of Canadians* (en ligne), Ottawa, Ontario, Santé Canada, 1999. Consulté le 7 décembre 2004. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/report/toward/report.html>.
- 17 Santé Canada, *Healthy Development of Children and Youth: The Role of the Determinants of Health* (en ligne), Ottawa, Ontario, du même auteur, 1999. Consulté le 7 décembre 2004. Internet : <www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/spsc.html>, n° catalogue H39-501/1999E.
- 18 Agence de santé publique du Canada, *What Determines Health?* (en ligne). Consulté le 21 février 2005. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#unhealthy>.
- 19 R. Labonte, *How Our Programs Affect Population Health Determinants: A Workbook for Better Planning and Accountability*, Regina, Saskatchewan, Santé Canada et Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, 2003.
- 20 Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé de la population, *Report on the Health of Canadians*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 1996.
- 21 B. Starfield et coll., « Social Class Gradients in Health During Adolescence », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, n° 5 (2002), p. 354-361.

- 22 T. J. Abernathy, G. Webster et M. Vermeulen, « Relationship between Poverty and Health among Adolescents », *Adolescence*, vol. 37, n° 145 (2002), p. 55-67.
- 23 Les diététistes du Canada, *The Cost of Eating in BC: The Challenge of Feeding a Family on a Low Income*, Vancouver, Colombie-Britannique, du même auteur, BC Region, 2002.
- 24 S. Hwang et coll., *Housing and Population Health: A Review of the Literature*, Ottawa, Ontario, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1999.
- 25 C. E. Ross et C. Wu, « The Links between Education and Health », *American Sociological Review*, vol. 60, n° 5 (1995), p. 719-745.
- 26 A. Muller, « Education, Income Inequality, and Mortality: A Multiple Regression Analysis », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7328 (2002), p. 23-25.
- 27 J. D. Willms, « Indicators of Mathematics Achievement in Canadian Elementary Schools », *Growing Up in Canada: National Longitudinal Survey of Children and Youth*, Ottawa, Ontario, Développement des ressources humaines Canada, 1996, p. 69-82, n° catalogue 89-550-MPE, n° 1.
- 28 J. D. Willms, *Inequalities in Literacy Skills among Youth in Canada and the United States*, Ottawa, Ontario, Statistique Canada, septembre 1999, n° catalogue 89-552-MIE, n° 6.
- 29 P. Bussiere, F. Cartwright et T. Knighton, *Measuring Up: Canadian Results of the OECD PISA Study—The Performance of Canada's Youth in Mathematics, Reading, Science and Problem Solving* (en ligne), Ottawa, Ontario, ministère de l'Industrie, 2004. Consulté le 10 janvier 2005. Internet : <www.pisa.gc.ca/81-590-xie2004001.pdf>.
- 30 C.A. Moore et J.F. Zaff, *Building a Better Teenager: A Summary of "What Works" in Adolescent Development* (en ligne), Washington, DC, Child Trends (2002), p. 1-6. Internet: <www.childtrends.org>.
- 31 N. Ross, « Community Belonging and Health », *Health Reports*, vol. 13, n° 3 (2002), p. 33-39.
- 32 T. Hotton et D. Haans, « Alcohol and Drug Use in Early Adolescence », *Health Reports*, vol. 15, n° 3 (2004), p. 9-19.
- 33 M. Sallinen, U. Kinnunen et A. Ronka, « Adolescents' Experiences of Parental Employment and Parenting: Connections to Adolescents' Well-Being », *Journal of Adolescence*, vol. 27, n° 3 (2004), p. 221-237.
- 34 F. A. Mael, R. A. Morath et J. A. McLellan, « Dimensions of Adolescent Employment », *Career Development Quarterly*, n° 45 (1997), p. 351-368.
- 35 G. Carriere, « Weekly Work Hours and Health-Related Behaviours in Full-Time Students », *Health Reports*, vol. 16, n° 4 (2005), p. 11-22.
- 36 M. D. Resnick et coll., « Protecting Adolescents from Harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health », *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, n° 10 (1997), p. 823-832.
- 37 J. T. Mortimer et M. K. Johnson, « Adolescents' Part-Time Work and Educational Achievement », *The Adolescent Years: Social Influences and Educational Challenges*, éditeurs K. Borman et B. Schneider, Chicago, Illinois, University of Chicago Press, 1998, p.183-207.
- 38 Conseil canadien de développement social, *Youth at Work in Canada: A Research Report*, Ottawa, Ontario, du même auteur, 1998.
- 39 C. Hertzman, « The Biological Embedding of Early Experience and its Effects on Health in Adulthood », *Annals of the New York Academy of Sciences*, n° 896 (1999), p. 85-95.
- 40 B. J. Jefferis, C. Power et C. Hertzman, « Birth weight, Childhood Socioeconomic Environment, and Cognitive Development in the 1958 British Birth Cohort Study », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7359 (2002), p. 305.
- 41 H. Goelman, *What the EDI is (not) and Why it is Important for British Columbia: An Open Letter to the Early Childhood Educators* (en ligne). Consulté le 28 avril 2005. Internet : <[http://www.earlylearning.ubc.ca/documents/What_the_EDI_is_\(not\).pdf](http://www.earlylearning.ubc.ca/documents/What_the_EDI_is_(not).pdf)>.
- 42 C. Power and C. Hertzman, « Health, Well-being, and Coping Skills », *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, biological, and Educational Dynamics*, eds. D. P. Keating et C. Hertzman. New York, New York, Guilford Press (1999), p. 41-54.

- 43 M. S. Golub, « Adolescent Health and the Environment », *Environmental Health Perspective*, vol. 108, n° 4 (2000), p. 355-362.
- 44 M. MacKay et A. Scanlan, *Sports and Recreation Injury Prevention Strategies: Systematic Review and Best Practices. Executive Summary*, Vancouver, Colombie-Britannique, BC Injury Research and Prevention Unit, 2001.
- 45 J. Park, « Adolescent Self-Concept and Health into Adulthood », *Health Reports*, vol. 14, supplément (2003), p. 41-52.
- 46 L. Hock-Long et coll., « Access to Adolescent Reproductive Health Services: Financial and Structural Barriers to Care », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, n° 3 (2003), p. 144-147.
- 47 K. Kidder, J. Stein et J. Fraser, *The Health of Canada's Children: A CICH Profile, 3rd Edition*, Ottawa, Ontario, Institut canadien de la santé infantile, 2000.
- 48 W. Boyce, *Young People in Canada: Their Health and Well-Being* (en ligne), Ottawa, Ontario, Santé Canada, 2004. Consulté le 14 octobre 2004. Internet : <www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/7-18yrs-ans/hbschealth_e.html>, n° catalogue H39-498/2004E.
- 49 Conseil canadien de développement social, *Immigrant Youth in Canada*, Ottawa, Ontario, du même auteur, 2000.
- 50 Commission royale sur les peuples autochtones, *Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal People*, Ottawa, Ontario, Groupe Communication Canada, 1995.
- 51 M. J. Chandler et C. Lalonde, « Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2 (1998), p. 191-219.
- 52 Statistique Canada, *Television Viewing, by Age and Sex, by Provinces: 2003* (en ligne), 2005. Consulté le 3 mars 2005. Internet : <www.statcan.ca/english/Pgdb/arts23.htm>.
- 53 L. M. Groesz, M. P. Levine et S. K. Murnen, « The Effect of Experimental Presentation of Thin Media Images on Body Satisfaction: A Meta-Analytic Review », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 31, n° 1 (2002), p. 1-16.
- 54 C. M. LeBlanc, « The Growing Epidemic of Child and Youth Obesity-Another Twist? », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 94, n° 5 (2003), p. 329-331.
- 55 Statistique Canada, *Characteristics of Household Internet Users, by Location of Access* (en ligne), 2005. Consulté le 3 mars 2005. Internet : <www.statcan.ca/english/Pgdb/comm10a.htm>.
- 56 L. May, *Healthy Youth Development—Highlights from the 2003 Adolescent Health Survey*, Vancouver, Colombie-Britannique, The McCreary Centre Society, 2004.
- 57 R. S. Tonkin, *Accenting the Positive*, Burnaby, Colombie-Britannique, The McCreary Centre Society, 2002.
- 58 R. F. Catalano et coll., « Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs », *Annals of Epidemiology*, n° 591 (2004), p. 98-124.
- 59 K. McLaren, *Youth Development—Literature Review* (en ligne), Wellington, Nouvelle-Zélande, Ministry of Youth Affairs, juin 2002. Consulté le 26 octobre 2004. Internet : <www.youthaffairs.govt.nz>.
- 60 National Youth in Care Network, *Who Will Teach Me to Learn?* (en ligne). Consulté le 28 avril 2005. Internet : <www.youthincare.ca/resources/Who%20will%20teach%20me%20to%20learn.pdf>
- 61 Campaign 2000, *One Million Too Many: Implementing Solutions to Child Poverty in Canada—2004 Report Card on Child Poverty in Canada* (en ligne), Ottawa, Ontario, Campaign 2000, 2004. Consulté en février 2005. Internet : <www.campaign2000.ca>.
- 62 R. F. Catalano et coll., « Prevention Science and Positive Youth Development: Competitive or Cooperative Frameworks? », *The Journal of Adolescent Health*, vol. 31, supplément 6 (2002), p. 230-239.
- 63 D. Kirby, « Effective Approaches to Reducing Adolescent Unprotected Sex, Pregnancy, and Childbearing », *Journal of Sex Research*, vol. 39, n° 1 (2002), p. 51-57.
- 64 B. A. Kotchick et coll., « Adolescent Sexual Risk Behavior: A Multi-System Perspective », *Clinical Psychology Review*, vol. 21, n° 4 (2001), p. 493-519.

- 65 I. W. Borowsky et coll., « Suicide Attempts Among American Indian and Alaska Native Youth: Risk and Protective Factors », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 153, n° 6 (1999), p. 573-580.
- 66 Environmental Youth Alliance, *What's on Your Mind?* (en ligne), *Ignite Magazine*, vol. 1, n° 1 (2005), p. 1-3. Consulté le 11 mars 2005. Internet : <www.eya.ca>.
- 67 R. W. Bibby, *Canada's Teens: Today, Yesterday and Tomorrow*, Toronto, Ontario, Stoddart Publishing Co., 2001.
- 68 M. Lambert et coll., *Who Pursues Postsecondary Education, Who Leaves and Why: Results from the Youth in Transition Survey*, Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2004, n° au catalogue 81-595-MIE, n° 026.
- 69 L. J. Fine et coll., « Prevalence of Multiple Chronic Disease Risk Factors: 2001 National Health Interview Survey », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27, n° 2, supplément 1 (2004), p. 18-24.
- 70 M. Cargo et coll., « Empowerment as Fostering Positive Youth Development and Citizenship », *American Journal of Health Behavior*, n° 27, supplément 1 (2003), p. S66-79.
- 71 Santé Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS)—Summary of Results for 2003 (en ligne). Consulté le 8 mars 2005. Internet : <www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/results/ctums/2003>.
- 72 Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé de la population, *The Opportunity of Adolescence: The Health Sector Contribution*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 2000, n° catalogue H39-548/2000E.
- 73 D. Kraus, M. Eberle et L. Serge, *Environmental Scan on Youth Homelessness: Final Report*, Ottawa, Ontario, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2001.
- 74 E. Votta et I. Manion, « Suicide, High-Risk Behaviours, and Coping Style in Homeless Adolescent Males' Adjustment », *The Journal of Adolescent Health*, vol. 34, n° 3 (2004), p. 237-243.
- 75 K. Wilkins et E. Park, « Injuries », *Health Reports*, vol. 15, n° 3 (2004), p. 43-48.
- 76 Santé Canada, Safety & Injury (en ligne). Consulté le 14 mai 2005. Internet : <www.hc-sc.gc.ca/english/lifestyles/injury.html>.
- 77 Santé Canada, *Injury Surveillance in Canada: Current Realities and Challenges* (en ligne), Ottawa, Ontario, du même auteur, 2003. Consulté le 4 juillet 2005. Internet : <www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/InjurySurveillanceinCanada.pdf>.
- 78 S. Langlois et P. Morrison, « Suicide Deaths and Suicide Attempts », *Health Reports*, vol. 13, n° 2 (2002), p. 9-22.
- 79 W. Boyce et coll., *Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study*, Ottawa, Ontario, Conseil des ministres de l'Éducation, 2003.
- 80 D. Garriguet, « Early Sexual Intercourse », *Health Reports*, vol. 16, n° 3 (2005), p. 9-18.
- 81 M. Rotermann, « Sex, Condoms and STDs among Young People », *Health Reports*, vol. 16, n° 3 (2005), p. 39-45.
- 82 Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada, *Reported Genital Chlamydia Cases and Rates in Canada by Age Group and Sex, 1991-2002, 2003* (en ligne). Consulté le 23 juin 2005. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata_pre06_04/tab1-1_e.html>.
- 83 Statistique Canada, *Teen Pregnancy, by Outcome of Pregnancy and Age Group, Count and Rate Per 1,000 Women, Canada, Provinces and Territories, 1997-2001* (en ligne). Consulté le 6 juillet 2005. Internet : <www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/2005001/tables/pdf/411_01.pdf>.
- 84 Agence de santé publique du Canada, *A Report on Mental Illnesses in Canada* (en ligne). Consulté le 5 avril 2005. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_e.pdf>.
- 85 Search Institute, *40 Developmental Assets* (en ligne), Minneapolis, Minnesota, Search Institute, 2004. Consulté le 24 novembre 2004. Internet : <www.search-institute.org>.
- 86 S. P. Strang et J. L. Orlofsky, « Factors Underlying Suicidal Ideation Among College Students: A Test of Teicher and Jacobs' Model », *Journal of Adolescence*, vol. 13, n° 1 (1990), p. 39-52.
- 87 W. H. Bruvold, « A Meta-Analysis of the California School-Based Risk Reduction Program », *Journal of Drug Education*, vol. 20, n° 2 (1990), p. 139-152.

- 88 A. F. Garland et E. Zigler, « Adolescent Suicide Prevention. Current Research and Social Policy Implications », *American Psychologist*, vol. 48, n° 2 (1993), p. 169-182.
- 89 S. A. Williams-Evans et J. S. Myers, « Adolescent Violence », *Association of Black Nursing Faculty Journal*, vol. 15, n° 2 (2004), p. 31-34.
- 90 R. F. Valois et coll., « Risk Factors and Behaviors Associated with Adolescent Violence and Aggression », *American Journal of Health Behavior*, vol. 26, n° 6 (2002), p. 454-464.
- 91 B. C. Miller, « Family Influences on Adolescent Sexual and Contraceptive Behavior », *Journal of Sex Research*, vol. 39, n° 1 (2002), p. 22-26.
- 92 B. L. Halpern-Felsher, S. G. Millstein et C. E. Irwin, « Work Group II: Healthy Adolescent Psychosocial Development », *The Journal of Adolescent Health*, n° 31, supplément 6 (2002), p. 201-207.
- 93 J. Zuzanek, *The Effects of Time Use and Time Pressure on Child-Parent Relationships*, Waterloo, Ontario, Otium Publications, 2005.
- 94 R. K. Chao et J. D. Willms, « Family Income Parenting Practices and Childhood Vulnerability: A Challenge to the "Culture of Poverty" Thesis », *Policy Brief* (2000).
- 95 M. M. Moretti et M. Peled, « Adolescent-Parent Attachment: Bonds That Support Healthy Development », *Paediatrics & Child Health*, vol. 9, n° 8 (2004), p. 551-555.
- 96 A. B. Doyle et M. M. Moretti, *Attachment to Parents and Adjustment in Adolescence: Literature Review and Policy Implication* (en ligne), Ottawa, Ontario, Agence de santé publique du Canada, Division de l'enfance et de l'adolescence, 2000. Consulté le 11 novembre 2004. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/attachment_e.html>.
- 97 Statistique Canada, *School Attendance (4), High School Graduation Certificate (14), Age Groups (13b) and Sex (3) for Population 15 Years and over, for Canada, Provinces, Territories, Census Metropolitan Areas 1 and Census Agglomerations, 1996 and 2001 Censuses—20% Sample Data*, 2003 (en ligne). Consulté le 18 mai 2005. Internet : <www12.statcan.ca/english/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=55460&APATH=3&GID=431515&METH=1&PTYPE=55440&THEME=51&FOCUS=0&AID=0&PLACE_NAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=0&GK=0&VID=0&FL=0&RL=0&FREE=0>, n° au catalogue 97F0017XCB2001005.
- 98 Association canadienne pour la santé en milieu scolaire, *Consensus Statement on Comprehensive School Health* (en ligne). Consulté le 10 mars 2005. Internet : <www.schoolfile.com/cash/consensus.htm>.
- 99 R. Finnie, E. Lascelles et A. Sweetman, *Who Goes? The Direct and Indirect Effects of Family Background on Access to Post-Secondary Education*, Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2005, n° au catalogue 11F0019MIE, n° 237.
- 100 Développement des ressources humaines Canada, *Effectiveness of Employment-Related Programs for Youth: Lessons Learned from Past Experience Final Report*, Ottawa, Ontario, du même auteur, 1997.
- 101 Prairie Research Associates, *Lessons Learned Employment, Labour Market and Economic Development Policies, Programs and Services for Aboriginal Peoples*, Ottawa, Ontario, Développement des ressources humaines Canada, 1999.
- 102 C. A. McNeely, J. M. Nonnemaker et R. W. Blum, « Promoting School Connectedness: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health », *Journal of School Health*, vol. 72, n° 4 (2002), p. 138-146.
- 103 S. G. Forman et J. Kalafat, « Substance Abuse and Suicide: Promoting Resilience Against Self-Destructive Behavior in Youth », *School Psychology Review*, vol. 27, n° 3 (1998), p. 398-406.
- 104 M. S. Gould et coll., « Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 42, n° 4 (2003), p. 386-405.
- 105 V. Battistich et A. Hom, « The Relationship between Students' Sense of Their School as a Community and Their Involvement in Problem Behaviors », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 12 (1997), p. 1997-2001.
- 106 Statistique Canada, *National Longitudinal Survey of Children and Youth: Participation in Activities* (en ligne), *The Daily*, May 30 (2001). Consulté le 6 décembre 2004. Internet : <www.statcan.ca/Daily/English/010530/d010530a.htm>.

- 107** R. F. Oman et coll., « The Potential Protective Effect of Youth Assets on Adolescent Alcohol and Drug Use », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 8 (2004), p. 1425-1430.
- 108** Search Institute, « Unique Strengths, Shared Strengths: Developmental Assets among Youth of Color », *Insights & Evidence*, ed. Search Institute. Minneapolis, Minnesota, 2003.
- 109** Conseil tribal de Gwich'in, *The Problem of Crime in Aboriginal Communities* (en ligne). Consulté le 10 décembre 2004. Internet : <www.prevention.gc.ca/en/library/publications/research/summaries/outdoor.html>
- 110** S. Dean, K. Leithwood et L. Leonard, « Creating Safe and Caring Learning Communities in Canada: Together We Light the Way », *Lessons in Danger*, l'Organisation de coopération et de développement économiques. Paris, France 2005. p. 108-117.
- 111** Stratégie nationale pour la prévention du crime, *Government of Canada Awards Durham District School Board More Than \$1.6 Million Dollars for its Together We Light the Way Project: Building Stronger and Safer Communities* (en ligne). Consulté le 12 octobre 2004. Internet : <www.prevention.gc.ca/en/whatsnew/news/index.asp?a=v&di=JNHLNMMG8>.
- 112** Développement des ressources humaines Canada, *Evaluation of the Student Work and Service Program (SWASP)—Newfoundland and Labrador* (en ligne). St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador, Human Resources Development Canada, 1995. Consulté le 13 décembre 2004. Internet : <www11.hrsdc.gc.ca/en/cs/sp/edd/reports/1996-000406/rep23.pdf>.
- 113** Centre national de prévention du crime, *Evaluation of Project Early Intervention*, Ottawa, Ontario, du même auteur, 2003.
- 114** Centres collaborateurs canadiens pour la prévention des blessures, *Developing an Integrated Canadian Injury Prevention Strategy* (en ligne). Consulté le 12 décembre 2004. Internet : <www.injurypreventionstrategy.ca>.
- 115** M. J. Kaiserman, « The Cost of Smoking in Canada, 1991 », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 18, n° 1 (1997), p. 13-19.
- 116** Academy for Educational Development, *Calculating the Return on Investment: What Could Be* (en ligne). Consulté le 12 décembre 2005. Internet : <cyd.aed.org/cost/return.html>.
- 117** Citizens for Missouri's Children, *Youth Development Policy Handbook*, St. Louis, Missouri, du même auteur, 2002.
- 118** H. M. Simpson, « The Evolution and Effectiveness of Graduated Licensing », *Journal of Safety Research*, n° 34 (2003), p. 25-34.
- 119** A. K. Macpherson et coll., « Impact of Mandatory Helmet Legislation on Bicycle-Related Head Injuries in Children: A Population-Based Study », *Pediatrics*, vol. 110, n° 5 (2002), p. e60.
- 120** M. H. Milton et coll., *Youth Tobacco Cessation: A Guide for Making Informed Decisions*, Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health and Human Services, 2004.
- 121** SAUVE-QUI-PENSE, *SmartRisk No Regrets—Final Project Report: Executive Summary*, Toronto, Ontario, du même auteur, 2004.
- 122** J. Burghardt et coll., *Does Job Corps Work? Summary of the National Job Corps Study* (en ligne), Washington, D.C., U.S. Department of Labor, 2001. Consulté le 12 décembre 2004. Internet : <wdr.doleta.gov/opr/fulltext/01-jcsummary.pdf>.
- 123** S. Jekielek, S. Cochran et E. Hair, *Employment and Youth Development: A Synthesis*, Washington, D.C., Child Trends, 2002.
- 124** U.S. Department of Labour, « What is Job Corps? », (en ligne), (2005), p. 2. Consulté le 9 juin 2005. Internet: <jobcorps.doleta.gov/about.cfm>.
- 125** R. LeBlanc, *Speech from the Throne to Open the First Session Thirty-Sixth Parliament of Canada* (communiqué, en ligne), Ottawa, Ontario, gouvernement du Canada, Bureau du Conseil privé (1997). Internet: <www.pco-bcp.gc.ca/default.asp?Language=E&Page=pmarchive&Sub=NewsReleases&Doc=news_re19970923643_e.htm>.

- 126** Minnesota Department of Health, *Information for Home Visiting Agencies About Effective Approaches to Teen Pregnancy Prevention* (en ligne). Consulté le 8 décembre 2004. Internet : <www.health.state.mn.us/divs/fh/mch/homevisit/effapproach.html>.
- 127** Collaborative Community Health Research Centre—University of Victoria, *Research Review of Best Practices for Provision of Youth Services*, Victoria, Colombie-Britannique, Ministry of Children and Family Development, 2002.
- 128** M. A. Gambone, A. M. Klem et J. P. Connell, *Finding out What Matters for Youth: Testing Key Links in a Community Action Framework for Youth Development*, Philadelphia, Pennsylvania, Youth Development Strategies Inc. et Institute for Research and Reform in Education (2002), p. 1-72.
- 129** Statistique Canada, ed. *Education Quarterly Review* (en ligne), 9, 2003. Internet : <www.statcan.ca>, n° au catalogue 81-003-XIE.
- 130** T. Stephens et N. Joubert, « The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 22, n° 1 (2001), p. 18-23.
- 131** Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *The Costs of Substance Abuse in Canada*, Ottawa, Ontario, Canadian Centre on Substance Abuse (1996), p. 1-19.
- 132** M. J. Kaiserman, « The Cost of Smoking in Canada, 1991 », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 18, n° 1 (1997), p. 13-19.
- 133** M. S. Pancer, L. Rose-Krasnor et L. D. Loiselle, « Youth Conferences as a Context for Engagement », *New Directions for Youth Development*, vol. 96, n° hiver 2002 (2002), p. 47-64.

À vous la parole

Nous serons heureux de connaître vos commentaires sur le rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens* et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. Veuillez envoyer vos idées par courriel à ispc@icis.ca ou remplir cette fiche d'évaluation et la retourner à :

Rétroaction sur le rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*

Initiative sur la santé de la population canadienne

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Télécopieur : (613) 241-8120

Instructions

Pour chacune des questions, inscrivez un « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons seulement connaître votre opinion. Notre objectif consiste à améliorer les rapports à venir. Toutes les réponses demeureront confidentielles.

Satisfaction générale à l'égard du rapport

1. Comment vous êtes-vous procuré un exemplaire du rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*?

- Par la poste Par un collègue Sur Internet
 J'ai commandé mon propre exemplaire Autre, préciser _____

2. Avez-vous lu tout le rapport?

- J'ai lu tout le rapport J'ai lu certains chapitres et parcouru tout le rapport
 J'ai parcouru tout le rapport

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

- | | | | | |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Clarté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Organisation/format | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Utilisation de figures | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Qualité des analyses | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Niveau de détail | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Longueur | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |

Utilité du rapport

4. Comment évaluez-vous l'utilité du rapport?

- Très utile Assez utile Pas utile

5. Comment prévoyez-vous utiliser l'information contenue dans le rapport?

6. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans le rapport?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignements sur le lecteur

8. Où habitez-vous?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve-et-Labrador | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> Alberta |
| <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Nunavut |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> Étranger (veuillez préciser le pays) _____ |

9. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur lié à la santé
- Chercheur
- Analyste de politiques
- Membre du conseil d'administration
- Représentant élu
- Dispensateur de soins
- Étudiant/jeune
- Éducateur
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci pour vos commentaires

Cette publication s'inscrit dans le mandat de l'ISPC qui vise à mieux comprendre l'état de santé de la population canadienne. En conformité avec les connaissances acquises à ce jour, cette publication reflète le fait que la santé des Canadiens est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux et dynamiques. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces facteurs.