



# L'ÉTAT DE SANTÉ

L'état de santé correspond à la capacité des gens d'atteindre un bien-être optimal. Cela dépend de la santé physique, sociale et affective ainsi que des risques physiques et sociaux au bien-être.

## INDICATEURS CLÉS :

- Auto-évaluation de l'état de santé
- Taux de mortalité infantile
- Taux de décès

## UNE JEUNESSE EN BONNE SANTÉ?

Les années d'adolescence et d'entrée dans l'âge adulte sont souvent considérées comme celles où on est en meilleure santé dans la vie. De bien des façons, c'est vrai. Les taux de décès pour ce segment de la population ont diminué au fil des ans. Les taux de tabagisme ont aussi baissé et les jeunes femmes ont moins tendance à avoir des grossesses non désirées.

Il y a cependant quelques tendances de santé préoccupantes – en particulier, les taux d'activité physique, d'obésité, d'asthme, et de maladies transmises sexuellement. Ce chapitre du *Progrès* met en lumière ces importants enjeux.

Pour commencer, il serait bon de reconnaître ce que les jeunes eux-mêmes disent de leur santé. En 2003, 67% des jeunes de 12 à 24 ans disaient qu'ils étaient en très bonne ou excellente santé, mais cette proportion a fortement diminué en l'espace de quatre ans. En 1998, c'était 73% des jeunes qui évaluaient ainsi leur état de santé.

Les jeunes filles de 12 à 14 ans étaient plus susceptibles de dire qu'elles étaient en très bonne ou excellente santé (68% par rapport à 66% des garçons). Parmi les groupes plus âgés cependant, les jeunes hommes de 15 à 24 ans donnaient des évaluations de leur santé meilleures que les filles de cet âge. Dans l'ensemble, très peu d'enfants et de jeunes disaient qu'ils étaient en mauvaise santé ou juste passable.

Qu'en est-il du stress? En 2003, près d'un jeune sur 4 de 18 à 24 ans disait être stressé «assez souvent» – une proportion pratiquement inchangée depuis 2000. Les femmes avaient plus tendance que les hommes à se sentir stressées (26% par rapport à 21%).



## LES ENFANTS ET LES JEUNES DES PREMIÈRES NATIONS

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 2002-2003 fournit d'importantes informations sur la santé des enfants et des jeunes vivant dans les communautés des Premières Nations. L'enquête portait sur 228 communautés des Premières Nations dans toutes les provinces et dans les territoires sauf au Nunavut. Voici quelques-uns des points saillants :

### Enfants de moins de 12 ans

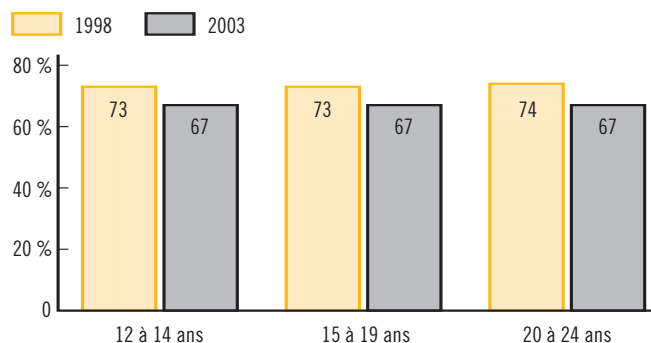
- Les enfants des Premières Nations ne sont pas plus susceptibles que les autres enfants canadiens en général de naître avec un faible poids à la naissance (5,5% par rapport à 5,6%), mais ils ont plus tendance à avoir un poids élevé à la naissance (21% par rapport à 13%).
- Environ 3 nourrissons sur 5 étaient allaités (63%) – une plus grande proportion qu'en 1997 (50%), mais plus basse que la moyenne canadienne (80%).
- La moitié des enfants de 3 à 5 ans participaient à des activités physiques chaque jour, par rapport à seulement 37% des enfants de 9 à 11 ans.
- Plus de la moitié des enfants faisaient soit de l'embonpoint (22%) ou étaient obèses (36%).
- Le taux d'incapacités parmi les enfants des Premières Nations était presque du double de celui de l'ensemble des enfants canadiens.
- Près d'un enfant sur 5 (18%) des Premières Nations avait eu au moins une blessure assez grave pour nécessiter une visite médicale dans l'année précédant l'enquête. Le taux était plus élevé que chez les enfants Autochtones vivant hors réserves (12%) et que chez les enfants canadiens dans l'ensemble (10%).
- La grande majorité des enfants (94%) s'entendaient très bien avec leur famille, sans aucun problème, ou assez bien avec très peu de problèmes.
- Dans l'ensemble, 15% des enfants avaient un trouble affectif ou un problème de comportement. Le taux était plus élevé pour les garçons que pour les filles (18% par rapport à 12%).
- Les conditions chroniques les plus courantes parmi les enfants étaient : l'asthme (15%); les allergies (12%); les infections ou problèmes chroniques de l'oreille (9%); la bronchite chronique (4%); et les difficultés d'apprentissage (3%).

### Jeunes de 12 à 17 ans

- Tandis que la grande majorité des jeunes des Premières Nations (90%) participaient à des activités physiques une fois par semaine ou plus, seulement la moitié environ (45%) étaient «suffisamment actifs» – c'est-à-dire qu'ils prenaient part à 30 minutes d'activité modérée à vigoureuse la plupart des jours de la semaine.
- Environ 4 jeunes sur 10 faisaient de l'embonpoint (28%) ou étaient obèses (14%).
- Chez les jeunes des Premières Nations de 15 à 17 ans, le taux de tabagisme était trois à quatre fois plus élevé que le taux pour l'ensemble des garçons canadiens (47% par rapport à 13%) et des filles (61% par rapport à 15%).
- Environ 4 jeunes sur 10 (42%) ont dit qu'ils avaient consommé de l'alcool l'année précédente. Parmi ceux qui en avaient consommé, près des deux tiers (65%) avaient pris 5 boissons alcoolisées ou plus à la même occasion au moins une fois par mois.

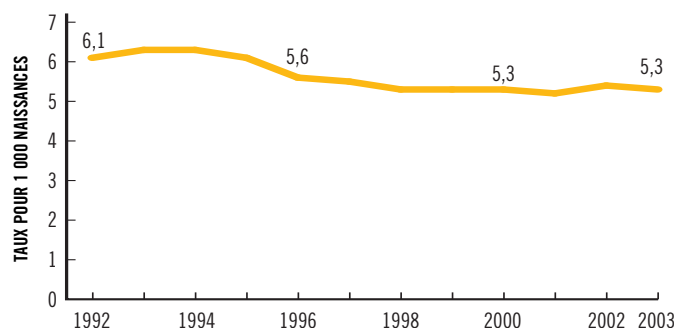
## INDICATEURS CLÉS

### AUTO-ÉVALUATION : TRÈS BONNE OU EXCELLENTE SANTÉ



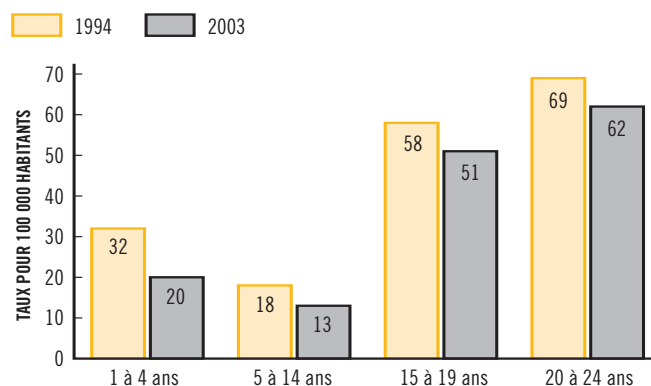
Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et Enquête nationale sur la santé de la population, 1998.

### TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada – Tableau Cansim 102-0030.

### TAUX DE DÉCÈS, PAR TRANCHE D'ÂGE



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

## ENFANTS AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE

La santé des enfants Autochtones ne vivant pas dans une réserve est un peu moins bonne que celle de l'ensemble des enfants Canadiens, selon les réponses des parents à l'Enquête sur les peuples autochtones. En 2001, 83% des parents d'enfants Autochtones de moins de six ans vivant hors réserve ont dit que la santé de leurs enfants était excellente ou très bonne. Dans l'ensemble de la population canadienne, ce sont 90% des parents qui ont évalué ainsi la santé de leurs enfants.

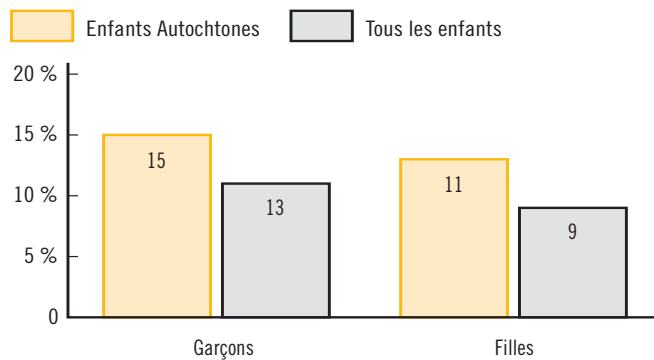
À mesure que les enfants grandissent, cet écart d'évaluation de la santé s'amointrit. Chez les enfants Autochtones de 6 à 14 ans vivant hors réserve, 82% étaient en excellente ou très bonne santé, par rapport à 86% de tous les enfants Canadiens dans cette tranche d'âge. Chez les jeunes Autochtones de 15 à 24 ans, 69% ont dit avoir une excellente ou très bonne santé, par rapport à 71% des jeunes de la population en général.

Il y avait des différences au sein des populations Autochtones. Parmi les enfants de moins de 15 ans, 79% des enfants Inuit et 84% des enfants Métis étaient en excellente ou très bonne santé. Pour les enfants Amérindiens vivant hors réserve, 81% étaient en excellente ou très bonne santé.

### Taux de blessures plus élevé

Les blessures accidentelles sont l'une des principales causes de décès et d'invalidité chez les enfants au Canada. Les parents ont signalé qu'environ 13% des enfants Autochtones de moins de 15 ans vivant hors réserve avaient eu des blessures suffisamment graves pour nécessiter un traitement par un docteur, une infirmière, un dentiste ou un guérisseur traditionnel au courant de l'année précédant l'enquête. Ce taux était légèrement plus élevé que chez l'ensemble des enfants Canadiens (11%). Les chutes et les blessures liées aux sports étaient les plus courantes, représentant plus de 68% de toutes les blessures. Les garçons Autochtones avaient des taux de blessures plus élevés que les filles.

#### BLESSURES ACCIDENTELLES, SELON LE SEXE, 2001



Note : Enfants Autochtones vivant hors réserve, blessés au cours des derniers 12 mois  
Source : Statistics Canada, Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve : Résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001.

## Allaitement

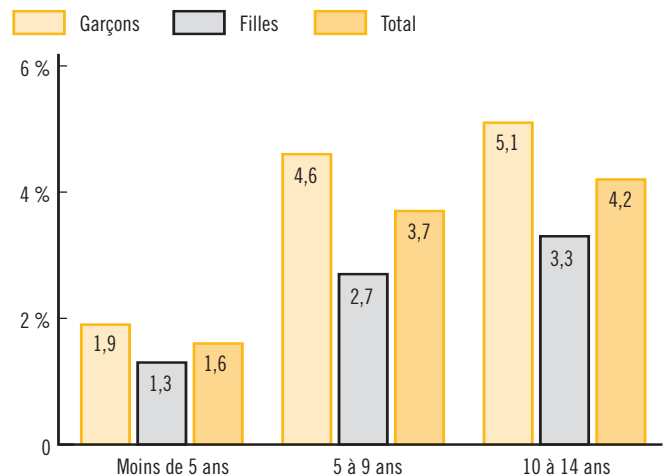
L'Enquête sur les peuples autochtones a trouvé que 67% de tous les enfants de moins de 15 ans ne vivant pas dans une réserve avaient été allaités par leur mère, par rapport à 82% de l'ensemble des enfants canadiens. La tendance semble augmenter – environ 72% des enfants Autochtones de moins de 6 ans ne vivant pas dans une réserve avaient été allaités, par rapport à 63% de ceux de 6 à 14 ans.

Il n'y avait pas de différence significative dans les taux d'allaitement entre les enfants Inuit, Amérindiens et Métis. Il y avait toutefois des différences dans la durée d'allaitement. Les enfants Inuit ont traditionnellement été allaités (et continuent de l'être) pendant plus longtemps que les autres enfants Canadiens. Les enfants Inuit sont allaités pendant 15 mois, en moyenne, par rapport à huit mois pour les enfants Amérindiens et sept mois pour les enfants Métis.

## ENFANTS HANDICAPÉS

Il y avait 180 930 enfants de moins de 15 ans (3,3%) vivant avec une incapacité dans les provinces du Canada en 2001, selon l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA). Les garçons avaient tendance à avoir un taux d'incapacité plus élevé que les filles et le taux avait tendance à être plus élevé chez les enfants plus âgés. C'est plus être à cause de blessures ou de maladies que les enfants attrapent en grandissant, ou peut-être le résultat de conditions sous-jacentes qui n'apparaissent que plus tard dans la vie. Malheureusement, les données de l'EPLA de 2001 ne contiennent pas d'information sur les enfants dans les territoires.

#### TAUX D'ENFANTS HANDICAPÉS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 2001



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001.

Parmi les enfants handicapés de moins de 15 ans, 57% avaient une incapacité légère ou modérée et 43% avaient une incapacité grave ou très grave.

L'EPLA a identifié cinq types d'incapacités chez les enfants de moins de 5 ans : troubles de l'ouïe, de la vue, retard du développement, maladie chronique et inconnu. Le retard du développement était le type le plus courant (68% des enfants handicapés), suivi de la maladie chronique (63%). Les enfants peuvent avoir plus d'un type d'incapacité.

Chez les enfants d'âge scolaire (de 5 à 14 ans), les conditions chroniques et les difficultés d'apprentissage représentaient les incapacités les plus courantes (65% des enfants handicapés).

### Besoins non comblés

Plus des deux tiers des enfants handicapés d'âge scolaire – 104 800 enfants – avaient besoin d'un certain type d'appareil ou d'accessoire en raison de leur incapacité. Parmi les enfants avec une légère incapacité, 50% avaient besoin d'un appareil ou accessoire; c'était le cas de 90% de ceux avec des incapacités graves.

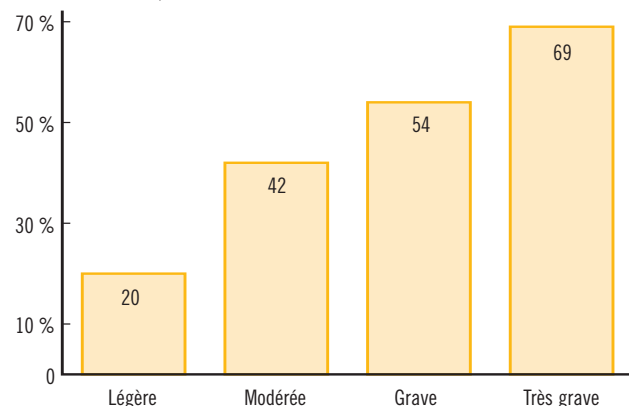
Un peu moins de la moitié des enfants d'âge scolaire ayant besoin d'appareils ou d'accessoires avaient un besoin non comblé dans ce domaine. Plus d'un sur 10 n'avait *aucun* des appareils ou accessoires nécessaires.

Les adultes s'en sortent mieux que les enfants à cet égard. Plus des deux tiers des adultes handicapés avaient leurs besoins totalement comblés, par contre c'était l'opposé parmi les enfants avec des incapacités très graves – plus des deux tiers *n'avaient pas* leurs besoins totalement comblés.

Une grande partie des accessoires requis étaient liés aux difficultés d'apprentissage. Malheureusement, les enfants avec ce type de besoins ont un taux assez élevé de besoins non comblés. Par exemple, sur les 40 280 enfants qui avaient besoin d'un ordinateur pour les aider dans leur apprentissage, 21% avaient un besoin non comblé. Sur les 8 700 enfants qui avaient besoin d'un logiciel activé par la voix ou de synthèse, 48% avaient un besoin non comblé. Et 28% des 39 000 enfants qui avaient besoin d'un tuteur n'en avaient pas.

### BESOINS NON COMBLÉS EN APPAREILS/ACCESSOIRES, SELON LA GRAVITÉ DE L'INCAPACITÉ, 2001

ENFANTS HANDICAPÉS, DE 5 À 14 ANS



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001.

### Impact des besoins non comblés

La grande majorité des parents (84%) dont les enfants n'avaient pas les appareils ou accessoires dont ils avaient besoin ont dit que cela avait un impact négatif sur la vie de l'enfant. Le taux d'impact était à peu près le même pour les garçons et les filles, et il y avait peu de variation selon la gravité de l'incapacité ou selon l'âge. Cependant, les parents vivant sous le seuil de pauvreté avaient un peu plus tendance que les parents d'une tranche de revenus supérieure à dire que les besoins non comblés avaient un impact négatif sur leur enfant (87% par rapport à 83%).

Ces parents désignaient trois répercussions importantes : une réduction dans les activités régulières, quotidiennes de l'enfant; une frustration accrue; et un sentiment de faible estime de soi. Les garçons avaient un peu plus tendance que les filles à devoir réduire leurs activités quotidiennes. Parmi les enfants qui subissaient des impacts négatifs en

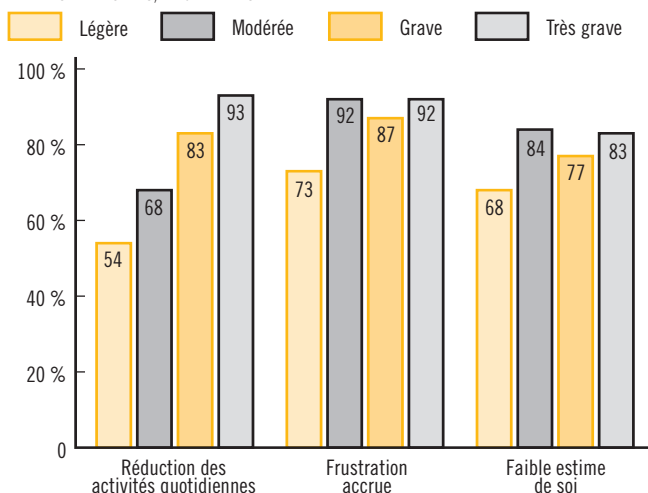
raison de besoins non comblés, 82% des garçons souffraient de faible estime de soi, par rapport à 77% des filles. Les garçons étaient aussi susceptibles que les filles de ressentir de la frustration.

Les enfants handicapés plus âgés avaient plus tendance que les jeunes à devoir réduire leurs activités quotidiennes en raison du manque d'appareils ou accessoires dont ils avaient besoin : 84% de ceux de 10 à 14 ans, en comparaison à 75% de ceux de 5 à 9 ans. Les enfants plus âgés avaient aussi plus tendance à ressentir de la frustration (91% par rapport à 85%).

La gravité de l'incapacité de l'enfant était un facteur important. On pourrait présumer que l'impact serait plus négatif sur les enfants avec des incapacités graves ou très graves. Cependant, les enfants avec une incapacité modérée et des besoins non comblés ont signalé des taux de frustration et de faible estime de soi aussi élevés ou même légèrement plus élevés que les enfants avec des incapacités plus graves.

### IMPACT DES BESOINS NON COMBLÉS EN APPAREILS/ACCESSOIRES, SELON LA GRAVITÉ DE L'INCAPACITÉ, 2001

ENFANTS HANDICAPÉS, DE 5 À 14 ANS



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001.

### Coûts inabordables

Des considérations financières sont souvent la cause des besoins non comblés. Soixante sept pour cent des parents d'enfants ayant un certain besoin non comblé ont dit que l'appareil ou l'accessoire était trop cher; 53% ont dit que l'article n'était pas couvert par l'assurance. De plus, 21% ont dit que l'appareil n'était pas disponible localement et 25% ne savaient pas où se le procurer.

Certains enfants handicapés ont besoin de certaines installations pour leur permettre de rentrer et de se déplacer chez eux, comme des rampes d'accès, des ascenseurs, des portes automatiques, des barres de soutien ou des portes élargies. En 2001, 6 600 enfants handicapés (4%) avaient besoin d'appareil ou d'accessoire pour leur permettre de rentrer chez eux, et 10 000 enfants (6%) avaient besoin d'installations spéciales à la maison.

Même si leur nombre et leur proportion étaient relativement faibles, le taux de besoins non comblés pour ces enfants était très élevé. Pour ceux qui avaient besoin d'installations spéciales pour rentrer chez eux, 21% avaient des besoins partiellement non comblés et 42% n'avaient *rien* qui répondait à leurs besoins. Pour les enfants qui avaient besoin d'installations spéciales à la maison, 13% avaient certains besoins non comblés tandis que 48% n'avaient aucun des appareils ou accessoires dont ils auraient eu besoin. À nouveau, les parents ont dit que le coût était la raison principale de ces besoins non comblés.

## 10 ACTIVITÉS PHYSIQUES PRINCIPALES,\* SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 2000

	% D'ENFANTS DE 5 À 12 ANS		% DE JEUNES DE 13 À 17 ANS		
	FILLES	GARÇONS	FILLES	GARÇONS	
Bicyclette	92	90	Marche	83	78
Natation	91	91	Bicyclette	69	83
Installations s/terrain de jeu	90	83	Natation	77	74
Marche	88	83	Basketball	44	58
Toboggan/ jeux d'hiver	78	77	Danse sociale	61	43
Patinage	72	65	Patin à roues alignées	51	50
Soccer	47	70	Patinage	53	46
Patin à roues alignées	59	59	Course/ jogging	41	42
Course/ jogging	56	55	Soccer	32	40
Basketball	34	45	Volleyball	41	35

\* Ont pratiqué ces activités au moins une fois au cours des 12 derniers mois

Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, Sondage indicateur de l'activité physique en 2000.

## L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LE BIEN-ÊTRE

L'activité physique est essentielle à la croissance saine et au développement des enfants. Une activité physique régulière améliore la bonne santé cardiovasculaire et aide à développer la force, la flexibilité et la densité des os. Elle aide les jeunes à conserver un poids sain et améliore le rendement cognitif. Elle renforce l'estime de soi et donne un meilleur sentiment de bien-être.

Au cours des huit dernières années, l'activité physique chez les enfants et les jeunes a fluctué (on classe l'activité physique dans les catégories régulière, occasionnelle ou non fréquente). En 2002-2003, 78% des jeunes de 12 à 14 ans ont dit qu'ils étaient actifs physiquement de façon régulière, 15% étaient actifs de façon occasionnelle et 7% de façon non fréquente. La tendance était semblable pour les adolescents de 15 à 19 ans, mais la catégorie «non fréquente» avait le taux le plus élevé parmi les jeunes adultes de 20 à 24 ans.

Il y a eu quelques changements positifs avec le temps. Le taux d'activité physique a légèrement augmenté de 75% en 1994-1995 à 78% en 2002-2003 chez les jeunes de 12 à 14 ans. Chez les adolescents (15 à 19 ans), le taux a augmenté de 67% à 76%, et chez les jeunes adultes (de 20 à 24 ans), de 61% à 71% dans cette période.

Indépendamment de l'âge, les garçons avaient plus tendance que les filles à dire qu'ils participaient à des activités physiques régulières en 2002-2003. Cette tendance s'est maintenue pendant au moins une décennie.

## Éducation physique

Pour beaucoup d'enfants d'âge scolaire, la plupart de leur activité physique est liée au milieu scolaire. Pour certains enfants, les classes d'éducation physique sont leur seule source d'activité physique.

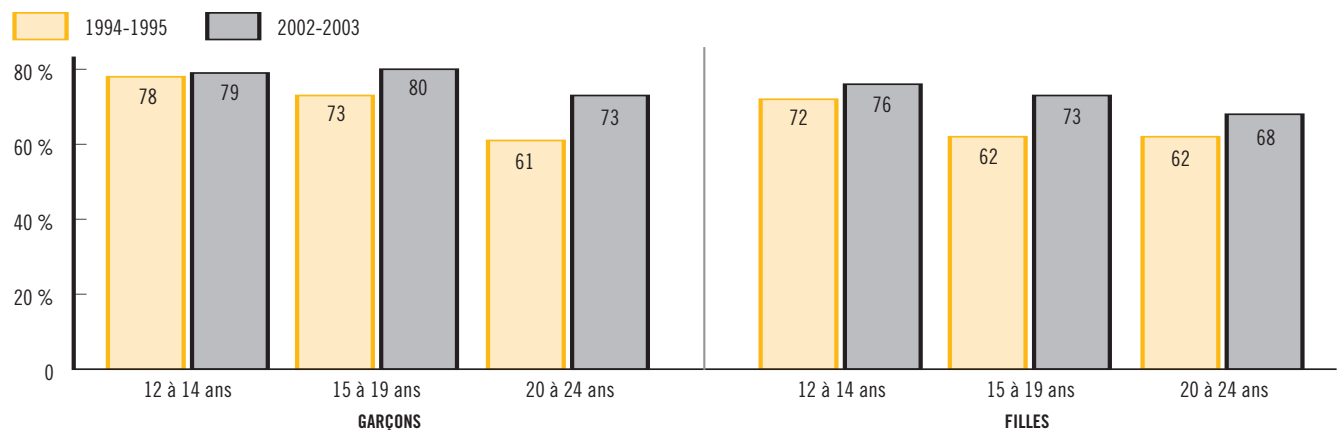
En 2001, 54% des écoles canadiennes ont dit que leur politique était d'offrir quotidiennement des classes d'éducation physique, mais seulement 16% le faisaient vraiment. Le temps de classe dédié à l'éducation physique se montait en moyenne à moins d'une heure par semaine pour les élèves en cours élémentaire et de 40 à 75 minutes par semaine pour les élèves en fin de secondaire.

Selon le Sondage indicateur de l'activité physique en 2000, les parents indiquaient que 41% des enfants de moins de 17 ans n'avaient des classes d'éducation physique qu'un jour ou deux par semaine et 10% n'en avaient pas du tout; 27% avaient des classes d'éducation physique trois ou quatre jours par semaine et 21% avaient des classes tous les jours.

## Activités récréatives

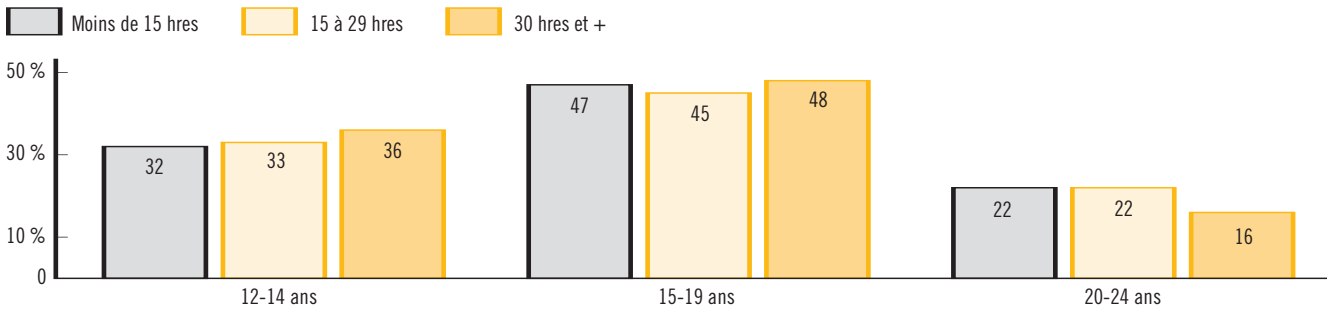
En 2000, les cinq principales activités récréatives pour les enfants de 5 à 12 ans étaient la bicyclette, la natation, les installations de terrain de jeu, la marche et le toboggan/jeux de neige en hiver. Parmi les jeunes de 13 à 17 ans, les activités principales étaient la marche, la bicyclette, la natation, la course et la danse sociale.

## PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS PHYSIQUES RÉGULIÈRES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2002-2003 et Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995.

### TEMPS PASSÉ PAR SEMAINE À DES ACTIVITÉS SÉDENTAIRES, 2002-2003



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002-2003.

## OBÉSITÉ

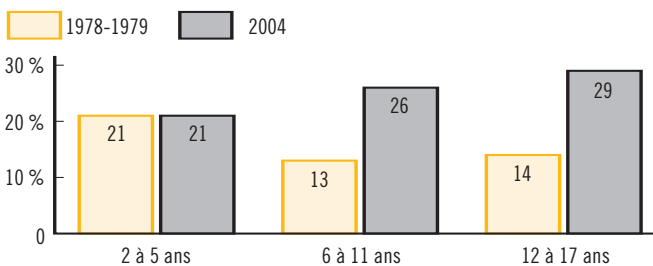
Les enfants deviennent plus gros au Canada. Dans les 25 dernières années, la proportion des jeunes qui font de l'embonpoint ou sont obèses a grimpé de 15% à 26%. En 2004, 1,6 millions d'enfants et de jeunes de 2 à 17 ans faisaient de l'embonpoint (1,1 million) ou étaient obèses (507 000).

Les taux d'obésité ne varient pas beaucoup entre les garçons et les filles. En 2004, 18% des deux sexes faisaient de l'embonpoint tandis que 9% des garçons et 7% des filles étaient obèses. Cependant on voit apparaître des différences selon le sexe à l'adolescence – 11% des garçons de 12 à 17 ans étaient obèses, par rapport à 7% des filles.

Les changements des taux d'embonpoint et d'obésité au fil des ans sont plus remarquables chez les enfants plus âgés.

Les taux d'embonpoint et d'obésité étaient plus élevés dans les provinces de l'Atlantique en 2004, Terre-Neuve ayant le plus haut taux combiné (36%). Le taux était le plus bas en Alberta (22%), et la moyenne canadienne était de 26%.

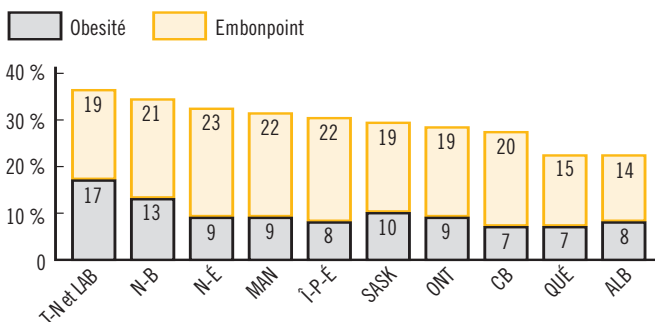
### TENDANCES DANS LES TAUX D'OBÉSITÉ ET D'EMBOUPPOINT



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2004 et Enquête Santé Canada, 1978-1979.

### TAUX D'OBÉSITÉ ET D'EMBOUPPOINT, PAR PROVINCE, 2004

ENFANTS DE 2 À 17 ANS



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2004.

## Habitudes alimentaires

Le Guide d'alimentation du Canada recommande cinq à 10 portions de fruits et légumes chaque jour. En 2002-2003, la majorité des enfants – quel que soit leur âge – mangeaient moins que la quantité recommandée. Parmi les enfants de 12 à 14 ans, 52% mangeaient moins de 5 portions de fruits et légumes par jour. Pareillement, la majorité des jeunes de 15 à 19 ans (56%) et des jeunes adultes de 20 à 24 ans (61%) mangeaient moins du nombre recommandé de portions.

Il y avait de nettes différences dans les habitudes alimentaires des garçons et des filles. Les filles, quel que soit leur âge, avaient beaucoup plus tendance à manger des fruits et légumes. En 2002-2003, 45% des filles de 12 à 14 ans mangeaient les portions recommandées par jour, ainsi que 39% des garçons. Chez les adolescents de 15 à 19 ans, 41% des filles et 34% des garçons mangeaient la quantité. Dans le groupe plus âgé (les 20 à 24 ans), les taux étaient de 39% des femmes et 29% des hommes.

## Modes de vie sédentaires

Beaucoup d'enfants aujourd'hui mènent une vie sédentaire, sans activité physique. Ils sont souvent assis devant la télévision ou l'ordinateur pendant des heures, ce qui contribue aux problèmes d'obésité. En 2002-2003, près de la moitié de tous les enfants et les jeunes passaient de 15 à 29 heures par semaine dans des activités sédentaires. Les jeunes enfants avaient plus tendance que ceux plus âgés à être inactifs physiquement.

De 2000-2001 à 2002-2003, il n'y a pas eu de changement significatif dans la quantité de temps que les jeunes passent dans des activités sédentaires. Il y a eu une légère baisse – de 24% à 22% – dans la proportion d'enfants de 12 à 14 ans qui passaient plus de 30 heures par semaine à être inactifs.

Tandis qu'il n'y avait pas de grandes différences de taux entre les garçons et les filles, certaines tendances ont émergé. En 2002-2003, les enfants de 12 à 14 ans étaient plus susceptibles que ceux qui étaient plus âgés de passer plus de 30 heures par semaine dans des activités sédentaires, et les garçons avaient beaucoup plus tendance que les filles (25% par rapport à 19%) à être aussi inactifs.



## LA FAIM

En 2000, 1,2% de tous les enfants de 2 à 11 ans ont souffert de la faim à cause de la pauvreté, selon l'ELNEJ. Cela représentait une légère amélioration sur 1994 (1,5%) et 1998 (1,6%).

Parmi les enfants qui ont connu la faim, 32% n'avaient pas à manger régulièrement ou chaque quelques mois. Lorsque leur enfant avait faim, 30% des parents ont dit qu'ils étaient allés dans une banque alimentaire, 30% avaient demandé de l'aide à leur famille et 21% ont dit qu'ils s'étaient eux-mêmes privés de nourriture ou avaient sauté des repas.

### Recours croissant aux banques alimentaires

Depuis 1989, on a vu une augmentation régulière du nombre de Canadiens ayant recours aux banques alimentaires, selon Hunger Count qui fait le suivi de l'utilisation des banques alimentaires pendant un mois chaque année. En 2004, plus de la moitié des utilisateurs (55%) étaient des familles avec des enfants.

La proportion d'enfants et de jeunes de moins de 18 ans qui ont recours aux banques alimentaires a augmenté de 38% en 1989 à 42% en 2004. Pendant la période de suivi en 2004, ce sont 317 242 enfants et jeunes qui ont recours aux banques alimentaires – une augmentation d'environ 166 000 depuis 1989.

La proportion de travailleurs pauvres a doublé de 6% des utilisateurs de banques alimentaires en 1989 à 13% en 2004, selon Hunger Count. Une enquête en 2005 à Toronto a aussi fait ressortir ce phénomène. D'après le Daily Bread Food Bank, «le travail est de moins en moins en mesure de subvenir aux besoins des familles dans les grands centres urbains comme l'agglomération de Toronto, où le coût de la vie est le plus élevé au Canada». Dans leur enquête, 14% des clients de banques alimentaires indiquaient que le chômage était leur principale source de revenu, et 7% avait un revenu d'emploi et d'assistance sociale.

## L'ASTHME ET LES ALLERGIES

L'asthme est une affection pulmonaire chronique caractérisée par des troubles de la respiration. Les enfants atteints d'asthme ont des bronches extrêmement sensibles qui se rétrécissent ou se bouchent lorsqu'elles sont irritées. C'est la maladie respiratoire chronique la plus courante chez les enfants, responsable d'environ un quart de toutes les absences scolaires. La condition affecte deux fois plus de garçons que de filles pendant l'enfance, mais davantage de filles que de garçons développent cette condition à l'adolescence.

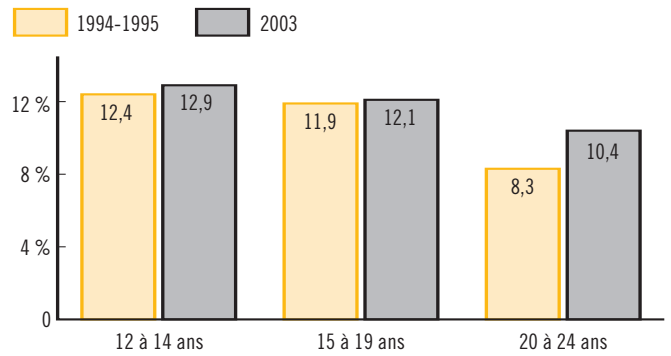
En 2003, plus de 637 800 enfants et jeunes souffraient d'asthme – représentant 12,9% de tous les Canadiens de moins de 25 ans. Le taux d'asthme chez les adolescents de 15 à 19 ans était légèrement inférieur (12,1%), tandis que 10,4% des jeunes adultes de 20 à 24 ans en étaient atteints.

De 1978 à 1994, le taux d'asthme chez les jeunes de moins de 20 ans a considérablement augmenté – de 2,3% à 12%. La proportion est restée relativement stable depuis, mais le taux continue à monter chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans.

Comme on vient de le dire, il y a des différences selon le sexe dans les taux d'asthme, qui évoluent à mesure que les enfants grandissent. Chez les jeunes adolescents de 12 à 14 ans, 14% des garçons et 11,7% des filles souffraient d'asthme en 2003. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, 11,1% des garçons et 13,1% des filles avaient de l'asthme. Quant aux jeunes adultes de 20 à 24 ans, 8,8% des hommes et 12,2% des femmes avaient de l'asthme.

En 2003, les taux d'asthme étaient les plus bas en Colombie-Britannique, pour toutes les tranches d'âge. Les taux étaient relativement élevés dans les provinces de l'Atlantique.

### TENDANCES DE L'ASTHME, PAR TRANCHE D'ÂGE



Source : Statistique Canada, CANSIM – Tableau 104-0001.

### TAUX D'ASTHME, PAR PROVINCE, 2003

	12-14 ANS	15-19 ANS	20-24 ANS
T-N et LAB	15,3 % *	13,5 % *	16,9 % *
Î-P-É	17,6 % *	13,6 % *	n.d.
N-É	17,2 % *	18,6 % *	10,7 % *
N-B	13,0 % *	15,7 %	13,0 % *
QUÉ	11,5 %	11,6 %	10,3 %
ONT	13,4 %	12,6 %	9,5 %
MAN	17,7 % *	9,4 % *	n.d.
SASK	13,1 % *	12,0 %	10,0 % *
ALB	13,9 %	13,3 %	14,7 %
C-B	10,1 %	9,1 %	8,7 %
CANADA	12,9 %	12,1 %	10,4 %

\* Utiliser ces chiffres avec précaution.

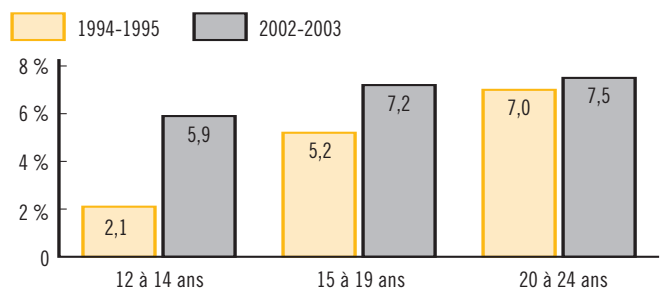
Source : Statistique Canada, CANSIM – Tableau 105-0201.

### Allergies alimentaires

Au cours des huit dernières années, les allergies alimentaires ont augmenté pour toutes les tranches d'âge au Canada.

Les allergies alimentaires étaient plus courantes chez les femmes. En 2002-2003, 9% des femmes de 20 à 24 ans ont déclaré des allergies alimentaires par rapport à 6,1% des hommes. Chez les adolescents de 15 à 19 ans, 8,2% des filles et 6,2% des garçons avaient des allergies alimentaires. Chez les jeunes adolescents de 12 à 14 ans, les garçons avaient légèrement plus tendance que les filles à avoir des allergies alimentaires (6% et 5,7%).

### TENDANCES DES ALLERGIES ALIMENTAIRES CHEZ LES JEUNES



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2002-2003 et Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995.

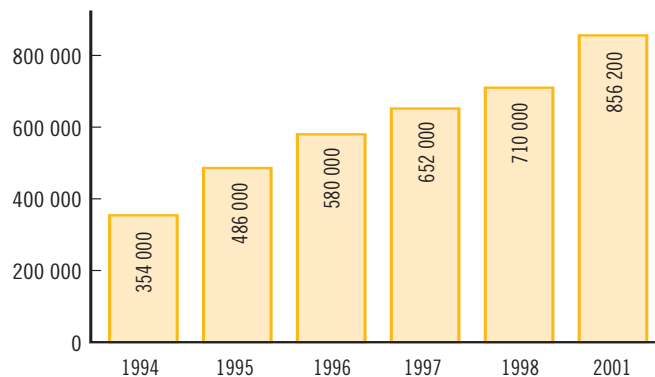


## RITALIN

Au cours de la dernière décennie au Canada, l'utilisation de médicaments sur ordonnance pour traiter les problèmes de comportement des enfants est montée en flèche. Le Ritalin (Méthylphédate) est fréquemment utilisé pour traiter le trouble déficitaire de l'attention et l'hyperactivité (TDA/H).

On estime qu'il y a eu 1,57 million de visites médicales liées au TDA/H en 2001, en comptant les visites multiples. Cela représente une augmentation de 20% depuis 1997. Quatre vingt deux pour cent des ces visites étaient pour des enfants et des jeunes de moins de 20 ans. Chez les enfants de moins de 10 ans, il n'y avait pas de différence dans le nombre de visites médicales pour les garçons ou les filles. Les différences selon le sexe apparaissaient avec l'âge : 76% des visites médicales pour le TDA/H étaient faites par des garçons et 24% par des filles.

### PRESCRIPTIONS DE RITALIN



Source : IMS (Intercontinental Medical Statistics) Health, 2001.

### PRESCRIPTIONS DE RITALIN, PAR RÉGION

	1994	1995	1996	1997	1998	% CHANGEMENT, 1994 À 1998
Atlantique	34 000	44 000	56 000	60 000	67 000	97,1 %
Québec	87 000	116 000	148 000	183 000	204 000	134,5 %
Ontario	137 000	183 000	216 000	235 000	251 000	83,2 %
Prairies	63 000	95 000	102 000	120 000	131 000	107,9 %
Colombie-Britannique	33 000	48 000	57 000	54 000	57 000	72,7 %
Canada	354 000	486 000	580 000	652 000	710 000	100,6 %

Source : IMS (Intercontinental Medical Statistics) Health, ADHD Snapshot, 2001.

Le nombre d'ordonnances de Ritalin a grimpé de 142% entre 1994 et 2001. De 1994 à 1998, la croissance des ordonnances a été la plus forte au Québec et la plus faible en Colombie-Britannique.

En 2001, le Ritalin a été prescrit par plusieurs spécialistes médicaux différents. Les médecins de famille ont rédigé 42% des ordonnances et les pédiatres en ont rédigé 39%. Les psychiatres (15%), les neurologues (3%), et les autres spécialistes (1%) ont rédigé le reste. Lorsqu'on abordait le sujet du Ritalin pendant la visite médicale, les docteurs recommandaient cette drogue pour le traitement du TDA/H dans 89% des cas.

### Mauvais usage

Le Ritalin est principalement prescrit pour le traitement du TDA/H chez les enfants. Mais les surnoms qu'on lui donne – «Cocaïne pour enfants», la «Vitamine R» – indiquent que le Ritalin est aussi devenu une drogue récréative utilisée par les jeunes aux É-U et au Canada. Les adolescents prennent du Ritalin pour rester éveillés, pour intensifier l'attention, pour supprimer l'appétit ou pour provoquer un sentiment d'euphorie. Dans une enquête menée en 2002 au Canada, une plus grande proportion de garçons que de filles en 8<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> année ont dit prendre du Ritalin pour «se défoncer» – 8% des garçons dans les deux niveaux scolaires, par rapport à 4% des filles en 9<sup>e</sup> année et 5% en 10<sup>e</sup> année.

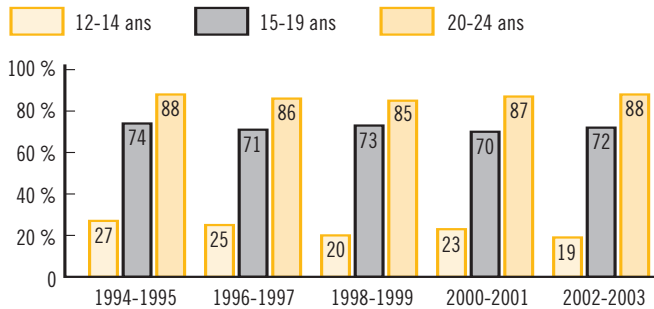
L'utilisation du Ritalin comme drogue récréative peut être très dangereuse, avec des effets semblables à ceux de la cocaïne. Beaucoup de jeunes pensent que le Ritalin est sûr à expérimenter parce qu'il est si largement prescrit et utilisé par des copains de classe ou des frères et soeurs. Cependant, des doses élevées de stimulants comme le Ritalin peuvent entraîner une malnutrition grave, des tremblements ou contractions musculaires, de la fièvre, des convulsions, des maux de tête, de l'arythmie cardiaque, de l'anxiété, de l'agitation, de la paranoïa, des hallucinations et le fourmillement (impression d'avoir des fourmis ou des vers qui rampent sur la peau).

## CONSOMMATION D'ALCOOL

La majorité des adolescents et des jeunes adultes au Canada consomment de l'alcool. En 2002-2003, 19% des jeunes de 12 à 14 avaient consommé de l'alcool, ainsi que 72% de ceux de 15 à 19 ans. Parmi les jeunes adultes de 20 à 24 ans, 88% avaient consommé de l'alcool l'année précédente. La consommation dans la plus jeune tranche d'âge a diminué depuis 1994-1995. Il n'y a pas eu de changements importants de consommation d'alcool dans les autres tranches d'âge.

La majorité des jeunes garçons et filles buvaient de l'alcool. Bien qu'il y ait eu des fluctuations au fil des ans dans les taux de consommation d'alcool selon les sexes parmi les jeunes de 15 à 19 ans, les hommes de 20 à 24 ans étaient systématiquement plus susceptibles de consommer que les femmes de cet âge.

### TENDANCES DANS LA CONSOMMATION D'ALCOOL\*, PAR TRANCHE D'ÂGE



\* Dans les derniers 12 mois

Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2002-2003, et Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.

### CONSOMMATION D'ALCOOL\* SELON LE SEXE

HOMMES	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2002-2003
15-19 ans	70 %	70 %	69 %	73 %	74 %
20-24 ans	89 %	89 %	84 %	85 %	91 %

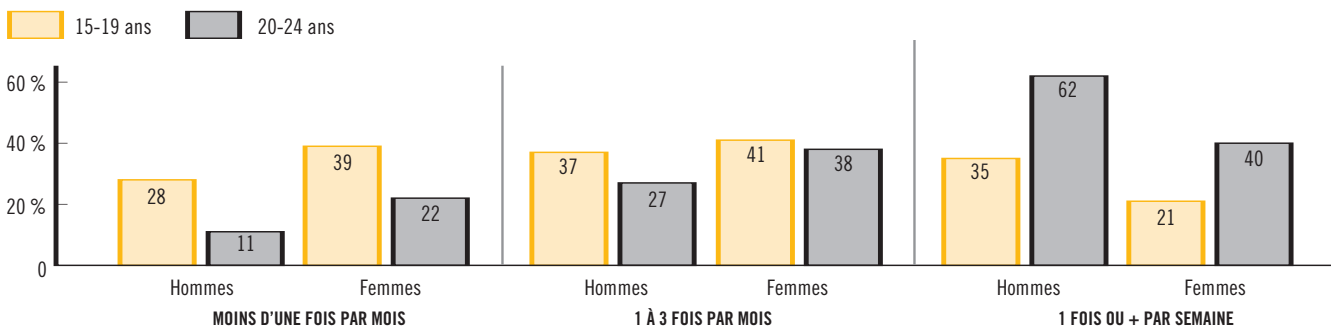
  

FEMMES	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2002-2003
15-19 ans	71 %	73 %	74 %	73 %	70 %
20-24 ans	82 %	82 %	84 %	85 %	85 %

\* Dans les derniers 12 mois

Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2002-2003, et Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.

### FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, 2002-2003



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002-2003.

## Fréquence

La majorité des adolescents buvaient de l'alcool de une à trois fois par mois. Pendant l'adolescence et au début de la vingtaine, les jeunes hommes avaient tendance à boire plus souvent que les jeunes filles.

Quand on a demandé aux jeunes s'ils avaient jamais été dans un véhicule dont le conducteur avait trop bu, la réponse était très différente selon l'âge de la personne. En 2002-2003, 6% des jeunes de 12 à 14 ans ont dit qu'ils s'étaient trouvés dans cette situation, en hausse par rapport à 4% en 1996-1997. Chez les adolescents plus âgés (15 à 19 ans), la proportion avait augmenté de 15% à 18%. Parmi ceux de 20 à 24 ans, la proportion était plus élevée et avait augmenté plus vite – de 18% à 24% de 1996-1997 à 2002-2003.

## LE TABAGISME

Il y a moins de jeunes qui fument aujourd'hui qu'il y a dix ans, et c'est beaucoup moins fréquent chez les adolescents que ce ne l'était en 1981. En 2003, 22% des adolescents de 15 à 19 ans fumaient quotidiennement ou occasionnellement, en baisse par rapport à 29% en 1994. En 1981, les taux d'adolescents qui fumaient étaient beaucoup plus élevés : 42% des jeunes filles et 45% des garçons.

La plus grande baisse au cours de la décennie s'est produite chez les fumeurs quotidiens. Moins de 14% des adolescents ont dit qu'ils fumaient tous les jours en 2003, en baisse par rapport à 20% en 1994 et 22% en 1996 et en 1998. Les jeunes femmes étaient aussi susceptibles que les jeunes garçons de fumer quotidiennement en 2003 (13,5% et 13,9% respectivement). Ces taux avaient diminué depuis 1998-1999, quand 25% des jeunes femmes et 19% des garçons fumaient quotidiennement.

La majorité de ceux qui fument le font encore quotidiennement. Plus de 6 fumeurs adolescents sur 10 fumaient tous les jours en 2003, en baisse par rapport à 8 sur 10 en 1998.

Même s'il y avait près de 447 000 fumeurs adolescents en 2003 – dont 280 655 quotidiennement – ils ne représentaient pas la norme. Plus de 1,5 million de jeunes – 78% dans cette tranche d'âge – ne fumaient pas, et 1,2 million (58%) n'avaient jamais fumé. Ces tendances étaient semblables pour les garçons et les filles.

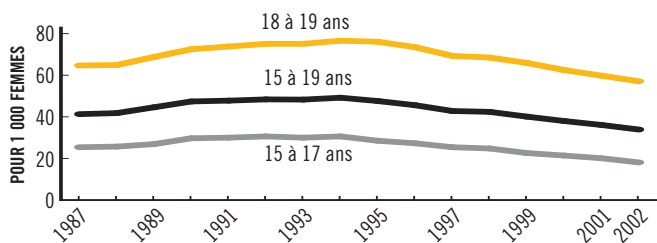
Le tabagisme augmente en flèche avec l'âge. En 2003, 15% des adolescents de 15 à 17 ans fumaient, par rapport à 24% des jeunes de 18 et 19 ans. Les filles de 15 à 17 avaient plus tendance à fumer que les garçons (17% et 13%).

Le tabagisme chez les jeunes n'est pas également réparti au Canada, et suit en général les mêmes tendances que chez les adultes. Le taux le plus bas était enregistré en Colombie-Britannique (14%) et le plus haut en Saskatchewan (28%), suivi de près par les jeunes au Québec (26%).

## LA SANTÉ SEXUELLE

En 2002, il y a eu 35 547 adolescentes qui sont tombées enceintes au Canada, dont 67% avaient 18 ou 19 ans, 31% avaient de 15 à 17 ans et 1,3% avaient moins de 15 ans. Le taux de grossesse à l'adolescence a diminué depuis 1994. En 2002, 44% de ces adolescentes enceintes ont donné naissance, 54% ont eu un avortement médical et 2% ont fait une fausse couche. Les taux de grossesse à l'adolescence varient considérablement selon les provinces et territoires, allant de 24 grossesses par 1 000 adolescentes à l'I-P-É jusqu'à 120 par 1 000 au Nunavut.

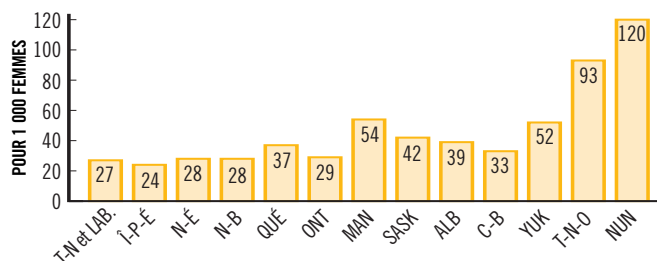
### TAUX DE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE, PAR TRANCHE D'ÂGE



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Issues de la grossesse, 1974 à 2002

### TAUX DE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE, PAR PROVINCE ET TERRITOIRE, 2002

ADOLESCENTES DE 15 À 19 ANS



Source : Calculs du Conseil canadien de développement social, d'après des données de Statistique Canada, Issues de la grossesse, 1974 à 2002.

## Infections transmises sexuellement

La chlamydia est l'infection bactérienne transmise sexuellement (ITS) qui est la plus fréquemment signalée au Canada. De 1997 à 2002, les taux d'infection ont grimpé de 60% dans l'ensemble de la population, mais les hausses étaient encore plus marquées parmi les jeunes.

De 1991 à 1997, les taux de chlamydia ont diminué chez les adolescents de 15 à 19 ans et chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans. Par contre, de 1997 à 2002, le taux a grimpé de 76% chez les garçons de 15 à 19 ans et de 42% chez les filles de cet âge. Chez les 20 à 24 ans, le taux a augmenté de 92% pour les hommes et de 102% pour les femmes.

Les femmes représentent plus des deux tiers des cas déclarés de chlamydia, et les deux tiers des cas déclarés sont chez les jeunes de 15 à 24 ans. Cette infection peut altérer de façon permanente la fertilité, et on la soupçonne de contribuer aux taux croissants d'infertilité au Canada. Les agences de santé publique pensent que cette ITS est probablement sous-détectée.

Le taux déclaré de gonorrhée a aussi augmenté parmi les jeunes de 1997 à 2002. Chez les garçons de 15 à 19 ans, le taux a augmenté de 34%, et de 38% chez les filles. Chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans, le taux de gonorrhée a augmenté de 74% pour les hommes et de 43% pour les femmes. À l'inverse de la chlamydia, les hommes représentent plus de 60% des cas déclarés de gonorrhée.

## Relations sexuelles

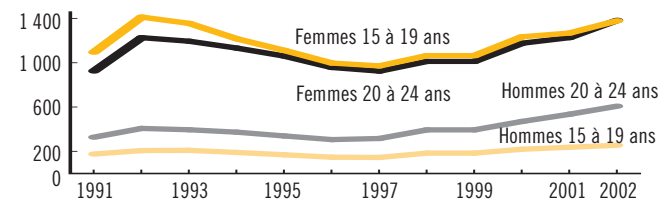
De 1988 à 2002, la proportion d'étudiants de 9<sup>e</sup> année qui avaient eu des relations sexuelles au moins une fois a diminué tant chez les garçons que chez les filles, mais davantage parmi les garçons. Pour les étudiants de 11<sup>e</sup> année, la proportion qui avait eu des relations sexuelles au moins une fois a diminué chez les garçons, mais pas chez les filles.

Il était plus courant chez les étudiants actifs sexuellement en 2002 de déclarer qu'ils avaient «souvent» des relations sexuelles que ce n'était le cas en 1988 – pour les deux niveaux scolaires et les deux sexes. Donc, tandis qu'un peu moins d'étudiants ont des relations sexuelles, ceux qui en ont semblent avoir tendance à être plus actifs sexuellement.

La raison la plus courante citée par les étudiants pour ne pas avoir de relations sexuelles était «qu'ils n'étaient pas prêts». Cette réponse était plus courante chez les filles que chez les garçons, et plus courante parmi les étudiants de 9<sup>e</sup> année que ceux de 11<sup>e</sup> année. Davantage de garçons que de filles dans les deux niveaux ont cité comme raison principale «ne pas avoir eu l'occasion d'avoir des relations sexuelles». Seulement une petite proportion d'étudiants – et davantage de filles que de garçons – ont cité «la peur de la grossesse» comme raison principale. Moins de 2% ont dit qu'ils s'abstenaient d'avoir des relations sexuelles par crainte du VHS/SIDA ou d'autres ITS. Les raisons les plus courantes citées pour avoir des relations sexuelles étaient «l'amour de la personne», «la curiosité/ le désir d'expérimenter» et «l'influence de l'alcool ou de drogues».

Les étudiants avaient tendance à s'engager dans des activités sexuelles autres que la relation sexuelle en soi. En 2002, environ un tiers des étudiants de 9<sup>e</sup> année (32% des garçons et 28% des filles) et un peu plus de la moitié des étudiants de 11<sup>e</sup> année (53% des garçons et 52% des filles) avaient des activités sexuelles autres que la relation sexuelle.

### TAUX DÉCLARÉS DE CHLAMYDIA, SELON L'ÂGE ET LE SEXE



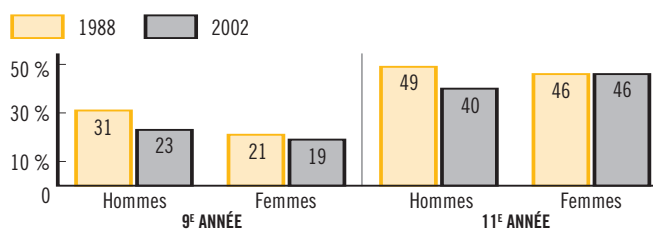
Source : Santé Canada. Rapport de surveillance canadien 2002 sur les infections transmises sexuellement.

## Moins de partenaires sexuels

Le pourcentage de jeunes qui ont plus d'un partenaire sexuel semble avoir diminué à la baisse. Selon l'Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le SIDA au Canada, 43% des étudiants du sexe masculin en 11<sup>e</sup> année en 2002 ont déclaré n'avoir eu qu'une seule partenaire sexuelle, en hausse par rapport à 29% en 1988. Chez les jeunes femmes en 11<sup>e</sup> année, la proportion est montée de 47% à 54%. Moins d'étudiants en 11<sup>e</sup> année ont déclaré avoir six partenaires ou plus. Parmi les garçons, le taux de ceux qui avaient six partenaires ou plus a diminué de 24% en 1988 à 15% en 2002, et du côté des filles, la proportion a diminué de 11% à 9%.

### JEUNES ACTIFS SEXUELLEMENT, SELON LE NIVEAU SCOLAIRE ET LE SEXE

% QUI ONT DIT AVOIR EU DES RELATIONS SEXUELLES AU MOINS UNE FOIS



Source : W. Boyce; M. Doherty; C. Fortin; et D. MacKinnon. Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada (EJSSVS). Conseil des ministres de l'Éducation, Canada, 2003.

## SOURCES

- Boyce, W; Doherty, M; Fortin, C; et MacKinnon, D. *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada : Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements*. Toronto : Conseil des ministres de l'éducation, Canada, 2003.
- Boyce, William. *Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être*. Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, Santé Canada, 2004.
- Enquête Promotion de la santé, 1978/79.
- Association canadienne des banques alimentaires. *Bilan-Faim*. Toronto : CAFB, 1989, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, & 2004.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. *Sondage indicateur de l'activité physique*, 2000.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*, 2004.
- L'Association pulmonaire. [www.lung.ca](http://www.lung.ca)
- Chen, Y; Dales, R; Tang, M; et Krewski, D. *Association between income adequacy and asthma in Canadians*. Actes du Symposium de 2002 de Statistique Canada, 2002.
- Daily Bread Food Bank. *Who's Hungry: 2005 Profile of Hunger in the GTA*, 2005.
- Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations. *Résultats sur les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations*, 2002/03.
- Gouvernement d'Ontario. *Poids santé, vie saine - Rapport de 2004 du médecin hygiéniste en chef*. 2004.
- Santé Canada. *À la hauteur : Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada*. Ottawa, 1999.
- Santé Canada. *Rapport de surveillance canadien 2002 sur les infections transmises sexuellement (ITS)*. Ottawa, 2004. [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata\\_june05/index.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata_june05/index.html)
- IMS (Intercontinental Medical Statistics). *Health Update: ADHD Snapshot*.
- Partnership for a Drug Free America. [www.drugfreeamerica.org](http://www.drugfreeamerica.org)
- Statistique Canada. *Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve : Résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*. Enquête auprès des peuples autochtones, 2001.
- Statistique Canada. *Enquête sur la participation et les limitations d'activités*, 2001.
- Statistique Canada. *Issues de la grossesse, 1974 - 2002*.
- Statistique Canada. Tableau CANSIM 104-001.