



Fédération
des cégeps

**PORTRAIT DE SANTÉ
DES JEUNES QUÉBÉCOIS
ÂGÉS DE 15 À 24 ANS**

Réalisé dans le cadre des travaux du
Comité tripartite sur les services sociaux et de
santé offerts aux étudiants du réseau collégial public,
regroupant la Fédération des cégeps,
le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et
le ministère de la Santé et des Services sociaux



**PORTRAIT DE SANTÉ
DES JEUNES QUÉBÉCOIS
ÂGÉS DE 15 À 24 ANS**

Recherche et rédaction

Kathia Lavoie, consultante
Hélène Bonnelly, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Julie Gauthier, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marthe Hamel, ministère de la Santé et des Services sociaux
Véronique Raymond, Fédération des cégeps
Caroline Villeneuve, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Coordination

Véronique Raymond, Fédération des cégeps

Conseillères à la recherche et à la rédaction

Pauline Thiboutot, ministère de la Santé et des Services sociaux
Penny Sutcliff, ministère de la Santé et des Services sociaux

Soutien à la recherche

Julien Rondeau, Fédération des cégeps
Lucie Varin, Fédération des cégeps

Mise en page

Karine Parent, Fédération des cégeps

Révision linguistique

Rolande LeBlanc Vadeboncoeur

Conception graphique

Cyan Concept

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Troisième trimestre 2010
ISBN 978-2-89100-146-5

Fédération des cégeps

500, boul. Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E7
Téléphone : 514 381-8631
Télécopieur : 514 381-2263
©Fédération des cégeps

Cette publication peut être consultée sur le site Internet de la Fédération des cégeps à l'adresse suivante :
www.fedecegeps.qc.ca

Collaborateurs

Yves Carignan, Collège Montmorency

Ginette Dion, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Manon Duhamel, ministère de la Santé et des Services sociaux

Francine Duquette, Cégep Marie-Victorin

Yves Fontaine, Collège de Valleyfield

Jacques Fortin, Cégep de Lévis-Lauzon

Josée Lepage, ministère de la Santé et des Services sociaux

Denis St-Amand, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

Claire Sylvain, Cégep de Rivière-du-Loup

Gaëtan Trudeau, ministère de la Santé et des Services sociaux

France Turgeon, Cégep de Sherbrooke

Sylvie Veilleux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Nous tenons à remercier les personnes du ministère de la Santé et des Services sociaux qui ont contribué à la présentation ou à l'analyse de certaines données. Il s'agit, plus particulièrement, de Carole Beaudoin, de Monique Godin, de Lucie Ross et de Latifa Elfassihi du Service de la surveillance de l'état de santé, ainsi que de Nadia Campanelli de l'Unité du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale. Nos remerciements s'adressent également à Mathieu Gagné, de la Direction de la recherche, de la formation et du développement de l'Institut national de santé publique du Québec.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
MÉTHODOLOGIE	8
FAITS SAILLANTS	9
PREMIÈRE PARTIE : PROFIL DÉMOGRAPHIQUE	13
DEUXIÈME PARTIE : PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	15
2.1 LES CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES	15
2.1.1 Le niveau de scolarité des parents et des jeunes	15
2.1.2 Le revenu	16
2.1.3 Le travail	18
2.2 LE SOUTIEN SOCIAL	19
2.3 LES HABITUDES DE VIE	19
2.3.1 L'alimentation	19
2.3.2 Le mode de vie physiquement actif	21
2.3.3 Le tabagisme	22
2.3.4 La consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments	23
L'alcool	23
Les drogues illicites	24
Les médicaments	24
2.4 LES COMPORTEMENTS	26
2.4.1 Les comportements relatifs à la sexualité	26
2.4.2 Les comportements relatifs à la sécurité	27
2.4.3 Les consultations d'un professionnel de la santé ou des services sociaux	28
2.5. LES COMPÉTENCES PERSONNELLES ET SOCIALES	29
TROISIÈME PARTIE : PRINCIPAUX PROBLÈMES QUI AFFECTENT LA SANTÉ DES JEUNES	31
3.1 LES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE	31
3.1.1 L'obésité	31
3.1.2 Les maladies chroniques et les problèmes de santé chroniques	32
3.1.3 Les maladies infectieuses	32
3.1.4 Les traumatismes non intentionnels	34
3.2 LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE	34
3.2.1 La détresse psychologique	34
3.2.2 Les troubles mentaux	36
Les troubles d'apprentissage	37
Les troubles envahissants du développement	37
Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	37
Les troubles de l'humeur	38
Les troubles anxieux	38
La schizophrénie	39
Les troubles des conduites alimentaires	39
Les troubles liés à une substance	39
Le jeu pathologique	40
Les jeux vidéo et la cyberdépendance	41
3.2.3 Le suicide	41
3.3 LES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX	43
3.3.1 La grossesse chez les adolescentes de 14 à 19 ans	43
3.3.2 La criminalité, les agressions sexuelles et la violence conjugale	44
CONCLUSION	46
ANNEXE I	48
NOTES BIBLIOGRAPHIQUES	49

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 :** Nombre de jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans, selon leur degré d'études en cours, automne 2005
P. 13
- Tableau 2 :** Distribution des cégépiens, selon le plus haut niveau de scolarité atteint par leurs parents, 2005-2006
P. 15
- Tableau 3 :** Les sources de revenus des cégépiens durant l'année scolaire 2007-2008
P. 17
- Tableau 4 :** Consultation d'un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois selon le groupe d'âge, Québec, 2005
P. 28
- Tableau 5 :** Nombre de cas déclarés et taux d'incidence, selon l'âge et le sexe pour certaines ITSS, Québec, 2007. Taux par 100 000 personnes
P. 33
- Tableau 6 :** Répartition des nouveaux inscrits au collégial (réseaux public, privé, gouvernemental) au trimestre d'automne 2005, à l'enseignement ordinaire, à temps plein, dans un programme de DEC et qui étaient inscrits à la cinquième année du secondaire, à la formation générale à temps plein (secteur des jeunes), dans une école (publique, privée ou hors réseau), un an avant l'entrée au collégial, selon leur cégep de destination
P. 48

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 :** Correspondance territoriale de l'effectif scolaire des établissements d'enseignement collégial, automne 2005
P. 14
- Figure 2 :** Proportion des jeunes Québécois consommant quotidiennement moins de cinq portions de fruits et de légumes, selon le sexe et le groupe d'âge, 2005
P. 20
- Figure 3 :** Taux d'inactivité physique durant les loisirs chez les jeunes Québécois, selon le sexe, le groupe d'âge et l'année
P. 21
- Figure 4 :** Proportion de fumeurs chez les jeunes Québécois, selon le sexe et le groupe d'âge, 2005
P. 22
- Figure 5 :** Types de buveurs selon le groupe d'âge, Québec, 2005
P. 23
- Figure 6 :** Usage de drogues au cours de la vie chez les jeunes Canadiens, selon le groupe d'âge, 2004
P. 25
- Figure 7 :** Proportion des jeunes Québécois percevant avoir un niveau de stress quotidien élevé, selon le sexe et le groupe d'âge, 2005
P. 30
- Figure 8 :** Proportion de Québécois considérés comme ayant un niveau de détresse psychologique élevé, selon le sexe et le groupe d'âge, 2005
P. 35
- Figure 9 :** Proportion des Canadiens de 15 à 24 ans qui ont répondu aux critères d'une dépression ou de troubles bipolaires au cours de leur vie, selon le sexe, 2002
P. 38
- Figure 10 :** Proportion des jeunes Canadiens consommateurs de drogues qui ont déclaré avoir subi au moins un méfait lié à leur consommation au cours des douze derniers mois, selon le groupe d'âge, 2004
P. 40
- Figure 11 :** Taux annuel spécifique de mortalité par suicide chez les jeunes Québécois, selon le sexe, le groupe d'âge et l'année
P. 42
- Figure 12 :** Taux de grossesse chez les adolescentes selon l'issue, le groupe d'âge et l'année, Québec
P. 44

INTRODUCTION

En 2004, la Fédération des cégeps a rendu public le *Rapport de recherche sur les services psychosociaux et les services de santé dans les collèges en 2002-2003*¹. Les conclusions de ce document faisaient état d'une fragilisation des services psychosociaux et de santé offerts aux étudiants des cégeps, ainsi que d'une variabilité des services entre les établissements. À la suite de cette publication, en 2005, un comité tripartite – regroupant des représentants de la Fédération des cégeps, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), auquel s'est ajoutée l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) – a été mis sur pied en vue de discuter des besoins des cégépiens en matière de services sociaux et de santé, et d'identifier des solutions efficaces et durables pour y répondre. L'élaboration du *Portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans* s'inscrit dans le contexte des travaux de ce comité.

Trois principes fondamentaux guident l'élaboration de ce portrait de santé. Le premier est la conviction que la réussite de l'étudiant et sa santé sont interdépendantes². Il est établi qu'une meilleure santé des jeunes permet d'augmenter les taux de rétention et de réussite aux cours et de réduire les risques de décrochage scolaire – et, par conséquent, favorise la poursuite des études. Le deuxième principe pose que plus un individu est scolarisé, plus les risques de chômage et d'exclusion diminuent³ et plus ses chances augmentent de bénéficier de meilleures conditions économiques. Le troisième affirme enfin que meilleures sont les conditions socioéconomiques d'un individu, meilleur est son état de santé global⁴. Investir dans la santé et le bien-être des jeunes aujourd'hui est donc garant de la santé des adultes qui composeront la société de demain.

Entre 15 et 24 ans, les jeunes traversent une période de changements majeurs, tant physiques que psychologiques, et franchissent une étape décisive de leur vie, celle du passage de l'adolescence à l'âge adulte. Cette période est marquée par l'expérimentation, l'acquisition et l'exercice d'une plus grande autonomie, l'établissement de nouvelles relations avec les pairs, les premières expériences de vie amoureuse, les questionnements liés à la sexualité – voire l'acceptation de l'orientation sexuelle pour certains – et, plus globalement, la formation de l'identité propre. Elle est également celle où ces jeunes font face à une multitude de choix, notamment sur le plan de l'orientation professionnelle⁵.

Comparativement aux générations passées, l'entrée dans l'âge adulte aujourd'hui se ferait hâtivement, tandis que l'acquisition d'une complète autonomie surviendrait tardivement⁶. Le départ du domicile familial n'est plus nécessairement définitif et les retours sont fréquents : études, formation et emploi, des étapes qui auparavant se succédaient, se chevauchent maintenant⁷. Également, les jeunes ont très tôt accès au crédit et ils consomment largement biens et services, dont plusieurs sont même offerts spécifiquement à leur intention⁸. Par ailleurs, aux apprentissages qui caractérisent cette période de leur vie, les jeunes qui fréquentent les cégeps doivent conjuguer la transition entre le secondaire et le collégial. Au collégial, ils rencontrent des exigences scolaires plus élevées et une compétition accrue par rapport à celle vécue au secondaire⁹. La majorité d'entre eux combine également travail à temps partiel et études, tout en ayant à répondre à de hauts critères de performance.

De fait, au quotidien, de multiples facteurs peuvent influencer l'adolescent et le jeune adulte. L'ensemble des changements physiques et psychologiques qui caractérisent le passage de l'adolescence vers l'âge adulte et qui marquent la transition du secondaire vers le collégial et la poursuite des études supérieures ont une influence déterminante sur les besoins des jeunes de 15 à 24 ans en matière de services sociaux et de santé, d'où l'intérêt de ce portrait.

Ce portrait a pour objectif de décrire l'état de santé des jeunes de 15 à 24 ans, dont les cégépiens font partie, en faisant ressortir les principaux déterminants de leur santé et de leur bien-être ainsi que la nature et l'ampleur des problèmes de santé qu'ils peuvent présenter. Il devrait par la suite contribuer à mieux cibler les besoins de cette tranche de la population en matière de services sociaux et de santé et alimenter la révision du guide *Les services de santé et de bien-être aux étudiantes et aux étudiants des collèges*¹⁰.

MÉTHODOLOGIE

Ce portrait a été tracé à partir d'une recherche documentaire exhaustive sur les divers déterminants de la santé des cégépiens et les problèmes de santé qu'ils présentent. Il constitue donc une synthèse des données issues de documents administratifs, d'articles scientifiques, de livres et de sites Internet. Seules les publications postérieures à 1999 ont été retenues, à quelques exceptions près lorsqu'aucune donnée récente n'était disponible.

Les données disponibles ont imposé certaines contraintes dans l'élaboration de ce portrait. Notons d'abord que la rareté des données portant spécifiquement sur la santé des cégépiens et du groupe d'âge qu'ils représentent a rendu nécessaire, dans de nombreux cas, l'utilisation de sources d'informations générales sur les Québécois âgés de 15 à 24 ans – exception faite de la partie portant sur les grossesses chez les adolescentes, qui traite des 14 à 19 ans. Ensuite, les différentes sources utilisées ne traitant pas toujours de la santé des jeunes suivant les mêmes tranches d'âge, les comparaisons se sont parfois avérées difficiles et certaines informations se sont révélées parcellaires. Par ailleurs, les données manquent pour décrire l'ampleur de plusieurs problèmes de santé qui affligent les jeunes de ce groupe d'âge. Finalement, l'absence, le caractère incomplet ou la désuétude d'informations quantitatives ou qualitatives portant spécifiquement sur les jeunes Québécois a occasionnellement nécessité le recours à des statistiques et à des données canadiennes; dans tous les cas, le texte fait mention des sources de données utilisées. Certaines données moins récentes n'altèrent pas la pertinence de cette étude, qui n'en reste pas moins significative.

La première partie de ce portrait trace le profil démographique de la population collégiale. Les deuxième et troisième parties présentent des données relatives, respectivement, aux principaux déterminants de santé des Québécois de 15 à 24 ans et aux problèmes de santé physique, de santé mentale et psychosociale de ce groupe d'âge.

FAITS SAILLANTS

Les données démographiques

- À l'automne 2005, plus de la moitié des jeunes âgés entre 15 et 24 ans étaient aux études à l'un ou l'autre des ordres d'enseignement. Parmi ceux-ci, environ 32 % fréquentaient un établissement collégial public ou privé et les écoles gouvernementales – les 15 à 24 ans composent plus de 80 % de l'effectif collégial – plus de la moitié de la population étudiante des cégeps est âgée de 15 à 19 ans et le quart, de 20 à 24 ans, et la proportion des femmes est de 58 %.
- Parmi les nouveaux inscrits en première année du collégial qui proviennent du secondaire, le quart migre de leur région vers une autre partie de la province. Les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale accueillent environ la moitié des cégépiens.

Les déterminants de la santé

Les conditions socioéconomiques

- En 2005-2006, environ 51 % des mères des cégépiens disposent d'un diplôme d'études postsecondaires (collégial ou universitaire), contre 45 % des pères.
- En 2005-2006, sur une cohorte de 100 élèves ayant suivi un cheminement scolaire depuis le niveau primaire, la probabilité d'accéder au collégial était de 59,6 % et de 41,7 % à l'université (au baccalauréat).
- Environ le quart des cégépiens ont quitté le nid familial et vivent en colocation, en union ou seuls. Les autres, c'est-à-dire la majorité, demeurent chez leurs parents.
- En 2005, une proportion de 16,3 % des jeunes âgés de 16 à 24 ans ont un faible revenu. Le revenu personnel moyen des étudiants du collégial est inférieur à 10 000 \$.
- En 2006, au Québec, plus de la moitié (56 %) des 15 à 24 ans occupaient un emploi. Des données récentes indiquent que 72 % des collégiens travaillent pendant l'année scolaire, 17 heures en moyenne par semaine pour un salaire moyen de 149 \$.
- Les cégépiens qui habitent en appartement et qui dépendent du programme de prêts et bourses de même que les jeunes parents forment deux groupes plus à risque d'endettement.

Le soutien social

- En 2005, la majorité des jeunes Québécois, âgés de 15 à 24 ans (90 %), estimaient que le soutien social dont ils bénéficiaient était élevé.
- Les jeunes hommes se confient moins que les jeunes femmes lorsqu'ils vivent des problèmes.

Les habitudes de vie

- Près de la moitié des 15-24 ans consommaient moins de cinq portions de fruits et légumes par jour en 2005. La faible consommation quotidienne de fruits et légumes est plus marquée chez les 20 à 24 ans que chez les 15 à 19 ans, et chez les hommes que chez les femmes.
- En 2005, près du tiers (29 %) des jeunes hommes de 15 à 24 ans et près de la moitié (46 %) des jeunes femmes de cette tranche d'âge étaient inactifs physiquement durant leurs loisirs.
- Le quart des 15 à 19 ans et le tiers des 20 à 24 ans fumaient en 2005. C'est au sein de cette dernière tranche d'âge que l'on enregistre le plus haut taux de tabagisme, toutes générations confondues. C'est également au Québec, parmi les provinces canadiennes, que l'on retrouve la plus forte proportion de fumeurs chez les 15 à 24 ans.
- Au Québec, c'est parmi le groupe des 20-24 ans que l'on retrouve, en 2005, la plus forte proportion de consommateurs d'alcool (89,2 %). C'est également parmi les jeunes de ce groupe d'âge que l'on retrouve davantage de consommateurs à risque. La proportion des 20-24 ans ayant une consommation élevée d'alcool a, par ailleurs, enregistré une hausse entre 2001 et 2003, passant de 29 % à 35 %. Les 15 à 24 ans constituent le segment de la population présentant le plus grand risque de dépendance à l'alcool (3,9 %).
- En 2002, au Québec, c'est chez les jeunes de 20 à 24 ans que se retrouvait la plus forte proportion de consommateurs de drogues illicites (57,4 % comparativement à 53,7 % chez les 15 à 19 ans et à 37,3 % chez les 25 à 64 ans). En 2004, 28 % des Canadiens de 20-24 ans et 20 % des 15-19 ans avaient déjà consommé des hallucinogènes, de la cocaïne, de l'extasy ou de l'héroïne.
- Le cannabis est la drogue la plus consommée par les jeunes.

Les comportements

- Les comportements des jeunes Québécois en matière de sexualité révèlent que ces derniers ont des relations sexuelles plus tôt et se protègent moins que les jeunes des autres provinces canadiennes. Les adolescents sont exposés d'autant plus longtemps au risque d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ou de grossesse non désirée qu'ils s'initient à la vie sexuelle à un jeune âge. En 2003, 74 % des jeunes Québécois de 15 à 24 ans se déclarent actifs sexuellement, comparativement à 62 % dans le reste du Canada. La moyenne d'âge de la première relation sexuelle se situait à 15 ans au Québec. Parmi les célibataires et ceux ayant fréquenté plus d'un partenaire au cours de la dernière année, 44 % ne se protègent pas systématiquement, ce qui représente la proportion la plus élevée au pays.
- Les jeunes auraient moins tendance à adopter des comportements sécuritaires que les adultes. La conduite avec facultés affaiblies par l'alcool en est un bon exemple : entre 2001 et 2005, 43 % des conducteurs de 16 à 24 ans qui ont perdu la vie dans un accident de la route avaient de l'alcool dans le sang.
- En 2005, 94,5 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans ont consulté un professionnel de la santé, cette proportion étant légèrement plus élevée que chez leurs aînés. Plus de sept jeunes Québécois sur dix ont consulté un médecin au cours de l'année 2005, cette proportion étant légèrement plus faible que chez les 25-64 ans. D'autres données révèlent que 5,9 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans et 7,7 % de ceux qui ont entre 20 et 24 ans ont consulté un professionnel pour des problèmes de santé mentale en 2003.
- Au Québec, en 2005, près d'un jeune sur cinq âgé de 15 à 19 ans (18,1 %) et plus du quart de ceux âgés de 20 à 24 ans (26,8 %) perçoivent la plupart de leurs journées comme assez stressantes ou extrêmement stressantes. Les jeunes femmes se disent davantage stressées que les jeunes hommes. Certains événements comme la première session, les périodes d'examen et l'obtention d'un premier emploi influent sur le degré de stress des étudiants au collégial.
- 36,7 % des jeunes hommes et 25,5 % des jeunes femmes de 16 ans détiendraient un niveau d'estime de soi élevé. Parmi la population collégiale, la situation s'inverse entre les jeunes hommes et les jeunes femmes.

Les principaux problèmes de santé des jeunes

Les problèmes de santé physique

- De manière générale, les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont moins touchés que les autres tranches d'âge par les maladies chroniques et les maladies infectieuses. Les principaux problèmes de santé physique touchant cette tranche de la population sont l'obésité, l'asthme et les ITSS.
- En 2004, le quart (25,7 %) des jeunes Québécois de 18 à 24 ans présentent de l'embonpoint et 6,9 % sont obèses. Ces phénomènes sont en hausse depuis 1990. La prévalence de l'excès de poids chez les jeunes adultes de ce groupe d'âge est en hausse depuis 1990.
- L'asthme est la maladie chronique la plus courante chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans, affectant plus d'un jeune sur dix et davantage les filles. Sans être une maladie chronique, les allergies alimentaires sont considérées comme un problème important de santé. Dans les deux cas (asthme et allergies alimentaires), les jeunes femmes sont touchées dans une plus grande proportion que les jeunes hommes. La présence du diabète reste à surveiller pour les prochaines décennies, car on note une augmentation du nombre de cas dans toutes les tranches d'âge.
- C'est chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans que l'on retrouve les plus hauts taux de chlamydie en 2007; les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans constituent le groupe le plus touché par l'infection gonococcique. L'infection gonococcique est en hausse depuis quelques années. On constate par ailleurs une augmentation de près de 100 % du nombre de cas déclarés d'infection gonococcique annuellement entre 2004 et 2008, cette hausse étant significativement importante chez les femmes et, en particulier, chez les jeunes femmes de 15-19 ans.
- Plus de la moitié (59,2 %) des décès par traumatismes non intentionnels sont survenus dans la population âgée de 15 à 19 ans pour la période 2000 à 2002. Les accidents de la route constituent une des premières causes de mortalité chez les 15-24 ans et sont responsables de 32 % des décès survenus au sein de cette tranche d'âge entre 2001 et 2005.

Les problèmes de santé mentale

- En 2005, bien qu'une majorité de jeunes Québécois âgés entre 15 et 24 ans estiment leur santé mentale de bonne à excellente, 33,3 % d'entre eux sont considérés comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique. Le taux s'élève à 26,4 % chez les hommes comparativement à 39,9 % chez les femmes.
- Les données d'enquête montrent que les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes à faible revenu enregistrent des niveaux plus élevés de détresse psychologique.
- La plupart des troubles mentaux se manifestent à l'adolescence. De façon générale, les troubles mentaux représentent la première cause d'hospitalisation chez les 15 à 24 ans.
- En 2005, des données d'enquête révèlent que 6 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans et 3,8 % des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans présenteraient un trouble d'apprentissage. Cette population présente un risque plus grand de rapporter un état de santé mentale qualifié de passable à faible et a plus tendance à avoir des pensées suicidaires et à vivre de la dépression et de la détresse.
- Environ 3,7 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans présenteraient un trouble de l'humeur et 4 % un trouble anxieux, bien que les données soient divergentes pour ce dernier cas. Ces troubles sont d'ailleurs ceux qui sont le plus souvent observés parmi la population étudiante collégiale. Les données révèlent également qu'environ 9,2 % des 20-24 ans, soit un jeune sur dix, ont traversé un épisode dépressif majeur; les jeunes femmes étant deux fois plus à risque que les jeunes hommes.
- Au Canada, en 2002-2003, c'est chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans que l'on retrouve le taux d'hospitalisation le plus élevé pour la schizophrénie. Près de la moitié des jeunes éprouvant un premier épisode de schizophrénie présentent un problème de consommation de drogues ou en développeront un. Il s'agit de l'affection la plus incapacitante de la jeunesse.

- Au Québec, environ 3 % des filles et des femmes âgées de 13 à 30 ans souffriraient de troubles de l'alimentation.
- En 2004 au Canada, 21,8 % des buveurs de 15 à 24 ans déclarent avoir subi une conséquence négative en lien avec leur consommation au cours de l'année, et ce pourcentage augmente chez les consommateurs de drogues pour atteindre environ 30 % des 15 à 19 ans et 18 % des 20 à 24 ans.
- La proportion d'adolescents qui présentent des problèmes de jeu serait de deux à quatre fois plus élevée que celle des adultes. Les hommes seraient plus à risque que les femmes de manifester un problème de jeu. La cyberdépendance serait plus marquée chez les jeunes hommes socialement isolés.
- Pour la période de 2003 à 2005, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 19 ans et la première chez les 20 à 24 ans. En 2006, chez les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans, le taux annuel de mortalité par suicide est de 25,4 pour 100 000 personnes (comparativement à 6,4 pour 100 000 chez la population féminine du même âge) et de 9,1 pour 100 000 personnes chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans (comparativement à un taux de 3,9 pour 100 000 personnes chez les jeunes femmes du même âge).

Les problèmes psychosociaux

- Pour la période 2001-2003, le taux de grossesse chez les 18 et 19 ans s'élevait à 63,5 pour 1000, comparativement à 17,6 pour 1000 chez les 14 à 17 ans. Les deux tiers des grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans et plus de la moitié des grossesses chez les 18-19 ans donnent lieu à une interruption volontaire de grossesse.
- En 2006, c'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on enregistre les plus hauts taux d'infractions au Code criminel et de victimisation des infractions contre la personne.
- En 2006, une proportion importante des victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle se retrouvent parmi les 18 à 24 ans (21 %). Les jeunes filles âgées de moins de 18 ans constituent par ailleurs le groupe le plus touché par les agressions sexuelles (53 %).

PREMIÈRE PARTIE : PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

À l'automne 2005, sur une population totale de 7 597 768, le Québec compte 965 125 individus âgés de 15 à 24 ans; 463 826 sont âgés de 15 à 19 ans et 501 299, de 20 à 24 ans. Environ 51 % de la population de cet âge sont des jeunes hommes et 49 %, des jeunes femmes¹¹. Plus de la moitié de ces jeunes (494 441) étaient aux études, à l'un ou l'autre des ordres d'enseignement. Parmi ceux qui étaient aux études, quelque 157 629 (31,9 %) fréquentaient le collégial à l'enseignement ordinaire (secteurs préuniversitaire et technique) ou à la formation continue (tableau 1)¹².

La population étudiante totale de niveau collégial fréquentant, en 2005, un établissement d'enseignement public ou privé, à temps plein ou à temps partiel, à l'enseignement ordinaire ou à la formation continue, était de 188 549 individus. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent plus de 80 % de la population étudiante des collèges. Ceux âgés de 15 à 19 ans forment 58 % de la population collégiale (109 931 personnes), les 20 à 24 ans y représentent 25 % de l'effectif (47 698 personnes) et 17 % sont âgés de plus de 24 ans¹³.

Près de 85 % de la population étudiante totale du collégial était inscrite à l'enseignement ordinaire en 2005 (48,6 % au secteur préuniversitaire, 47,1 % au secteur technique et 4,3 % en session d'accueil et d'intégration) et 15,8 % à la formation continue. En 2003, l'âge moyen des étudiants inscrits au collégial (public et privé) à l'automne était de 19,4 ans à l'enseignement ordinaire (soit 18,3 ans au secteur préuniversitaire et 20,6 ans à la formation technique), et de 31,8 ans à la formation continue.

Tableau 1 : Nombre de jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans, selon leur degré d'études en cours, automne 2005

Groupe d'âge	Jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans, selon le degré d'études en cours, automne 2005							
	Secondaire	%	Collégial	%	Universitaire	%	Total aux études	%
15 à 19 ans	199 849	40,4	109 931	22,2	19 888	4,0	329 668	66,7
20 à 24 ans	574	0,1	47 698	9,6	116 501	23,6	164 773	33,3
Total	200 423	40,5	157 629	31,9	136 389	2,8	494 441	100

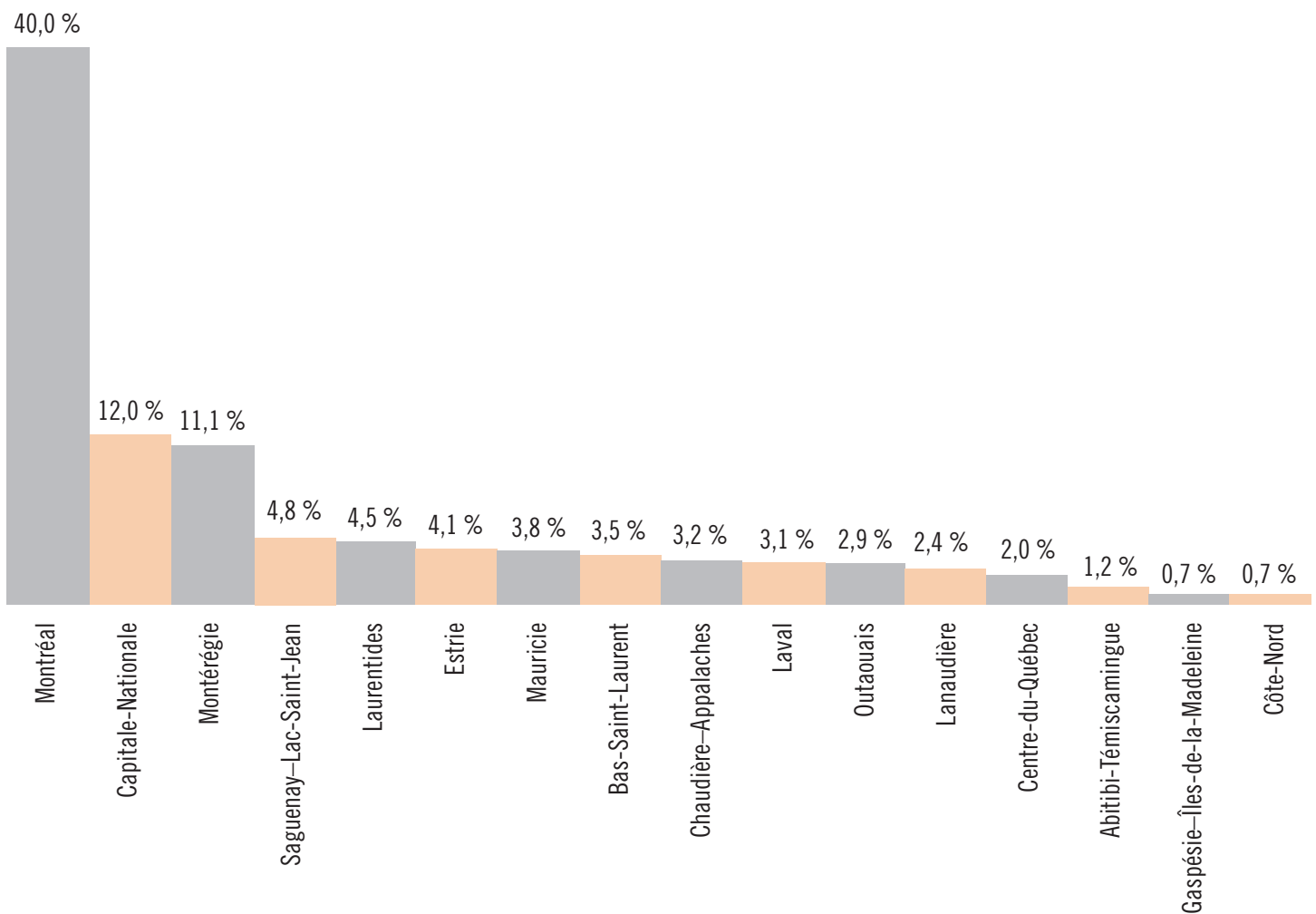
Source : MELS (2005). *Effectif au collégial selon le type de programmes, le régime d'études, le groupe d'âge et le sexe, pour la session de l'automne 2005.*

À l'automne 2005, la population étudiante du collégial (public ou privé et les écoles gouvernementales) compte 42,1 % d'hommes et 57,9 % de femmes¹⁴. Les étudiantes sont majoritaires dans les domaines techniques, comptant pour 60 % de cet effectif, notamment dans les secteurs de la santé et des services sociaux, éducatifs et juridiques, des arts, de la communication et de la documentation, de l'alimentation et du tourisme, de l'agriculture et des pêches, de la chimie et de la biologie et de l'environnement et de l'aménagement du territoire¹⁵. Les femmes sont également majoritaires (57,3 %) dans les secteurs préuniversitaires, à l'exception de celui des sciences.

Les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale regroupent ensemble plus de 50 % de l'effectif scolaire des établissements d'enseignement collégial (figure 1). Ces centres urbains attirent aussi la majorité des étudiants migrants interrégionaux, soit 54 % à Montréal et 14 % dans la Capitale-Nationaleⁱ. En 2005, 75 % des collégiens de première année issus de la 5^e secondaire fréquentent un cégep de leur région d'origine. Les trois régions qui voient le plus de jeunes partir pour étudier dans un établissement d'une autre région sont : Laval (70 %), le Nord-du-Québec (51 %) et Lanaudière (49 %). À l'inverse, les trois régions autres que la Capitale-Nationale et Montréal qui retiennent le plus d'étudiants sont : le Saguenay–Lac-Saint-Jean (93 %), la Mauricie (91 %) et l'Outaouais (91 %).

i Voir l'annexe 1.

Figure 1 : Correspondance territoriale de l'effectif scolaire des établissements d'enseignement collégial, automne 2005



Source : MELS (2005). *L'effectif scolaire des établissements du collégial. Statistiques détaillées sur l'éducation.*

En 2005, 31,9 % des Québécois de 15 à 24 ans qui sont aux études fréquentent un établissement d'enseignement collégial.

Les 15 à 24 ans composent plus de 80 % de l'effectif collégial : 58 % sont âgés de 15 à 19 ans et 25 %, de 20 à 24 ans. Les femmes y sont majoritaires, représentant 57,9 % de la population étudiante.

Plus de 50 % des cégépiens étudient en milieu urbain et se concentrent dans les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale.

DEUXIÈME PARTIE : PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les déterminants de la santé sont des facteurs qui influent sur la santé d'un individu ou d'une population. Tout changement en amont de ces déterminants peut avoir des effets à court et à long terme sur la santé¹⁶. Différentes classifications des déterminants de la santé existent¹⁷; celle retenue dans ce rapport se veut la plus englobante possible sans nécessairement privilégier une classification en particulier. Les limites inhérentes à ce rapport ne permettent pas, par ailleurs, de couvrir l'ensemble des déterminants de la santé énumérésⁱⁱ. Le patrimoine biologique et génétique et la culture, par exemple, n'ont pas été traités compte tenu du manque de données pour les 15 à 24 ans.

La finalité même de ce portrait a conduit à retenir les principaux déterminants de la santé sur lesquels les acteurs concernés pouvaient agir soit : les conditions socioéconomiques, le soutien social, les habitudes de vie – notamment la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments –, les comportements et les compétences d'adaptation personnelle.

2.1 Les conditions socioéconomiques

Le niveau de scolarité des parents et des jeunes, le revenu et le travail influent sur les conditions socioéconomiques des cégépiens, conditions qui, à leur tour, ont un effet sur leur santé.

2.1.1 Le niveau de scolarité des parents et des jeunes

Les jeunes dont les parents possèdent un degré de scolarité supérieur ont plus de chance de poursuivre des études postsecondaires – et donc de bénéficier de meilleurs moyens économiques. Les données disponibles indiquent que, pour l'année 2005-2006, 51 % des mères des cégépiens disposent d'un diplôme d'études postsecondaires (collégial ou universitaire), contre 45 % des pères (tableau 2).

Tableau 2 : Distribution des cégépiens, selon le plus haut niveau de scolarité atteint par leurs parents, 2005-2006

	Universitaire	Collégial	École technique	Secondaire	Élémentaire	Inconnu
Mère	26 %	25 %	12 %	30 %	2 %	4 %
Père	27 %	18 %	14 %	31 %	3 %	6 %

Source : SRAM (2005). *Aide-nous à te connaître*, données tirées des tableaux de résultats, automne 2005, p. 26 et 27.

De même, la qualité de la santé mentale reposant sur la capacité à résoudre les aléas de la vie, les études démontrent que plus une personne est scolarisée et bénéficie de moyens économiques, meilleur est son état de santé global¹⁸ et plus elle dispose d'une boîte à outils diversifiée pour faire face aux difficultés.

Pour ce qui est de la scolarisation des jeunes eux-mêmes, on observe que le taux de fréquentation scolaire diminue à mesure que les jeunes avancent en âge : il se situe à 97,7 % à 16 ans, chute à 86,7 % à 17 ans et diminue ainsi progressivement pour atteindre 78,8 % à 18 ans, 69,3 % à 19 ans et 43,5 % chez les 20 à 24 ans¹⁹. Au Québec, en 2005-2006, sur une cohorte de 100 élèves ayant suivi un cheminement scolaire depuis le niveau primaire, la probabilité d'accéder au collégial était de 59,6 % et de 41,7 % à l'université (au baccalauréat)²⁰. Le taux de diplomation des étudiants du collégial public de la cohorte 2001 est de 71,7 % au secteur préuniversitaire et de 66,5 % au secteur technique, deux ans après la durée prévue des études²¹. Le taux de diplomation au baccalauréat universitaire de la cohorte 2001 cinq ans après le début des études est, pour sa part, de 76,4 %²².

ii Pour un aperçu des déterminants de la santé, voir MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *La santé, autrement dit.../Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, édition produite par la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le document est accessible sur le site du MSSS, à l'adresse électronique suivante : www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Les jeunes dont les parents possèdent un degré de scolarité supérieur ont plus de chance de poursuivre des études postsecondaires. On constate que 51 % des mères des cégépiens disposent d'un diplôme d'études postsecondaires (collégial ou universitaire), contre 45 % des pères.

Au Québec, en 2005-2006, sur une cohorte de 100 élèves ayant suivi un cheminement scolaire depuis le niveau primaire, la probabilité d'accéder au collégial était de 59,6 % et de 41,7 % à l'université (au baccalauréat).

2.1.2 Le revenu

On sait que les plus pauvres sont plus souvent menacés par la maladie et exposés à d'autres facteurs de risque ou à des troubles d'adaptation²³, alors que de meilleures conditions socioéconomiques sont associées à un meilleur état de santé global²⁴. Dans toutes les sociétés, les plus pauvres risquent d'être exposés aux maladies dans une plus grande proportion que les mieux nantis, d'être atteints plus jeunes d'une maladie et de mourir plus tôt. On sait également que les écarts de santé suivent la hiérarchie sociale, c'est-à-dire que les différences se remarquent d'un échelon à l'autre, et non seulement aux extrêmes²⁵.

En 2005, les jeunes âgés entre 16 et 24 ans constituent le groupe d'âge le plus touché en ce qui concerne l'incidence du faible revenu; 16,3 % des jeunes de ce groupe d'âge ont un faible revenu, comparativement à 9,7 % pour l'ensemble de la population²⁶. Pour la même année, le niveau de revenu total (toutes sources confondues) chez les moins de 25 ans se situait à 12 512 \$²⁷. Ces données tendent à corroborer celles rendues disponibles par différentes études relativement aux conditions économiques des cégépiens, qui évaluent pour ceux-ci des revenus personnels inférieurs à 10 000 \$²⁸.

Les allocations de leurs parents, ainsi que les gains d'emploi d'été et durant l'année scolaire, sont les premières sources de revenus des cégépiens au cours de l'année scolaire (tableau 3). En 2007, selon une enquête faite auprès des élèves à leur entrée au collégial, 72,3 % des cégépiens prévoyaient habiter chez leurs parents durant l'année scolaire et 25,1 % à l'extérieur du domicile familial – en appartement seuls ou avec des amis, en résidence étudiante, en chambre ou en pension. Quelque 2,7 % ne le savaient pas encore au moment de la passation du questionnaire²⁹. L'enquête réalisée au Cégep régional de Lanaudière révèle que plus les étudiants avancent en âge, plus grande est la proportion de ceux qui vivent en appartement³⁰.

Le quart des cégépiens ont donc quitté le domicile familialⁱⁱⁱ. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne bénéficient plus de l'appui parental. En effet, la « décohabitation » parentale des jeunes adultes d'aujourd'hui se présente comme une transition floue; elle est loin d'être toujours définitive, marquée par des allers-retours entre le domicile parental et une résidence autonome de même qu'elle peut impliquer le maintien des liens familiaux et des transactions de solidarité qui les accompagnent³¹. Les jeunes du secteur préuniversitaire bénéficient dans une plus large proportion d'une allocation parentale que ceux du secteur technique, alors que ces derniers ont plus fréquemment recours au régime de prêts et bourses (tableau 3). De manière générale, plus de la moitié des étudiants disposent d'un soutien financier parental³².

iii Une enquête menée au sein des cégeps de la Gaspésie et des Îles, de Sainte-Foy et du Vieux Montréal auprès de 744 étudiants avance plutôt des proportions légèrement supérieures au tiers des étudiants. Voir ROY, J., N. MAINGUY et autres (2005). *Étude comparée sur la réussite scolaire en milieu collégial selon une approche d'écologie sociale*, Sainte-Foy, Cégep de Sainte-Foy, 196 p.

Tableau 3 : Les sources de revenus des cégépiens durant l'année scolaire 2007-2008^{iv}

Sources de revenus	Secteurs	
	Préuniversitaire (%)	Technique (%)
Soutien financier des parents	71,4	57,6
Soutien financier d'un autre membre de la famille	3,1	4,4
Prêts et bourses	20,2	30,7
Emploi d'été	56,6	54,0
Emploi durant l'année scolaire au cégep	54,2	54,6

Source : SRAM (2008). *Aide-nous à te connaître*, automne 2007, Question 30.

Les étudiants du secteur technique ont une fois et demie plus recours au régime de prêts et bourses que ceux du secteur préuniversitaire; 30,7 % versus 20,2 % (tableau 3). Selon une enquête menée en 2001³³, la dette moyenne contractée dans le cadre du régime de prêts et bourses s'élève à 2420 \$ pour les cégépiens qui résident chez leurs parents et à 5139 \$ pour ceux qui habitent en appartement. Les élèves qui s'endettent davantage dans le cadre de ce programme sont proportionnellement plus nombreux dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Mauricie, de l'Abitibi-Témiscaminque, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches et du Centre-du-Québec, soit dans les régions où le revenu moyen par habitant apparaît le plus bas^v. L'endettement moyen non relatif aux études pour les cégépiens bénéficiaires du programme de prêts et bourses se situe à 3747 \$, alors qu'il est de 3222 \$ pour ceux qui ne bénéficient pas du programme³⁴. Sans égard à la région d'appartenance, certains groupes se trouvent de facto plus à risque d'endettement, notamment ceux qui habitent en appartement et qui dépendent du programme de prêts et bourses ainsi que les jeunes parents³⁵.

Autre observation qui confirme la situation socioéconomique peu confortable de certains jeunes, 15,8 % des 20 à 24 ans souffrent d'insécurité alimentaire^{vi}, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent se nourrir adéquatement³⁶. Selon une enquête qu'a réalisé le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport en 2003, les cégépiens qui n'habitent pas chez leurs parents consacraient seulement 2859 \$ annuellement à s'alimenter, soit environ 55 \$ par semaine³⁷.

Les jeunes auraient par ailleurs de mauvaises connaissances générales en matière de consommation, particulièrement en ce qui concerne la gestion des finances personnelles et le danger que représente l'endettement³⁸. Moins de la moitié des jeunes réserveraient une partie de leurs avoirs aux économies. La proportion de détenteurs de produits de crédit chez les jeunes de 15 à 24 ans varie selon les études consultées (de 27 % à 57 %)³⁹.

De meilleures conditions socioéconomiques ont pour conséquence un meilleur état de santé global.

Les jeunes âgés entre 16 et 24 ans constituent le groupe d'âge le plus touché en ce qui concerne l'incidence du faible revenu.

Le revenu personnel moyen des étudiants du collégial se situe en deçà de 10 000 \$.

Les étudiants qui habitent en appartement et qui dépendent du programme de prêts et bourses, ainsi que les jeunes parents, sont des groupes plus à risque d'endettement.

iv Le total n'égale pas 100 %, plus d'une réponse étant possible.

v Les données de l'étude conduite dans les cégeps de la Gaspésie et des Îles, de Sainte-Foy et du Vieux Montréal vont dans le même sens et révèlent que les étudiants de la Gaspésie sont les plus endettés. Voir ROY, J., N. MAINGUY et autres (2005). *Étude comparée sur la réussite scolaire en milieu collégial selon une approche d'écologie sociale*, Sainte-Foy, Cégep de Sainte-Foy, 196 p.

vi Aucune donnée n'est présentée pour les 15 à 19 ans au Québec.

2.1.3 Le travail

L'emploi est un déterminant important de la santé physique, mentale et sociale. Plus précisément, le travail rémunéré permet non seulement de gagner de l'argent, mais procure également à l'individu un sentiment d'identité et d'utilité, lui assure des contacts sociaux et lui offre des possibilités de croissance personnelle⁴⁰. De façon générale, les étudiants qui occupent un emploi développent des aptitudes et des compétences complémentaires à leur formation collégiale. Le travail est un lieu de socialisation⁴¹.

Chez les 15 à 24 ans, le fait d'occuper un emploi rémunéré se présente comme un facteur d'influence positive sur l'estime de soi et l'acquisition de compétences personnelles⁴². En 2006, au Québec, plus de la moitié (56 %) des 15 à 24 ans occupaient un emploi⁴³. La population active chez les 15 à 24 ans se chiffrait à 629 000 jeunes, dont quelque 544 000 étaient en emploi, à temps plein ou à temps partiel⁴⁴. Le taux de chômage des 15 à 24 ans s'établissait à 13,6 %, alors qu'il était de 8 % chez la population québécoise en général⁴⁵. Les revenus d'emploi moyen des particuliers gagnant un revenu ne sont pas disponibles pour les 15 à 24 ans. Cependant, selon la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, le genre de travail offert aux jeunes adultes ne présente pas toujours les conditions nécessaires pour les éloigner de la pauvreté^{vii}.

Des données récentes indiquent que 72 % des étudiants au collégial occupent un emploi en même temps qu'ils sont aux études⁴⁶. Par ailleurs, on sait que la proportion d'étudiantes chez les jeunes femmes en emploi est plus forte que celle observée chez les jeunes hommes, cet écart étant particulièrement appréciable chez les 15-24 ans⁴⁷. Parmi l'ensemble des étudiants au collégial occupant un emploi, ceux-ci travaillent en moyenne 17 heures par semaine^{viii} pour un salaire moyen de 149 \$⁴⁸. Également, en 2005-2006, quelque 3813 étudiants du collégial (public et privé) participaient au programme d'alternance travail-études⁴⁹. L'occupation d'un emploi n'aurait pas d'effet négatif sur les résultats scolaires d'un étudiant en deçà de 20 heures par semaine⁵⁰. On sait toutefois que plus du quart des étudiants du collégial (26,5 %) accordent 20 heures et plus à un travail rémunéré⁵¹. La moitié des collégiens (46 %) occupent un emploi pendant leurs études pour accroître leur autonomie financière et vis-à-vis de leurs parents⁵². Un étudiant sur cinq ayant un emploi dit travailler pour assurer sa subsistance. Ce groupe d'étudiants est généralement plus âgé, a parfois des responsabilités familiales et bénéficie peu ou pas d'un soutien parental financier aux études.

Le travail rémunéré se présente comme un facteur d'influence positive sur l'estime de soi et l'acquisition de compétences personnelles. Cependant, le genre de travail offert aux jeunes adultes ne présenterait pas toujours les conditions nécessaires pour se sortir de la pauvreté.

En 2006, au Québec, plus de la moitié (56 %) des 15 à 24 ans occupaient un emploi.

Les données les plus récentes indiquent que 72 % des collégiens travaillent pendant l'année scolaire, 17 heures en moyenne par semaine pour un salaire moyen de 149 \$. En 2005, 3813 étudiants participaient au programme d'alternance travail-études.

vii À titre indicatif, à Montréal, en 1991, près du quart de ceux âgés de 15 à 24 ans qui avaient un emploi vivaient sous le seuil de la pauvreté (24 %). Voir DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (1991). *Combien y a-t-il d'enfants pauvres dans la région de Montréal-Centre ?*, [en ligne], [jmt-sociologue.uqac.ca/www/html/bibliographies/stats_jeunes_mtl_centre/sujet_22_pauvrete/Pauvrete_jeunes.doc], (consulté en janvier 2009).

viii Une étude canadienne et l'enquête conduite au Cégep régional de Lanaudière démontrent que les jeunes adultes de 20 à 24 ans travaillent un plus grand nombre d'heures par semaine en moyenne que les 15 à 19 ans. Voir MARSHALL (2007) et CÉGEP RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE (2004).

2.2 Le soutien social

Le réseau de soutien social d'un individu est constitué de l'ensemble des relations interpersonnelles qui fondent la qualité de son environnement humain, les gens qui l'entourent et auprès desquels il peut trouver aide et soutien⁵³. Le réseau de soutien social aide l'individu à résoudre les problèmes, à faire face à l'adversité, ainsi qu'à développer le sentiment d'avoir une influence sur ses conditions de vie. Les relations sociales d'entraide, le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découle peuvent avoir un effet protecteur sur la santé⁵⁴. Le fait pour un jeune d'entretenir des relations positives avec sa famille et ses parents influe favorablement sur l'autoévaluation de son état de santé, son niveau d'anxiété ainsi que sa propension à consommer du tabac et de l'alcool⁵⁵.

En 2005, 90 % des Québécois âgés de 15 à 24 ans estiment bénéficier d'un niveau de soutien social élevé, ce qui représente une proportion un peu plus élevée que parmi la population plus âgée, où environ 84 % des 25 à 64 ans estiment disposer d'un tel niveau de soutien social⁵⁶.

Selon les enquêtes menées dans les cégeps, les étudiants ont généralement quelqu'un à qui se confier en cas de difficultés et disposent du soutien de leurs proches (amis, amis de cœur, conjoints et famille), qui constituent les réseaux sociaux privilégiés par les jeunes⁵⁷. Cependant, les filles semblent se confier davantage que les garçons lorsque des problèmes surviennent dans leur vie.

Le fait pour un jeune d'entretenir des relations positives avec sa famille et ses parents influe favorablement sur l'autoévaluation de son état de santé, son niveau d'anxiété ainsi que sa propension à consommer du tabac et de l'alcool.

En 2005, la majorité des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans (90 %) évaluent que le soutien social dont ils bénéficient est élevé.

Les jeunes hommes se confient moins que les jeunes filles lorsqu'ils vivent des problèmes.

2.3 Les habitudes de vie

L'alimentation, le mode de vie physiquement actif, le tabagisme ainsi que la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments sont les principales habitudes de vie susceptibles d'affecter la santé des jeunes.

2.3.1 L'alimentation

La qualité de l'alimentation constitue un déterminant de la santé d'importance, puisqu'une alimentation inadéquate compte parmi les trois déterminants modifiables des maladies chroniques, avec le tabagisme et la sédentarité, lesquelles contribuent à 60 % des décès⁵⁸. Des indicateurs servant à qualifier l'alimentation fréquemment utilisés dans les diverses enquêtes sur la santé dans la population sont fondés sur la consommation individuelle quotidienne de fruits et de légumes. Cette consommation, basée sur la recommandation du Guide alimentaire canadien, suggère de sept à dix portions quotidiennes selon le groupe d'âge (14-18 ans ou 19-50 ans).

En 2005, près de la moitié des jeunes de 15 à 24 ans consomment moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour (figure 2). À noter que les jeunes ne se démarquent pas significativement des générations plus vieilles à ce titre. La faible consommation quotidienne de fruits et de légumes est plus marquée chez les 20-24 ans : de 40 % chez les 15 à 19 ans, les proportions augmentent à 46 % chez les 20 à 24 ans. Le phénomène est également plus accentué chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes, touchant 42 % des garçons de 15 à 19 ans et 56 % des 20 à 24 ans, comparativement à 38 % et 37 % des jeunes femmes de ces groupes d'âge.

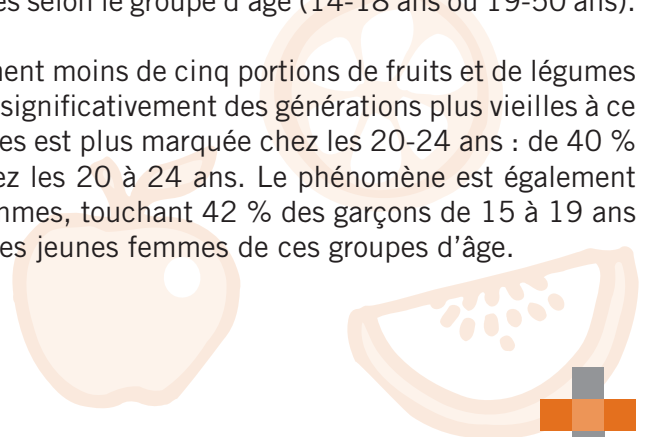
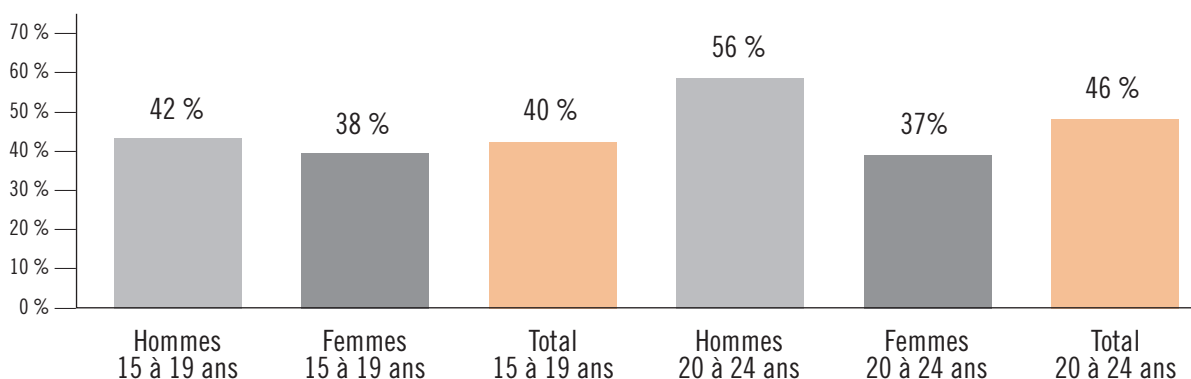


Figure 2 : Proportion des jeunes Québécois consommant quotidiennement moins de cinq portions de fruits et de légumes, selon le sexe et le groupe d'âge, 2005



Source : Statistique Canada. *CANSIM*, [en ligne],
[\[http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2006001/tables/2nonmed/behav3_f.htm#leisure\]](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2006001/tables/2nonmed/behav3_f.htm#leisure).

Les comportements liés à l'alimentation dépendent à la fois de l'individu qui fait des choix et de l'environnement économique, culturel et politique qui conditionne ces choix⁵⁹. Or, les jeunes sont constamment encouragés à se nourrir d'aliments hautement énergétiques, que ce soit par des publicités, des images et le système de valeurs dans son ensemble⁶⁰. Les habitudes alimentaires de la population en général, et des jeunes en particulier, ont également évolué au cours des dernières décennies : la consommation plus fréquente d'aliments préparés, l'augmentation de la fréquence des repas pris à l'extérieur du foyer et des portions alimentaires en sont quelques exemples⁶¹. Au quotidien, l'industrie agroalimentaire offre en effet des produits souvent gras, riches en sucre et avec une haute densité énergétique^{ix}. La fréquentation des chaînes de restauration rapide, qui servent des portions de plus en plus généreuses, est également un comportement alimentaire répandu chez les jeunes.

Notons finalement que les habitudes alimentaires, notamment les choix d'aliments, peuvent aussi découler de la situation financière des jeunes ou de leur famille. Par ailleurs, les jeunes cégépiens vivent une réalité particulière liée à leurs premières expériences de la vie en appartement, où ils doivent conjuguer la nécessité de cuisiner et le temps dont ils disposent suivant la gestion des horaires de cours et de travail le cas échéant.

En 2005, près de la moitié des jeunes de 15 à 24 ans consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. La faible consommation quotidienne de fruits et légumes est plus marquée chez les 20 à 24 ans que chez les 15 à 19 ans, chez les hommes que chez les femmes.

Les jeunes sont également tributaires des transformations sociétales qui se sont opérées au cours des dernières décennies en matière d'alimentation : augmentation de la consommation des plats préparés et des aliments à haute densité énergétique, augmentation de la fréquence des repas pris à l'extérieur et des portions alimentaires, fréquentation des chaînes de restauration rapide, etc.

Les habitudes alimentaires des jeunes sont également tributaires de leur situation sociale (début de la vie en appartement, multiples occupations, etc.) et financière.

ix La densité énergétique est égale à la quantité de calories par gramme d'aliment (cal/g). Sur l'échelle de la densité énergétique, une haute densité se situe entre 4 et 9 (ex. : craquelins, croustilles, chocolat, bacon, etc.). Voir ROLLS, B. (2005). *The Volumetrics Eating Plan*, Harper Collins.

2.3.2 Le mode de vie physiquement actif

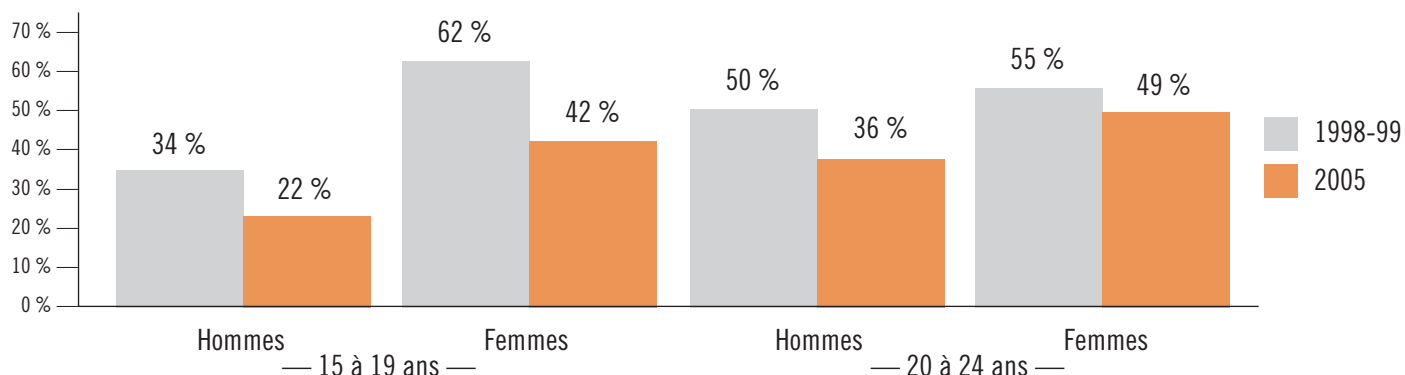
Le maintien d'un mode de vie physiquement actif joue un rôle déterminant sur la santé physique et psychologique des individus, autant que sur le plan social. La pratique de l'activité physique dès le jeune âge diminue notamment les probabilités de développer à l'âge adulte des maladies cardiovasculaires, le diabète, un surpoids, l'obésité, l'ostéoporose et certains cancers⁶². Sur le plan psychologique, elle améliore la concentration, la créativité et la mémoire. Il est maintenant reconnu que l'activité physique facilite de plus l'apprentissage scolaire. Elle augmente également la capacité à résoudre des problèmes, améliore l'humeur et peut avoir un effet sur la prévention de la dépression⁶³.

Or, les transformations survenues dans notre société avec le développement de l'économie tertiaire ont des effets sur les efforts physiques exigés des individus dans l'accomplissement des activités quotidiennes. Comparativement aux générations précédentes, les individus dépensent aujourd'hui de moins en moins d'énergie pour se déplacer, travailler ou vaquer à leurs occupations. Dans la société québécoise contemporaine, on estime qu'une personne active dépense 3,0 kcal/kg/jour ou plus, alors qu'un individu modérément actif dépense entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour et, enfin, une personne inactive moins de 1,5 kcal/kg/jour⁶⁴. Le développement des moyens de transport et leur accessibilité accrue est un autre facteur de sédentarisation de la population : par exemple, plus de 50 % des jeunes de 15 à 24 ans utilisent l'automobile pour se déplacer, comparativement à 11 % qui se déplacent à pied⁶⁵.

Avec l'avènement des nouvelles technologies, même les loisirs se sédentarisent : que l'on pense à la pratique des jeux vidéo ou en réseau, à l'ordinateur et à la télévision. En 2005, 32 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans, ainsi que 43 % de ceux ayant entre 20 et 24 ans se déclarent inactifs durant leurs loisirs. Les taux d'inactivité physique sont plus élevés chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes. Qui plus est, l'inactivité augmenterait globalement au passage à l'âge adulte⁶⁶. Les jeunes Québécois sont, en 2005, plus actifs que ceux de 1998-1999 (figure 3). Il n'en demeure pas moins qu'en 2005, près du tiers (29 %) des jeunes hommes de 15 à 24 ans et près de la moitié (46 %) des jeunes femmes de cette tranche d'âge sont inactifs durant leurs loisirs.

Selon des enquêtes menées dans des collèges⁶⁷, la proportion de jeunes qui se déclarent physiquement actifs serait plus élevée chez les jeunes qui fréquentent un établissement d'enseignement collégial qu'au sein de la population des 15 à 24 ans en général. L'étude du Cégep régional de Lanaudière, effectuée auprès de 949 collégiens, permet également de corroborer le constat que les jeunes de 15 à 19 ans se montrent plus actifs que ceux âgés de 20 à 24 ans; cependant, aucune différence significative n'est observée entre les sexes. Plus important, cette étude révèle que les étudiants qui s'adonnent régulièrement à de l'activité physique affichent une meilleure estime d'eux-mêmes que ceux étant sédentaires.

Figure 3 : Taux d'inactivité physique durant les loisirs chez les jeunes Québécois, selon le sexe, le groupe d'âge et l'année



Source : Statistique Canada. *CANSIM*, [en ligne],
[http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2006001/tables/2nonmed/behav3_f.htm#leisure].

En 2005, près du tiers (29 %) des jeunes hommes de 15 à 24 ans et près de la moitié (46 %) des jeunes femmes de cette tranche d'âge sont inactifs physiquement durant leurs loisirs.

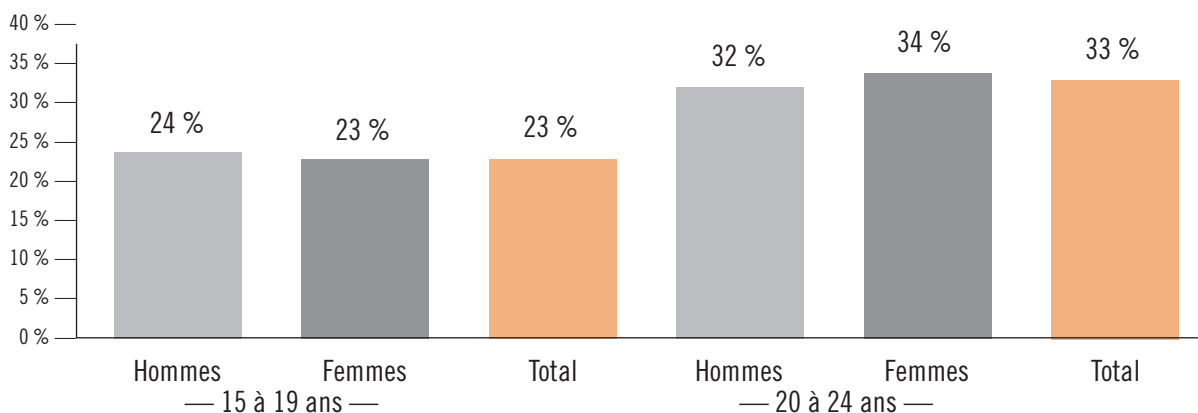
2.3.3 Le tabagisme

Le tabagisme constitue un facteur de risque pour la santé et agit comme précurseur de maladies chroniques. Une personne qui fume réduit son espérance de vie de 15 ans en moyenne⁶⁸. Plus encore, les personnes ayant un comportement à risque comme le tabagisme sont davantage susceptibles d'être moins actives physiquement et d'avoir une consommation excessive d'alcool. Ce regroupement de comportements à risque s'explique par le fait que ces derniers sont associés aux mêmes caractéristiques personnelles, sociales et socioculturelles⁶⁹.

Au Québec, en 2005, près du quart (23 %) des jeunes âgés de 15 à 19 ans et le tiers (33 %) des 20 à 24 ans fument, sans distinction importante entre les sexes (figure 4). Parmi l'ensemble de la population québécoise, les jeunes de 20 à 24 ans représentent le segment de la population affichant la plus forte proportion de fumeurs (33 %). À partir de 25 ans, la proportion des fumeurs par tranche d'âge décroît : de 30 % chez les 25 à 44 ans, le pourcentage baisse légèrement à 28 % chez les 45 à 54 ans, puis à 22 % chez les 55 à 64 ans et chute à 13 % chez les 65 ans et plus⁷⁰. La proportion de fumeurs chez les jeunes au Québec est également la plus élevée des provinces canadiennes⁷¹. Malgré cela, l'usage de la cigarette chez les Québécois de 20 à 24 ans au cours de la dernière décennie a tout de même enregistré une diminution par rapport au taux qui prévalait en 1994, essentiellement dû à la baisse du nombre de fumeurs chez les hommes, la part de fumeuses s'étant maintenue⁷².

Les données sur la proportion de fumeurs chez les cégépiens ne sont pas disponibles. À titre indicatif seulement, l'enquête réalisée auprès des étudiants du Cégep régional de Lanaudière, au nombre de 949, révèle que parmi la population étudiante de ce collège, 17 % sont des fumeurs réguliers (quotidiens) et 9 % font un usage occasionnel du tabac⁷³. On ne peut cependant généraliser ces résultats à l'ensemble de la population étudiante collégiale.

Figure 4 : Proportion de fumeurs chez les jeunes Québécois, selon le sexe et le groupe d'âge, 2005



Source : Statistique Canada. *CANSIM*, Tableau 105-0427, [en ligne], [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2006001/tables/2nonmed/behav1_f.htm].

Au Québec, en 2005, 23 % des 15 à 19 ans et 33 % des 20 à 24 ans fument la cigarette.

C'est au sein de la population âgée de 20 à 24 ans que l'on enregistre le plus haut taux de tabagisme, toutes générations confondues.

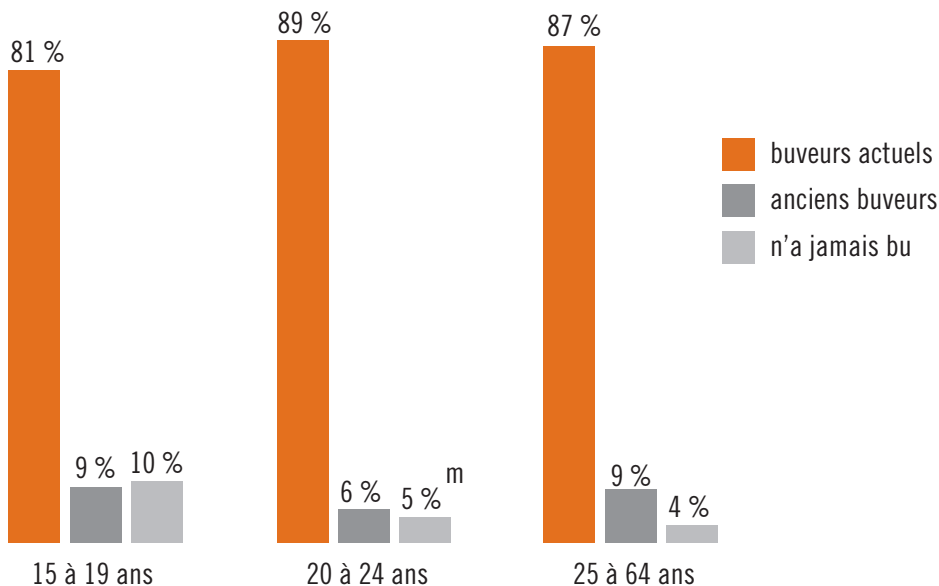
Dans l'ensemble des provinces canadiennes, c'est également au Québec que l'on retrouve la plus forte proportion de fumeurs parmi les 15 à 24 ans.

2.3.4 La consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments

L'alcool

Des données d'enquête révèlent qu'au Québec, en 2005, c'est parmi le groupe d'âge des 20 à 24 ans que l'on retrouve la plus forte proportion de consommateurs d'alcool. En effet, 89,2 % des jeunes adultes québécois de cet âge boivent de l'alcool, comparativement à 81 % pour les jeunes âgés entre 15 et 19 ans (figure 5) et à 87,3 % pour les adultes qui ont entre 25 et 64 ans. C'est également parmi les jeunes de ce groupe d'âge que l'on retrouve davantage de consommateurs à risque, c'est-à-dire de personnes prenant trois consommations par jour ou plus (7,6 % des 20 à 24 ans contre 5,1 % pour les 15 à 19 ans et 4,9 % pour les 25 à 64 ans)⁷⁴.

Figure 5 : Types de buveurs selon le groupe d'âge, Québec, 2005



Cote m : Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence.

Source : À partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2007, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier de partage.

Au Québec, la proportion des 20 à 24 ans^x qui avaient une consommation élevée d'alcool atteignait 35 % en 2003, un pourcentage en hausse de 6 % comparativement à 2001⁷⁵. Les Québécois de 15 à 24 ans constituent le segment de la population présentant le plus grand risque de dépendance à l'alcool : 3,9 % d'entre eux auraient une dépendance à l'alcool, soit deux fois plus que pour les 25 à 44 ans⁷⁶.

À titre indicatif, l'enquête effectuée en 2004 auprès de cégépiens de la région de Lanaudière établit que 93 % d'entre eux avaient consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, soit 54 % occasionnellement, 36 % régulièrement et 3 % quotidiennement; 7 % se disent abstinents. L'enquête rapporte également, parmi les effets répertoriés de cette consommation, que les consommateurs quotidiens consacraient moins de temps aux études et aux travaux scolaires que les autres⁷⁷.

Au Québec, c'est parmi le groupe d'âge des 20 à 24 ans que l'on retrouve la plus forte proportion de consommateurs d'alcool (89,2 %). C'est également parmi les jeunes de ce groupe d'âge que l'on retrouve davantage de consommateurs à risque.

La proportion des 20 à 24 ans qui adoptent une consommation élevée d'alcool a enregistré une hausse entre 2001 et 2003, passant de 29 % à 35 %.

Les 15 à 24 ans constituent le segment de la population présentant le plus grand risque de dépendance à l'alcool (3,9 %).

x On ne peut comparer l'ensemble des tranches d'âge, les recherches ayant utilisé des catégorisations différentes.

Les drogues illicites

Les drogues illicites peuvent avoir moult effets néfastes sur la santé. Parmi ceux-ci figurent la dépression respiratoire, l'endommagement des cloisons nasales, des crises de panique et d'anxiété, l'anxiété, la maigreur, l'affaiblissement ainsi que des comportements instables et agressifs⁷⁸. L'augmentation de l'usage de psychotropes dans des contextes récréatifs constituerait, par ailleurs, un phénomène préoccupant tant au Québec qu'ailleurs dans le monde⁷⁹.

Une enquête canadienne sur les toxicomanies (2004) a montré que, mis à part le cannabis, les drogues déclarées comme étant consommées le plus communément au cours de la vie sont les hallucinogènes, la cocaïne, le speed et l'ecstasy⁸⁰. C'est chez les hommes, les jeunes adultes de 18 à 24 ans et les résidents de milieux urbains que l'on a enregistré la plus forte consommation de drogues illicites⁸¹. Plus précisément, en 2004, 28 % des Canadiens âgés de 20 à 24 ans et 20 % des 15 à 19 ans ont déjà consommé des hallucinogènes, de la cocaïne, de l'ecstasy ou de l'héroïne⁸². Ils sont 15 % chez les 20 à 24 ans à avoir fait usage de la cocaïne. De plus, en ce qui concerne les hallucinogènes, la méthamphétamine et l'ecstasy, c'est chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans que l'on retrouve les plus hauts taux de consommation comparativement aux tranches plus âgées de la population. Au Québec, des données d'enquête confirment les données canadiennes pour ce qui est de la plus forte proportion de consommateurs parmi les jeunes adultes. En effet, en 2002, c'est 57,4 % des jeunes adultes québécois de 20 à 24 ans qui avaient consommé des drogues illicites^{xi} comparativement à 53,7 % chez les 15 à 19 ans et à 37,3 % chez les 25 à 64 ans⁸³.

Le cannabis est la drogue dont l'usage est le plus répandu chez les jeunes. Les risques associés à la consommation sont, en partie, liés à la teneur en produit actif (THC^{xii}) du cannabis qui, au cours des dernières années, a considérablement augmenté⁸⁴. Parmi les risques associés à la consommation de cannabis, on note, entre autres, des risques respiratoires, des difficultés de concentration, des dangers d'une dépendance psychique et des risques sociaux liés aux contacts avec des circuits illicites pour se procurer le produit. Pour les personnes plus fragiles, le cannabis peut provoquer des hallucinations ainsi que des modifications de perception et de prise de conscience d'elles-mêmes⁸⁵. Des données d'enquête révèlent que 53,8 % des jeunes Québécois âgés entre 15 et 24 ans ont consommé du cannabis au cours de leur vie, comparativement à 35,4 % pour les 25 à 64 ans⁸⁶. Ces données corroborent celles d'une enquête canadienne qui permet d'estimer à 61 % la proportion des jeunes de 15 à 24 ans ayant déjà consommé du cannabis⁸⁷. À titre comparatif, selon l'enquête réalisée au Cégep régional de Lanaudière, 43 % des étudiants avaient consommé du cannabis au cours des douze derniers mois.

Bien qu'on ne dispose pas d'étude provinciale au sein des établissements collégiaux du Québec, l'étude réalisée au Cégep régional de Lanaudière⁸⁸ estimait à 3 % de sa population les consommateurs de cocaïne (cocaïne, snow, crystal et crack), à 9 % les consommateurs d'hallucinogènes et à 14 % les consommateurs d'autres drogues et de médicaments (colle, tranquillisants, ritalin, *wake up pills*, méthamphétamine, ecstasy, amphétamines, amaigrissants, etc.).

Les médicaments

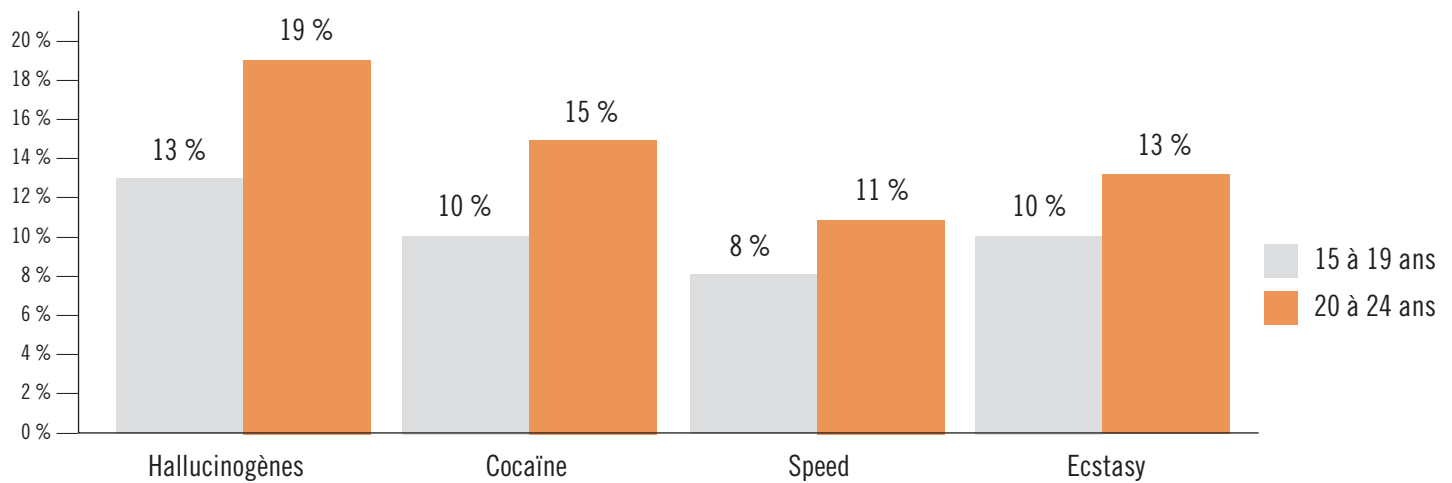
Par ailleurs, le phénomène de la consommation de médicaments à d'autres fins que thérapeutiques chez les jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans demeure peu connu et mériterait d'être documenté.

xi Il s'agit de la consommation de drogues illicites au cours de la vie, excluant une seule fois du cannabis.

xii Le delta-9-transtétrahydrocannabinol (THC) est le principal ingrédient psychoactif du cannabis.

xiii Il s'agit de la consommation de drogues illicites au cours de la vie, excluant une seule fois du cannabis.

Figure 6 : Usage de drogues au cours de la vie chez les jeunes Canadiens, selon le groupe d'âge, 2004



Source : ADLAF, E. M., BÉGIN, P., et SAWKA, E. (Eds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC). Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

La plus forte proportion de consommateurs de drogues se retrouve parmi les jeunes adultes.

En 2002, 57,4 % des jeunes adultes québécois de 20 à 24 ans avaient consommé des drogues illicites comparativement à 53,7 % chez les 15 à 19 ans et à 37,3 % chez les 25 à 64 ans.

Le cannabis est la drogue dont l'usage est le plus répandu chez les jeunes.



2.4 Les comportements

Les comportements adoptés par un individu, notamment en matière de sexualité et de sécurité, sont déterminants pour sa santé. Les adolescents ont tendance à adopter des comportements jugés dangereux⁸⁹; la recherche de sensations fortes et de nouveautés s'insère dans un processus normal du développement psychologique et social à travers lequel les jeunes recherchent, par exemple, l'acceptation des pairs ou l'autonomie face aux figures d'autorité⁹⁰.

2.4.1 Les comportements relatifs à la sexualité

L'adoption de comportements sains relatifs à la sexualité est un déterminant important de la santé des jeunes. Il permet non seulement de réduire les risques d'une grossesse précoce et d'ITSS, mais favorise aussi le respect individuel et collectif du jeune devant ses pairs. L'âge de la première relation sexuelle est un prédictif important de la santé des jeunes. En effet, les adolescents initiés plus tôt à la sexualité ne sont pas forcément outillés de façon adéquate, sur les plans cognitif, émotionnel et social, pour affronter les difficultés et négocier les risques liés à la sexualité⁹¹.

Les adolescents sont exposés d'autant plus longtemps au risque d'ITSS ou de grossesse non désirée qu'ils s'initient à la vie sexuelle à un jeune âge⁹². Les recherches montrent également que les relations sexuelles précoces sont associées aux comportements à risque, comme les relations non protégées, la consommation d'alcool et l'usage du tabac⁹³. Or, les données sur les comportements des jeunes Québécois en matière de sexualité révèlent que ces derniers ont des relations sexuelles plus tôt et se protègent moins que les jeunes des autres provinces canadiennes. Ainsi, en 2003, la moyenne d'âge de la première relation sexuelle au Canada se situait à 16 ans et demi⁹⁴, comparativement à 15 ans au Québec⁹⁵. Également, au Québec, 74 % des individus âgés de 15 à 24 ans ont eu des relations sexuelles, comparativement à 62 % dans le reste du Canada. Près de la moitié (44,3 %) des jeunes Québécois qui avaient eu plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année ou qui se déclaraient célibataires n'avaient pas utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle⁹⁶, ce qui représente la proportion la plus élevée au pays. Une étude récente montre qu'entre 1996-1997 et 2005, l'âge moyen de la première relation sexuelle et le pourcentage de Québécois actifs sexuellement n'auraient pas changé de manière significative⁹⁷.

En 2006, une enquête réalisée auprès de cégépiens de la région de Montréal démontrait que 45 % des 1663 répondants âgés de 16 à 25 ans n'avaient pas toujours utilisé le condom avec leurs partenaires occasionnels et 31,9 % avec leurs partenaires sexuels d'un soir⁹⁸. Par ailleurs, l'enquête révélait que parmi les personnes actives sexuellement, les pratiques sexuelles les plus fréquentes sont les relations orales (66,5 %) et les relations vaginales (64,6 %). Les relations anales, quant à elles, demeurent des pratiques peu répandues (16,1 %). Au cours des 12 derniers mois, la majorité (89 %) des répondants a eu au moins un partenaire « régulier », le tiers (35,9 %) ont eu au moins un partenaire « occasionnel » et un répondant sur cinq (22 %) a eu au moins un partenaire « d'un soir ». On n'observe aucune différence significative entre les hommes et les femmes quant au nombre moyen de partenaires sexuels « occasionnels » et « d'un soir »⁹⁹. Près d'un répondant sur cinq (17,8 %), soit 16,7 % des femmes et 18,9 % des hommes, a consommé de l'alcool ou de la drogue au moins une fois sur deux dans les deux heures précédant ou pendant ses relations sexuelles au cours des douze derniers mois¹⁰⁰.

Enfin, une enquête réalisée au moyen d'entrevues par Internet auprès de jeunes Canadiens âgés entre 14 et 17 ans et de mères d'adolescents soutient que la plupart des adolescents sont responsables en matière de sexualité¹⁰¹. Parmi les résultats présentés, on note que 27 % des 1171 adolescents interviewés étaient actifs sexuellement à un âge moyen de 15 ans et que leur relation courante durait depuis plus de huit mois. La dernière fois qu'ils avaient eu une relation sexuelle, 76 % d'entre eux avaient utilisé un condom. Même si la plupart des adolescents sont, selon l'enquête, responsables en matière de sexualité, certaines préoccupations demeurent, notamment sur le plan des connaissances au sujet des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que de leurs conséquences.

Les jeunes Québécois ont des relations sexuelles plus tôt et se protègent moins que dans les autres provinces canadiennes.

En 2003, 74 % des Québécois de 15 à 24 ans déclaraient avoir déjà eu des relations sexuelles. Parmi les célibataires et ceux qui avaient eu plus d'un partenaire, 44,3 % n'avaient pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle.

Entre 1996-1997 et 2005, l'âge moyen de la première relation sexuelle et le pourcentage de Québécois actifs sexuellement n'auraient pas changé de manière significative.

2.4.2 Les comportements relatifs à la sécurité

Les comportements relatifs à la sécurité regroupent l'ensemble des gestes que pose un individu afin de prévenir les accidents, qu'il s'agisse de porter un casque de vélo, d'avoir une conduite sécuritaire sur la route ou d'éviter les mauvaises combinaisons de comportements – comme l'alcool et la conduite d'un véhicule automobile. Les risques de subir un traumatisme fatal sont fortement liés à l'âge et aux comportements; les jeunes auraient moins tendance à adopter des comportements sécuritaires que les adultes et encourent ainsi davantage de risques de subir un traumatisme fatal.

Bien qu'ils ne soient pas le seul facteur en cause, les comportements jouent un rôle important dans les accidents de la route. Ainsi, entre 2001 et 2005, 43 % des conducteurs de 16 à 24 ans qui ont perdu la vie dans un accident de la route avaient de l'alcool dans le sang¹⁰². Par ailleurs, les comportements sont également en cause dans les accidents qui surviennent en milieu de travail.

Les jeunes auraient moins tendance à adopter des comportements sécuritaires que les adultes.

Entre 2001 et 2005, 43 % des conducteurs de 16 à 24 ans qui ont perdu la vie dans un accident de la route avaient de l'alcool dans le sang.



2.4.3 Les consultations d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

En 2005, près de 95 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans ont consulté un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois; cette proportion est légèrement plus élevée que chez leurs aînés (92,4 %). Les jeunes de ce groupe d'âge étaient cependant proportionnellement moins nombreux que les 25 à 64 ans à rencontrer un médecin généraliste ou spécialiste, mais plus nombreux à rencontrer un travailleur social ou autre conseiller, un psychologue, une infirmière ou un dentiste au cours de la même période¹⁰³ (tableau 4).

Tableau 4 : Consultation d'un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois selon le groupe d'âge, Québec, 2005

Type de professionnel consulté	Proportion (%)					
	15-24 ans	H	F	25-64 ans	H	F
Au moins un professionnel de la santé	94,5	91,4	97,6	92,4	89,2	95,7
Médecin généraliste ou spécialiste	70,6	60,1	80,9	76,0	68,6	83,3
Travailleur social ou autre conseiller	6,5	6,0	7,0	3,4	2,4	4,3
Psychologue	6,1	3,7 m	8,4	5,3	3,7	7,0
Infirmière	22,6	17,2	28,0	14,4	12,7	16,1
Dentiste ou orthodontiste	67,4	63,9	79,0	59,9	55,6	64,1

Cote m : Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence.

Source : À partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2007, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier de partage.

Des études soulignent que les jeunes adultes qui présentent un trouble mental trouvent l'accès aux ressources professionnelles difficile lorsqu'ils doivent y recourir¹⁰⁴. Une autre étude révèle que, alors que les jeunes sont particulièrement touchés par les troubles mentaux, en 2002, seulement 8,9 % des Québécois de 15 à 24 ans avaient consulté au moins une ressource du système de soins aux fins de santé mentale¹⁰⁵. À Montréal, en 2002-2003 et en 2003-2004, le taux de prévalence^{xiv} d'un traitement de n'importe quel trouble mental chez les 15 à 24 ans était plus bas que chez leurs aînés¹⁰⁶. Des données d'enquête révèlent, pour leur part, que 5,9 % des jeunes Québécois âgés de 15 à 19 ans et 7,7 % de ceux qui ont entre 20 et 24 ans ont consulté un professionnel pour des problèmes de santé mentale en 2003; ces proportions étaient moins élevées que chez leurs aînés (9,8 % chez les 25 à 64 ans)¹⁰⁷.

En 2005, 94,5 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans ont consulté un professionnel de la santé, cette proportion étant légèrement plus élevée que chez leurs aînés.

Plus de sept jeunes Québécois sur dix ont consulté un médecin au cours de l'année 2005, cette proportion étant légèrement plus faible que chez les 25-64 ans.

Des données d'enquête révèlent que 5,9 % des jeunes Québécois âgés de 15 à 19 ans et 7,7 % de ceux qui ont entre 20 et 24 ans ont consulté un professionnel pour des problèmes de santé mentale en 2003.

xiv Taux de prévalence : nombre de fois qu'un événement a été observé dans un milieu déterminé, à un moment donné ou pendant une période écoulée, sans distinction entre les nouvelles manifestations de cet événement et les anciennes.

2.5. Les compétences personnelles et sociales

De façon générale, il est reconnu que la santé mentale dépend, à la fois, de facteurs individuels et environnementaux ainsi que de leur interaction¹⁰⁸. Concernant les facteurs individuels plus particulièrement, on sait que certaines compétences de base et une estime de soi positive aident à faire face efficacement aux demandes et aux défis de la vie quotidienne; elles sont associées à la réussite scolaire, au bien-être, au développement de relations interpersonnelles positives, à la perception positive des pairs et à l'acquisition de bonnes habiletés d'adaptation¹⁰⁹.

Par conséquent, le développement des compétences personnelles et sociales module la capacité des jeunes d'adopter des comportements positifs quant à leur santé et à leur bien-être ainsi qu'à se protéger contre les conduites à risque¹¹⁰. Essentiellement, il s'agit de savoir prendre des décisions éclairées, régler des problèmes, développer des relations positives et saines, faire preuve d'un esprit critique et créateur, communiquer efficacement et démontrer de l'empathie à l'égard des autres. Chez les adolescents, le fait d'avoir une saine estime de soi protège contre la dépression, le suicide et l'adoption de pratiques sexuelles à risque.

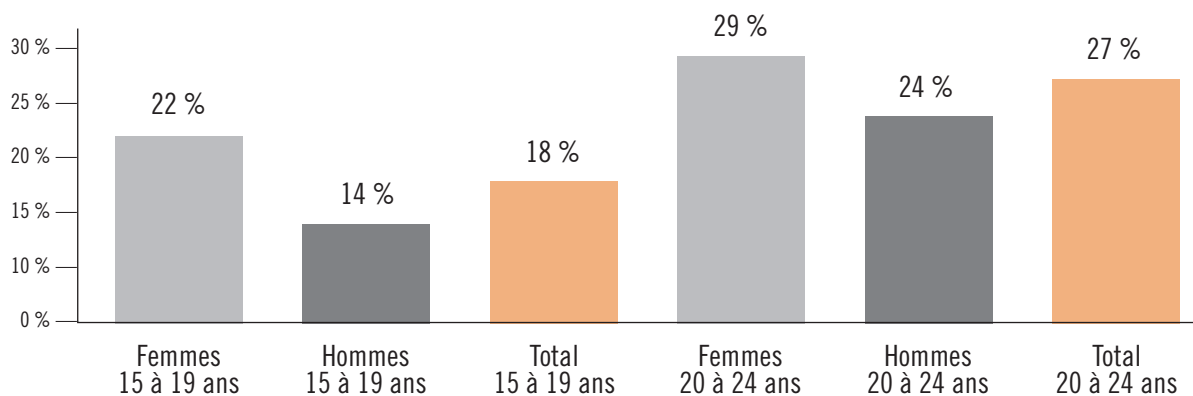
Les données sont rares sur les compétences personnelles et sociales des jeunes. Certaines informations sont toutefois disponibles sur l'estime de soi et sur le stress ressenti. Ainsi, 36,7 % des jeunes hommes et 25,2 % des jeunes femmes de 16 ans détiendraient un niveau d'estime de soi élevé. Parmi la population collégiale, la situation s'inverse¹¹¹; le statut d'étudiante constituerait pour les jeunes femmes une composante intrinsèque à leur identité perçue favorablement : « les filles se reconnaissent davantage de traits positifs que les garçons, particulièrement lorsqu'elles se définissent en tant qu'étudiantes¹¹². » Les garçons disposeraient de moins bons acquis scolaires, s'estimeraient moins compétents que les filles à l'école et donneraient moins priorité à leurs études¹¹³. Les jeunes qui font l'objet d'une ségrégation sociale ou scolaire ou d'une marginalisation fondée, entre autres, sur l'appartenance culturelle ou sur l'orientation sexuelle, représentent des groupes plus à risque de développer une faible estime de soi. Certains sous-groupes populationnels sont donc plus à risque en ce sens.

Le stress constitue une forme de réponse de l'organisme à une demande d'adaptation. La capacité à y faire face est grandement influencée par la durée et l'intensité du stress et suppose d'en reconnaître les sources et les effets, et de savoir en contrôler le niveau. L'individu peut alors agir de façon à réduire les sources de stress ou apprendre à relaxer pour que les tensions créées par un stress inévitable ne donnent pas naissance à des problèmes de santé. Quant à la capacité de faire face aux émotions positives ou négatives, elle suppose de savoir reconnaître les siennes et celles des autres, d'être conscient de leur influence sur les comportements et de savoir quelles réactions adopter.

Le manque d'habiletés pour contrer le stress accroît la vulnérabilité à toute une gamme de maladies comme les cardiopathies, les maladies intestinales, l'herpès ou les troubles mentaux¹¹⁴. Le stress est également un facteur de risque en ce qui concerne l'abus d'alcool ou de drogues¹¹⁵. Un niveau de stress élevé peut également mener à un niveau de détresse psychologique plus grand¹¹⁶.

Au Québec, près de 20 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans (18,1 %) et plus de 25 % de ceux âgés de 20 à 24 ans (26,8 %) perçoivent la plupart de leurs journées comme assez stressantes ou extrêmement stressantes; les jeunes femmes dans de plus importantes proportions que les jeunes hommes (figure 7). Les jeunes de ce groupe d'âge sont proportionnellement moins nombreux à déclarer un niveau élevé de stress comparativement aux personnes qui ont entre 25 et 44 ans (36,1 %) et entre 45 et 64 ans (28,5 %)¹¹⁷.

Figure 7 : Proportion des jeunes Québécois percevant avoir un niveau de stress quotidien élevé, selon le sexe et le groupe d'âge, 2005



Source : À partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005).

Deux récentes enquêtes menées auprès de la population étudiante collégiale¹¹⁸ établissent que certains événements influent particulièrement sur le degré de stress des collégiens : la première session au cégep, une période d'examen, un premier emploi, la gestion d'un horaire chargé, etc. Les études ne s'entendent toutefois pas sur le niveau de stress que chacun de ces événements produit. Il est intéressant de souligner que, selon l'une de ces enquêtes, les étudiants engagés dans des activités socioculturelles se disent moins stressés que leurs collègues¹¹⁹.

36,7 % des jeunes hommes et 25,2 % des jeunes femmes de 16 ans détiendraient un niveau d'estime de soi élevé. Parmi la population collégiale, la situation s'inverse entre les jeunes hommes et les jeunes femmes.

Les garçons disposeraient de moins bons acquis scolaires, s'estimeraient moins compétents que les filles à l'école et donneraient moins priorité à leurs études.

Au Québec, près d'un jeune sur cinq âgé de 15 à 19 ans (18,1 %) et plus du quart de ceux âgés de 20 à 24 ans (26,8 %) perçoivent la plupart de leurs journées comme assez stressantes ou extrêmement stressantes.

Les jeunes femmes se disent davantage stressées que les jeunes hommes.

Certains événements comme la première session, les périodes d'examen et l'obtention d'un premier emploi influent certainement sur le degré de stress des étudiants au collégial.

TROISIÈME PARTIE : PRINCIPAUX PROBLÈMES QUI AFFECTENT LA SANTÉ DES JEUNES

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹²⁰. » De même, la santé mentale va au-delà de la simple absence de troubles mentaux¹²¹. La troisième partie de ce portrait traitera donc des principaux problèmes de santé physique, des problèmes de santé mentale et des problèmes psychosociaux qui affectent la santé des jeunes de 15 à 24 ans.

3.1 Les problèmes de santé physique

3.1.1 L'obésité

L'embonpoint et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. L'obésité est associée à un risque accru de développer des problèmes de santé comme le diabète de type 2, les maladies coronariennes et l'hypertension¹²². L'excès de poids chez les jeunes engendre également certains problèmes psychosociaux, comme une plus faible estime de soi et une diminution du bien-être psychologique¹²³.

Depuis quelques années, on observe une hausse de la prévalence de l'excès de poids (embonpoint et obésité) dans plusieurs pays et au sein de toutes les tranches d'âge, au point que l'Organisation mondiale de la santé parle d'épidémie¹²⁴. Au Québec, en 2004, environ le tiers des 18 à 24 ans (32,6 %) ^{xv} souffraient d'un excès de poids, alors que cette proportion était de 18,9 % en 1990. La prévalence de l'obésité chez les 18 à 24 ans a, quant à elle, doublé, passant de 3,4 % à 6,9 %¹²⁵. La proportion des individus âgés de 18 à 24 ans affectés d'une surcharge pondérale est en hausse depuis 1990, mais elle demeure plus faible que celle observée dans les autres tranches d'âge.

Bien que l'on ne dispose pas de données précises pour l'ensemble des cégépiens, l'enquête réalisée au Cégep régional de Lanaudière révèle que la proportion de jeunes qui y souffrent d'un excès de poids serait moindre que dans la population jeune en général¹²⁶. Par ailleurs, il est intéressant de noter que la proportion de personnes ayant un excès de poids diminue avec le niveau de scolarité. Ainsi, en 2003, chez les plus de 18 ans, 20,1 % de ceux qui n'avaient pas de diplôme d'études secondaires étaient obèses, comparativement à 14 % des personnes qui détenaient un diplôme d'études secondaires, à 12,8 % des personnes qui détenaient un diplôme collégial ou technique, et à 9,3 % des personnes qui avaient un diplôme universitaire¹²⁶.

Au Québec, la prévalence de l'excès de poids chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans est en hausse depuis 1990. Il atteignait 32,6 % en 2004.

En 2004, le quart (25,7 %) des jeunes Québécois de 18 à 24 ans présentent de l'embonpoint et 6,9 % sont obèses.

xv Les données concernant les 15 à 17 ans n'étaient pas disponibles.

3.1.2 Les maladies chroniques et les problèmes de santé chroniques

Les maladies chroniques sont définies comme des maladies de longue durée qui ne se résolvent pas spontanément et pour lesquelles il n'existe pas de cure complète. La plupart de ces maladies sont évitables ou peuvent à tout le moins être retardées si l'on modifie des facteurs de risque en cause¹²⁸. Chez les jeunes, les maladies chroniques ayant les plus forts taux de prévalence sont l'asthme et le diabète.

En 2005, chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans, l'asthme est la maladie chronique la plus courante et affecte en moyenne plus d'un jeune sur dix. Ainsi, 10,2 % des garçons et 14,3 % des filles de 15 à 19 ans en souffrent, de même que 6,1 %^{xvi} des jeunes hommes et 12,6 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans¹²⁹.

La prévalence des autres maladies chroniques demeure très faible. La présence du diabète reste toutefois à surveiller pour les prochaines décennies, car on note une augmentation du nombre de cas dans toutes les tranches d'âge. Certains parlent même d'une épidémie annoncée¹³⁰.

Sans être une maladie chronique, les allergies alimentaires sont considérées comme un problème important de santé. En 2002-2003, en moyenne plus d'un jeune Canadien sur vingt disait présenter des allergies alimentaires. Ainsi, chez les 15 à 19 ans, 6,2 % des jeunes Canadiens et 8,2 % des Canadiennes déclaraient souffrir d'allergies alimentaires¹³¹, tandis que chez les 20 à 24 ans, ce sont 6,1 % des hommes et 9 % des femmes¹³².

L'asthme est la maladie chronique la plus courante chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans, affectant plus d'un jeune sur dix et de façon plus marquée, les filles.

La prévalence du diabète chez les jeunes est à surveiller au cours des prochaines années.

Plus d'un jeune Canadien sur vingt souffre d'allergies alimentaires.

Les jeunes femmes sont touchées dans une plus grande proportion que les jeunes hommes par l'asthme et les allergies alimentaires.

3.1.3 Les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses incluent les maladies évitables par l'immunisation (diphthérie, l'infection à *haemophilus influenza* de type b, l'hépatite A et B, l'influenza, la rougeole, l'infection à méningocoque, l'infection à pneumocoque, les oreillons, la coqueluche, la poliomyélite, le tétanos, la rage, la rubéole, et la varicelle), les ITSS (chlamydie, infection au virus de l'herpès génital, infection au virus du papillome humain, gonorrhée, syphilis, VIH/sida et hépatite C) et d'autres infections, comme les infections nosocomiales^{xvii}. Pour les 15 à 24 ans, nous disposons de données uniquement sur les ITSS.

La chlamydie constitue une ITSS très répandue au Québec, avec un taux de 176 par 100 000 personnes pour l'année 2007. Après une période de stabilisation entre 2004 et 2006, les données de 2007 et de 2008 semblent indiquer une nouvelle phase d'augmentation¹³³. C'est chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans qu'elle est la plus répandue : 73 % des cas de chlamydie chez les femmes et 48 % des cas de cette infection chez les hommes sont dans ce groupe d'âge. Chaque année, une chlamydie est déclarée chez 1,4 % des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.

xvi Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %; à utiliser avec prudence.

xvii Les infections nosocomiales sont des infections contractées dans un établissement de santé.

L'infection gonococcique, pour sa part, connaît un taux de déclaration de 18,4 par 100 000 personnes en 2007. Ce sont les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans qui sont les plus touchés par cette infection. Cependant, on constate une augmentation de près de 100 % du nombre de cas déclarés annuellement entre 2004 et 2008, cette augmentation étant cinq fois plus importante chez les femmes (+ 288 %) que chez les hommes (+ 55 %), et particulièrement importante chez les filles âgées de 15 à 19 ans.

En 2007, environ 16 cas d'hépatite C par 100 000 personnes étaient déclarés, chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans, alors que ce sont les adultes âgés de 35 à 54 ans qui sont les plus touchés par cette infection.

En 2007, pour l'ensemble de la population, on mesure des taux d'incidence de 13 par 100 000 personnes pour l'hépatite B, de 4,4 par 100 000 personnes pour l'infection par le VIH, et de 3,2 par 100 000 personnes pour la syphilis infectieuse¹³⁴.

Tableau 5 : Nombre de cas déclarés et taux d'incidence, selon l'âge et le sexe pour certaines ITSS, Québec, 2007. Taux par 100 000 personnes

ITSS	15-19 ans				20-24 ans			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Chlamydia génitale	528	212,5	402	1432,4	1430	586,4	3 346	1 444,0
Infection gonococcique	96	38,6	162	68,2	209	85,7	113	48,8
Hépatite B ⁱ	11	4,4	14	5,9	30	12,3	38	16,4
Hépatite C ⁱⁱ	12	4,8	15	6,3	42	17,2	34	14,7
Syphilis infectieuse ⁱⁱⁱ	5	2,0	0	0,0	11	4,5	2	0,9
VIH ^{iv}	1	0,4	2	0,8	16	6,6	3	1,3

i. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

ii. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

iii. Comprend tous les cas de syphilis latente de moins d'un an, syphilis primaire et syphilis secondaire.

iv. Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2008.

Le taux est une estimation basée sur le nombre de nouveaux cas diagnostiqués.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2007 (et projections 2008), Annexe 1.*

C'est chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans que la chlamydie est la plus répandue.

Ce sont les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans qui sont les plus touchés par l'infection gonococcique. Cette infection est en hausse depuis quelques années, cette hausse étant particulièrement marquée chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans.

3.1.4 Les traumatismes non intentionnels

Pour la période 2000-2002, près de la moitié des décès par traumatismes non intentionnels sont survenus dans la population âgée de 15 à 19 ans (59,2 %)¹³⁵.

Entre 2001 et 2005, la route est responsable de 32 % des décès survenus au sein de cette tranche d'âge¹³⁶, ce qui en fait une des premières causes de mortalité chez ce groupe^{xviii}. En 2006, le bilan routier faisait état de 171 décès chez les jeunes de 15 à 24 ans¹³⁷, qui constituent 24 % des conducteurs impliqués dans des accidents de la route avec dommages corporels, alors qu'ils ne composent que 10 % de tous les titulaires de permis¹³⁸. En 2007 cependant, le nombre de décès a diminué pour tous les groupes d'âge dont celui des 15 à 24 ans; avec 146 décès, le bilan chez les 15 à 24 ans est inférieur de 10,8 % à la moyenne de 164 décès enregistrée de 2002 à 2006¹³⁹.

Concernant la santé et la sécurité en milieu de travail, en 2003, 17 % de l'ensemble des lésions professionnelles indemnisées concernaient les Québécois de 15 à 24 ans, alors qu'ils ne représentaient que 16 % de la population active et travaillaient quelque 10 % des heures totales travaillées. Les taux de fréquence^{xix} des accidents de travail sont toutefois inférieurs chez les étudiants comparativement à ceux qui prévalent chez les jeunes travailleurs en général : alors que le taux de fréquence des accidents de travail est de 7,2 % chez les travailleurs de 15 à 19 ans et de 5,8 % chez ceux de 20 à 24 ans, il est de 2,6 % chez les étudiants de 15 à 19 ans et de 3,3 % chez ceux de 20 à 24 ans.

Au cours de la période 2000-2002, plus de la moitié des décès par traumatismes non intentionnels sont survenus dans la population âgée de 15 à 19 ans.

Les accidents de la route sont une des premières causes de mortalité chez les 15 à 24 ans et sont responsables de 32 % des décès survenus au sein de cette tranche d'âge entre 2001 et 2005.

3.2 Les problèmes de santé mentale

Environ 96,2 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans estiment leur santé mentale de bonne à excellente : cette proportion est la même que chez les personnes âgées de 25 à 64 ans¹⁴¹. Selon l'OMS, la santé mentale se définit comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. » Pour les besoins de ce portrait, nous avons retenu parmi les principaux problèmes de santé mentale la détresse psychologique et les troubles mentaux. Nous avons également traité du suicide dans une section spécifique.

3.2.1 La détresse psychologique

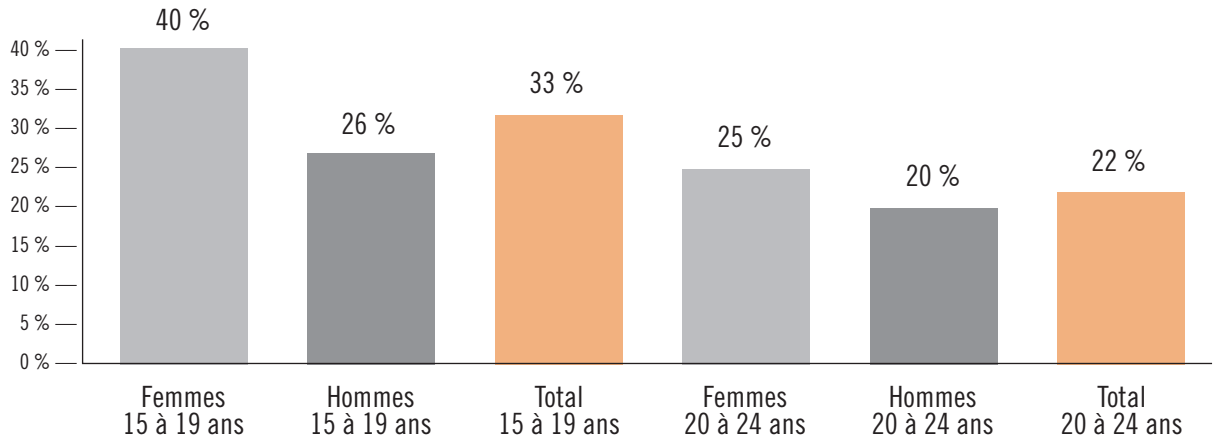
La détresse psychologique, dimension importante de l'état de santé mentale, est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par un individu qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des troubles dépressifs et d'anxiété¹⁴². Des résultats d'enquête de 2005 montrent qu'au Québec, certains sous-groupes sociaux sont plus touchés que d'autres par un niveau élevé de détresse psychologique, dont les sous-groupes parmi les plus vulnérables sur le plan de leur environnement économique ou social¹⁴³. À cet égard, les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, et les personnes à faible revenu, enregistrent des niveaux plus élevés de détresse.

Bien que la majorité estime leur santé mentale de bonne à excellente, 33,3 % des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans étaient considérés, en 2005, comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique, soit 26,4 % chez les hommes comparativement à 39,9 % chez les femmes. Par comparaison, 22,1 % des personnes âgées entre 25 et 64 ans sont considérées comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique pour cette même année — 19,5 % chez les hommes et 24,8 % chez les femmes¹⁴⁴ (figure 8).

xviii Le suicide constitue l'autre principale cause de mortalité chez les jeunes.

xix Nombre d'accidents par millions d'heures/ouvriers d'exposition au risque.

Figure 8 : Proportion de Québécois considérés comme ayant un niveau de détresse psychologique élevé, selon le sexe et le groupe d'âge, 2005



Source : À partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier Pumf – Ensemble du Québec.

Par ailleurs, certaines situations chez les étudiants du cégep sont susceptibles de faire naître un sentiment de détresse psychologique chez des individus, notamment le passage du secondaire au collégial, l'intégration d'un nouveau milieu géographique, l'éloignement de la famille et le changement du réseau d'amis. Le niveau de détresse des cégépiens serait notamment plus élevé à la première session. Roy (2005) parle même du *syndrome de la première session*¹⁴⁵.

En 2005, environ le tiers des Québécois de 15 à 24 ans étaient considérés comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique.

Les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, et les personnes à faible revenu enregistrent des niveaux plus élevés de détresse psychologique.

3.2.2 Les troubles mentaux

« Par troubles mentaux [...], on entend des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique, ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux [...] ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. Un épisode unique de comportement anormal ou un dérèglement de l'humeur de courte durée n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental [...]. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante. Les désordres mentaux [...] se manifestent par des symptômes et signes spécifiques et, si l'on n'intervient pas, suivent généralement une évolution naturelle plus ou moins prévisible. Une souffrance morale ne constitue pas nécessairement un trouble mental. Elle peut être due à des difficultés personnelles ou sociales; si tous les critères de base d'une pathologie bien déterminée ne sont pas réunis, il ne s'agit pas d'un trouble mental¹⁴⁶. »

L'OMS, dans son rapport de 2001 sur la santé mentale, indique que « d'après la plupart des études, les troubles mentaux sont en moyenne plus répandus chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, cet écart tient en grande partie à une différence de répartition des troubles; les troubles graves sont à peu près aussi fréquents chez les deux sexes, à l'exception de la dépression, plus courante chez la femme, et des toxicomanies, plus courantes chez l'homme¹⁴⁷. »

La plupart des troubles mentaux se manifestent au cours de l'adolescence¹⁴⁸. L'ampleur des changements physiologiques et psychologiques qui surviennent à cet âge y contribue sans doute¹⁴⁹. Les jeunes qui vivent avec un trouble mental doivent faire face non seulement à la transition vers le monde adulte, mais aussi à l'apprentissage de la vie avec un tel trouble¹⁵⁰. En général, les jeunes adultes possèdent la capacité de trouver en eux et autour d'eux les ressources pour le faire¹⁵¹.

Au Québec, au sein de la population, la tranche d'âge des 18 à 24 ans est la plus à risque de développer un trouble mental¹⁵². Parmi les Canadiens de 15 à 24 ans, en 2002, 18 % ont déclaré des symptômes caractéristiques d'une maladie mentale ou de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, comparative-ment à 12 % chez les 25 à 44 ans, à 8 % chez les 45 à 64 ans et à 3 % chez les plus de 65 ans¹⁵³. Chez les 15 à 24 ans, les troubles mentaux représentent la première cause d'hospitalisation¹⁵⁴. De plus, il semble que « les jeunes adultes atteints de troubles mentaux sévères et persistants doivent souvent être réhospitalisés¹⁵⁵. » Alors qu'ils ne représentent que 10 % de la clientèle psychiatrique, [ils] accaparent près de 40 % du temps des ressources professionnelles¹⁵⁶. » Enfin, il faut noter que « ces statistiques occultent une partie importante de la réalité dans le champ de la santé mentale, car les personnes qui ne sont ni hospitalisées ni retenues dans les CLSC ne sont pas comptabilisées¹⁵⁷. »

Selon les plus récentes données recueillies dans le cadre d'un projet pilote mené par le MELS¹⁵⁸, 46 étudiants du collégial public à l'automne 2006 et 72 étudiants à l'automne 2007 étaient dénombés avec un trouble mental^{xx}. Les troubles les plus fréquents au sein de la population étudiante sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux¹⁵⁹. Il existe toutefois une diversité de troubles mentaux pour lesquels peu de données sont disponibles.

La plupart des troubles mentaux se manifestent au cours de l'adolescence. Au Québec, la tranche d'âge des 18 à 24 ans est la plus à risque de développer un trouble mental.

Les troubles mentaux représentent la première cause d'hospitalisation chez les 15 à 24 ans.

Les troubles les plus fréquents au sein de la population étudiante sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

À cet égard, les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, et les personnes à faible revenu enregistrent des niveaux plus élevés de détresse.

xx Données partielles fournies à titre indicatif seulement, puisqu'elles ne concernent que les étudiants qui se sont identifiés aux services adaptés de leur établissement. Elles n'incluent pas les statistiques des centres d'aide à la réussite et des services de consultation des collèges, ni le nombre d'étudiants qui auraient un problème grave de santé mentale et qui n'auraient fait aucune demande d'aide.

Les troubles d'apprentissage

L'Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) mentionne qu'entre 10 à 15 % de la population aurait un trouble d'apprentissage, soit 700 000 Québécoises et Québécois. Ces troubles se retrouvent parmi un large éventail de la population, tant chez les garçons que chez les filles, chez les jeunes que les plus âgés, et dans tous les groupes ethniques¹⁶⁰. Il est toutefois plus probable que les jeunes qui présentent un trouble d'apprentissage proviennent d'une famille à faible revenu¹⁶¹.

Les troubles d'apprentissage peuvent avoir des effets négatifs sur les jeunes adultes. Les jeunes affectés de tels troubles auraient une probabilité moins élevée que les autres jeunes d'obtenir un diplôme d'études secondaires, de travailler à temps partiel ou de se chercher un emploi et de réagir de manière appropriée à des problèmes inattendus. Ils seraient par ailleurs plus à risque de rapporter un état de santé mentale qualifié de passable à faible, des pensées suicidaires, de la dépression et de la détresse¹⁶².

Selon des données d'enquête, 6 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans et 3,8 %^{xxi} des jeunes adultes qui ont entre 20 et 24 ans présentaient, en 2005, un trouble d'apprentissage^{xxii} ¹⁶³. À l'automne 2007, selon les données recueillies dans le cadre d'un projet pilote mené par le MELS¹⁶⁴, on répertoriait 560 étudiants au collégial public à l'enseignement ordinaire présentant un trouble d'apprentissage^{xxiii}.

Les jeunes adultes vivant avec un trouble d'apprentissage ont plus de probabilité de rapporter un état de santé mentale qualifié de passable à faible et ont plus tendance à avoir des pensées suicidaires et à vivre de la dépression et de la détresse.

En 2005, des données d'enquête révèlent que 6 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans et 3,8 % des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans présentent un trouble d'apprentissage.

Les troubles envahissants du développement

Certaines catégories de troubles envahissants du développement (TED) peuvent se présenter sans déficience intellectuelle associée, ce qui explique la présence d'étudiants ayant un TED à l'enseignement supérieur.

En 2005-2006, 297 élèves avec un diagnostic de TED, toutes catégories confondues, obtenaient un diplôme de 5^e secondaire. En 2006-2007, 305 élèves avec un diagnostic de TED étaient comptabilisés dans les rangs des écoles secondaires¹⁶⁵. Les statistiques ne sont pas disponibles pour les étudiants des cégeps. Cependant, nous pouvons avancer prudemment que le nombre d'élèves présentant un diagnostic de TED est similaire au collégial.

Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Selon les plus récentes données recueillies dans le cadre d'un projet pilote mené par le MELS, 137 étudiants répertoriés au collégial public étaient aux prises avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité^{xxiv} (TDAH) en 2007.

xxi Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 %, à interpréter avec prudence.

xxii La question sur les troubles d'apprentissage concernait les problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé.

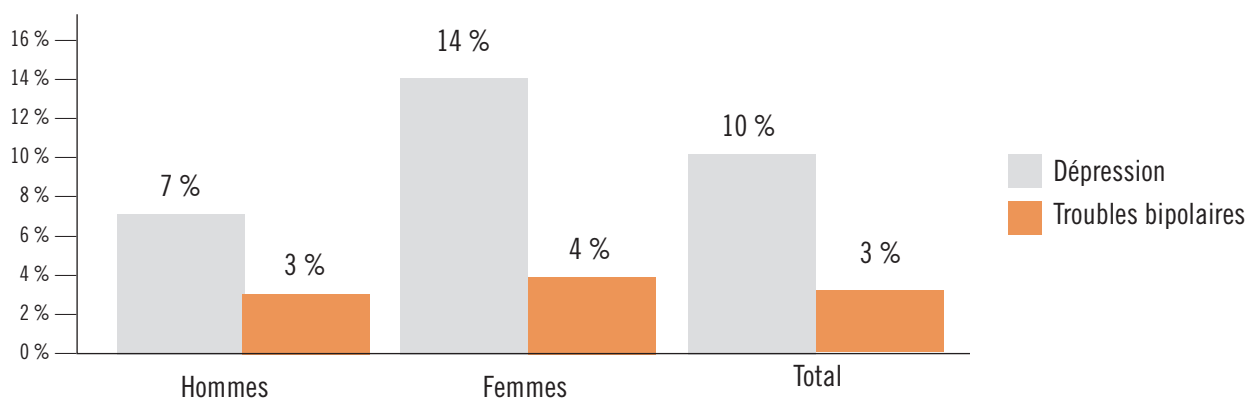
xxiii Données partielles fournies à titre indicatif seulement puisqu'elles ne concernent que les étudiants qui se sont identifiés aux services adaptés de leur établissement. Elles n'incluent pas les statistiques des centres d'aide à la réussite et des services de consultation des collèges, ni le nombre d'étudiants qui auraient un trouble d'apprentissage et n'auraient fait aucune demande d'aide.

xxiv Données partielles fournies à titre indicatif seulement puisqu'elles ne concernent que les étudiants qui se sont identifiés aux services adaptés de leur établissement. Elles n'incluent pas les statistiques des centres d'aide à la réussite et des services de consultation des collèges, ni le nombre d'étudiants qui auraient un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et n'auraient fait aucune demande d'aide.

Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur englobent le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire, le trouble dysthymique et la dépression périnatale¹⁶⁶. Selon des données d'enquête, environ 3,7 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans présentaient, en 2005, un trouble de l'humeur, cette proportion étant moins élevée que chez les personnes âgées de 25 à 64 ans (4,7 %)^{xxv} 167. La dépression majeure peut débuter au cours de la jeunesse et persister tout au long de la vie¹⁶⁸. Des données d'enquête révèlent qu'environ 9,2 %^{xxvi} des Québécois de 20 à 24 ans^{xxvii} ont traversé un épisode dépressif majeur¹⁶⁹. Ces chiffres corroborent ceux avancés pour les Canadiens de 15 à 24 ans, chez qui 10 % d'entre eux, soit un jeune sur dix, ont répondu aux critères d'une dépression au cours de leur vie, les jeunes femmes dans des proportions deux fois plus élevées que les jeunes hommes – soit 14 % comparativement à 7 % (figure 9). Houle (2005) indique que seul le tiers des enfants et des adolescents dépressifs présentent un trouble affectif sans comorbidité^{xxviii}. La dépression associée à d'autres troubles mentaux constitue un facteur de risque au passage à l'acte suicidaire¹⁷⁰.

Figure 9 : Proportion des Canadiens de 15 à 24 ans qui ont répondu aux critères d'une dépression ou de troubles bipolaires au cours de leur vie, selon le sexe, 2002



Source : GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*.

Selon des données d'enquête, environ 3,7 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans présentaient, en 2005, un trouble de l'humeur.

Des données d'enquête révèlent également qu'environ 9,2 % des Québécois de 20 à 24 ans ont traversé un épisode dépressif majeur.

Les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont répandus et ne sont pas dépourvus de conséquences. Malgré l'absence de statistiques précises, on sait qu'au Québec, le niveau d'anxiété au début de la vingtaine est très élevé¹⁷¹. Les données sur l'ampleur des troubles anxieux chez les jeunes sont toutefois divergentes. Une étude réalisée au Québec en 1994 concluait que plus de 10 % des jeunes de 18 à 24 ans souffraient d'un trouble anxieux¹⁷². Des données d'une enquête québécoise menée en 2005 permettraient d'estimer à 4 % la proportion de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui présente un trouble d'anxiété, comparativement à 4,9 % chez leurs aînés âgés entre 25 et 64 ans^{xxix} 173. Enfin, une étude canadienne, pour sa part, révélait qu'en 2002, 15 % des jeunes femmes et 10 % des jeunes hommes de 15 à 24 ans répondaient aux critères d'un trouble anxieux au cours de la vie¹⁷⁴.

Les données sont divergentes quant à la prévalence des troubles anxieux chez les jeunes. La plus récente étude permettrait d'estimer à 4 % la proportion de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui présente un trouble d'anxiété.

xxv La question sur les troubles de l'humeur concernait les problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé.

xxvi Selon l'interprétation du niveau de risque retenue par l'Institut de la statistique du Québec.

xxvii Aucune donnée n'est présentée pour les 15 à 19 ans au Québec.

xxviii Terme qui fait référence au fait de répondre aux critères diagnostiques de deux ou plusieurs troubles simultanément chez un même individu.

xxix La question sur les troubles d'anxiété concernait les problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé.

La schizophrénie

Le groupe d'âge le plus souvent touché par la schizophrénie est celui des 16 à 30 ans et on estime qu'une personne sur cent en est atteinte. C'est l'affection la plus incapacitante de la jeunesse¹⁷⁵. Au Canada, en 2002-2003, le taux d'hospitalisation le plus élevé pour la schizophrénie se retrouve parmi les hommes de 20 à 24 ans, avec près de 200 cas sur 100 000. Près de la moitié des jeunes éprouvant un premier épisode de schizophrénie présentent un problème de consommation de drogues ou développeront celui-ci¹⁷⁶.

Au Canada, en 2002-2003, c'est chez les hommes de 20 à 24 ans que l'on retrouve le taux d'hospitalisation le plus élevé pour la schizophrénie.

La consommation de drogues est associée à près de la moitié des premiers épisodes de schizophrénie chez les jeunes.

Les troubles des conduites alimentaires

Plus fréquents au sein de la population féminine, les troubles alimentaires englobent l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Au Canada, en 1999-2000, le nombre d'hospitalisations le plus élevé pour troubles alimentaires s'observe chez les adolescentes de 15 à 19 ans, suivi de celles de 10 à 14 ans et, enfin, de celles de 20 à 24 ans¹⁷⁷. Au Québec, environ 3 % des filles et des femmes âgées de 13 à 30 ans souffrent de troubles de l'alimentation (environ 30 000 personnes)¹⁷⁸.

Au Québec, environ 3 % des filles et des femmes âgées de 13 à 30 ans souffrent de troubles de l'alimentation (environ 30 000 personnes).

Les troubles liés à une substance

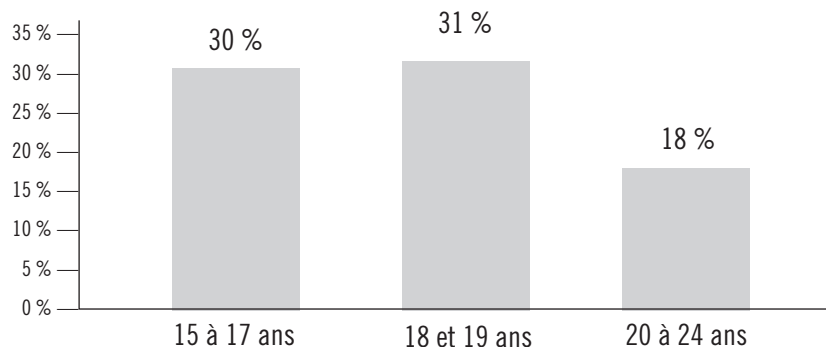
L'adolescence – et le début de l'âge adulte – est une période de changement et d'expérimentation, notamment en matière de consommation d'alcool et de drogues, qui n'entraînera généralement pas de conséquences importantes. Toutefois, certains connaîtront des problèmes d'abus ou de dépendance¹⁷⁹. Les conséquences liées à la consommation d'alcool et de drogues sont diverses selon l'individu, la substance consommée et l'environnement.

Adlaf et ses collaborateurs (2005) déterminent des zones précises d'effets négatifs à la consommation : les liens d'amitié, la vie sociale, la santé physique, la vie familiale ou conjugale, le travail, les études, les occasions favorables d'emploi et la situation financière¹⁸⁰. Au Canada, on remarque notamment que les taux de décrochage scolaire sont plus élevés chez ceux qui consomment de manière régulière ou excessive¹⁸¹. En 2004, au Canada, 21,8 % des buveurs de 15 à 24 ans ont subi au moins un effet négatif lié à leur consommation au cours de l'année. Chez les consommateurs de drogues, ces proportions s'élèvent à 29,9 % parmi les 15 à 17 ans, à 30,6 % chez les 18 et 19 ans et à 18,2 % au sein des 20 à 24 ans (figure 10).

Une consommation problématique entraîne souvent des comportements sexuels à risque, une baisse de performance scolaire, de la détresse psychologique – voire des idées suicidaires –, des traumatismes dus aux accidents de la route et d'autres problèmes sociaux et de santé¹⁸². L'étude de Vitaro et collaborateurs (2001) a démontré que, chez les jeunes, 63 % de ceux qui ont des troubles du comportement et 42 % de ceux qui ont un problème de dépression sont aussi des consommateurs problématiques¹⁸³.

Au chapitre des problématiques multiples (troubles concomitants), il est reconnu que leur nombre augmente avec la sévérité du trouble lié à l'utilisation d'une substance (abus versus dépendance, nombre de dépendances)¹⁸⁴.

Figure 10 : Proportion des jeunes Canadiens consommateurs de drogues qui ont déclaré avoir subi au moins un méfait lié à leur consommation au cours des douze derniers mois, selon le groupe d'âge, 2004



Source : ADLAF, E. M., BÉGIN, P. et E. SAWKA (Eds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC). Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Parmi les consommateurs de drogues âgés de 15 à 24 ans, environ le quart a subi au moins une conséquence négative liée à sa consommation au cours de l'année 2004. Chez les 15 à 19 ans, ces proportions touchent près du tiers des individus.

Chez les buveurs, le pourcentage de ceux ayant subi au moins une conséquence négative liée à sa consommation au cours des douze derniers mois est de 21,8 %, représentant plus d'un jeune sur cinq.

Le jeu pathologique

La dernière enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) traitant notamment du jeu chez les élèves du secondaire montre qu'environ 3,8 % d'entre eux (soit 17 800 élèves) sont à risque de développer un problème de dépendance au jeu et approximativement 2,1 % d'entre eux (soit 9500 élèves) sont considérés comme des joueurs pathologiques probables, c'est-à-dire qu'ils sont dépendants aux jeux de hasard et d'argent. La proportion d'adolescents qui présentent des problèmes de jeu serait de deux à quatre fois plus élevée que celle des adultes. Parmi les joueurs, environ 11 % rencontrent les critères diagnostiqués du jeu à risque, et approximativement 6 % rencontrent ceux du jeu pathologique probable¹⁸⁵. Les hommes seraient plus à risque que les femmes de manifester un problème de jeu, et ce, qu'il s'agisse des adolescents ou des adultes¹⁸⁶. Le jeu pathologique serait plus répandu parmi les groupes à faible revenu ou ayant un faible niveau de scolarité¹⁸⁷.

Comme la consommation de substances psychotropes, il est possible que la pratique des jeux de hasard et d'argent à l'adolescence soit un phénomène transitoire pour un certain nombre d'individus, mais durable pour d'autres¹⁸⁸. Même si les recherches menées jusqu'à tout récemment ont surtout été tournées vers les adultes, il est maintenant connu que les jeunes peuvent, eux aussi, vivre des conséquences négatives découlant de la pratique de cette activité¹⁸⁹. Par ailleurs, les nombreux changements qui surviennent lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte modifient l'existence de profils de développement distincts vis-à-vis des activités de jeu. D'une part, l'entrée sur le marché du travail accroît les moyens financiers du jeune; d'autre part, la disponibilité des jeux de hasard et d'argent augmente avec l'accès légal à 18 ans. De tels facteurs pourraient inciter certains jeunes à accroître leur fréquence de jeu durant cette période. Toutefois, la plus grande part de responsabilités qui survient souvent avec le début de la vie adulte pourrait en inciter d'autres à diminuer leurs activités de jeu¹⁹⁰.

La proportion d'adolescents qui présentent des problèmes de jeu serait de deux à quatre fois plus élevée que celle des adultes.

Les hommes seraient plus à risque que les femmes de manifester un problème de jeu, et ce, qu'il s'agisse des adolescents ou des adultes.

Les jeux vidéo et la cyberdépendance^{xxx}

La frontière qui distingue une utilisation saine des jeux vidéo et d'Internet d'un usage problématique n'est pas encore définie. Au Québec, l'ampleur de la dépendance aux jeux vidéo et à Internet n'est pas documentée et aucun centre de traitement ne se spécialise dans ce domaine. Cependant, parmi l'ensemble des adultes, la plus grande proportion d'internautes se retrouve chez les 18 à 24 ans, soit 90,3 %¹⁹¹. Ces derniers passent également plus de temps hebdomadairement à utiliser Internet, soit à raison de 17,6 heures par semaine en moyenne, comparativement à 13,5 heures pour l'ensemble des internautes^{xxxi}. La présence de la cyberdépendance semble également plus forte chez les jeunes hommes socialement isolés qui deviennent désinhibés une fois en ligne¹⁹².

3.2.3 Le suicide

Le suicide chez les jeunes est un phénomène en partie lié à certaines réalités de la jeunesse et aux exigences que posent, notamment, la construction de l'identité, l'affranchissement de la famille et les relations avec les pairs. De nombreux facteurs sont susceptibles d'exercer une pression sur les adolescents et les jeunes adultes, tels que des attentes élevées quant au rendement scolaire, le rejet des pairs, les questionnements relatifs à l'orientation sexuelle ainsi que les difficultés familiales et amoureuses. L'impulsivité et l'inexpérience des jeunes en situation de stress augmenteraient aussi le risque de suicide parmi cette tranche d'âge²⁰². Les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels représentent un sous-groupe à risque. Leur vulnérabilité se trouve accrue parce qu'ils appartiennent simultanément à trois catégories de personnes à haut risque suicidaire de passage à l'acte : les jeunes, les hommes et les homosexuels. Le suicide a des conséquences pour l'ensemble de l'entourage de la personne qui passe à l'acte, qu'il s'agisse de sa famille, de ses amis, de sa classe ou de sa communauté d'appartenance¹⁹³.

Être de sexe masculin et présenter un trouble mental constituent deux facteurs de risque importants de suicide. Des travaux de recherche ont démontré que trois principaux groupes de troubles mentaux sont en cause dans le suicide chez les adolescents : les troubles de l'humeur, l'abus ou la dépendance aux drogues et à l'alcool et les troubles des conduites. Ces troubles sont souvent présents simultanément (comorbidité) et leur association au suicide et aux comportements suicidaires varie selon l'âge et le sexe des adolescents. Par ailleurs, l'intoxication, notamment à l'alcool, pourrait agir comme facteur précipitant le suicide. Également, les recherches montrent que les troubles anxieux sont aussi associés à un risque accru de suicide et de comportements suicidaires¹⁹⁴.

Même si l'on remarque une diminution des taux de suicide au Québec depuis 2002, le Québec demeure la province canadienne détenant les plus hauts taux de suicide au Canada, chez les hommes comme chez les femmes, et un des plus hauts taux de suicide au sein des pays industrialisés¹⁹⁵. Pour la période de 2003 à 2005, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 19 ans et la première chez les 20 à 24 ans. En 2006, on dénombrait 1136 décès par suicide au Québec, dont quelque 113 au sein de la tranche de la population âgée de 15 à 24 ans, chez qui 30 % des décès, soit près du tiers, sont attribuables à un suicide¹⁹⁶. Chez ces derniers, cela représente un taux annuel de mortalité par suicide de 11,8 pour 100 000 individus, soit respectivement un taux de 5,4 chez les jeunes femmes et un taux de 17,9 chez les jeunes hommes¹⁹⁷. En 2006, le taux de mortalité par suicide des jeunes hommes est donc de 300 % par rapport à celui des femmes.

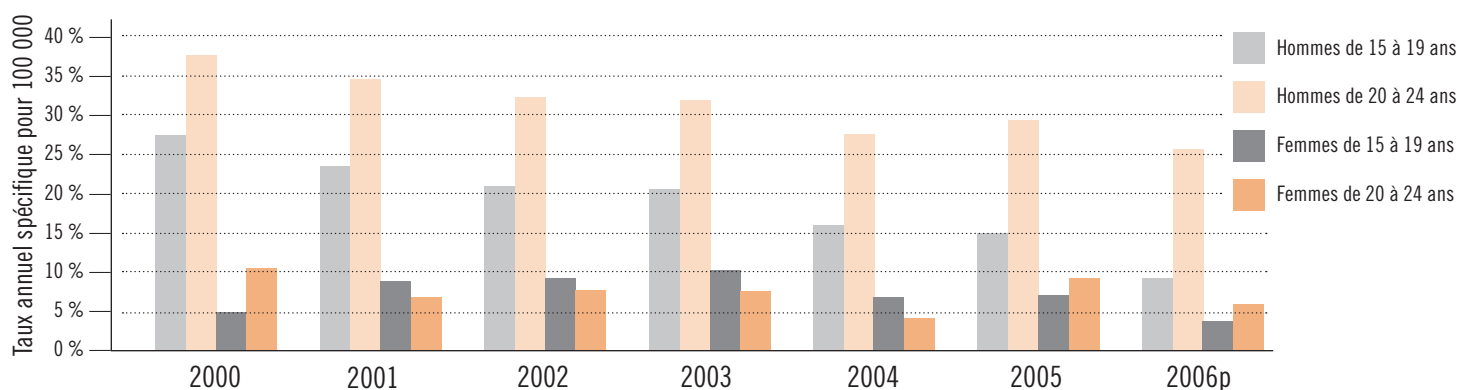
xxx Aucune donnée n'a été recueillie concernant les 15 à 17 ans.

xxxi De ces heures, 9,56 sont passées à la maison; 3,65 au travail; 3 à l'école; 0,94 chez des amis ou de la parenté et 0,47 dans des lieux publics (Vaugeois 2006 : 9).

Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, le phénomène du suicide est particulièrement criant pour les hommes de 20 à 24 ans, chez qui le taux de mortalité par suicide en 2006 s'établissait à 25,4 pour 100 000 individus¹⁹⁸. Par comparaison, la même année, le taux annuel de mortalité par suicide de la population féminine du même âge s'établissait à 6,4 pour 100 000 personnes¹⁹⁹. Chez les hommes âgés de 15 à 19 ans, ce taux était de 9,1 pour 100 000 personnes, comparativement à un taux de 3,9 pour 100 000 personnes chez les jeunes femmes du même âge. La tranche des 15 à 24 ans n'échappe donc pas au constat de la surmortalité masculine liée au phénomène du suicide présent dans toutes les tranches d'âge de la population²⁰⁰.

Selon une enquête menée par la Fédération des cégeps auprès des 48 établissements d'enseignement collégial en janvier 2008, plus de 1100 étudiants ont consulté les ressources des services psychosociaux et de santé des collèges en 2006-2007 en lien avec le problème du suicide. Pas moins de 125 tentatives de suicide ont été recensées au sein de la population collégiale pour cette année et 11 décès par suicide y sont survenus²⁰¹.

Figure 11 : Taux annuel spécifique de mortalité par suicide chez les jeunes Québécois, selon le sexe, le groupe d'âge et l'année



2006p : Fichier provisoire – version décembre 2008.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). Service de la surveillance, *Registre des événements démographiques du Québec (fichier décès)*, décembre 2008.

Après les accidents de véhicules à moteur, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 19 ans et la première chez les 20 à 24 ans. En 2006, une proportion de 30 % des décès survenus chez les 15 à 24 ans est attribuable à un suicide.

En 2006, le taux de mortalité par suicide au sein de cette tranche de la population s'établissait à 11,8 par 100 000 individus. La proportion de décès attribuable au suicide chez les jeunes hommes est de 300 % plus élevée que celle des jeunes femmes.

3.3 Les problèmes psychosociaux

La santé psychosociale concerne essentiellement les aspects psychologiques et sociaux de la santé et du bien-être. Deux types de problèmes seront abordés ici : les grossesses à l'adolescence, ainsi que la criminalité, les agressions sexuelles et la violence conjugale.

3.3.1 La grossesse chez les adolescentes de 14 à 19 ans

Bien qu'elle puisse connaître un dénouement heureux, la grossesse à l'adolescence va souvent de pair avec le décrochage scolaire, l'abandon de projets de vie ou la précarité d'emploi. La grossesse précoce peut conduire à une situation financière précaire²⁰³, à l'isolement et à la monoparentalité²⁰⁴. Les études démontrent que les jeunes mères qui se sortent du cycle de la pauvreté et de la marginalisation sociale sont celles qui, souvent, proviennent d'un milieu socioéconomique élevé, bénéficient du soutien parental et d'un réseau social de même que d'un système de gardiennage leur permettant d'étudier ou de travailler²⁰⁵. De plus, certains ont mis en lumière qu'un retour rapide à l'école ou au travail à la suite de l'accouchement est souvent le gage d'une trajectoire de vie plus facile²⁰⁶.

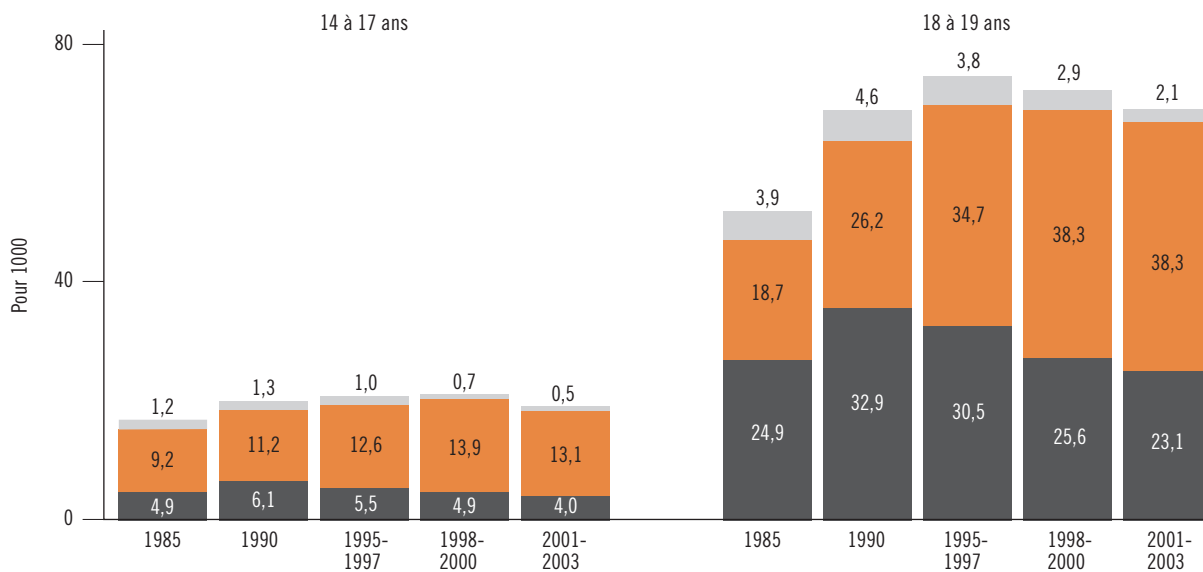
Pour l'ensemble du Québec, au cours des 15 dernières années, le taux de grossesse chez les adolescentes de 18 et 19 ans est demeuré supérieur à celui des 14 à 17 ans (figure 12). Pour la période 2001-2003, le taux de grossesse chez les 18 et 19 ans s'élevait à 63,5 pour 1000, comparativement à 17,6 pour 1000 chez les plus jeunes. Les deux tiers des grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans et plus de la moitié des grossesses chez les 18 et 19 ans aboutissent à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Entre 1985 et 2001-2003, le taux d'interruption volontaire de grossesse chez les 14 à 17 ans a légèrement augmenté, passant de 9,2 à 13,1 pour 1000. Celui des 18 et 19 ans a, quant à lui, doublé, passant de 18,7 à 38,3 pour 1000 (figure 12)²⁰⁷.

Aucune recension de la population collégiale ayant ou attendant un enfant n'est disponible²⁰⁸. Toutefois, il est possible de tracer un portrait partiel à partir des données de l'Aide financière aux études. Ainsi, en 2007-2008, au sein de la population étudiante collégiale qui bénéficiait du Programme de prêts et bourses, on dénombrait 47 étudiantes âgées de 15 à 19 ans et 132 âgées de 20 à 24 ans enceintes d'au moins 20 semaines. Également, toujours en 2007-2008, parmi les bénéficiaires du Programme de prêts et bourses à l'ordre d'enseignement collégial, ils étaient 95 étudiantes et étudiants de 15 à 19 ans ayant au moins un enfant à charge, et 1082 âgés de 20 à 24 ans dans la même situation²⁰⁹.

Dans le cadre d'une étude récente sur la conciliation travail-études au collégial, il ressort que la situation des jeunes adultes qui retournent à l'école ou au collège avec des responsabilités familiales est préoccupante, car, selon les chercheurs, « ce sont souvent eux qui doivent consacrer beaucoup d'heures à un emploi pendant leurs études pour des conditions de survie et non pas pour se donner un confort additionnel²¹⁰. »



Figure 12 : Taux de grossesse chez les adolescentes selon l'issue, le groupe d'âge et l'année, Québec



Source : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/Santescopie/element.asp?NoEle=147].

Pour la période 2001-2003, le taux de grossesse chez les 18-19 ans s'élevait à 63,5 par 1000, comparativement à 17,6 par 1000 chez les 14 à 17 ans.

Les deux tiers des grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans et plus de la moitié des grossesses chez les 18-19 ans aboutissent à une interruption volontaire de grossesse.

3.3.2 La criminalité, les agressions sexuelles et la violence conjugale

Quoique certaines études établissent que les jeunes de 15 à 24 ans traversent une période de leur vie où aller à l'encontre des règles établies fait partie intégrante de leur processus de développement²¹¹, la délinquance et la criminalité ne seront cependant le fait que d'une minorité d'entre eux, dont très peu auront par ailleurs à faire face au système de justice. Les risques de s'engager dans des activités criminelles seraient, entre autres, associés à l'abandon scolaire²¹². Il faut souligner que les données disponibles sur la criminalité et la délinquance, souvent issues des statistiques policières, sont partielles parce qu'elles portent uniquement sur les infractions rapportées et non sur les infractions commises.

En 2006, selon les statistiques policières québécoises, les taux de perpétration d'infractions au Code criminel les plus élevés^{xxxiii} (excluant les infractions liées à la conduite de véhicules) se retrouvent chez les 15 à 24 ans. Bien que les jeunes âgés de 12 à 17 ans demeurent surreprésentés parmi les auteurs présumés d'infractions au Code criminel, on remarque, pour la même année, une baisse de 12 % des infractions parmi ce groupe d'âge. Cette baisse est observée pour les crimes contre la personne, pour les crimes contre la propriété et pour les autres infractions au Code criminel. Les taux de victimisation des infractions contre la personne (à l'exclusion des vols qualifiés et des cas d'extorsion pour lesquels l'enregistrement systématique des victimes n'est pas requis), sont également plus élevés chez les 15 à 24 ans²¹³.

xxxiii Selon les cas déclarés aux autorités.

Toujours selon les statistiques policières, les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal représentent 22 % des infractions contre la personne qui ont été enregistrées au Québec en 2006. Le taux de ce type d'infractions a augmenté de façon importante chez les jeunes âgés entre 12 et 17 ans, mais c'est chez les adultes âgés de 18 à 39 ans que l'on observe les taux d'infractions les plus élevés. Les victimes identifiées de violence conjugale seraient principalement des femmes (83 %). C'est parmi le groupe d'âge des 30 à 39 ans (29,2 %) que se retrouvent avant tout les victimes; une proportion importante des victimes de violence conjugale se retrouve aussi dans le groupe des 18 à 24 ans (21 %) ²¹⁴. Des données d'enquête fournissent toutefois une description différente de la violence conjugale en contexte québécois. En effet, selon une enquête menée en 2004, la prévalence de la violence conjugale, telle qu'elle est rapportée, serait semblable pour les hommes et pour les femmes. Le taux de prévalence sur 12 mois de la violence conjugale exercée par le conjoint actuel ou par un ex-conjoint s'établirait à 18 par 1000 personnes. Enfin, toujours selon cette enquête, les victimes de violence conjugale seraient plus nombreuses chez les jeunes adultes que parmi la population plus âgée ²¹⁵.

Selon les statistiques de la Sécurité publique du Québec, les infractions sexuelles, qui comprennent les agressions sexuelles et d'autres infractions sexuelles prévues au Code criminel, comptent pour 7,5 % des infractions contre la personne enregistrées au Québec en 2006. Les groupes les plus touchés sont celui des jeunes filles âgées de moins de 18 ans (53 %) et celui des femmes adultes (30 %). Les jeunes garçons âgés de moins de 18 ans comptent aussi pour une part importante des victimes d'infractions sexuelles (14 %) ²¹⁶.

C'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on enregistre les plus hauts taux d'infractions au Code criminel et de victimisation des infractions contre la personne.

Une proportion importante des victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle se retrouverait parmi les 18 à 24 ans. Les jeunes filles âgées de moins de 18 ans constitueraient cependant le groupe le plus touché par les agressions sexuelles.



CONCLUSION

Ce portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans fait un tour d'horizon des principaux déterminants et des problèmes de santé qui caractérisent ce groupe d'âge. Bien qu'il traite de l'ensemble des jeunes âgés de 15 à 24 ans plutôt que seulement des cégépiens, il constitue une excellente source d'information disponible à ce jour sur la santé de ces derniers.

Le premier constat qui se dégage de ce portrait est que l'état de santé global d'une majorité de jeunes âgés entre 15 et 24 ans semble bon. Toutefois, quelques aspects de leur santé sont à surveiller. Ils doivent en ce sens figurer au centre des préoccupations pour l'amélioration et le maintien de leur santé.

Le deuxième constat de ce portrait, plus préoccupant, laisse en effet entrevoir que les jeunes ont des comportements ou caractéristiques susceptibles d'influer négativement sur leur santé. Ainsi, un bon nombre de jeunes n'ont pas une alimentation adéquate et ne sont pas suffisamment actifs. Également, une proportion importante de jeunes fume. C'est notamment chez les 20 à 24 ans que l'on enregistre la plus forte prévalence du tabagisme. De plus, la majorité consomme de l'alcool. Les 15 à 24 ans présentent à ce titre les plus fortes proportions de buveurs à risque parmi toutes les tranches d'âge et le plus grand risque de dépendance à l'alcool. On note aussi une hausse de la proportion de jeunes de 20 à 24 ans qui adoptent une consommation élevée d'alcool. Les 18 à 24 ans présentent aussi les plus hauts taux d'utilisation des drogues illicites. Enfin, les jeunes sont nombreux à ressentir un stress quotidien élevé.

Plusieurs jeunes ont des comportements à risque, notamment au regard des relations sexuelles, de la conduite automobile et des conduites en milieu de travail. Ainsi, les jeunes Québécois ont des relations sexuelles plus tôt et se protègent moins que dans les autres provinces canadiennes, et on note une augmentation du nombre de partenaires à vie depuis la dernière décennie. En ce qui a trait à la conduite automobile, les accidents de la route se révèlent l'une des premières causes de mortalité chez les 15 à 24 ans, avec le suicide.

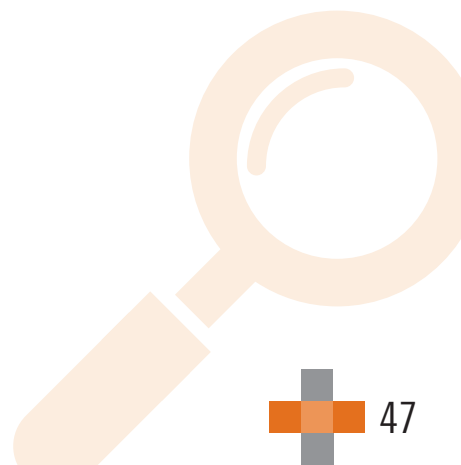
Le troisième constat que ce portrait fait également ressortir est que certains problèmes de santé physique, mentale ou d'adaptation sociale chez les 15 à 24 ans sont préoccupants. On observe notamment une hausse de la prévalence de l'excès de poids qui touche le tiers des jeunes. L'obésité, quant à elle, est en progression importante chez les jeunes Québécois depuis 1990, comme d'ailleurs au sein de la population en général, et est devenue un véritable problème de santé publique que l'on tend à qualifier d'épidémique. Au chapitre des maladies infectieuses, les taux d'infections épidémiques par la chlamydie génitale chez les jeunes femmes et ceux, non moins alarmants, d'infection gonococcique chez les jeunes hommes, sont en augmentation chez cette tranche de la population.

Bon nombre de jeunes présentent, par ailleurs, des problèmes de santé mentale, qu'il s'agisse, principalement, de détresse psychologique, de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux. Le Québec continue de présenter les plus hauts taux de suicide au Canada. Parmi les problèmes d'ordre psychosocial, les taux de grossesse chez les adolescentes sont plus élevés au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Enfin, c'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on enregistre les plus hauts taux de perpétration d'infractions au Code criminel et de victimisation des infractions contre la personne.

Une analyse différenciée selon le sexe permet, pour sa part, d'identifier des disparités entre les jeunes hommes et les jeunes femmes. Par exemple, une proportion plus importante de jeunes femmes disent éprouver un stress quotidien élevé. Ces dernières sont également plus touchées par les troubles mentaux, plus particulièrement la dépression et les troubles anxieux. Les troubles alimentaires sont également plus fréquents au sein de la population féminine. Cependant, la schizophrénie, les toxicomanies et les problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent affectent davantage les jeunes hommes. Ceux-ci auraient davantage tendance à se débrouiller seuls qu'à chercher appui auprès de leur réseau social comparativement aux jeunes femmes, et seraient plus vulnérables et à risque de suicide.

Ce portrait de santé des jeunes de 15 à 24 ans offre donc l'occasion de saisir l'importance de la diversité des services sociaux et de santé nécessaires pour prévenir les problèmes de santé physique, de santé mentale ou d'adaptation sociale chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans et d'agir sur ces problèmes, également pour maintenir la santé de ces jeunes et pour faire face aux problèmes qu'ils présentent. Les cégépiens formant notamment une proportion importante de ce groupe d'âge, la qualité de leur santé et de leur bien-être est d'autant plus importante qu'elle est directement liée à leur maintien au sein de leur parcours scolaire. Les collèges représentent à ce titre un lieu privilégié pour mener des activités de sensibilisation, de prévention et de promotion – voire d'intervention – en santé, permettant de rejoindre un important bassin de cette population.

Dans le contexte du nouveau cadre de référence visant à soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux et les collèges québécois, ce portrait s'avère essentiel pour appuyer tant les planificateurs que les professionnels du réseau de la santé et du réseau de l'éducation, dans la définition d'une offre de services sociaux et de santé destinée aux jeunes des collèges qui soit adaptée à leurs caractéristiques et à leurs besoins.



Migrations interrégionales

Tableau 6 : Répartition des nouveaux inscrits au collégial (réseaux public, privé, gouvernemental) au trimestre d'automne 2005, à l'enseignement ordinaire, à temps plein, dans un programme de DEC et qui étaient inscrits à la cinquième année du secondaire, à la formation générale à temps plein (secteur des jeunes), dans une école (publique, privée ou hors réseau), un an avant l'entrée au collégial, selon leur cégep de destination

Région	Jeunes du 5 ^e secondaire qui s'inscrivent dans un établissement collégial de leur région		Jeunes du 5 ^e secondaire qui s'inscrivent dans un établissement collégial situé à l'extérieur de leur région d'origine		Jeunes de l'extérieur qui s'inscrivent dans un établissement collégial de la région	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	79%	540	21%	141	0 %	21
BAS-SAINT-LAURENT	84%	1010	16%	193	3 %	304
CAPITALE-NATIONALE	93%	3595	7%	265	14 %	1358
CENTRE-DU-QUÉBEC	54%	658	46%	554	1 %	132
CHAUDIÈRE-APPALACHES	54%	1198	46%	1023	2 %	189
CÔTE-NORD	69%	280	31%	128	0 %	11
ESTRIE	88%	1279	12%	179	3 %	351
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	66%	326	34%	168	0 %	19
LANAUDIÈRE	51%	1128	49%	1083	1 %	90
LAURENTIDES	63%	1549	37%	898	5 %	508
LAVAL	30%	559	70%	1281	5 %	479
MAURICIE	91%	1276	9%	133	4 %	411
MONTÉRÉGIE	59%	4548	41%	3219	5 %	468
MONTRÉAL	95%	9569	5%	471	54 %	5437
NORD-DU-QUÉBEC	49%	39	51%	41	0 %	1
OUTAOUAIS	91%	1427	9%	146	1 %	77
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	93%	1782	7%	132	2 %	199
Total		30763		10055		10055

Source : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007). Secteur de l'information et des communications, Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs, *Système informatisé des prévisions de l'effectif étudiant au collégial (SIPEEC)*, printemps 2007.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. FÉDÉRATION DES CÉGEPS (2004). *Rapport de recherche sur les services psychosociaux et les services de santé dans les collèges en 2002-2003*, Québec, Fédération des cégeps, 80 p.
2. BANTUELLE, M., et R. DEMEULEMEESTER (sous la direction de) (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. Référentiel de bonnes pratiques*, Saint-Denis, INPES, collection Référentiels, 132 p.
3. STATISTIQUE CANADA (2005). *Taux de chômage selon la scolarité chez les 15-24 ans, Québec, 1990-2005*, Revue chronologique de la population active - CD-ROM, [En ligne], site Internet de l'Observatoire Jeunes et Société. [www.obsjeunes.qc.ca/F/veille/statistiques/insertion/chomage/cd1t02anChomScol15_24.htm] (Consulté en janvier 2009).
4. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2004). *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, p. 23.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2007). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les analyses, Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 131 p.
5. GAUTHIER, M. (2008). *Les jeunes : héritiers et acteurs. Quelques tendances*, atelier du 28 novembre 2008, « Passer du secondaire au collégial : quels sont les enjeux pour les étudiants et les établissements? », Consortium d'animation sur la persévérance et la réussite en enseignement supérieur, [En ligne], [www.uquebec.ca/capres/Animation-08-09/Atelier-08/Texte-ref-Gauthier.pdf] (Consulté en janvier 2009).
6. DESMARAIS, D., BEAUREGARD, F., GUÉRETTE, D., HRIMECH, M., LEBEL, Y., MARTINEAU, P., et S. PÉLOQUIN (2000). *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes. Un portrait complexe, une responsabilité collective*, Comité de la santé mentale du Québec, Québec, Les publications du Québec, 192 p.
7. STATISTIQUE CANADA (2007). « Transitions différées des jeunes adultes », *Tendances sociales canadiennes*, no 11-008 au catalogue, septembre 2007, p. 14-23.
8. ROY, J. (2007). « La perspective québécoise des valeurs des jeunes. Une étude de cas : les valeurs des cégépiens », *Pensée plurielle*, 2007/1, no 14, p. 38.

LACHANCE, M. J., BEAUDOIN, P., et J. ROBITAILLE (2005). « Les jeunes adultes québécois et le crédit », *Enfances, familles et générations*, no 2, printemps 2005, [En ligne]. [id.erudit.org/iderudit/010918ar], (Consulté en novembre 2008).

LANGLOIS, S. (1990). « Valeurs », dans LANGLOIS, S., et autres, *La société québécoise en tendances 1960-1990*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 633-640.
9. CÉGEP DE SAINTE-FOY (2000). *Avez-vous remarqué?*, Guide d'intervention du personnel auprès d'un étudiant avec des difficultés émotives, Sainte-Foy, Cégep de Sainte-Foy.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (1994). *Les services de santé et de bien-être aux étudiantes et aux étudiants des collèges – Guide*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 38 p.
11. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2005). *Tableaux statistiques. Population par année d'âge et par sexe, Québec, 1^{er} juillet 2005*, [En ligne], [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_popl/201_05.htm] (Consulté en août 2007).

12. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007a). *Effectif au collégial selon le type de programmes, le régime d'études, le groupe d'âge et le sexe, pour la session d'automne 2005*, Secteur de l'enseignement supérieur, Direction des systèmes et du contrôle en collaboration avec le Secteur de l'information et des communications, Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs, 2 p.
13. *Ibid.*
14. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2006). *Effectif scolaire des établissements d'enseignement collégial de la formation technique (DEC), selon la formation, le programme et le sexe, pour la session d'automne 2005*.
15. *Ibid.*
16. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2004). *Op. cit.* p. 18.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.
17. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2007). *Op. cit.* AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Qu'est-ce qui détermine la santé?*, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php] (Consulté en janvier 2009).
18. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2004). *Op. cit.*
19. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007b). *Pour un virage santé à l'enseignement supérieur, Cadre de référence pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*, Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, p. 4.
20. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Le Québec chiffres en main*, Édition 2008, gouvernement du Québec, mars 2008, p. 18.
21. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007c). *Système CHESCO*, novembre 2007.
22. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007d). *Cheminement scolaire à l'université*, décembre 2007.
23. HOULE, V. (2005). *Repérage en milieu collégial des étudiants et étudiantes à risque de développer des problèmes d'adaptation : description, analyse et faisabilité*, Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, mai 2005, 90 p.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005a). *Produire de la santé. Le rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p.
24. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2004). *Op. cit.*
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005a). *Op. cit.*
26. STATISTIQUE CANADA (2007). *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu*, Taux de faible revenu selon l'âge, Québec, 1996-2005, données compilées par l'ISQ, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/con_rev/con_rev_8.htm] (Consulté en juillet 2008).
27. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Op. cit.*, p. 21.

28. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2003). *Enquête sur les conditions de vie des étudiants de la formation professionnelle au secondaire, du collégial et de l'université 2002*, Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Aide financière aux études, 357 p.
29. SERVICE RÉGIONAL D'ADMISSION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN et FÉDÉRATION DES CÉGEPS (2007). *Aide-nous à te connaître*, sondage produit par le SRAM, Montréal.
30. CÉGEP RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE et DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION (2004). *Habitudes de vie et perception de soi des étudiants du Cégep régional de Lanaudière, Saint-Charles-Borromée*, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, Repentigny, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, Cégep régional de Lanaudière, 86 p.
31. DANDURAND, R. B. (1995). « Jeunes adultes et vie familiale », *Jeunes adultes et précarité : contraintes et alternatives*, Actes du colloque du Conseil permanent de la jeunesse, Montréal, ACFAS et Université du Québec à Montréal, p. 29-35.
32. SERVICE RÉGIONAL D'ADMISSION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN et FÉDÉRATION DES CÉGEPS (2007). *Op. cit.*
33. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2003). *Op. cit.*
34. *Ibid.*
35. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2004). *Soutien et services offerts par les cégeps et les établissements universitaires aux étudiantes enceintes ou qui ont récemment accouché. Résultats d'une enquête*, Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 24 p.
36. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Les statistiques, Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 659 p.
37. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2003). *Op. cit.*
38. LACHANCE, M. J., BEAUDOIN, P., et J. ROBITAILLE (2005). « Les jeunes adultes québécois et le crédit », *Enfances, Familles et Générations*, no 2, printemps 2005, [En ligne]. [www.erudit.org/revue/efg/2005/v/n2/010918ar.html] (Consulté en mai 2007).
39. *Ibid.*
40. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). *Op. cit.*
41. ROY, J. (2008a). « Travailler, étudier et réussir : Quelle est la responsabilité des entreprises? », résumé de communication, colloque sur la réussite éducative, avril 2008, Québec, [En ligne]. [innovons.qc.ca/documents/V-2-04_Roy_txt.pdf] (Consulté en novembre 2008).
42. HOULE, V. (2005). *Op. cit.*
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2004). *Op. cit.*
- MARSHALL, K. (2007). « La vie bien chargée des adolescents », *Perspective*, Statistique Canada, no 75-001-XIF au catalogue, [En ligne], [www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/10507/9635-fra.pdf] (Consulté en janvier 2009).
- ROY, J., N. MAINGUY, et autres (2005). *Étude comparée sur la réussite scolaire en milieu collégial selon une approche d'écologie sociale*, Sainte-Foy, Cégep de Sainte-Foy, 196 p.
43. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Op. cit.* p. 9.
44. *Ibid.*, p. 19 et 20.

45. *Ibid.*
46. ROY, J. (2008b). « Pour contrer le décrochage scolaire ... », *Le Soleil*, 8 octobre 2008, [En ligne]. [www.cyberpresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/200810/07/01-27273-pour-contrer-le-decrochage-scolaire.php] (Consulté en novembre 2008).
47. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2007). *Réalités des jeunes sur le marché du travail en 2005*, Québec, ISQ, 153 p.
48. SERVICE RÉGIONAL D'ADMISSION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN et FÉDÉRATION DES CÉGÉPS (2007). *Op. cit.*
49. *Ibid.*
50. ROY, J. (2008b). *Op. cit.*
51. *Ibid.*
52. ROY, J. (2008a). *Op. cit.*
53. HOULE, V. (2005). *Op. cit.*
54. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). *Op. cit.*
55. CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL (2006). *Le Progrès des enfants et des jeunes au Canada 2006*, [En ligne], [www.ccsd.ca/pccy/2006/f/pdf/pccy_2006.pdf], (Consulté en mai 2007).
56. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) - Fichier PUMF – Ensemble du Québec.
57. HOULE, V. (2005). *Op. cit.*
- LAPLANTE, M. (2004). *Étude des besoins psychosociaux des étudiants du Collège de Valleyfield*, Collège de Valleyfield, Valleyfield, Québec, février 2004, 19 p.
- ROY, J., N. MAINGUY, et autres (2005). *Op. cit.*
- TREMBLAY, G., et autres, (sous la direction de) (2006). *Recherche-action pour développer un modèle d'intervention favorisant l'intégration, la persévérance et la réussite des garçons aux études collégiales. Synthèse de la recherche*, Université de Montréal, 16 p.
58. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2006). *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 50 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, Genève, OMS, 197 p.
59. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007b). *Op. cit.*
60. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2006). *Op. cit.*
61. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007b). *Op. cit.*
62. NOLIN, B., et D. HAMEL (2005). « Les Québécois bougent plus mais pas encore assez », dans M. VENNE et A. ROBITAILLE (sous la direction de), *L'Annuaire du Québec 2006*, Montréal, Fides, p. 296-311.
63. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007b). *Op. cit.*
64. STATISTIQUE CANADA (2006).

65. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Op. cit.*, cité dans MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007b). *Op. cit.*, p. 5.
66. NOLIN, B., ET D. HAMEL (2005). *Op. cit.*
67. CÉGEP RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE et DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION (2004). *Op. cit.*
GRENIER, J. (2006). *Description de l'habitude de pratique régulière d'activités physiques des étudiants de niveau collégial, Rapport de recherche*, Montréal, Cégep du Vieux Montréal, 188 p.
68. SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009, Portrait de la jeunesse*, [En ligne], [www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/portrait.htm] (Consulté en décembre 2007).
69. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2005). *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*, Ottawa, ICIS, 91 p.
70. STATISTIQUE CANADA (2005). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 3.1)*, tableau CANSIM 105-0427.
71. BERNIER, S., et D. HAMEL, (2006). *Évolution de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 15 ans et plus, 1994-1995 à 2003*, Québec, gouvernement du Québec, 12 p.
72. *Ibid.*
73. CÉGEP RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE et DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION (2004). *Op. cit.*
74. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) - Fichier de partage.
75. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2007). *Op. cit.*, p. 110.
76. SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009, Portrait de la jeunesse*, [En ligne], [www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/portrait.htm] (Consulté en décembre 2007).
77. CÉGEP RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE et DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION (2004). *Op. cit.*
78. LEFÈBVRE, L. (1995). « Ecstasy et danse de la mort », *Bulletin d'information toxicologique*, vol. 11, no 3, [En ligne], [www.inspq.qc.ca/ctq/bulletin/articles/xtasy.asp?E=p] (Consulté en janvier 2009).
79. SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009, Portrait de la jeunesse*, [En ligne], [www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/portrait.htm] (Consulté en décembre 2007).
80. ADLAF, E. M., P. BÉGIN, et E. SAWKA, (Eds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC). Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 55-57.
81. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, [En ligne], [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf], p. 134.
82. ADLAF, E. M., P. BÉGIN, et E. SAWKA (Eds.) (2005). *Op. cit.*

83. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2007, provenant de l'ESCC Cycle 3 -1.2 (santé mentale) – Fichier de partage – 2002.
84. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et autres (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, p. 20.
85. BERNIER, M. (2005). *Le cannabis inoffensif ?* [En ligne], [www.cocp.ulaval.ca/sgc/pid/1085] (Consulté en novembre 2007).
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, France (2005). *Programme d'information sur les méfaits du cannabis*, discours du ministre français, [En ligne]. [www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_050202pdb.htm] (Consulté en novembre 2007).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Les jeunes et le cannabis*, [En ligne], [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-810-01.pdf], (Consulté en novembre 2008).
86. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2007, provenant de l'ESCC Cycle 3-1.2 (santé mentale) – Fichier de partage – 2002.
87. ADLAF, E. M., P. BÉGIN, ET E. SAWKA (Eds.) (2005). *Op. cit.*
88. CÉGEP RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE et DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION (2004). *Op. cit.*
89. GAGNÉ, M. (2006). *La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes Québécois de moins de 20 ans. Une comparaison internationale*, Québec, Institut national de santé publique, 120 p.
90. *Ibid.*
91. NAKKAB, S. (1997). « Adolescent sexual activity », *International Journal of Health*, vol. 26, no 1, p. 23-34.
- TURCOTTE, D. (1997). « Facteurs relatifs à l'adoption de comportements préventifs et contraceptifs dans une population d'adolescents », mémoire de maîtrise, Chicoutimi, Université du Québec.
- PETERSON, A. C., N. LEFFERT, et B. L. GRAHAM (1995). « Adolescent development and the emergence of sexuality », *Suicide and life threatening behavior*, vol. 25, p. 4-17, cité dans C. TREMBLAY (2001).
- « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir », *L'infirmière du Québec*, septembre/octobre, p. 43-50.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL (2005b). « La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste! », *Ça s'exprime*, vol. 1, no 2, hiver 2005, [En ligne], [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documenta-tion/2004/04-314-02.pdf] (Consulté en décembre 2008).
92. ROTERMANN, M. (2008). « Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence », *Rapports sur la santé*, vol. 19, no 3, septembre 2008, Statistique Canada, no 82-003-XPB au catalogue, p. 1 et 2.
93. *Ibid.*
94. ROTERMANN, M. (2005). « Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes », *Rapport sur la santé*, vol. 16, no 3, mai 2005, Statistique Canada, p. 47.
95. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL (2005b). *Op. cit.*

96. ROTERMANN, M. (2005). *Op. cit.*
97. ROTERMANN, M. (2008). *Op. cit.*
98. LAMBERT G., et autres. (2007). *Je passe le test - Rapport d'étape : octobre 2005 à novembre 2006. Intervention auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal.* Enquête santé sexuelle et offre de dépistage sur prélèvement urinaire, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, [En ligne], [www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfitss/Cegep_rapport_etape.pdf] (Consulté en décembre 2007).
99. *Ibid.*
100. *Ibid.*
101. FRAPPIER, J.-Y., KAUFMAN, et autres. (2008). « Sex and sexual health : A survey of Canadian youth and mothers », *Paediatrics & Child Health*, vol. 13, no 1, p. 25-30.
102. *Ibid.*
103. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2007, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier de partage.
104. DESMARAIS, D., et autres (2000). *Op. cit.* p. 178.
105. LESAGE A, et autres (2007). « L'utilisation des services reliés aux problèmes de santé mentale au Québec. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002. Santé mentale et bien-être », présentée aux Journées biennuelles de santé mentale du Québec, 18 mai 2007.
106. *Ibid.*
107. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC 2.1. (2003) – Fichier PUMF – Ensemble du Québec.
108. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, p. 23.
109. *Ibid.*, p. 53.
110. BANTUELLE, M., et R. DEMEULEMEESTER, (sous la direction de) (2008). *Op. cit.*, p. 32.
111. HOULE, V. (2005). *Op. cit.*
INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2005). *Op. cit.*
112. RIVIÈRE, B., et J. JACQUES (2000). « Les représentations sociales de la réussite et de l'appartenance sexuelle chez les cégépiens », *Revue québécoise de psychologie*, 21(1), p. 16.
113. TREMBLAY, et autres (2006). *Op. cit.*, p. 14.
114. SANTÉ CANADA (2008). *Votre santé et vous. Santé mentale – Gestion du stress*, gouvernement du Canada, [En ligne], [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.pdf] (Consulté en novembre 2008).
115. *Ibid.*
116. BORDELEAU, M., et I. TRAORÉ (2007). *Santé générale, santé mentale et stress au Québec. Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu*, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, version révisée, Québec, Institut de la statistique du Québec, juin 2007, 4 p.

117. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier Pumpf – Ensemble du Québec.
118. ROY, J., J. BOUCHARD, et M. A. TURCOTTE (2007). *Rapport d'enquête. La pratique d'activités socioculturelles au collège : un soutien réel à la réussite*, mai 2007, Québec, 50 p.
ROY, J., N. MAINGUY, et autres (2005). *Op.cit.*
119. ROY, J., J. BOUCHARD, et M. A. TURCOTTE (2007). *Op. cit.*
120. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, p. 3.
121. *Ibid.*, p. 5.
122. COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES (2007). *Livre blanc. Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité*, Bruxelles, Commission des communautés européennes, [En ligne] [www.senat.fr/europe/textes_europeens/e3556.pdf] (Consulté en novembre 2008).
123. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007b). *Op. cit.*
124. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Série de rapports techniques, no 894, Genève, OMS, [En ligne]. [whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf] (Consulté en novembre 2008), 284 p.
125. AUDET, N. (2007). « L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes », *Zoom santé*, juin 2007, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 1-5.
126. CÉGEP RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE et DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION (2004). *Op. cit.*
127. MONGEAU, L., N. AUDET, et autres (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, gouvernement du Québec, 23 p.
128. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a). *Programme national de santé publique 2003-2012*, mise à jour 2008, Québec, gouvernement du Québec, p. 29.
129. STATISTIQUE CANADA (2005). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 3.1)*. Tableau CANSIM 105-0401, mise à jour du tableau CANSIM 105-0201.
130. Réf. : www.idf.org/home/index.cfm?unode=23B0B1F8-4596-41F3-81FB-0C036CE2A664
131. CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL (2006). *Op. cit.*
132. *Ibid.*
133. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2007 (et projections 2008)*, Québec, gouvernement du Québec, 82 p.
134. Réf. : [www.publications, msss.gouv.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-329-02.pdf], p. 17.
135. Réf. : [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/522-mortaliteTraumatismesNonIntentionnels.pdf], p. 21.
136. GAGNÉ, L.-M. « SAAQ/campagne publicitaire. Pas assez choquante », *Le Journal de Montréal*, 29 mai 2007, [En ligne], [www.canoe.com/archives/infos/quebeccanada/2007/05/20070529-073901.html] (Consulté en décembre 2007).
137. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2007). *Bilan routier 2006*, 26 p.

138. *Ibid.*
139. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2008). *Bilan routier 2007*, p. 12.
140. LEDOUX, E., et M. LABERGE (2006). *Bilan et perspectives de recherche sur la SST des jeunes travailleurs*, Études et recherches - Rapport R-481, Montréal, IRSST, 80 p.
141. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier PUMF – Ensemble du Québec.
142. BÉLANGER, P. (2008). « La santé mentale chez les adultes, un survol », *Sélections – Santé Laval*, vol. 5, no 8, octobre 2008, Direction de santé publique de Laval, Québec, p. 1.
- CAMIRAND, H. et NANHOU, V. (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 », *Zoom santé*, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, septembre 2008, 4 p.
143. *Ibid.*
144. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier PUMF – Ensemble du Québec.
145. ROY, J., N. MAINGUY, et autres (2005). *Op.cit.*
146. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Op. cit.*, p. 21.
147. *Ibid.*, p. 23.
148. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Op. cit.*
- DESMARAIS, D., et autres (2000). *Op. cit.*
149. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Op. cit.*
150. *Ibid.*, p. 69.
151. ROY, J., N. MAINGUY, et autres (2005). *Op.cit.*
- DESMARAIS, D., et autres (2000). *Op. cit.*
152. POULIN, C., et autres (2004). « Les troubles anxieux constituent-ils un problème de santé publique? », *Santé mentale au Québec*, XXIX, 1, p. 63.
153. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2004). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, Rapport 1, novembre 2004, p. 91.
154. POULIN, C., et autres (2004). *Op. cit.*, p. 63.
155. DESMARAIS, D., et autres (2000). *Op. cit.*, p. 30.
156. *Ibid.*
157. *Ibid.*
158. Données recueillies dans le cadre d'un projet pilote mené par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport à partir de l'information fournie par les deux cégeps désignés (Cégep de Sainte-Foy, Cégep du Vieux Montréal) en fonction des plans d'intervention réalisés dans chacun des établissements de leur territoire respectif et par le Collège Dawson pour sa propre clientèle.
159. FÉDÉRATION DES CÉGEPS (2005). *Étudiants handicapés au cégep. Portrait de situation – automne 2004*, Montréal, Fédération des cégeps, 27 p.

160. HALLAHAN, D. P., et D. R. MOCK (2006). « A brief history of the field of learning disabilities », dans H. L. SWANSON, K. R. HARRIS, et S. GRAHAM (Eds) (2003). *Handbook of Learning Disabilities*, New York, The Guilford Press, p. 16-29.
161. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants*, Québec, Direction du programme de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 162 p.
162. ASSOCIATION CANADIENNE DES TROUBLES D'APPRENTISSAGE (2007). *L'aspect canadien des troubles d'apprentissage*, ACTA.
163. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier PUMF – Ensemble du Québec.
164. Données recueillies dans le cadre d'un projet pilote mené par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport à partir de l'information fournie par les deux cégeps désignés (Cégep de Sainte-Foy, Cégep du Vieux Montréal) en fonction des plans d'intervention réalisés dans chacun des établissements de leur territoire respectif et par le Collège Dawson pour sa propre clientèle.
165. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2008). *Statistiques de la Direction de l'adaptation scolaire*, Québec, février 2008.
166. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Op. cit.*
167. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier PUMF – Ensemble du Québec.
168. INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS (2007). *La dépression chez les jeunes*, [En ligne], [www.douglas.qc.ca/mental-health-info/depression/youth-depression.asp?l=f] (Consulté en mai 2007).
169. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Op. cit.*, p. 330.
170. HOULE, V. (2005). *Op. cit.*, p. 19.
 WHITE, J. (1998). *La prévention du suicide chez les jeunes, Un cadre d'action pour la Colombie-Britannique*, Suicide Prevention and Resource Centre of British Columbia.
171. DESMARAIS, D., et autres (2000). *Op. cit.* p.178.
172. POULIN, C. et autres (2004). *Op. cit.*
173. Données transmises par le Service de la surveillance de l'état de santé, à partir des données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en juillet 2008, provenant de l'ESCC Cycle 3.1 (2005) – Fichier PUMF – Ensemble du Québec.
174. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Op. cit.*, p. 82.
175. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (2008). « La schizophrénie », [En ligne], [www.acsm.ca/bins/content_page.asp?cid=3-100&lang=2] (Consulté en novembre 2008).
176. SANTÉ CANADA (2002). *Meilleures pratiques. Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, p. 62.

177. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Op. cit.*
178. INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS (2007). *Les troubles de l'alimentation*, [En ligne], [www.douglas.qc.ca/mental-health-info/eating-disorders/eating-a-z/index.asp?l=f] (Consulté en août 2007).
179. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et autres (2006). *Op. cit.*, p. 26 et 27.
180. ADLAF, E. M., P. BÉGIN, et E. SAWKA (Eds.) (2005). *Op. cit.*
181. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Op. cit.*, p. 140.
182. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et autres (2006). *Op. cit.*, p. 27.
183. VITARO, F., et autres (2001). « Consommation de substances psychoactives, troubles de comportement et sentiments dépressifs à l'adolescence », *Santé mentale au Québec*, 26, p. 106-131; cité dans COMITÉ PERMANENT SUR LES TROUBLES CONCOMITANTS (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, Montréal, p. 14.
184. FLYNN, et autres (1996). « Comorbidity of Antisocial Personality and Mood Disorders among Psychoactive Substance-Dependent Treatment Clients », *Journal of Personality Disorders*, 10 (1), p. 56-67.
- TIMS, et autres (2002). « Characteristics and Problems of 600 Adolescents Cannabis Abusers in Outpatient Treatment », *Addiction*, 97, p. 46-57; cité dans COMITÉ PERMANENT SUR LES TROUBLES CONCOMITANTS (2005). *Op. cit.*, p. 15.
185. MARTIN, I., R. GUPTA, et J. L. DEREVENSKY (2007). « Participation aux jeux de hasard et d'argent » dans G. DUBE, et autres (2007). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*, 2006, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, p. 124-144.
186. CHEVALIER, S., et autres (2004). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*, Montréal et Québec, Institut national de santé publique du Québec et Université Laval.
- DEREVENSKY, J., GUPTA, R., DICKSON, L. et DEGUIRE, A-E. (2001). *Prevention Efforts Toward Minimizing Gambling Problems*. Paper prepared for the National Council for Problem Gambling, Center for Mental Health Services (CMS) and the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Washington, D.C.
187. KAIROUZ, S., et autres (2006). *Approche intégrative des jeux de hasard et d'argent*, Rapport de recherche présenté au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, ministère de la Santé et des Services sociaux et Loto-Québec, 4 janvier 2006, 89 p.
188. *Ibid.*, p. 3.
189. *Ibid.*, p. 1.
190. *Ibid.*, p. 45.
191. VAUGEOIS, P. (2006). *La cyberdépendance : fondements et perspectives*, Centre québécois de lutte aux dépendances, novembre 2006, p. 9.
192. *Ibid.*, p. 14.
193. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Op. cit.*
194. CENTRE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION SUR LE SUICIDE ET L'EUTHANASIE (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*, [En ligne]. [www.criseapplication.uqam.ca] (Consulté en novembre 2008).

195. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2007). *La mortalité par suicide au Québec : évolution du problème*, présentation PowerPoint Danielle Saint-Laurent et Mathieu Gagné, INSPQ, gouvernement du Québec et CRISE, janvier 2007.
196. Données provisoires provenant des fichiers du Coroner pour l'année 2006. Données compilées en janvier 2008 par l'INSPQ.
197. *Ibid.*
198. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). Service de la surveillance, Registre des événements démographiques du Québec (fichier décès), données provisoires, décembre 2008.
199. *Ibid.*
200. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 57.
201. FÉDÉRATION DES CÉGEPS (2008). *La problématique du suicide chez les jeunes et dans les cégeps : portrait de la situation*, synthèse du dossier préparé dans le cadre de la campagne de sensibilisation entourant la Déclaration en prévention du suicide, 6 p.
202. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Op. cit.*, p. 111.
203. GOULET, C., et autres (2001). « Le point sur les mères adolescentes au Québec », *Ruptures*, 8 (2), p. 21-34.
204. *Ibid.*
205. *Ibid.* p. 25.
206. *Ibid.* p. 25 et 26.
207. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005). [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=147], (Consulté en novembre 2008).
208. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *Jeunes filles enceintes et mères adolescentes. Un portrait statistique*, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 16 p.
209. Données transmises par le secteur de l'Aide financière aux études du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, extraites de la *Banque de données de l'Aide financière aux études*, parmi les bénéficiaires du programme de prêts et bourses à l'ordre d'enseignement collégial pour l'année 2007-2008.
210. ROY, J. (2008b). *Op. cit.*
211. MATARAZZO, A. (2006). *Les comparutions devant les tribunaux d'un groupe de jeunes et de jeunes adultes*, Statistique Canada, no 11-008, p. 6.
212. STEVENSON, K., et autres (2006). « Les jeunes et la criminalité », dans *Tendances sociales canadiennes*, été 1999, p. 17-22.
213. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2007). *Les statistiques 2006 sur la criminalité au Québec*, Québec, 100 p.
214. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2007). *Les statistiques 2006 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*, Québec, 48 p. et annexes.
215. LAROCHE, D. (2007). *Contexte et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes en 2004*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p.
216. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2007). *Les statistiques 2006 sur les agressions sexuelles au Québec*, Québec, 59 p.

