



## Habitudes de santé personnelles

*« Aujourd’hui, on reconnaît plus que jamais le rôle important de l’environnement socio-économique dans la détermination des habitudes de vie personnelles. »*

— Association canadienne de santé publique, *Incidences des conditions et des politiques socio-économiques sur la santé : Conséquences au plan de la politique publique, 1997.*

**L** existe une vaste gamme d’habitudes de santé personnelles qui influent sur la santé des Canadiennes et des Canadiens. Cela dit, il semble de plus en plus acquis que les choix « personnels » face au mode de vie sont largement influencés par l’environnement socio-économique au sein duquel les gens vivent, s’instruisent, travaillent et se reproduisent. Le présent chapitre examine huit habitudes de santé importantes : la consommation d’alcool et l’usage du tabac, l’utilisation de drogues illicites, des méthodes de protection choisies, les comportements sexuels qui accroissent le risque de maladies transmises sexuellement (MTS), le dépistage du VIH, l’activité physique, les saines habitudes alimentaires et le jeu. Les tendances du poids corporel, qui résulte en grande partie de l’activité physique et des habitudes alimentaires, sont également abordées. Les efforts des Canadiens pour se protéger et pour protéger leurs enfants de l’exposition excessive au soleil sont présentés au chapitre 4. Des renseignements sur les effets du revenu, du niveau d’instruction et d’autres facteurs déterminants sur les habitudes de santé personnelles ont été fournis lorsqu’ils étaient disponibles.

## Faits saillants

### ***Les Canadiens font des efforts impressionnants pour améliorer leur santé.***

- ◆ Presque la moitié de la population canadienne de 12 ans ou plus a déclaré avoir modifié certaines habitudes dans le but d'améliorer sa santé dans l'année précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.
- ◆ En général, les taux de tabagisme ont chuté de façon remarquable chez les Canadiens de 15 ans et plus, allant de 47 p. 100 en 1970 à 30 p. 100 en 1990. Depuis, on a noté certaines fluctuations, mais aucune tendance nette des taux de tabagisme généraux.
- ◆ Il y a eu une baisse marquée des collisions de la route mortelles au cours des vingt dernières années. Cette baisse est attribuable, en partie du moins, au port accru de la ceinture de sécurité et au fait que les gens conduisent de moins en moins avec facultés affaiblies.

### ***Il n'en demeure pas moins qu'on peut améliorer de beaucoup les habitudes de santé personnelles. Compte tenu des taux élevés de stress chez les jeunes décrits dans d'autres chapitres du rapport, il n'est pas surprenant que les habitudes de santé néfastes constituent une menace particulière pour les adolescents et les jeunes adultes.***

- ◆ Les taux de tabagisme ont augmenté considérablement au cours des cinq dernières années chez les adolescents et les jeunes, surtout chez les jeunes femmes. Chez les jeunes filles de 12 à 19 ans, ils sont nettement supérieurs à ceux des jeunes hommes.
- ◆ Les taux d'usage du tabac chez les peuples autochtones sont le double du taux général du Canada. Les enfants autochtones commencent à fumer et à consommer de l'alcool et des drogues beaucoup plus tôt que les enfants issus de la population en général.
- ◆ Le taux de consommation de drogues multiples, surtout la combinaison d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes du secondaire, a augmenté considérablement, du moins dans les régions étudiées.
- ◆ Les comportements à risques multiples, y compris les combinaisons dangereuses comme la consommation d'alcool ou de drogues et la conduite automobile, ou l'alcool, les drogues et les relations sexuelles sans protection, demeurent particulièrement élevés chez les jeunes gens, surtout les jeunes hommes.
- ◆ Au Canada, la proportion d'hommes et de femmes au poids excessif a augmenté régulièrement entre 1985 et 1996-1997, passant de 22 p. 100 à 34 p. 100 chez les hommes, et de 14 p. 100 à 23 p. 100 chez les femmes.
- ◆ Les taux d'activité physique chutent rapidement avec l'âge et on note de grandes différences entre les hommes et les femmes. Chez les 12 à 14 ans, 54 p. 100 des garçons et 33 p. 100 des filles étaient actifs dans leurs loisirs. Rendu à l'âge de 20 à 24 ans, le pourcentage des hommes actifs baissait à 39 p. 100 et celui des femmes, à 22 p. 100.
- ◆ En 1994-1995, 51 p. 100 des femmes de 15 à 19 ans sexuellement actives qui avaient plus d'un partenaire sexuel et 29 p. 100 des hommes du même groupe d'âge déclaraient avoir eu des rapports sexuels sans condom au cours de l'année précédente. Chez les 20 à 24 ans, 53 p. 100 des femmes sexuellement actives et 44 p. 100 des hommes déclaraient avoir eu des rapports sexuels sans condom au cours de l'année précédente.

### **L'utilisation de drogues injectables (UDI) en relation avec l'infection à VIH et l'hépatite C constitue une préoccupation majeure.**

- ◆ En 1997, 20 p. 100 des cas de sida chez les adultes résultaient de l'utilisation de drogues injectables, comparativement à moins de 2 p. 100 avant 1990 et à 5 p. 100 en 1993.
- ◆ L'on croit que 70 p. 100 des infections virales d'hépatite C pourraient être liées à l'utilisation de drogues.

## **Tendances des habitudes de santé**

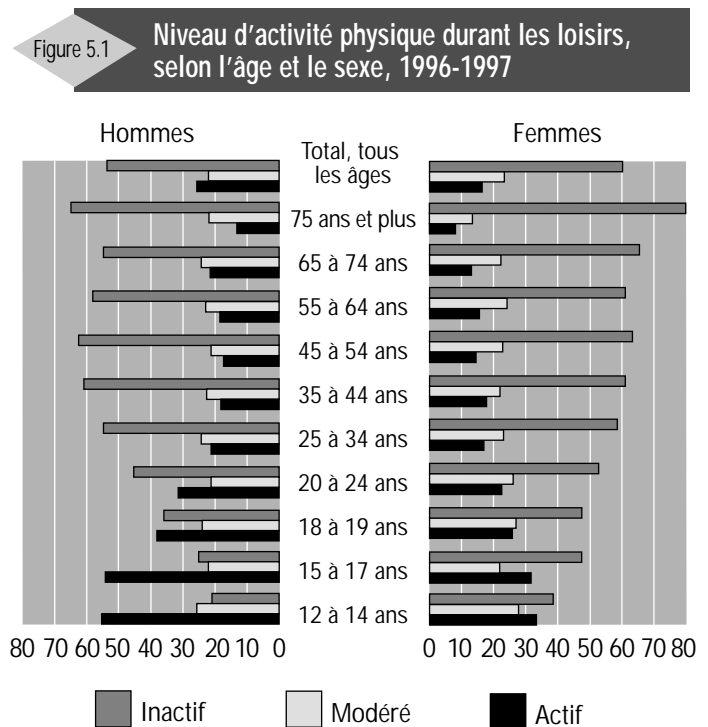
Presque la moitié de la population canadienne de 12 ans ou plus a déclaré avoir modifié certaines habitudes pour améliorer sa santé dans l'année précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, et une proportion légèrement plus grande a déclaré avoir besoin de changer certaines habitudes à l'avenir. Les femmes étaient plus enclines que les hommes à déclarer des changements d'habitudes de santé au cours de la dernière année, à reconnaître le besoin de ces changements et à manifester le désir d'agir au cours de la prochaine année. Hommes et femmes ayant reconnu le besoin de changement semblaient s'entendre sur le fait que la pratique de l'exercice physique était l'habitude de santé personnelle la plus nécessaire. Ils indiquaient que le manque de volonté et de temps s'avéraient les principaux obstacles aux changements de mode de vie.

Les modifications des habitudes s'avéraient plus populaires en Ontario (50 p. 100), et moins populaires en Saskatchewan (39 p. 100)<sup>1</sup>.

### **Activité physique**

Le manque d'activité physique est reconnu comme un facteur de risque important pour l'insuffisance coronarienne et d'autres problèmes de santé graves. À l'inverse, la vie active procure maints avantages pour la santé, y compris un risque moindre de cancer, de diabète, de maladie cardiaque et d'ostéoporose, ainsi qu'un plus grand sentiment de bien-être<sup>2</sup>.

Des études ont révélé une augmentation considérable des niveaux d'activité physique de loisir chez les Canadiens, entre 1981 et 1995<sup>3</sup>. En 1996-1997, 21 p. 100 des Canadiens de 12 ans ou plus ont été classés physiquement actifs durant leurs loisirs; 23 p. 100 étaient modérément actifs alors que plus de la moitié (57 p. 100) étaient inactifs. Ces taux sont semblables à ceux de 1994-1995, où 58 p. 100 des Canadiens étaient physiquement inactifs. Comme l'indique la figure 5.1, les hommes ont continué, à tout âge, de déclarer des taux d'activité physique

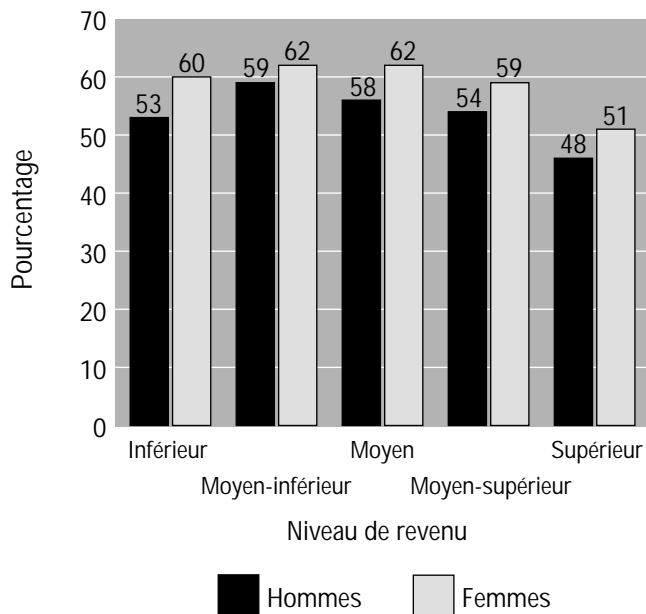


Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

## Définition de l'ENSP

- ◆ Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le **niveau d'activité** est classé en désignant une estimation des kilocalories utilisées par kilogramme de poids corporel par jour : actif = 3,0 ou plus, modéré = 1,5 à 2,9, inactif = moins que 1,5.

Figure 5.2  
Pourcentage des Canadiens qui ne sont pas physiquement actifs durant leurs loisirs, selon le sexe et le revenu, 12 ans ou plus, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Chez les femmes au revenu supérieur, 51 p. 100 étaient physiquement inactives, contre 60 p. 100 des femmes au revenu inférieur. Les Canadiens à faible revenu peuvent être plus susceptibles d'occuper des emplois qui demandent un travail physique, et cela peut jouer sur leur besoin ou leur désir de participer à des activités physiques durant leurs loisirs. Mais il y a d'autres obstacles à la participation relatifs au revenu également, y compris les coûts de l'équipement et les frais d'adhésion aux activités récréatives. Il faut étudier davantage les liens entre le revenu et la participation à l'activité physique.

Selon l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, seulement un tiers des enfants et des jeunes Canadiens sont suffisamment actifs physiquement pour satisfaire aux normes maximums de développement sain. L'une des raisons peut en être le coût de la participation aux sports et aux loisirs. En 1995, près de la moitié des familles au revenu inférieur à 20 000 \$ par année mentionnaient les coûts élevés pour justifier leur absence de participation aux activités physiques, contre un tiers des familles au revenu égal ou supérieur à 60 000 \$ par année<sup>5</sup>.

supérieurs à ceux des femmes et des taux inférieurs de comportement sédentaire. Les données indiquent qu'après 18 ans, il y a une chute importante des niveaux d'activité chez les jeunes hommes. Le nombre de filles et de femmes actives baisse progressivement à compter de l'adolescence.

Une analyse de l'ENSP de 1994-1995 indiquait que les immigrants non européens étaient particulièrement susceptibles d'avoir été physiquement inactifs durant leurs loisirs (67 p. 100), et cette tendance a peu varié avec le temps, peu importe la durée de leur séjour au Canada. Par contre, la proportion d'immigrants européens qui déclarent des loisirs inactifs passait de 59 p. 100 chez les immigrants récents à 51 p. 100 chez ceux de longue date (moins que parmi les citoyens nés au Canada)<sup>4</sup>.

Selon l'ENSP de 1996-1997, les taux les plus élevés d'activité physique de loisir ont été déclarés par les hommes et les femmes au revenu supérieur. Comme l'indique la figure 5.2, seulement 48 p. 100 des hommes au revenu supérieur étaient inactifs, contre 53 p. 100 des hommes au revenu inférieur.

## Saines habitudes alimentaires

L'alimentation en général, et la consommation de matières grasses en particulier, sont liées à certaines des principales causes de décès, dont le cancer et l'insuffisance coronarienne. Cependant, peu de données existent sur l'alimentation véritable des Canadiens.

L'ENSP de 1994-1995 révélait que 45 p. 100 des hommes et 47 p. 100 des femmes considéraient leurs habitudes alimentaires comme excellentes ou très bonnes; 16 p. 100 des hommes comme des femmes les qualifiaient de moyennes ou mauvaises. Les Canadiens à faible revenu étaient plus aptes à décrire leurs habitudes alimentaires comme moyennes ou mauvaises que les Canadiens au revenu supérieur.

Les gras alimentaires préoccupaient de nombreux Canadiens : 59 p. 100 des personnes de 12 ans ou plus disaient se soucier des matières grasses dans leur alimentation et prendre des mesures pour en réduire l'apport. Deux tiers des femmes (67 p. 100) ont déclaré prendre des mesures pour réduire les gras alimentaires, contre 50 p. 100 des hommes. De même, un tiers des femmes (32 p. 100) ont déclaré s'efforcer d'accroître les féculents et les fibres dans leur alimentation, contre un homme sur cinq environ (20 p. 100).

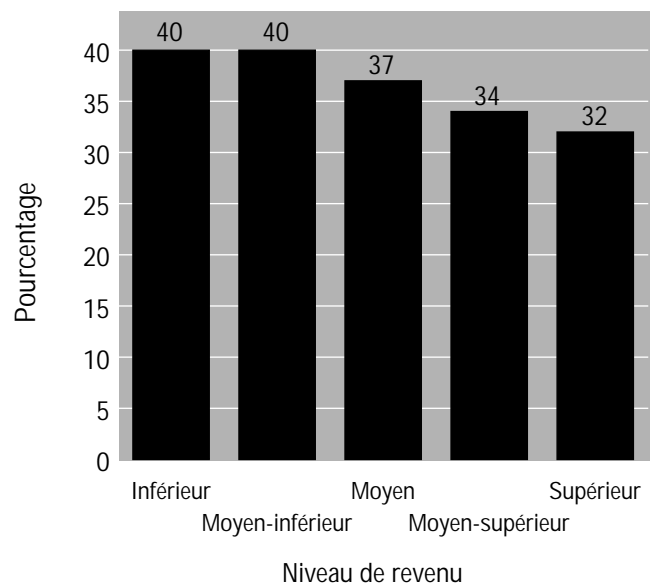
Les Canadiens à faible revenu avaient plus tendance à se soucier du coût des aliments faibles en matières grasses que les Canadiens au revenu supérieur. On constate à la figure 5.3 que 40 p. 100 des Canadiens au revenu inférieur croient que les produits à faible teneur en gras sont coûteux, contre 32 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur. De même, 27 p. 100 des Canadiens au revenu inférieur croient que les produits céréaliers sont trop chers, contre seulement 8 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur<sup>6</sup>.

## Poids sain

Bien que le poids corporel ne fasse pas partie des habitudes de santé personnelles, il tient, dans une large mesure, aux habitudes alimentaires et aux choix d'activité physique des gens. Un poids corporel qui se situe au-dessus de l'écart de poids sain (c'est-à-dire un indice de masse corporelle supérieur à 27) est lié à une variété de problèmes de santé, dont la maladie cardiovasculaire, le diabète et certains types de cancer. Un poids corporel qui se situe au-dessous de l'écart de poids sain (c'est-à-dire un indice de masse corporelle inférieur à 20) peut aussi être le signe de problèmes de santé courants ou imminents, notamment les troubles alimentaires que constituent l'anorexie et la boulimie<sup>7</sup>.

Nombre d'études (figure 5.4) ont révélé que la proportion d'hommes et de femmes au poids excessif a augmenté constamment au Canada entre 1985 et 1996-1997, passant de 22 à 34 p. 100 chez les hommes, et de 14 à 23 p. 100 chez les femmes. En 1996, le problème de poids excessif était particulièrement prononcé chez les hommes et les femmes de 45 à 64 ans. Les hommes de ce groupe d'âge (58 p. 100) étaient beaucoup plus susceptibles

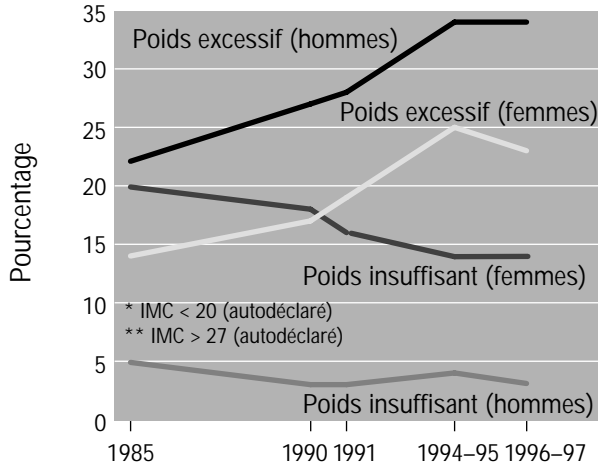
Figure 5.3 Pourcentage des Canadiens qui estiment que les aliments à faible teneur en gras sont coûteux, selon le revenu, 12 ans ou plus, 1994-1995



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.

Figure 5.4

Pourcentage des Canadiens (20 à 64 ans) au poids insuffisant\* et au poids excessif\*\*, selon le sexe, Canada, 1985 à 1996-1997

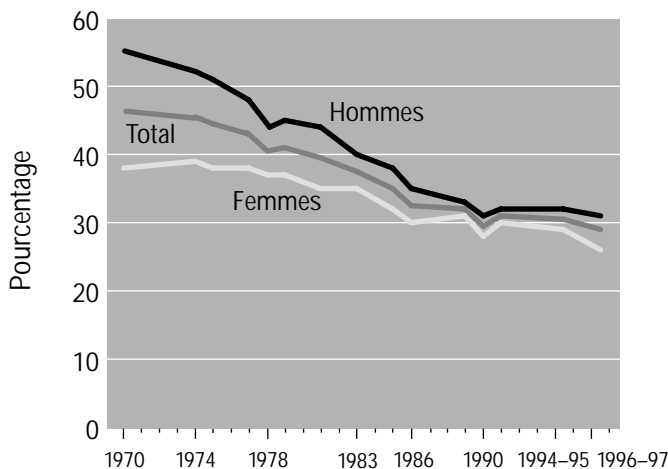


Nota : La mesure IMC fait référence à l'indice de masse corporelle.

Source : Enquête sociale générale, cycles 1 (1985) et 6 (1991), Enquête promotion de la santé (1990) et Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, totalisations spéciales.

Figure 5.5

Pourcentage des hommes et des femmes qui fument la cigarette, 15 ans ou plus, Canada, 1970 à 1996-1997



Source : Pederson, L., « Le tabagisme », dans *L'Enquête promotion de la santé 1990 : Rapport technique*, et Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997*, totalisations spéciales.

que les femmes (37 p. 100) de présenter un excès de poids. La tendance à l'obésité diminuait régulièrement à chaque échelon supérieur de scolarité. Le revenu constituait aussi un facteur, puisque les personnes au revenu inférieur avaient plus tendance que les autres à afficher un excès de poids<sup>8</sup>.

La tendance croissante à l'excès de poids existe au sein de nombreux pays industrialisés<sup>9</sup>. Cette situation tient à plusieurs causes, dont la modification du régime alimentaire et la baisse du taux quotidien d'activité physique, ainsi que le vieillissement de la génération d'après-guerre. Ce phénomène mérite toutefois d'être examiné plus en détail.

Comme le montre la figure 5.4, l'ENSP de 1996-1997 a révélé que les femmes (14 p. 100) étaient presque cinq fois plus susceptibles que les hommes d'avoir un poids insuffisant (3 p. 100). Ce problème demeurerait plus prononcé chez les femmes de 20 à 24 ans, dont une sur quatre avait un poids inférieur à l'écart de poids sain. Malgré le nombre considérablement plus élevé d'hommes au poids excessif au Canada, les femmes (40 p. 100) déclaraient plus volontiers que les hommes (23 p. 100) des tentatives récentes pour perdre du poids. Beaucoup de femmes se situant déjà dans l'écart de poids sain manifestaient aussi le désir de perdre du poids.

Peu de données sont disponibles sur les tentatives de prendre du poids. Toutefois, on a exprimé des inquiétudes face au désir des jeunes hommes de prendre du poids et de la masse musculaire en ayant recours aux stéroïdes et autres substances<sup>10</sup>.

## Tabagisme

Au fil des ans, les études ont démontré (figure 5.5) que les taux de tabagisme avaient chuté de façon spectaculaire chez les Canadiens de 15 ans ou plus, passant de 47 p. 100 en 1970 à 30 p. 100 en 1990. Depuis, on note certaines fluctuations mais pas de tendance nette des taux de tabagisme. Les campagnes publiques anti-tabac n'ont pas récolté le même succès auprès de toutes les couches de population. Trois groupes, soit les jeunes femmes, ainsi que les hommes et les femmes au faible statut socio-économique, tirent toujours de l'arrière.

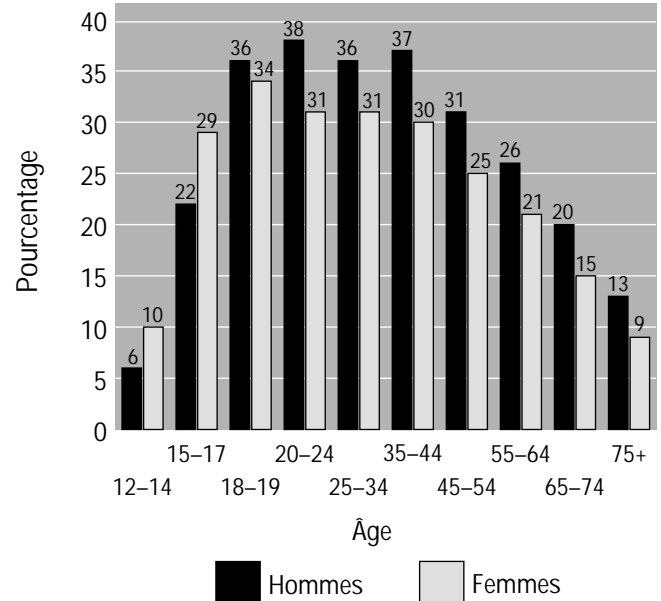
Selon l'ENSP de 1996-1997, 30 p. 100 des hommes et 25 p. 100 des femmes de 12 ans ou plus au Canada étaient des fumeurs quotidiens ou occasionnels. Cela représente un léger fléchissement par rapport à 1994-1995, où 31 p. 100 des hommes et 28 p. 100 des femmes déclaraient fumer la cigarette. Le taux des fumeurs chez les hommes surpassait celui des fumeuses dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes de 12 à 17 ans (figure 5.6). Faisant suite à une tendance observée en 1994-1995, le taux de tabagisme chez les jeunes filles de 12 à 14 ans (10 p. 100) et de 15 à 17 ans (29 p. 100) est demeuré considérablement plus élevé que chez les jeunes hommes du même âge (6 et 22 p. 100 respectivement)<sup>11</sup>.

Les taux de tabagisme variaient considérablement selon le revenu, les taux les plus élevés étant déclarés par les hommes (40 p. 100) et les femmes (36 p. 100) au revenu inférieur. Comme l'indique la figure 5.7, le tabagisme atteignait un plancher de 16 p. 100 et de 13 p. 100 chez les hommes et les femmes au revenu supérieur<sup>12</sup>.

Les taux les plus élevés de tabagisme au Canada sont déclarés par les peuples autochtones et sont le double du taux global de tabagisme au sein de la population canadienne dans son ensemble. En 1997, les taux de tabagisme chez les adultes autochtones étaient plus élevés chez les jeunes gens de 20 à 24 ans (72 p. 100) et de 25 à 29 ans (71 p. 100) (figure 5.8).

Figure 5.6

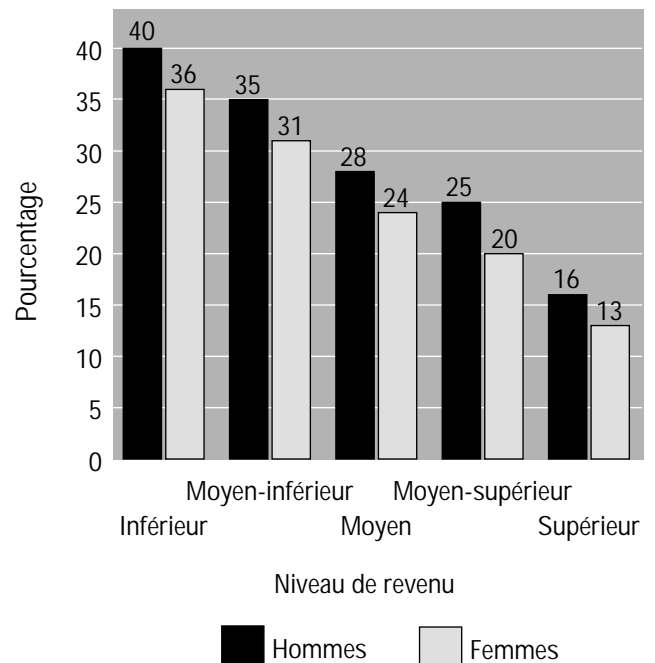
Pourcentage des hommes et des femmes qui fument la cigarette, selon l'âge, Canada, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 5.7

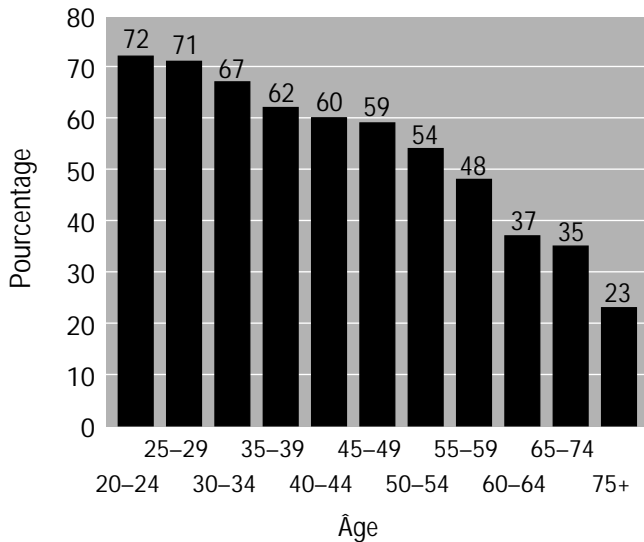
Pourcentage des hommes et des femmes qui fument la cigarette, selon le revenu, Canada, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 5.8

Pourcentage des adultes autochtones qui fument la cigarette, selon l'âge, 1997



Source : Reading, J., « The Tobacco Report, » *Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit, 1997.*

La consommation de produits du tabac sans fumée par les jeunes autochtones des Territoires du Nord-Ouest et du nord de la Saskatchewan constitue aussi une grave menace à la santé<sup>13</sup>.

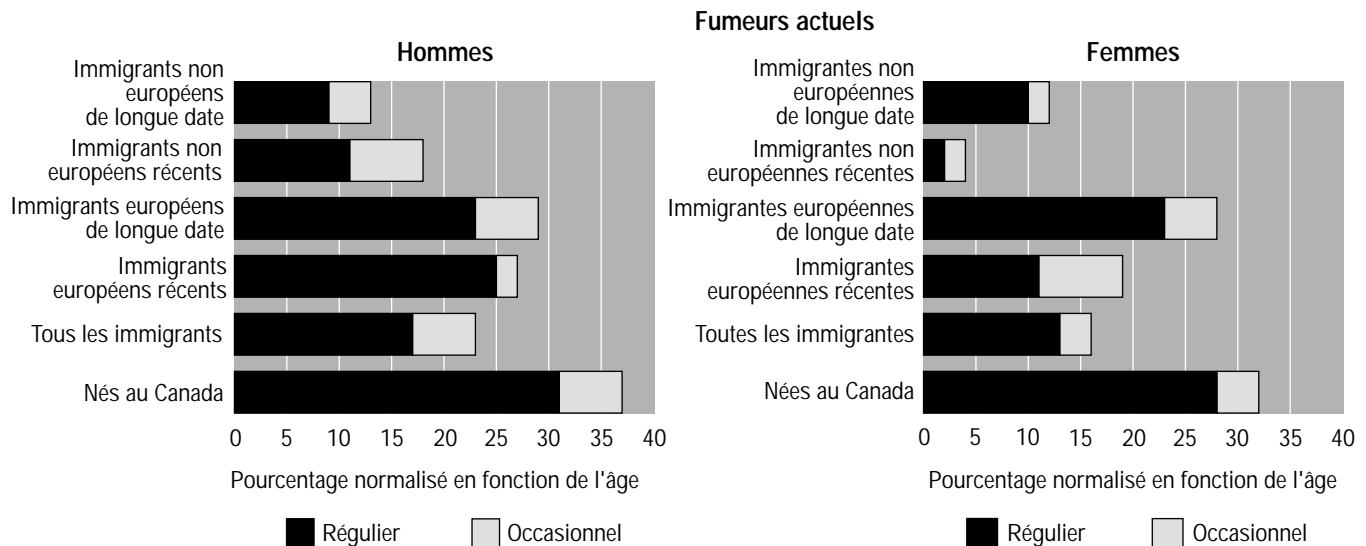
En 1994-1995, les immigrants récents non européens étaient nettement moins susceptibles de fumer que la population née au pays (figure 5.9). Pour tous les immigrants, le nombre de fumeurs s'accroît généralement en même temps que la durée du séjour au Canada. Contrairement à la population née au Canada, il n'y a pas d'association nette entre le tabagisme et le statut socio-économique<sup>14</sup>.

On note peu d'augmentation du taux de tabagisme parmi les adolescents et les jeunes entre 1994-1995 et 1996-1997. Cependant, les données des enquêtes provinciales sur les étudiants laissent croire que les fortes augmentations du tabagisme chez les jeunes ont eu lieu plus tôt, en partie à cause de

l'accessibilité de cigarettes de contrebande à faible prix, et de la baisse subséquente des prix et des taxes imposées. Les données de l'Ontario, par exemple, suggèrent que les taux de tabagisme chez les étudiants de 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> année ont augmenté radicalement de 1991 à 1997. En 1991, 22 p. 100 des étudiants, tant les filles que les garçons, disaient avoir fumé au moins une cigarette au cours de l'année précédente. En 1997, cette proportion avait atteint 28 p. 100 chez les garçons et 29 p. 100 chez les filles<sup>15</sup>.

Figure 5.9

Prévalence du tabagisme selon le statut d'immigrant, la durée du séjour et le sexe, Canada, 1994-1995



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*. Publié dans Chen, J., Ng, E., Wilkins, R., « La santé des immigrants du Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé* 7, 4 (printemps 1996), p. 42.

En Nouvelle-Écosse, les taux de tabagisme chez les étudiants de 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> année ont fortement augmenté, passant de 26 p. 100 en 1991 à 36 p. 100 en 1998 (34 p. 100 chez les garçons et 38 p. 100 chez les filles). Les taux déclarés lors d'enquêtes semblables tenues ailleurs dans les provinces de l'Atlantique en 1998 étaient encore supérieurs, allant de 27 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard à 33 p. 100 au Nouveau-Brunswick et à 38 p. 100 à Terre-Neuve<sup>16</sup>.

## Consommation d'alcool

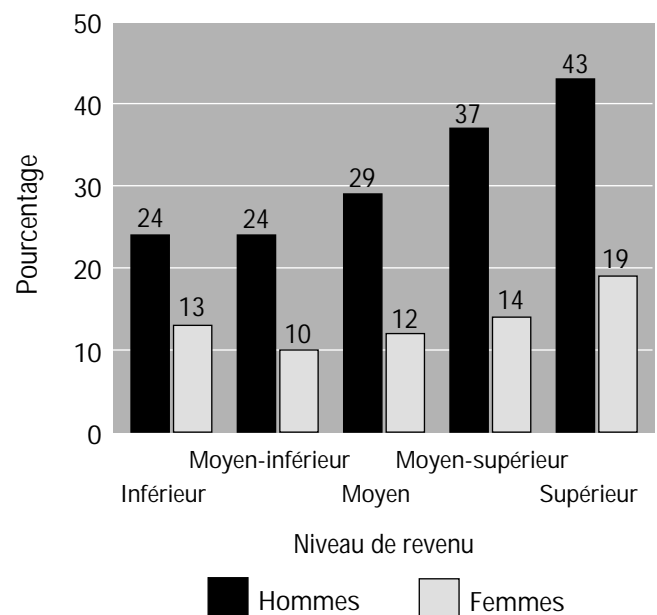
Bien que l'usage modéré de l'alcool ne cause aucun tort à certaines personnes, la consommation excessive peut causer une série de problèmes de santé et sociaux, notamment les collisions de la route impliquant des conducteurs en état d'ébriété. Selon Transports Canada, les collisions de la route ont provoqué 3 082 décès en 1996. Il s'agit d'une chute remarquable par rapport aux 5 253 décès attribuables à la circulation routière au Canada vingt ans auparavant. Il y a également eu une baisse marquée du nombre de conducteurs aux facultés affaiblies mortellement blessés au cours des vingt dernières années. Néanmoins, le taux d'implication de l'alcool dans les collisions de la route mortelles demeure bien trop élevé. Parmi les conducteurs mortellement blessés, 35 p. 100 étaient en état d'ébriété selon la loi. Le nombre de victimes innocentes blessées ou tuées n'était pas connu au moment de la rédaction du rapport<sup>17</sup>.

En 1996-1997, selon l'ENSP, 53 p. 100 des Canadiens (63 p. 100 des hommes et 43 p. 100 des femmes) buvaient de l'alcool au moins une fois par mois, une légère diminution par rapport à 1994-1995. Les femmes avaient plus tendance que les hommes à ne pas boire d'alcool du tout. Les hommes (42 p. 100) étaient plus susceptibles que les femmes (21 p. 100) d'avoir consommé cinq verres ou plus au moins lors d'une occasion particulière au cours de l'année précédente, un indicateur d'un problème de consommation « excessive » ou « d'alcoolisme périodique ». L'alcool n'affecte pas les hommes et les femmes de la même façon. Ainsi, les femmes qui consomment moins de cinq verres pourraient aussi être considérées comme ayant des problèmes de consommation.

Selon l'ENSP de 1996-1997, la proportion d'hommes et de femmes déclarant boire au moins une fois par mois s'accroissait généralement avec le revenu. Les hommes et les femmes au revenu supérieur tendent aussi à boire à l'excès. Chez les hommes au revenu inférieur, 24 p. 100 ont déclaré au moins un épisode de consommation excessive, contre 43 p. 100 des hommes au revenu supérieur. Le taux de consommation excessive chez les femmes au revenu inférieur était de 13 p. 100, et baissait à 10 p. 100 chez celles au niveau de revenu suivant pour remonter enfin à 19 p. 100 chez les femmes au revenu supérieur (figure 5.10). Cela est attribuable,

Figure 5.10

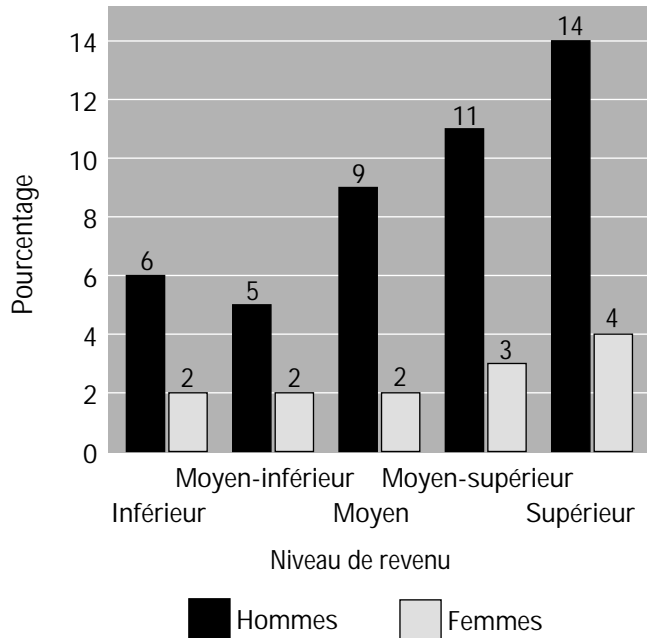
Pourcentage des Canadiens qui ont consommé 5 verres d'alcool ou plus au moins une fois durant l'année précédant l'enquête, selon le revenu et le sexe, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

en partie, au fait que les Canadiens au revenu inférieur sont moins susceptibles que ceux au revenu supérieur de consommer de l'alcool. Cependant, parmi les Canadiens au revenu inférieur ayant bu au cours de l'année précédente, le taux de consommation excessive tendait à excéder légèrement celui des Canadiens au revenu supérieur.

Figure 5.11 Pourcentage des Canadiens qui ont conduit avec facultés affaiblies, selon le revenu et le sexe, 1996-1997



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

inquiétudes. En outre, de troublantes études provinciales indiquent que les taux associés à de tels comportements pourraient être à la hausse. En Nouvelle-Écosse par exemple, un sondage portant sur la consommation de drogues chez les étudiants a révélé que 57 p. 100 des étudiants avaient consommé de l'alcool en 1998, soit une hausse de 12 p. 100 par rapport à 1991. On a noté une tendance semblable à consommer de l'alcool chez les étudiants d'autres provinces de l'Atlantique (Île-du-Prince-Édouard, 53 p. 100); Nouveau-Brunswick, 56 p. 100; Terre-Neuve, 58 p. 100) et de l'Ontario (60 p. 100)<sup>18</sup>.

En Nouvelle-Écosse, 21 p. 100 des élèves de 7<sup>e</sup> année et 58 p. 100 des élèves de 9<sup>e</sup> année (dont la grande majorité n'ont pas encore l'âge de boire) ont dit avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année<sup>19</sup>. On retrouve le même phénomène à Terre-Neuve et au Labrador, où 20 p. 100 des élèves de 7<sup>e</sup> année et 59 p. 100 des élèves de 9<sup>e</sup> année ont indiqué avoir bu de l'alcool. En Ontario, 32 p. 100 des élèves de 7<sup>e</sup> année et 56 p. 100 des élèves de 9<sup>e</sup> année ont dit avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année<sup>20</sup>.

Les collisions de la route sont une des principales causes de décès chez les jeunes au Canada. En Nouvelle-Écosse, 8 p. 100 des étudiants avouaient avoir conduit un véhicule moins d'une heure après avoir consommé deux verres d'alcool ou plus. Plus d'un étudiant sur quatre (27 p. 100) avait été le passager d'un véhicule dont le conducteur avait « trop bu », et 10 p. 100 des étudiants avaient conduit un véhicule moins d'une heure après avoir consommé une drogue (autre que l'alcool ou le tabac)<sup>21</sup>.

Les résultats de l'ENSP de 1996-1997 révélaient que chez les Canadiens détenteurs d'un permis de conduire qui consomment de l'alcool, 10 p. 100 admettaient avoir conduit après avoir « trop bu ». Les hommes (13 p. 100) étaient beaucoup plus susceptibles que les femmes (5 p. 100) de déclarer conduire en cet état. Ce sont les jeunes conducteurs de 18 et 19 ans qui affichaient le taux le plus élevé de conduite avec facultés affaiblies (18 p. 100).

Les Canadiens au revenu inférieur étaient moins susceptibles que ceux au revenu supérieur de conduire avec facultés affaiblies. Comme l'indique la figure 5.11, seulement 6 p. 100 des hommes et 2 p. 100 des femmes au revenu inférieur affirmaient conduire après avoir bu, contre 14 p. 100 des hommes et 4 p. 100 des femmes au revenu supérieur. Cela est conforme au fait que les Canadiens à faible revenu boivent moins en général et qu'ils sont aussi moins aptes à posséder une voiture.

La consommation d'alcool, le fait de boire avant l'âge légal, la consommation excessive d'alcool et les problèmes associés à l'alcool chez les jeunes soulèvent de graves

## Utilisation de drogues illicites

De façon générale, l'utilisation déclarée de drogues illicites au Canada est faible. Selon l'ENSP de 1994-1995, moins de 1 p. 100 des Canadiens consommaient de la cocaïne ou du crack, du LSD ou des amphétamines. Sept pour cent (1,7 million) déclaraient utiliser de la marijuana. L'utilisation de drogues illicites était plus forte chez les jeunes, surtout ceux qui avaient fait des études postsecondaires, c'est-à-dire dans bien des cas, les étudiants actuels.

Des études récentes menées auprès d'étudiants de l'Ontario et des provinces de l'Atlantique indiquent que l'utilisation du cannabis est à la hausse. En 1997, un étudiant ontarien sur quatre (25 p. 100) déclarait avoir utilisé du cannabis l'année précédente, soit une augmentation de 12 p. 100 par rapport à 1991<sup>22</sup>. Les taux déclarés dans les provinces de l'Atlantique étaient semblables et souvent supérieurs, allant de 22 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard à 30 p. 100 à Terre-Neuve et à 31 p. 100 au Nouveau-Brunswick. Le taux de consommation de cannabis a augmenté de façon radicale en Nouvelle-Écosse, passant de 17 p. 100 en 1991 à 38 p. 100 en 1998<sup>23</sup>.

## Tendances inquiétantes au niveau de la consommation et de l'abus de drogues

En plus des grandes inquiétudes liées à la consommation croissante de produits du tabac chez les adolescentes, trois autres tendances méritent qu'on s'y attarde, soit le taux croissant d'infections à VIH chez les utilisateurs de drogues injectables, la recrudescence de consommation de drogues multiples chez les adolescents et le haut taux de consommation de drogues chez les jeunes enfants des collectivités autochtones.

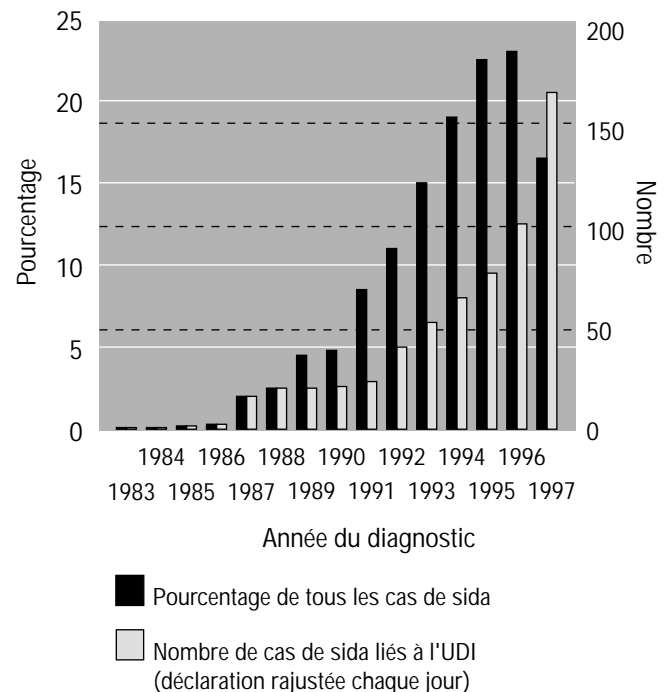
### Utilisation de drogues injectables et hausse des infections à VIH

Depuis le début des années 1980, où l'épidémie de l'infection à VIH était concentrée chez les hommes qui avaient des rapports sexuels avec les hommes, l'épidémie a évolué au Canada. En 1996, environ la moitié des 3 000 à 5 000 cas estimés d'infection à VIH au Canada se trouvaient chez les utilisateurs de drogues injectables<sup>24</sup>.

La proportion des cas de sida attribués à l'utilisation de drogues injectables a augmenté jusqu'en 1996 puis a légèrement fléchi en 1997, probablement en raison de nouveaux traitements efficaces et de l'intégralité réduite de la déclaration (figure 5.12). Chez les hommes, la proportion des cas de sida liés à l'UDI est passée de 0,7 p. 100 avant 1988 à 2,4 p. 100 entre 1988 et 1992, et à 6,5 p. 100 entre 1993 et 1997. Chez les femmes, le pourcentage a augmenté de 4,1 p. 100 à 14, 7 p. 100 et enfin, à 24,9 p. 100 pour la même période<sup>25</sup>.

Figure 5.12

Nombre de cas de sida liés à l'UDI diagnostiqués par année et pourcentage de tous les cas de sida, 1983 à 1997



Nota : Le terme UDI signifie « utilisation de drogues injectables ».

Source : Santé Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 1998.

L'épidémie du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables est bien documentée dans les grandes villes du Canada. Par exemple, la prévalence de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogues injectables de Vancouver est passée d'environ 4 p. 100 en 1992-1993 à 23 p. 100 en 1996-1997. À Montréal, elle est montée d'environ 5 p. 100 avant 1988 à 19,5 p. 100 en 1997. Cependant, le problème a maintenant atteint l'extérieur des grands centres urbains. Étant donné la mobilité géographique des utilisateurs de drogues injectables ainsi que leurs contacts sexuels et sociaux avec les non-utilisateurs, il faut à tout prix traiter ce problème urgent dans les centres urbains et dans les régions de l'extérieur, y compris les collectivités autochtones<sup>26</sup>.

En plus de contribuer à l'apparition du sida, l'utilisation de drogues injectables est également le principal mode de transmission de l'hépatite C au Canada. L'utilisation de drogues injectables constitue désormais le principal facteur de risque du VHC, car elle est responsable d'au moins 70 p. 100 de toutes les infections à VHC<sup>27</sup>.

### ***Consommation accrue de drogues multiples chez les adolescents***

Après une période de déclin au cours années 80, on note une recrudescence du taux de consommation de drogues chez les adolescents (selon les données des régions ayant mené des études). Entre 1993 et 1995, on a constaté une nette hausse de consommation de huit drogues sur vingt en Ontario<sup>28</sup>. La Nouvelle-Écosse a aussi constaté des hausses considérables dans les taux de consommation de 12 drogues différentes par des étudiants entre 1991 et 1998, soit l'alcool, la cigarette, le cannabis, le LSD, les antidépresseurs en vente libre, les antidépresseurs sur ordonnance, le psilocybin ou la mescaline, les tranquillisants en vente libre, la cocaïne ou le crack, le PCP, l'héroïne et les inhalants<sup>29</sup>.

Le recours combiné à des drogues comme l'alcool, le tabac et le cannabis chez les étudiants a fortement augmenté dans toutes les régions étudiées. En Nouvelle-Écosse par exemple, le pourcentage d'étudiants qui disaient avoir consommé ces trois drogues est passé de 12 p. 100 en 1991 à 25 p. 100 en 1998<sup>30</sup>. À Terre-Neuve, le pourcentage s'est accru de 18 p. 100 à 23 p. 100 durant cette même période<sup>31</sup>.

### ***Consommation de drogues par les jeunes enfants au sein de certaines collectivités autochtones***

Malgré toute l'attention portée à l'utilisation de drogues par des adolescents des collectivités autochtones et non autochtones, un des faits les plus troublants de la toxicomanie chez les Autochtones est le taux alarmant de consommation de drogues chez les jeunes enfants. Les études révèlent l'une après l'autre que l'âge du début de l'utilisation des produits du tabac, de l'alcool, des solvants et du cannabis est considérablement moins élevé chez les enfants autochtones que chez les autres enfants canadiens, et que les enfants autochtones commencent à fréquenter plus jeunes dans les centres de traitement<sup>32</sup>. Dans le rapport de 1993 *Les peuples autochtones vivant en milieu urbain*, 67 p. 100 des centres d'accueil autochtones participants ont déclaré que les enfants consommaient de l'alcool et inhalaient des solvants durant les heures de classe, après l'école, dans la rue et à la maison<sup>33</sup>.

### ***Recours à l'équipement de sécurité pour prévenir les blessures***

Le recours à l'équipement de sécurité s'est avéré utile pour prévenir divers types de blessures non intentionnelles, comme en témoignent les exemples suivants :

- le port de la ceinture de sécurité en voiture;
- le port du casque protecteur à bicyclette, en motocyclette, ainsi qu'au volant des véhicules tout terrain et des motoneiges;

- les appareils de flottaison (gilets de sauvetage et autres) dans les embarcations sur l'eau;
- les détecteurs de fumée qui protègent des incendies et de l'inhalation de la fumée;
- les couvercles à l'épreuve des enfants placés sur les contenants de médicaments et d'autres produits dangereux pour prévenir les empoisonnements.

Les rapports annuels de la Croix-Rouge sur les noyades pour 1993 à 1998 indiquent que 10 p. 100 seulement des victimes de noyade en bateau portaient un appareil de flottaison. Dans le cas des victimes autochtones, les taux étaient plus bas encore, soit environ 5 p. 100. Les taux étaient également bas dans le cas des victimes de noyade qui ne savaient pas nager ou qui nageaient mal<sup>34</sup>.

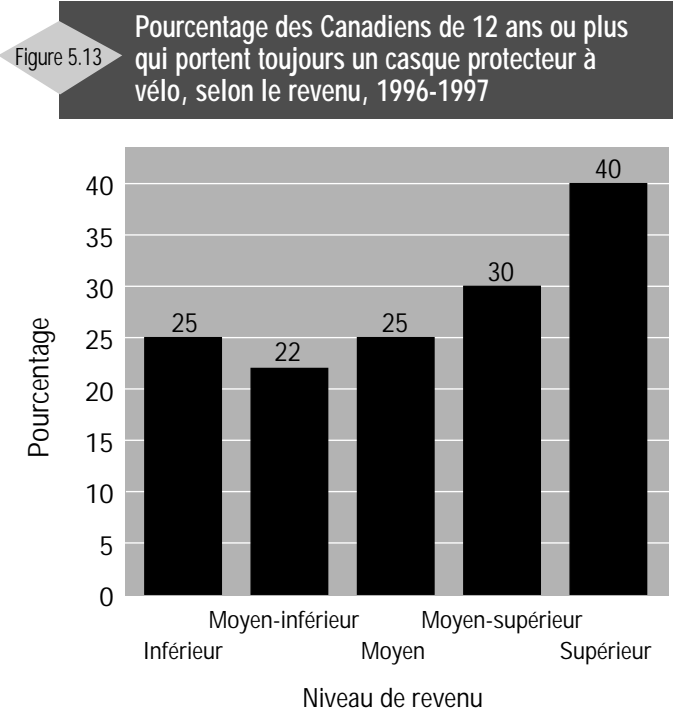
Contrairement aux ceintures de sécurité en voiture, dont le port est obligatoire, la loi n'exige pas que personnes qui se promènent en bateau portent un appareil de flottaison. Puisque la plupart des accidents de bateau résultent d'une chute inattendue dans l'eau, d'un chavirement ou d'une inondation subite, beaucoup de personnes qui ne portaient pas de gilet de sauvetage au moment de l'accident n'ont pas le temps d'en trouver un, de le mettre et de se sauver<sup>35</sup>.

À l'heure actuelle, toutes les provinces canadiennes exigent le port de la ceinture de sécurité. En 1998, une enquête routière de Transports Canada a révélé que 89 p. 100 des occupants des véhicules portaient une ceinture de sécurité. Les taux les plus élevés de port de la ceinture se trouvaient au Québec (92 p. 100), en Saskatchewan (90 p. 100) et en Colombie-Britannique (90 p. 100), et les 10 provinces avaient toutes des taux de port de ceinture supérieurs à 82 p. 100. Au Yukon, 82 p. 100 des occupants des véhicules portaient la ceinture de sécurité, mais le taux chutait à 53 p. 100 seulement dans les Territoires du Nord-Ouest.

Chez les conducteurs de voitures, le taux du port de ceinture de sécurité était de 92 p. 100, par rapport à 82 p. 100 il y a 10 ans. Avant la loi sur le port obligatoire au Canada, seulement 15 p. 100 à 30 p. 100 des Canadiens portaient une ceinture. Ces résultats, alliés à la réduction spectaculaire des accidents mortels au pays, reflètent l'influence profonde que peut exercer une mesure législative prise en dehors du secteur de la santé sur la santé des Canadiens<sup>36</sup>.

Selon l'ENSP de 1996-1997, 29 p. 100 des Canadiens de 12 ans ou plus ont déclaré toujours porter un casque protecteur à bicyclette. Les femmes (31 p. 100) étaient légèrement plus susceptibles que les hommes (28 p. 100) de déclarer le port du casque. Le taux le plus élevé se situait chez les jeunes de 12 à 14 ans (40 p. 100), mais il atteignait son plus bas niveau (15 p. 100) chez les 15 à 19 ans.

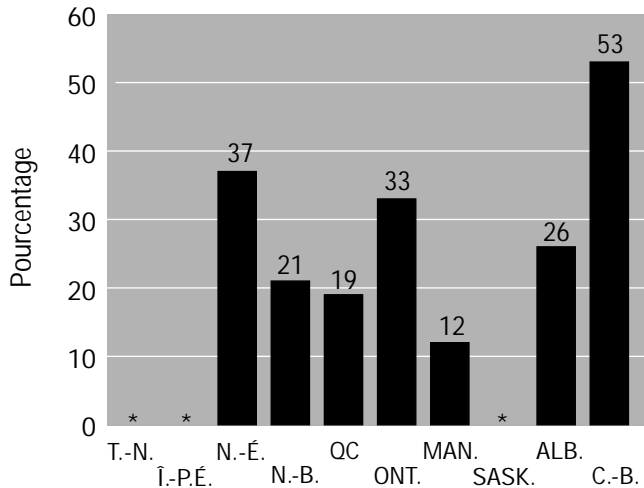
Deux des facteurs déterminants les plus influents du port du casque protecteur sont le revenu et la loi provinciale. Chez les Canadiens au revenu inférieur, 25 p. 100 ont déclaré



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

Figure 5.14

Pourcentage des Canadiens de 12 ans ou plus qui portent toujours un casque protecteur à vélo, selon la province, 1996-1997



\* Taille d'échantillon réduite

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.

toujours porter un casque protecteur à bicyclette, contre 40 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur (figure 5.13).

Récemment, trois provinces (la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario) ont adopté des lois pour obliger le port du casque protecteur à bicyclette. Comme l'indique la figure 5.14, les taux de port du casque protecteur étaient considérablement plus élevés dans ces trois provinces. Cinquante-trois pour cent des résidents de la Colombie-Britannique, 37 p. 100 de ceux de la Nouvelle-Écosse et 33 p. 100 des Ontariens ont déclaré toujours porter un casque en roulant à bicyclette. Par contre, dans les provinces sans loi comparable (où des données suffisantes étaient disponibles), les taux de port du casque protecteur variaient d'un plafond de 26 p. 100 en Alberta à un plancher de 12 p. 100 au Manitoba.

## Jeux de hasard

Les casinos et les appareils de loterie vidéo (ALV) réglementés par le gouvernement depuis le début des années 1990 ont fait des jeux de paris une industrie multimilliardaire au Canada. En 1997, les Canadiens ont parié 6,8 milliards de dollars sur une forme quelconque d'activité de jeu menée par le gouvernement, soit 2,5 fois la somme mise en 1992. Les recettes du jeu ont augmenté dans chaque province et territoire au cours des cinq dernières années, et représentent maintenant entre 1 p. 100 (Colombie-Britannique) et 4 p. 100 (Manitoba) des recettes gouvernementales totales de chaque province<sup>37</sup>.

En 1996, la majorité des ménages du Canada (82 p. 100) misaient de l'argent, dépensant en moyenne 423 \$. Parmi les ménages qui pariaient, ceux dont le revenu était inférieur à 20 000 \$ dépensaient en moyenne 296 \$, ou environ 2,2 p. 100 du revenu total du ménage. Ceux qui ont un revenu de 80 000 \$ ou plus dépensaient 536 \$, soit seulement 0,5 p. 100 de leur revenu total<sup>38</sup>.

Si le jeu est un passe-temps sans conséquence pour certains, le jeu compulsif peut avoir des effets néfastes sur le bien-être des personnes et des familles. À l'heure actuelle, la nature et l'étendue du problème du jeu compulsif demeurent mal documentées au Canada. Toutefois, une étude de 1997-1998 menée en Nouvelle-Écosse et portant sur les joueurs d'appareils de loterie vidéo (ALV) a indiqué qu'il y a matière à s'inquiéter. Cette étude concluait que 16 p. 100 des personnes qui jouent sur les ALV régulièrement devraient être considérées comme étant des « joueurs d'ALV compulsifs ». Ce groupe de parieurs mise un peu plus de la moitié des recettes nettes des appareils de loterie vidéo. Pour la plupart, ces adultes déclarent une culpabilité et une anxiété marquées, ainsi que des difficultés à s'adapter. Ils se sentent impuissants à maîtriser leur jeu sur les AVL<sup>39</sup>.

Une étude menée auprès d'étudiants de la Nouvelle-Écosse a indiqué que trois étudiants sur quatre (75 p. 100) avaient participé à des activités de jeu durant l'année précédente. Quelque 2 p. 100 des étudiants ont déclaré que miser de l'argent leur causait des problèmes, et 2 p. 100 ont dit qu'ils aimeraient arrêter de parier mais qu'ils ne s'en sentaient pas capables<sup>40</sup>.

## Relations sexuelles

Outre les grossesses non prévues, les relations sexuelles non protégées peuvent mener à des états sérieux comme les maladies transmises sexuellement (MTS), l'infertilité et l'infection à VIH. L'infection à VIH peut être évitée par des pratiques sexuelles sans danger, qui impliquent le port du condom durant toute forme de pénétration ou l'adoption d'interactions sexuelles sans pénétration, évitant ainsi la transmission de liquides organiques éventuellement porteurs du VIH (comme le sperme, les sécrétions vaginales et le sang) d'une personne à l'autre.

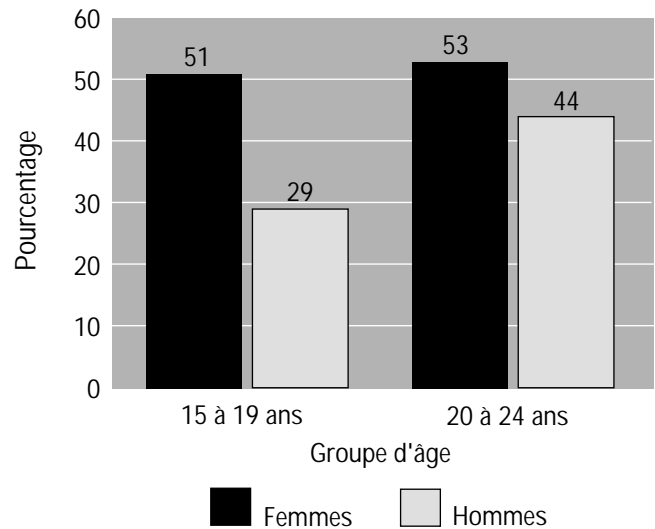
Une analyse basée sur l'ENSP de 1994-1995 a démontré que parmi les jeunes de 15 à 19 ans sexuellement actifs (à l'exclusion de ceux qui avaient un partenaire unique et qui étaient mariés, en union libre, divorcés ou veufs), 51 p. 100 des femmes et 29 p. 100 des hommes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles sans condom, l'année précédente. Chez les jeunes de 20 à 24 ans, 53 p. 100 des femmes sexuellement actives et 44 p. 100 des hommes sexuellement actifs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles sans condom, l'année précédente (figure 5.15)<sup>41</sup>.

Par ailleurs, 21 p. 100 des hommes de 20 à 24 ans sexuellement actifs ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires sexuels et ne pas avoir utilisé de condom au cours de l'année précédente, tout comme 17 p. 100 des femmes de 20 à 24 ans, 21 p. 100 des femmes de 15 à 19 ans et 15 p. 100 des hommes de 15 à 19 ans (figure 5.16)<sup>42</sup>.

Les conclusions de l'Atlantic Student Drug Use Survey étaient conformes à ces résultats. L'étude a révélé que 26 p. 100 des étudiants de 9<sup>e</sup> année, 37 p. 100 des étudiants de 10<sup>e</sup> année et 58 p. 100 des étudiants de 12<sup>e</sup> année avaient eu des relations sexuelles complètes au cours de l'année précédente. Parmi les étudiants sexuellement actifs, 40 p. 100 avaient eu plus d'un partenaire sexuel. Cinquante pour cent des étudiants sexuellement actifs

Figure 5.15

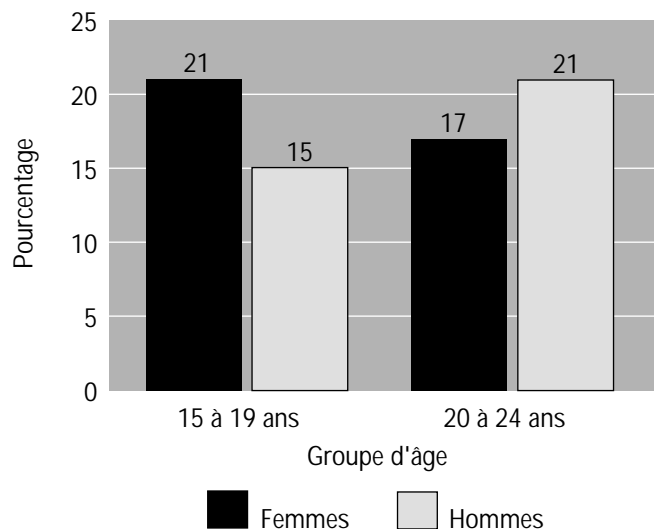
Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans sexuellement actifs qui ont utilisé un condom (jamais ou rarement) au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe, Canada (sauf les Territoires), 1994-1995



Source : Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, automne 1998. (Données fondées sur l'ENSP de 1994-1995)

Figure 5.16

Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans sexuellement actifs qui ont eu au moins deux partenaires sexuels et qui n'ont pas utilisé de condom au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe, Canada (sauf les Territoires), 1994-1995



Source : Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, automne 1998. (Données fondées sur l'ENSP de 1994-1995).

avaient eu des rapports sexuels imprévus à au moins une occasion après avoir consommé de l'alcool ou une autre drogue. Les condoms n'étaient pas utilisés régulièrement, surtout chez les étudiants plus âgés<sup>43</sup>.

### **Tests de dépistage du VIH**

En 1996-1997, 15 p. 100 des hommes et 15 p. 100 des femmes de 18 ans et plus déclaraient avoir subi un test de dépistage du VIH à un moment ou l'autre de leur vie. Ce sont les adultes de 25 à 34 ans qui étaient les plus aptes à avoir subi un test de dépistage du VIH.

Une analyse approfondie des habitudes de santé sexuelles déclarées en 1997 a révélé que parmi les Canadiens déclarant avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente et ne pas avoir utilisé de condom, 53 p. 100 des hommes et 38 p. 100 des femmes n'avaient jamais subi de test. Ce résultat laisse croire qu'un nombre considérable de Canadiennes et de Canadiens pourraient être séropositifs à leur insu<sup>44</sup>.

### **Comportements à risques multiples**

Les comportements à risques multiples généralement à l'adolescence et ont d'importantes répercussions sur la santé immédiate et future des jeunes personnes. Bien que la plupart des jeunes fassent l'expérience d'au moins un comportement éventuellement risqué, une minorité en adopte plusieurs. Comme l'illustre l'enquête auprès des étudiants des quatre provinces de l'Atlantique, certaines combinaisons peuvent être particulièrement dangereuses, comme l'alcool, l'utilisation de drogues illicites et la conduite avec facultés affaiblies, ou l'alcool, l'utilisation de drogue et les pratiques sexuelles non protégées.

Une analyse récente basée sur l'ENSP de 1994-1995 qui examinait les comportements à risques multiples des jeunes de 15 à 24 ans, se penchait particulièrement sur le tabagisme, la consommation d'alcool excessive, les partenaires sexuels multiples et les rapports sexuels sans condom. Les hommes étaient relativement plus susceptibles que les femmes d'adopter des comportements à risques multiples. Chez les hommes, 32 p. 100 n'ont déclaré aucun comportement à risque, 26 p. 100 en ont avoué un, 24 p. 100 ont admis en avoir deux et

## **Jeunes Canadiens : habitudes de santé personnelles**

(À moins d'avis contraire, toutes les données de cette section sont tirées de l'ENSP de 1996-1997.)

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont une époque où les jeunes prennent d'importantes décisions au sujet de leur sexualité, de leur activité physique, de la nutrition et de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues. En examinant de plus près les années d'adolescence, on trouve des différences importantes dans les comportements des adolescents plus jeunes et plus vieux, de ceux dans la jeune vingtaine, et entre filles et garçons.

**Activité physique** : Les taux d'activité physique chutent rapidement à mesure qu'on avance en âge, et il y a d'importants écarts entre hommes et femmes :

#### **Pourcentage de ceux jugés « actifs » dans leurs loisirs**

Âge	Hommes	Femmes
12 à 14 ans	54 p.100	33 p.100
15 à 17 ans	53 p.100	31 p.100
18 et 19 ans	39 p.100	26 p.100
20 à 24 ans	32 p.100	22 p.100

## Habitudes de santé personnelles ... (suite)

**Tabagisme** : Les taux de tabagisme sont plus élevés chez les jeunes femmes de 12 à 17 ans que chez les jeunes hommes du même âge. Chez les 18 à 24 ans, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de fumer.

**Poids sain** : Les jeunes femmes sont plus susceptibles que les jeunes hommes de s'inquiéter de leur poids. En 1994, 28 p. 100 des femmes de 12 à 14 ans, 38 p. 100 de celles de 15 à 19 ans et 43 p. 100 de celles de 20 à 24 ans tentaient de perdre du poids. Plus de la moitié des femmes de 20 à 24 ans qui tentaient de perdre du poids se trouvaient déjà dans l'écart de poids sain<sup>45</sup>.

**Saines habitudes alimentaires** : À 15 ans, seulement 39 p. 100 des filles et 40 p. 100 des garçons mangeaient du pain de blé entier une fois par jour ou plus, 25 p. 100 des filles et 32 p. 100 des garçons mangeaient des bonbons ou des tablettes de chocolat une fois par jour ou plus<sup>46</sup>. Quarante-huit pour cent des jeunes femmes et 19 p. 100 des jeunes hommes de 15 à 19 ans déclarent prendre des mesures pour réduire les matières grasses de leur alimentation.

**Consommation d'alcool** : La quantité d'alcool consommée en une occasion s'accroît avec l'âge pour les deux sexes. Après 18 ans, les jeunes hommes boivent beaucoup plus que les jeunes femmes. À 18 et 19 ans, les jeunes femmes sont légèrement plus susceptibles que les jeunes hommes de conduire avec facultés affaiblies; après 20 ans, l'inverse se produit de façon marquée.

Âge	Pourcentage des buveurs qui prennent 5 verres ou plus au moins en une occasion		Pourcentage de conduite avec facultés affaiblies	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
12 à 14 ans	16 p. 100	15 p. 100	—	—
15 à 17 ans	53 p. 100	46 p. 100	—	—
18 et 19 ans	71 p. 100	59 p. 100	17 p. 100	19 p. 100
20 à 24 ans	71 p. 100	60 p. 100	23 p. 100	9 p. 100

**Port du casque protecteur** : Même si les 12 à 14 ans sont les plus susceptibles de tous les groupes d'âge de porter un casque protecteur à bicyclette (40 p. 100), les jeunes de 15 à 19 ans sont les moins portés à ce faire (15 p. 100).

**Relations sexuelles** : Chez les jeunes sexuellement actifs (de 20 à 24 ans), 48 p. 100 ont indiqué qu'ils n'avaient pas utilisé de condom, ou l'avaient rarement utilisé, au cours de l'année précédente. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, 40 p. 100 ont dit ne pas avoir utilisé le condom de façon régulière, ou ne pas l'avoir utilisé du tout<sup>47</sup>.

**Comportements à risques multiples** : Les jeunes hommes ont plus tendance que les jeunes femmes à adopter des comportements à risques multiples. Même si le tabagisme et la consommation excessive d'alcool s'avèrent la combinaison la plus commune chez les deux sexes, un nombre presque aussi grand de jeunes hommes disent boire à l'excès tout en ayant des relations sexuelles non protégées<sup>48</sup>.

19 p. 100 avaient eu trois ou quatre comportements à risques multiples. Chez les femmes de 15 à 24 ans, 39 p. 100 ont déclaré n'avoir eu aucun des quatre comportements à risque, 28 p. 100 en ont admis un, 19 p. 100, deux et 14 p. 100 se sont adonnées à trois ou quatre de ces comportements<sup>49</sup>.

Les modèles de comportement à risque différaient aussi. Chez les femmes qui n'adoptaient qu'un seul comportement à risque, près de la moitié déclaraient une consommation excessive d'alcool et environ un tiers disaient avoir fumé des cigarettes. Chez les hommes à comportement à risque unique, la consommation excessive d'alcool était de loin le comportement à risque le plus typique déclaré par 80 p. 100. La combinaison de deux risques la plus répandue pour les deux sexes était le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Toutefois, chez les hommes, presque autant ont déclaré combiner la consommation excessive d'alcool avec un des comportements à risque sexuels<sup>50</sup>.

## Commentaires

### ***Influences des habitudes de santé personnelles***

Le présent chapitre a démontré que le revenu, le niveau d'instruction et la culture (dans certains cas) ont une influence déterminante sur les « choix » de mode de vie personnels. Cela laisse croire que l'information, l'éducation en matière de santé et les efforts d'enseignement des aptitudes au changement d'habitudes ne suffisent pas. En effet, tout indique que les Canadiens à faible revenu doivent avoir accès aux ressources et au soutien dont jouissent leurs concitoyens au revenu supérieur, en ce qui concerne la vie active, les bonnes habitudes alimentaires et d'autres habitudes de santé personnelles.

Ce chapitre démontre également l'efficacité des politiques et approches législatives générales qui modifient le milieu où évoluent les individus. Par exemple, l'accroissement de l'usage du tabac chez les jeunes gens par suite de la diminution des taxes sur les cigarettes illustre le fait établi selon lequel le tabagisme chez les jeunes est extrêmement sensible aux prix<sup>51</sup>. Le succès remporté par les mesures législatives sur le port de la ceinture de sécurité (et dans une certaine mesure, du casque protecteur) laisse croire que les stratégies législatives peuvent être aussi sinon plus efficaces que l'éducation en matière de santé pour soutenir les changements d'habitudes. Il est probable qu'une combinaison de ces stratégies soit la plus efficace.

### ***Champs d'action prioritaires***

Comme l'indique le chapitre 1, les cas de cancer du poumon et les décès qu'il cause chez les femmes continuent d'augmenter. La tendance à l'accroissement du tabagisme chez les filles au Canada laisse entrevoir une épidémie de cancer du poumon chez les femmes, d'ici 30 ans, ainsi que des taux accrus de maladie cardiaque, si les taux actuels se maintiennent. Pourquoi les stratégies visant à réduire et à prévenir l'usage du tabac chez les jeunes sont-elles moins efficaces pour les filles que pour les garçons? Quels sont les facteurs du milieu qui font que plus de jeunes femmes fument? Quelle est la relation entre le tabagisme, l'activité physique et le désir des jeunes femmes d'être minces? Il est temps de poser ces questions aux jeunes femmes elles-mêmes et de travailler avec elles à concevoir des stratégies pour réduire le tabagisme.

Bien qu'il soit très souhaitable d'empêcher les gens de commencer à fumer, retarder le début de l'usage du tabac (pour les deux sexes) est également une stratégie importante. Commencer à fumer très jeune (p. ex., à 15 ans ou moins) est associé à l'usage excessif du tabac et à une probabilité moindre de renoncer aux stades ultérieurs de la vie<sup>52</sup>.

Ainsi, les efforts en vue de prévenir ou de retarder le début de l'usage du tabac durant la pré-adolescence et l'adolescence peuvent être particulièrement importants, surtout chez les filles et dans les collectivités autochtones, où les jeunes gens tendent à commencer à fumer très jeunes.

Le récent rapport du Chef des services de santé des États-Unis sur l'activité physique<sup>53</sup> a confirmé les avantages pour la santé et les coûts moindres du système de santé qui peuvent découler de niveaux accrus d'activité physique, pour tous les groupes d'âge. Effectuer un changement du niveau d'activité au sein de la population inactive est ce qui peut profiter le plus à la santé de la population. Constatant ce fait, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la condition physique et des loisirs se sont fixé le but de réduire le nombre de Canadiens inactifs de 10 p. 100 pour l'an 2003. Pour atteindre ce but, il faudra des efforts concertés en vue d'éliminer les obstacles à la vie active chez les groupes à faible revenu, multiculturels et autochtones, notamment le manque de temps, les préoccupations culturelles, le manque de motivation et les frais d'utilisation des sports, des loisirs et du conditionnement physique qui découragent la participation des adultes, des enfants et des adolescents à faible revenu. Étant donné les faibles taux d'activité des enfants canadiens, il faut aussi soutenir les efforts renouvelés en vue d'intégrer l'activité physique quotidienne de qualité aux programmes scolaires.

Le lancement du *Guide canadien portant sur la saine activité physique* offre une bonne occasion de sensibilisation au pourquoi et au comment de la vie active — de la même manière que *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement* a aidé à renseigner les Canadiens sur les saines habitudes alimentaires.

Il devient plus important d'encourager les Canadiens à devenir plus actifs, compte tenu du nombre croissant de Canadiens qui font de l'embonpoint, et qui sont par conséquent à risque accru de diabète et de maladie cardiaque. Les efforts de promotion du poids sain doivent combiner trois messages — vie active, saines habitudes alimentaires et image corporelle positive. Ces trois habitudes sont très susceptibles de mener à des poids sains sans accroître la préoccupation à cet égard chez les groupes vulnérables<sup>54</sup>.

Les efforts en vue d'accroître la vie active devront tenir compte du fait que l'exposition au soleil est souvent amplifiée lorsqu'on s'adonne à un mode de vie actif. On peut réduire l'exposition solaire des enfants en aménageant plus de zones ombragées dans les endroits et les parcs publics, en prévoyant des activités à l'extérieur à d'autres heures que celles du midi, en mettant à leur disposition crèmes et chapeaux, et en renseignant les enfants et les jeunes travailleurs sur la sécurité au soleil (chapitre 4).

L'augmentation saisissante de la relation entre le VIH/sida et l'utilisation de drogues injectables est source de préoccupation majeure. L'utilisation de drogues injectables a aussi contribué à la majorité des nouveaux cas d'hépatite C et est associée à une vaste gamme de problèmes de santé et sociaux reliés.

Au cours du prochain siècle, il est probable que la mobilité des utilisateurs de drogues injectables et l'accès général à ces drogues augmentent. Réduire l'infection à VIH et les autres torts causés par l'utilisation de drogues injectables (UDI) est une question complexe qui met en jeu des considérations tant juridiques que morales, et qui a aussi des répercussions majeures sur les systèmes de santé et de services sociaux dans chaque province et territoire. Une stratégie complète en vue de régler ce problème est nécessaire maintenant. Les stratégies devraient adopter une approche de réduction des méfaits, et avoir pour objectif de normaliser la vie de ces personnes, de réduire les activités criminelles liées à l'UDI, de réduire l'incidence de l'UDI et les rapports sexuels sans protection et de favoriser un retour à l'emploi. Il y a un besoin pressant d'approfondir la recherche sur cette question puisque le problème est complexe, et que son ampleur et ses caractéristiques sont mal documentées.

Les comportements à risque chez les jeunes demeurent obstinément élevés, et dans certains cas, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et l'utilisation de cannabis, semblent s'accroître. La propension d'une proportion importante d'adolescents et de jeunes à s'adonner à des combinaisons extrêmement dangereuses de comportements à risques multiples est particulièrement inquiétante. Des études récentes indiquent des taux alarmants de comportements à risques multiples chez les étudiants, et ceux-ci ne sont rien en comparaison de la situation des jeunes marginaux ou de la rue.

Lors d'un récent survol des documents de recherche et de consultation représentant l'opinion des jeunes, on constatait que les jeunes semblaient critiquer la nature de l'information sexuelle et le choix du moment pour offrir des cours d'éducation sexuelle. Ils réclamaient une approche plus englobante permettant d'intégrer des sujets comme l'amour, les aspects positifs de la sexualité et les choix sexuels. Les jeunes vivant au sein de petites collectivités s'inquiétaient particulièrement de l'accès aux condoms et du manque de confidentialité dans un milieu comme le leur<sup>55</sup>.

Comme les précédents chapitres l'ont mentionné, il y a de nombreuses raisons de s'inquiéter de la santé des jeunes Canadiens, notamment les taux élevés de violence, de pauvreté et de chômage, les faibles taux d'estime de soi et de bien-être psychologique et les taux élevés de décès attribuables aux blessures accidentelles mortelles et au suicide. Dans un environnement caractérisé par des facteurs déterminants de la santé aussi puissants et négatifs, la tendance de certains jeunes à s'adonner à des comportements risqués n'a rien d'étonnant.

Depuis que la *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* a reconnu la première fois le mode de vie comme étant un des principaux facteurs déterminants de la santé, de nombreux programmes gouvernementaux et non gouvernementaux ont tenté de changer les habitudes individuelles. Cette approche a réussi dans certains domaines, mais moins dans les secteurs où faisaient défaut les ressources et le soutien environnementaux, sociaux et humains nécessaires. Les efforts en vue d'éduquer les individus et de leur inculquer les compétences personnelles pour changer doivent désormais se jumeler avec les efforts de structuration d'un environnement qui soutient les décisions d'un mode de vie sain et ce, pour les jeunes d'abord et avant tout.

## Notes en fin de chapitre — Chapitre 5

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
2. Bouchard, C., R. Shephard et T. Stephens (sous la direction de), *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign (Illinois), Human Kinetics Publisher, 1994.
3. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, « L'activité physique au Canada » (Bulletin n° 1). *Progrès en prévention*, 1996.
4. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada, 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, printemps 1996, p. 33-45 (Statistique Canada, n° de catalogue 820003-XPB).
5. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, « Les obstacles à l'activité physique » (Bulletin n° 4), « L'activité physique chez les enfants » (Bulletin n° 8), « Les dimensions économiques de la participation » (Bulletin n° 10), *Progrès en prévention*, 1996.
6. Santé Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 : composante sur la nutrition*, rapport inédit rédigé à l'intention de l'Unité, programmes de nutrition, 1996.
7. Santé et Bien-être social Canada, *Niveau de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes : rapport d'un groupe d'experts réuni par la Direction de la promotion de la santé*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1989.

8. Santé Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*.
9. Stephens, T., *International Trends in the Prevalence of Physical Activity and Other Health Determinants*, présentation au congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive, Orlando, mai 1998.
10. Centre canadien sur le dopage sportif, *Étude scolaire nationale sur la drogue et le sport*, Ottawa, CCDS, août 1993.
11. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 et 1996-1997*.
12. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*.
13. Reading, J., « The Tobacco Report », *Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit*, Comité de direction, 1999.
14. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins (Statistique Canada), « La santé des immigrants au Canada ».
15. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Monitoring the Ontario Tobacco Strategy: Youth and Tobacco in Ontario, 1997*, Toronto, URTO, Université de Toronto, 1997.
16. Province de la Nouvelle-Écosse, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Highlights Report*, Halifax, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Toxicomanie, Université Dalhousie, Communications, 1998.
17. Transports Canada, *Statistiques préliminaires de la mortalité sur les routes*, Transports Canada, 1999. Voir le site Web de Transports Canada : [http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/STATS/cl9901/fre/983int\\_f.htm](http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/STATS/cl9901/fre/983int_f.htm)
18. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Technical Report*, Halifax, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, 1998.
19. *Ibidem*.
20. Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, *L'usage d'alcool et d'autres drogues chez les élèves de l'Ontario, 1997: sommaire*. Voir le site Web de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie : <http://www.arf.org/francais/45stude.html>
21. Province de la Nouvelle-Écosse, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Highlights Report*.
22. Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, *L'usage d'alcool et d'autres drogues chez les élèves de l'Ontario, 1997: sommaire*.
23. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Technical Report*.
24. Santé Canada, « Le sida et l'infection à VIH au Canada, 1998 », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, mai 1998.
25. *Ibidem*.
26. *Ibidem*.
27. Santé Canada, *Lignes directrices et recommandations relatives à la prévention et à la lutte contre l'hépatite C, Relevé des maladies transmissibles au Canada*, juillet 1995, Ottawa, Santé Canada, 1995.
28. Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, *L'usage d'alcool et d'autres drogues chez les élèves de l'Ontario, 1997: sommaire*.
29. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Technical Report*.
30. *Ibidem*.
31. MacDonald, C. et P. Holmes, *Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey, 1998*, Saint-Jean, ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, novembre 1998.

32. Scott, K. et Kishk Anaquot Research and Program Development, « Populations autochtones », *Profil canadien, 1997 : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, et Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, 1998.
33. David, D., *Aboriginal Peoples in Urban Centres, Report of the National Roundtable on Aboriginal Urban Issues*, Commission royale sur les Peuples autochtones, 1993, p. 68.
34. Société canadienne de la Croix-Rouge, *National Drowning Report: Analysis of Water-Related Fatalities in Canada for 1996*, Ottawa, Société canadienne de la Croix-Rouge, 1998, et *Drownings and Other Fatalities During Boating: National Report*, Ottawa, Société canadienne de la Croix-Rouge, 1997.
35. Barss, P., Smith, G., Baker, S., Mohan, D., *Injury Prevention: An International Perspective — Epidemiology, Surveillance and Policy*, New York, Oxford University Press, 1998.
36. Transports Canada, *Le port de la ceinture de sécurité au Canada : Résultats de l'enquête de juin 1998*, Ottawa, Transports Canada. Voir le site Web de Transports Canada : <http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/stats/sbuse98/Francais/sb98sumf.htm>
37. Statistique Canada, « Les jeux de hasard : miser gros, 1992 à 1997 », *Le Quotidien*, 9 décembre 1998.
38. *Ibidem.*
39. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, services de la toxicomanie, *Nova Scotia Video Lottery Player's Study, 1997-1998*, Halifax, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 1998.
40. Province de la Nouvelle-Écosse, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Highlights Report*.
41. Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes, 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n<sup>o</sup> 2, automne 1998.
42. *Ibidem.*
43. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, *Nova Scotia Student Drug Use, 1998: Technical Report*.
44. Sondage Santé Canada, janvier 1997 (données inédites) et Houston, S.M., C.P. Archibald et D. Sutherland, « Sexual risk behaviours are associated with HIV testing in the Canadian general population », *7<sup>e</sup> congrès canadien annuel sur la recherche en matière de VIH/sida*, Québec, mai 1998.
45. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*.
46. King, A., B. Wold, C. Tudor-Smith et Y. Harel, *The Health of Youth: A Cross-National Survey*, Organisation mondiale de la santé, série régionale, série européenne, n<sup>o</sup> 69, imprimé au Canada, 1997, ISBN 92 890 1333 8.
47. Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes ».
48. *Ibidem.*
49. Galambos, N. et L. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes ».
50. *Ibidem.*
51. Chen, J. et W. Millar, « Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n<sup>o</sup> 4, printemps 1998, p. 39-46.
52. *Ibidem.*
53. U.S. Department of Health and Human Services, *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
54. Santé Canada, *Blueprint for Action: An Integrated Approach (VITALITÉ)*, Ottawa, 1989.
55. Caputo, T., *Hearing the Voices of Youth: A Review of Research and Consultation Documents*, rédigé pour Santé Canada, mars 1998.