



ASSOCIATION CANADIENNE  
POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS

Décembre 2001

Volume 10 Numéro 4

# PRO-ADO

## Nouvelles de l'association

## Événements scientifiques

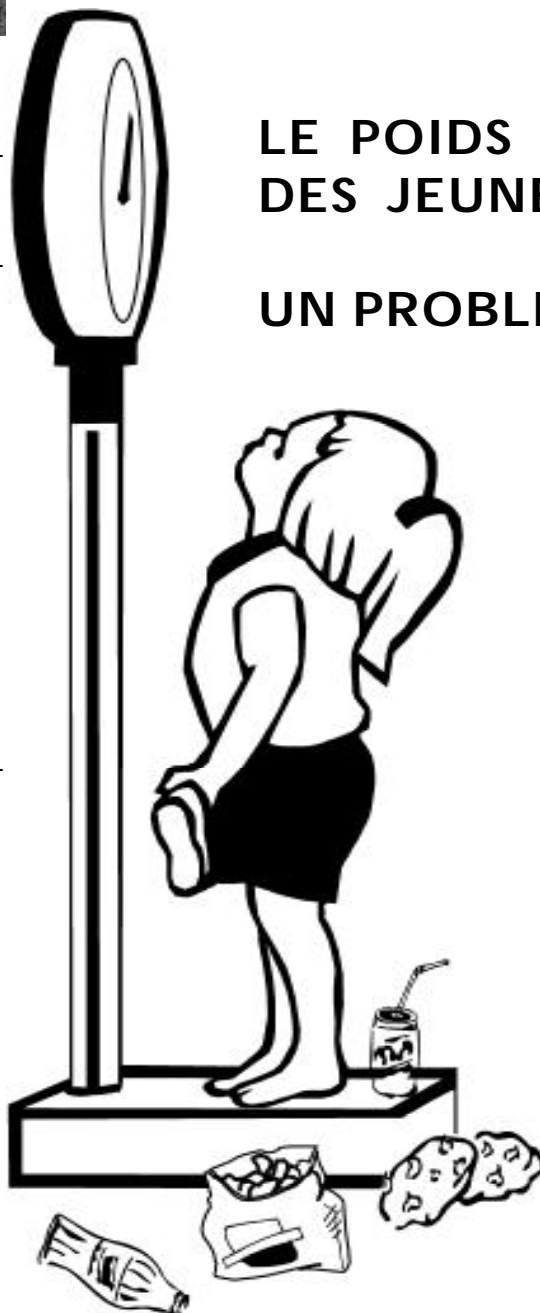
## Articles

Adolescence  
et jeux de hasard,  
un mélange explosif

Résultats de  
l'Enquête sociale et  
de santé 1998...  
Faits saillants

L'adolescent obèse:  
un casse-tête  
ou un défi?

## Publications



## LE POIDS DES JEUNES QUÉBÉCOIS...

## UN PROBLÈME DE TAILLE!



**PRO-ADO****Éditeur : ACSA****Rédacteur en chef**

Dr Jean-Yves Frappier

**Rédacteurs adjoints**

André Malo

Philippe Nechkov

John Duong

**ACSA**

Section médecine de l'adolescence  
Hôpital Ste-Justine, 7<sup>e</sup> bloc 2  
3175 Côte Ste-Catherine  
Montréal, QC H3T 1C5

Tel: (514) 345-9959

Télécopieur: (514) 345-4778

Web: [www.acsa-caah.ca](http://www.acsa-caah.ca)E-mail: [acsacaah@globetrotter.net](mailto:acsacaah@globetrotter.net)**Comité Exécutif****Président**

Dr Jean-Yves Frappier

**Vice-Présidente**

Dr Eudice Goldberg

**Secrétaire-Trésorier**

Dr Marc Girard

**Représentant des Directeurs**

Dr Roger Tonkin

**Bureau des directrices et directeurs**

Dr Jean-Yves Frappier, Montréal

Dr Marc Girard, Montréal

Dr Eudice Goldberg, Toronto

Joanne Gusella (Ph.D. psychologie), Halifax

Mary Paone, RN, MSN, Vancouver

Dr Roger Tonkin, Vancouver

**SOMMAIRE****Nouvelles de l'association**

Rapport du président 3

Coalition pour le contrôle des armes 7

Contrôle des armes quelques nouvelles 9

**Événements scientifiques**12<sup>ème</sup> Colloque régional Québécois 12**Articles**Adolescence et jeux de hasard,  
un mélange explosif 13Résultats de l'Enquête sociale  
et de santé 1998... Faits saillants 15Faits saillants de l'Enquête québécoise  
sur les limitations d'activités 1998 (EQLA) 22

L'adolescent obèse: un casse-tête ou un défi? 28

**Publications**

Votre adolescent vous inquiètes? 32

Enfants victimes: Quand la vie n'est pas un conte 33

Anorexie et boulimie 34

La santé de votre enfant 35

Dépot légal, Bibliothèque nationale du Canada ISSN 1201-5474  
Poste Canada-Numéro de convention 40032438

# Nouvelles de l'association

## Rapport du président

### Les membres

L'état du membership en décembre 2001 est décrit dans le tableau ci-bas.

Cette année, 66% de nos membres ont payé leur cotisation. Il est à noter que les membres de 1999 ne renouvelleront sans doute pas leur adhésion, mais que plusieurs des membres de 2000, probablement plus de la moitié vont renouveler en 2002 après plusieurs rappels.

Nous perdons des membres chaque année : plusieurs de ces membres quittent leur emploi ou ne travaillent plus en adolescence; plusieurs organismes renouvellent l'adhésion pour une seule personne, alors que, par les années passées, l'organisme avait inscrit plusieurs professionnels. Il y a plus de membres au Québec et en Ontario parce que nous avons fait plus de promotion, de colloques et de publicité.

On dénombre 84% de femmes et 16% d'hommes; 61% des membres reçoivent leur correspondance en français, 32% en anglais et 7% dans les deux langues.

47% des membres sont des membres individuels. Donc, 53% font partie d'un groupe. Ceci comprend des membres qui ont un abonnement institutionnel (abonnement payé par une institution, comprenant de 4 à 7 membres au tarif de 185 \$).

Le mode de paiement est le suivant: paiement par le membre (23%); paiement par une institution (75%); autres modes de paiement ou gratuité (2%).

### Colloques et congrès

Le congrès annuel, automne 2001, à Montréal a été annulé. Le colloque se tiendra les 25 et 26 avril 2002.

### Le site WEB

Nous développons lentement notre site web.

1999	123 (15%)
2000	123 (15%)
2001 (inscrits et payés en 2001)	529 (66%)
2002 (inscrits et payés depuis septembre 2001)	29 (4%)
<b>TOTAL</b>	<b>804</b>





## Le journal PRO-ADO

Le journal est très populaire. Plusieurs des nouveaux membres en fait désirent s'abonner au journal et connaissent ainsi l'ACSA. Il faudra penser à l'orientation de ce journal dans l'avenir. Quelques articles nous sont soumis.

## Sections

Le comité Section Québec est en fonction depuis trois ans; ses membres ont développé leur troisième programme de colloque pour avril 2002. On y retrouve Danièle Bouchard, infirmière, Ginette Ducharme, infirmière, Pierre Chartrand, travailleur social, Yves Lambert, médecine familiale, Judith Gaudet, étudiante au doctorat en psychologie, et Jean-Yves Frappier.

## Comités

### Défense des droits et services

Ce comité est actif, avec le Dr. Katherine Leonard. Les ressources financières sont limitées. Le travail s'effectue au niveau des lois sur le contrôle des armes à feu et sur les projets de lois touchant la cigarette.

## Finances

Les cotisations des membres rapportent environ 14,000\$ par an. Plusieurs entrées de fonds sont attendues pour les travaux et contrats effectués en 2000 et 2001. Nous sommes toujours en déficit à cause des sommes dues.

## Actions futures

L'ACSA est toujours dans un équilibre financier précaire. De plus, le développement est plus lent et difficile que prévu étant donné la difficulté de rejoindre les publics cibles. La survie dépend de l'effort collectif des membres.

Nous vous souhaitons une bonne année.

Jean Yves Frappier  
Président

Membres par province	
Québec	572 (71%)
Ontario	157 (20%)
Colombie Britannique	30 (4%)
Nouvelle Écosse	11 (1.3%)
Alberta	15 (2%)
Saskatchewan	6 (0.7%)
Manitoba	4 (.5%)
Terre Neuve	2
Nouveau Brunswick	5
Yukon	1



<b>Lieu de travail (plus d'un choix)</b>	
CLSC	32%
Bureau privé	9%
École	28%
Santé publique	12%
Services de santé de district	0.2%
Hôpital	17%
Université	6%
Organismes communautaires	5%
Maison de jeunes	4%
Centres jeunesse (CPEJ, DPJ)	3%
Centres jeunesses	2%
Organismes gouvernementaux	3%
Commissions scolaires	2%
Autres	4%

<b>Type de travail (plus d'un choix)</b>	
Intervention clinique	62%
Enseignement	33%
Prévention / promotion	54%
Éducation à la santé	39%
Coordination clinique	11%
Animation de groupe	25%
Travail communautaire	17%
Santé publique	20%
Recherche	9%
Administration	10%
Documentation, bibliothèque	3%
Bénévolat	3%
Média	2%
Travail de rue	2%
Développement de programme	15%
Autres	3%
Non répondu	9%

<b>Professions des membres</b>			
Infirmière	32%	Pédiatre	6%
Travailleur(euse) social(e)	12%	Gynécologue	0.12%
Psychologue	7%	Psychiatre	0.6%
Enseignant(e)	1%	Autres spécialités médicales	2%
Conseiller(ère) scolaire	3%	Dentiste	0.12%
Psycho-éducateur(trice)	4%	Bibliothécaire/documentaliste	2%
Travailleur(euse) communautaire	2%	Diététiste	1%
Sexologue	1%	Administrateur	2%
Coordonateur(trice)	4%	Agent de recherche	0.3%
Médecin de famille	11%	Autre	8%



Champs d'intérêt (plus d'un choix)	
Relations parents/adolescents	69%
Problèmes de comportement	58%
Sexualité, grossesse et contraception	65%
Handicaps et maladies chroniques chez les adolescents	38%
Abus sexuel	57%
Anorexie nerveuse et boulimie	62%
Suicide, tentatives de suicide et dépression	63%
MTS et SIDA	55%
Usage et abus de drogues	60%
Maladie en général: croissance, dermatologie, orthodontie, sport	42%
Lois et droits des adolescents chez les adolescents	39%
Développement de l'adolescent	40%
Problèmes d'apprentissage	46%
Violence	45%
Nutrition et obésité	45%
Problèmes psychosomatiques	42%
Pas de réponse	9%

BUDGET : RAPPORT DU VÉRIFICATEUR 2000	
<b>Revenu</b>	
Subventions	87,253
Abonnements	14,306
Colloque national (2000)	74,660
Colloques régionaux	1,200
Colloque régional Ontario	10,285
<b>TOTAL revenu</b>	<b>187,704</b>
<b>Dépenses</b>	
Soutien administratif	41,641
Publicité	500
Assistant de projet	44,518
Entrée de données	1,702
Taxes et permis	294
Journal	13,495
Frais de bureau	4,244
Entretien équipement	2,010
Frais bancaires	316
Frais de déplacements	1026
Amortissement	1,891
Honoraires professionnels	1025
Colloque National	64,404
Colloques régional Ontario	7,806
<b>TOTAL dépenses</b>	<b>184.872</b>
<b>Avoir des membres à la fin</b>	<b>(32,882 déficit)</b>

Veuillez prendre note...  
 Notre adresse de courriel a changé:

**[acsacaah@globetrotter.net](mailto:acsacaah@globetrotter.net)**



# Défense des droits

## Coalition pour le contrôle des armes

Ces derniers mois, avec votre aide, nous avons surmonté bon nombre d'obstacles. Le succès du programme d'implantation de la Loi sur les armes à feu a surpassé nos attentes : la grande majorité des propriétaires se sont soumis aux exigences de la procédure d'émission de permis et l'enregistrement de toutes les AAF est en cours.

Toutefois, nous avons de nouveaux défis devant nous. La ministre de la Justice Anne McLellan a proposé des amendements à la Loi sur les armes à feu dans le cadre du Projet de loi omnibus C-15 en mars dernier. Leur objectif est d'améliorer l'efficacité du système et de réduire les cours, or nous craignons que certains d'entre eux répondent clairement aux pressions du lobby des armes. Nous nous préparons à ce qu'il y ait davantage de pression visant à affaiblir certains aspects de la Loi, plus particulièrement la vérification des antécédents, la restriction des armes de poing et l'interdiction des armes d'assaut militaires, lors de son passage pour fins de débats devant le Comité et la Chambre des Communes cet automne. Il y a maintenant deux ans que la Coalition essaie en vain d'obtenir une rencontre avec la ministre et nous savons que le ministère de la Justice a consulté exclusivement les propriétaires d'AAF. Au cours des prochains mois, nous redoublerons nos efforts afin de s'assurer qu'il n'y aura plus d'assouplissement des principes-clés de la Loi et allons veiller de près à ce que cette dernière soit bien implantée.

Les événements tragiques du 11 septembre ont mis de l'avant l'importance de la sécurité publique. Lors de discussions portant sur une coopération accrue entre le Canada et les États-Unis, la question du périmètre nord-américain commun a été soulevée.

Nous craignons que cette question ne se concentre que sur les menaces à la sécurité publique provenant de l'extérieur de l'Amérique du Nord, sans considérer les différences importantes qui existent entre les deux pays. Un assouplissement de la frontière a de sérieuses implications pour le trafic des armes. Par exemple, au Canada, approximativement 20% des AAF retrouvées sur les lieux de crimes sont des armes de poing et l'on estime que plus de la moitié de celles-ci proviennent illégalement des États-Unis. Lors de leur dernière réunion annuelle, l'Association canadienne des policiers et l'Association canadienne des commissions de police ont toutes deux fortement suggéré qu'une révision en profondeur des conséquences d'une frontière plus souple sur la sécurité publique du Canada soit faite. La Coalition suivra ce dossier de près et nous encourageons le gouvernement fédéral à conserver notre frontière afin de réduire le trafic illicite.

Pendant que nous faisons preuve d'empathie pour les familles des victimes des attaques du 11 septembre et tentons de trouver des solutions qui visent à assurer la paix et la sécurité à travers le monde, le lobby des armes se sert sans scrupules de cette tragédie pour renouveler son appel au port d'armes. Le lobby insiste plus que jamais pour que tous s'arment afin de se protéger! Le député de l'Alliance canadienne Gary Breitkreuz à même participé au dernier vidéo de la NRA disponible en ligne intitulé "Canada Targets Gun Control... Ignoring Real Threat of Terrorism". Il y affirme que la loi canadienne sur le contrôle des armes a contribué aux attaques du 11 septembre! Ainsi, il est crucial que nous poursuivions nos efforts afin de protéger notre pays des AAF.



La Coalition a été active dans la prévention du trafic illicite des AAF autour du globe. En juillet dernier, nous avons participé à la Conférence de l'ONU sur le trafic illicite des armes légères dans tous ses aspects 2001. Le but de la conférence était de concevoir des mécanismes qui viseraient à prévenir les détournements d'armes légères vers les marchés illégaux. Toutefois, des pressions faites par les plus grands fabricants d'armes au monde (Russie, Chine et États-Unis) et le lobby des armes américain ont forcé plusieurs compromis. Il reste beaucoup de travail à faire au niveau international et la Coalition

continuera à collaborer étroitement avec d'autres ONG pour prévenir les accidents et décès par AAF à travers le monde.

Comme vous pouvez le constater, il reste beaucoup à faire. Une fois de plus, nous tenons à vous dire que notre succès n'aurait jamais été possible sans votre aide. Nous vous remercions de votre soutien continu. S.v.p., n'hésitez pas à nous contacter en tout temps.

[www.guncontrol.ca](http://www.guncontrol.ca)

S.V.P.

N'oubliez pas de renouveler votre inscription  
à l'ACSA.

Votre soutien financier nous est  
indispensable.



## Contrôle des armes: quelques nouvelles

### Octroi de permis aux propriétaires d'armes à feu: Mission accomplie

Depuis le 1er janvier 2001, tous les propriétaires d'armes à feu (AAF) doivent posséder un permis. Le registre canadien des armes à feu s'est avéré être un extraordinaire succès. En effet, plus de 90% des propriétaires d'armes à feu canadiens estimés se sont conformés à la Loi et ont fait une demande de permis avant la date limite. Déjà, l'on remarque des exemples significatifs d'une sécurité publique accrue.

En date du mois de juin 2001 :

Il y a eu 27 fois plus de révocations de permis d'individus potentiellement dangereux que le total des cinq dernières années de l'ancien système.

1.8 millions d'armes à feu se trouvent dans la base de données du registre. Plus de 3 000 permis ont été refusés ou révoqués par des professionnels en sécurité publique.

Depuis le 1er décembre 1998, la ligne spéciale de notification du conjoint qui permet aux individus de faire part de leurs inquiétudes relativement à leur sécurité a reçu plus de 23 000 appels. (1-800-731-4000)

### Il reste du boulot!

Le 14 mars, la ministre de la Justice a proposé des amendements à la Loi dans le cadre du projet de loi omnibus C-15. Ils visent à rendre le système plus efficace et à rationaliser les opérations. Conséquemment, la Loi sera, une fois de plus, l'objet de discussions en Comité et de votes dans la Chambre des Communes et au Sénat. Ces procédés rendent la Loi plus vulnérable aux efforts visant à l'affaiblir davantage.

Les amendements visent à :

- Rationaliser la procédure du renouvellement et allonger la validité du premier permis d'AAF.

- Rationaliser la procédure de l'enregistrement en exigeant moins de détails pour l'enregistrement des carabines et fusils de chasse déjà existants.
- Faciliter les soumissions électroniques.
- Appliquer la clause des droits acquis aux armes de poings présentement prohibées enregistrées entre 1995 et 1998 en plus de celles détenues par les vendeurs dans leur inventaire.
- Permettre aux propriétaires d'AAF restreintes de changer les fins de possession mentionnées lors du renouvellement.
- Amender les imports/exports afin que le Canada soit en conformité avec divers accords internationaux.



Les règlements de la Loi ont également été amendés. Les changements incluent une exemption des frais de cession jusqu'au 31 décembre 2002. Pour cette même période, l'amnistie pour les armes de poings prohibées et les AAF restreintes non-enregistrées sera allongée.

Les amendements peuvent être nécessaires à une meilleure gestion du système. Toutefois, nous devons être assurés que les standards de sécurité publique seront maintenus. La Coalition opposera tout effort visant à assouplir le processus de vérification menant à l'émission du permis. Compte tenu des facteurs de risque associés à la possession d'AAF, une stricte vérification, incluant la signature des personnes références et la notification du conjoint, est essentielle. Bien que la nouvelle base de données policière sur les incidents violents (PIAF) permette de vérifier de façon «continue» l'admissibilité, elle ne procure pas un accès à toutes les informations nécessaires pour une évaluation des risques.

### L'ACP vote sur le contrôle des armes.

Lors de la réunion exécutive du 21 mars 2001, l'Association canadienne des policiers (ACP) a voté pour abandonner une proposition faite par la



Edmonton Police Association qui visait à soutirer l'appui de l'association à la Loi. L'ACP est l'une des premières organisations à avoir endossé la Coalition. En 1990, elle a fait pression auprès de Kim Campbell afin d'introduire l'enregistrement de toutes les armes à feu et a demandé l'enregistrement universel devant les comités législatifs et sénatoriaux. En 1994, lors de son assemblée générale annuelle, l'ACP a voté une résolution en support à la législation. Depuis, le soutien de l'organisation à la Loi a été soulevé à chaque année par des policiers amateurs d'armes, mais l'ACP a réitéré son appui pour la législation en 1998 et 1999.

### **Blessures par armes à feu et décès - Nouveaux outils de prévention au Québec**

La Direction de la Santé publique de Montréal-Centre a publié un guide pour les médecins et autres spécialistes de la santé intitulé *Les armes à feu dans un foyer : un gros risque*. Le bulletin vise à sensibiliser les médecins aux risques posés par la présence des armes à feu dans un domicile et propose des lignes de conduite et d'autres ressources supplémentaires pour prévenir les tragédies.

### **Êtes-vous en sécurité?**

Le Centre de prévention du suicide région 02 a lancé un pamphlet éducatif au mois de novembre. Destiné à réduire le nombre de suicides par armes à feu, d'homicides et d'accidents, le pamphlet haut en couleur contient des faits sur les AAF ainsi que de l'information sur l'entreposage sécuritaire et sur les facteurs à risques potentiels. Pour plus d'information ou pour commander le pamphlet, contactez le Centre au: (418) 545-9110.

### **« Nouvelle étude » du lobby des armes**

L'Institut Fraser a publié une « nouvelle étude » en mars, menée par Gary Mauser, professeur d'administration des affaires à l'Université Simon Fraser et opposant de longue date de la Loi.

« L'étude » ne comporte rien qui n'a déjà été dit par M. Mauser, l'Alliance canadienne ou le lobby des armes. Les références sont principalement tirées

d'articles de journaux et de communiqués de presse du Parti réformiste, plusieurs d'entre eux étant désuets. Par exemple, M. Mauser cite un sondage d'opinion Angus Reid de 1993, alors qu'au moins sept autres sondages ont été faits depuis. Nous avons une critique de cette « étude », disponible sur demande.

### **Garder nos enfants en sécurité**

Aux É-U, plusieurs accidents tragiques ont impliqué des jeunes et des armes à feu. Ces drames sont un rappel amer de ce qui peut arriver si nous laissons le lobby des armes prendre contrôle de l'agenda public. Bien que le gouvernement canadien a fait de la sécurité publique une priorité et crée une législation sur les armes à feu de première classe, nous ne devrions prendre pour acquis que le problème est réglé. Les AAF demeurent la troisième cause de décès parmi les Canadiens âgés entre 15 et 24 ans. Parmi les pays industrialisés, le Canada se classe cinquième en ce qui concerne les taux d'enfants de moins de 15 ans tués par AAF. Dans certaines provinces canadiennes, le taux d'enfants tués par AAF est plus élevé que les taux pour Israël et l'Irlande du Nord combinés.

L'été dernier, le ministère fédéral de l'Environnement a introduit des amendements aux règlements concernant les oiseaux migrateurs afin de créer les Journées de la relève, journées désignées pour promouvoir la chasse chez les enfants de moins de 18 ans. L'an dernier, l'I-P-E, le N-B, le Québec, le Manitoba et la C.-B. ont choisi d'implémenter ce programme. Bien que le lobby des armes affirme que ces journées « entraînent » les enfants à utiliser des armes à feu de façon sécuritaire, la plupart des experts en sécurité des enfants s'opposent aux amendements. En effet, ils affirment qu'il n'existe aucune preuve que ces journées améliorent la sécurité. Les experts stipulent que le programme a plus de chances de mettre les enfants à risque en augmentant leur exposition aux armes à feu.

La dernière étude « Seeing Is Believing: What Do Boys Do When They Find a Real Gun » menée par Jackman, Farah, Kellerman et Simon suggère que la majorité des jeunes garçons qui découvrent une AAF est encline à la manipuler et même à appuyer sur la



gâchette. L'étude souligne une fois de plus le fait que l'éducation sur les AAF n'augmente pas la sécurité des enfants. Ainsi, approximativement 90% des participants ont affirmé avoir déjà reçu des instructions sur les mesures de sécurité à prendre avec les AAF.

### Projet sur les verrous de sécurité

En mai, le critique libéral du Procureur général de l'Ontario, Michael Bryant, a introduit un projet de loi d'initiative parlementaire qui exige que les nouveaux fusils vendus dans la province possèdent des dispositifs de verrou incorporés aux modèles. La vente obligatoire des armes avec des verrous contribuerait à réduire le nombre d'accidents mortels et de suicides qui résultent d'un accès inapproprié aux armes à feu.

### Publications récentes

W Cukier, "Focusing Attention on Small Arms: Opportunities for the UN 2001 Conference on the Illicit Trade in Small Arms and Light Weapons", International Action Network on Small Arms, December 2000.

W Cukier, "Licit/Illicit Links: The Role of Domestic Legislation in Combating Illicit Trafficking", Biting the Bullet, Saferworld, January 2001.

W Cukier, A Chapdelaine, "Suicide Prevention and Canada's New Firearms Legislation", Lifelines: A Suicide Prevention & Community Health Newsletter, vol. 6(1), February 2001.

W Cukier, A Chapdelaine, "Global Trade in Small Arms: Public Health Effects and Interventions", International Physicians for the Prevention of Nuclear War and SAFER-net, March 2001.

W Cukier, "Firearms: Licit/Illicit Links", Dutch Journal of Criminology, March 2001.

W Cukier, A Chapdelaine, "Small Arms: A Major Public Health Hazard", Medicine & Global Survival, vol. 7(1), April 2001.

F Trickey, S Nault, A Baillargeon, "Une arme a feu dans un foyer: un gros risque!", Prevention en pratique medicale, Juin 2001.

La Coalition a récemment produit des données de fonds sur les armes d'assaut militaires au Canada, les buts de la Loi sur les armes e feu, la verification des antecedents et le permis d'arme e feu, la possession d'armes a feu au Canada et plusieurs autres.

S.v.p., n'hésitez pas à contacter "La coalition pour le contrôle des armes" à notre bureau à Montréal au (514) 528-2358 si vous désirez obtenir de l'information sur le contrôle des armes pour nos réunions annuelles. Nous nous ferons un plaisir de vous fournir des pamphlets et du matériel de fond.

Veillez prendre note...  
Notre adresse de courriel a changé:

**[acsacaah@globetrotter.net](mailto:acsacaah@globetrotter.net)**



# Événements scientifiques

## 12<sup>e</sup> colloque régional québécois de l'ACSA

L'ACSA tiendra son 12<sup>e</sup> colloque régional québécois les 25 et 26 avril 2002 à Montréal. Le colloque aura pour thème : « Pour mieux travailler ensemble et avec... l'adolescent, sa famille, l'équipe, l'école, le milieu. ». Il sera présenté dans les deux langues, français et anglais. Les objectifs du colloque seront les suivants :

- Mieux comprendre l'approche milieu. À travers des projets qui utilisent cette approche, en saisir les principes et le fonctionnement ainsi que les difficultés et les bénéfices.
- Se questionner sur le travail en équipe.
- Saisir les enjeux dans la relation intervenant-adolescent et améliorer nos interventions avec les adolescents.
- Mieux comprendre et intervenir dans la relation parents-adolescent.

Le colloque comportera comme d'habitude des ateliers ainsi que des conférences. Les conférences auront pour titre : « Intervenir dans le milieu et en

réseau », « Adolescence, famille et communauté : que veulent les adolescents? » et « Pour le travail d'équipe : un outil de travail... la supervision ». Il y aura deux sessions d'ateliers par jour, le matin et l'après-midi. La dernière journée sera aussi caractérisée par le fait qu'il y aura l'assemblée annuelle des membres de l'ACSA.

Pour plus d'information veuillez nous contacter :

ACSA — CAAH  
Section de médecine de l'adolescence  
3175 Ch Ste-Catherine,  
Montréal QC H3T 1C5  
Tel: 514-345-9959  
Fax: 514-345-4778  
E-mail: [acsacaah@globetrotter.net](mailto:acsacaah@globetrotter.net)  
[www.acsa-caah.ca](http://www.acsa-caah.ca)



N'oubliez pas...  
de renouveler votre inscription à l'ACSA!



## Articles

### Adolescence et jeux de hasard, un mélange explosif

Les jeux de hasard et d'argent sont devenus une véritable mine d'or pour les gouvernements. Les seuls revenus de Loto-Québec atteignaient pratiquement trois milliards de dollars en 1998. Davantage de jeux signifie davantage de joueurs, mais aussi davantage de dépendance au jeu. C'est là une partie du prix à payer: le nombre de joueurs pathologiques est en augmentation croissante. En 1997, au Québec, le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) évaluait à 270 000 le nombre de joueurs dits pathologiques, c'est-à-dire sujets à une perte de maîtrise, continue ou périodique, face au jeu.

Les jeunes n'échappent pas au phénomène. Toujours d'après le SACA, environ 90 000 adolescents de 8 à 19 ans seraient victimes du jeu pathologique et compulsif. Des chercheurs de l'Université Laval et de l'Université de Montréal confirment maintenant que drogue, alcool, délinquance et faibles résultats académiques sont associés à la dépendance au jeu chez les adolescents.

Les jeunes joueurs pathologiques consomment davantage de cigarettes, d'alcool et de drogues. Ils éprouvent également des problèmes en classe. Il leur arrive plus souvent d'être expulsés par leurs professeurs, et leurs résultats académiques sont plus faibles. Le quart d'entre eux ont déjà tenté de se suicider, encore qu'il soit difficile d'établir un lien entre ces idées suicidaires et le fardeau que représentent les pertes au jeu. Et, contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce sont les plus jeunes adolescents (13 ans) qui jouent le plus, comme s'ils voulaient imiter les adultes en faisant preuve d'audace. À 16 ou 17 ans, le jeu perd déjà de son attrait au profit d'autres activités.

C'est une recherche menée à l'hiver 96 auprès de 3 426 étudiants âgés de 12 à 18 ans, fréquentant des écoles secondaires des régions de Québec et de Charlevoix, qui a permis d'en arriver à ces conclusions. Le groupe étudié était composé à parts égales de garçons et de filles. Les résultats montrent que le jeu fait désormais partie de leur vie.

Près de 9 adolescents sur 10 (87%) ont déjà participé à un jeu de hasard, et 77% ont joué durant les 12 derniers mois. C'est la loterie qui est la forme de jeu la plus populaire, suivie du bingo, du vidéo-poker, des paris sportifs et autres gageures. La proportion de ceux qui s'y adonnent au moins une fois par semaine demeure significative, à 13%. C'est à ce niveau que l'on commence à voir une différence notable entre les sexes, puisque deux fois plus de garçons que de filles (19% contre 8%) sont touchés. Ils seront encore deux fois plus nombreux à se reconnaître « joueurs pathologiques », catégorie qui regroupe finalement 2,6% des adolescents interrogés.

Plus de la moitié d'entre eux (59%) vivent des problèmes académiques ou familiaux liés à leurs habitudes de jeu, tandis que 45% ont fait l'objet de critiques de leurs amis ou de leurs proches. La moitié se sont disputés à ce sujet et 16% ont manqué l'école. Près du tiers (31%) ont dû emprunter pour jouer sans être en mesure de rembourser leurs dettes. Plusieurs vont voler pour financer leurs activités. Par ailleurs, 73% des jeunes joueurs pathologiques disent avoir au moins un parent qui joue...

Le jeu est de moins en moins une chasse gardée masculine. Des études antérieures faisaient état d'une proportion de quatre garçons joueurs pour une fille joueuse. Cette recherche révèle un ratio de 2,5 pour



1. Plus accessible que jamais, le jeu ne fait plus de discrimination entre les sexes.

Dans une étude précédente, les auteurs avaient déjà remarqué que les adolescents impulsifs étaient plus sujets que d'autres à développer une dépendance face au jeu. Les adolescents dits « impulsifs », ici, sont ceux qui sont incapables de contrôler leur comportement et qui posent des gestes indépendamment des conséquences. Il existe donc une forte possibilité que le jeu pathologique et la consommation de drogue évoluent simultanément et que l'impulsivité soit à l'origine de ces troubles. Les chercheurs posent la question: ne serait-il pas utile de cibler les enfants au caractère impulsif pour agir en amont et prévenir l'apparition de tous ces problèmes?

Pour en savoir plus:

Prévention et traitement du jeu pathologique Robert Ladouceur et Jean-Marie Boisvert École de psychologie, Université Laval novembre 1997.

Voir également Pathological Gambling and Related Problems Among Adolescents, in Journal of Child and Adolescent Substance Abuse (sous presse).

Saviez-vous que...

«Le mot lot est d'origine teutonne la racine *hleut* désignait en effet le caillou utilisé pour trancher les disputes et fixer les limites des propriétés. L'italien *loteria* et le français loterie [...] sont de même origine.

Mais en anglais comme en allemand, lot a pris avec le temps une signification plus large et désigne à la fois un billet de loterie et la destinée humaine.»

Reuven Brenner et Gabrielle Brenner, in Spéculation et jeux de hasard, PUF, Paris, 1993.

Le jeu pathologique et compulsif : quelques faits saillants parmi d'autres

- Deux joueurs (pathologiques et compulsifs) sur trois commettent des actes illicites ou criminels en raison du jeu 30% des détenus seraient victimes du jeu pathologique.
- Les joueurs pathologiques sont aussi des candidats au suicide, aux troubles mentaux et aux maladies liées au stress.
- Les coûts socioéconomiques du jeu pathologique atteignent 4,8 milliards de dollars par année (services de santé et services sociaux, sécurité publique, administration de la justice, impôts impayés, aide sociale pour cause de perte d'emploi, etc.).

(Source: Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA), octobre 1997)

(Les revenus de Loto-Québec se sont chiffrés à 2,837 milliards de dollars en 1998.)

**Vous voulez aider votre association?  
Persuadez un collègue de s'inscrire à l'ACSA!**



## Résultat de l'Enquête sociale et de santé 1998... Faits saillants

Troisième d'une série d'enquêtes portant sur la santé et le bien-être des Québécois, l'Enquête sociale et de santé 1998 s'inscrit dans le prolongement de l'enquête Santé Québec 1987 et de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 dont elle reprend en grande partie les thèmes et les mesures, assurant de cette façon une surveillance de l'état de santé et de bien-être et des facteurs de risque qui y sont associés. Elle a la particularité d'aborder plusieurs nouveaux sujets et d'approfondir des aspects traités dans les enquêtes antérieures. En plus de fournir de précieux renseignements sur les problèmes de santé physique et mentale des Québécois, l'enquête renseigne sur leurs habitudes de vie et sur le recours aux services sociaux et de santé. Les résultats rendent également compte des liens entre les différents milieux de vie et la santé (famille, entourage social, milieu de travail, etc.). Enfin, le rapport propose des pistes de réflexion pour la planification et l'action.

Les objectifs généraux de l'Enquête sociale et de santé 1998 sont les suivants : fournir des renseignements utiles à l'évaluation et au suivi de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) et des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (PNSP); suivre les tendances des indicateurs présents dans les enquêtes antérieures; assurer la représentativité des données régionales et permettre la comparabilité entre les régions et avec l'ensemble du Québec.

### Note méthodologique

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1998 est celle habitant les ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec, à l'exclusion des régions crie et inuite. L'enquête utilise un plan d'échantillonnage à deux degrés, stratifié par région sociosanitaire et par aire homogène. Cette méthode a pour but de permettre une analyse de chaque région sociosanitaire et d'assurer une représentation

adéquate des aires géographiques où sont concentrées les populations défavorisées.

La collecte des données, réalisée par la maison de sondage Léger & Léger inc., s'est déroulée de janvier à décembre 1998, afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et des comportements. Une entrevue assistée par ordinateur était d'abord réalisée auprès d'un répondant clé du ménage (âgé d'au moins 18 ans et capable de répondre à des questions sur la santé pour chacun des membres du ménage).

Au total, 11 986 répondants clés ont accepté de répondre au questionnaire sur le ménage, ce qui représente un taux de réponse global pondéré de 82 %. Les données ainsi recueillies portent sur un échantillon total de personnes de 30 386 personnes. Les membres du ménage âgés de 15 ans et plus étaient ensuite invités à remplir un questionnaire complémentaire sur des questions plus personnelles. Parmi les individus admissibles, 20 773 ont répondu à ce questionnaire, soit un taux de réponse pondéré de 69 %. La pondération des résultats tient compte de l'âge, du sexe et de la région sociosanitaire afin que ceux-ci soient représentatifs de la population québécoise.

### **Thèmes étudiés dans les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 - des gains et des pertes en 1998**

#### Les Gains

Accidents avec blessures : en 1998, environ 65 Québécois sur 1 000 déclarent avoir été victimes, au cours d'une période de 12 mois, d'un accident ayant causé des blessures suffisamment importantes pour entraîner une limitation des activités ou une consultation médicale. Ces accidents se sont produits principalement au domicile, à l'intérieur comme à



l'extérieur, ainsi qu'au travail et dans les lieux de loisirs et d'activités sportives. On observe une baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998. Cette baisse touche principalement les 15-44 ans, qui présentaient en 1992-1993 les taux les plus élevés. La réduction globale s'explique par une baisse des accidents avec blessures sur la route et au travail.

Santé mentale : en 1998 la proportion d'individus se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante chez les femmes et chez les jeunes de 15 à 24 ans. La diminution de la proportion de Québécois se classant dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre 1992-1993 et 1998 (de 26 % à 19 %) constitue un fait marquant de la présente enquête, puisqu'on avait observé l'inverse entre 1987 et 1992-1993. Mentionnons toutefois que les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux qu'en 1987 à se classer au niveau élevé de l'indice bien qu'ils aient amélioré leur position par rapport à l'enquête de 1992-1993.

Divers comportements de santé propres aux femmes : la proportion de femmes de 50 à 69 ans, groupe d'âge particulièrement visé par le programme de dépistage du cancer du sein, disant avoir passé un examen clinique des seins depuis moins de 12 mois ou une mammographie depuis 2 ans, continue d'augmenter. Globalement, la proportion d'utilisatrices de contraceptifs oraux semble avoir augmenté depuis 1992-1993, et ce, particulièrement chez les femmes de 25 à 34 ans. Les femmes de 45 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses en 1998 qu'en 1987 et 1992-1993 à avoir recours aux hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause.

#### Les pertes

Problèmes de santé : près des deux tiers des Québécois déclarent avoir au moins un problème de santé en 1998. La proportion de personnes ayant rapporté au moins un problème de santé est plus élevée chez les femmes et elle augmente avec l'âge chez les individus des deux sexes. La moitié de la population signale au moins un problème de longue durée, soit d'une durée de 6 mois ou plus. Les

problèmes ostéo-articulaires, dont l'arthrite ou le rhumatisme et les maux de dos ou de la colonne, comptent, avec les maux de tête, l'allergie sous toutes ses formes et l'hypertension artérielle, parmi les problèmes déclarés par une plus forte proportion de la population. Les problèmes de santé les plus fréquents sont demeurés les mêmes entre 1987 et 1998, mais leur prévalence s'est légèrement accrue durant cette période. L'augmentation de la prévalence du diabète est à signaler (1,6 % en 1987 et 2,8 % en 1998).

Idées suicidaires: en 1998 environ 222 000 Québécois de 15 ans et plus ont dit avoir pensé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois. La prévalence des idées suicidaires est passée de 3,1 % en 1987 à 3,7 % en 1992-1993, pour atteindre finalement 3,9 % en 1998. L'augmentation entre les enquêtes n'est pas statistiquement significative, mais cette tendance laisse croire que le phénomène ne va pas en s'améliorant. Comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, ce sont toujours les jeunes de 15 à 24 ans qui sont proportionnellement plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires.

Limitations d'activité : environ un Québécois sur dix vivant en ménage privé présente, en 1998, des limitations d'activité à long terme ce qui représente une hausse sensible depuis 1987, surtout chez les personnes de 65 ans et plus. Les problèmes ostéo-articulaires figurent toujours au premier rang et sont environ deux fois plus souvent la cause de limitations d'activité à long terme que les maladies cardiovasculaires (MCV) ou les maladies respiratoires. Les problèmes de santé mentale et les accidents représentent respectivement 8 % des causes de limitations d'activité.

Consommation d'alcool : bien que la proportion de personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois soit la même en 1998 qu'en 1992-1993, soit environ 4 Québécois sur 5 âgés de 15 ans et plus (80 %), on note une légère augmentation de la consommation moyenne hebdomadaire. On constate aussi une augmentation de la consommation élevée d'alcool : une plus grande proportion de gens déclarent avoir pris 5 consommations ou plus en une même occasion, et ce, 5 fois ou plus en 12 mois, et une plus grande



proportion de jeunes de 15 à 24 ans disent s'être enivrés 5 fois ou plus au cours d'une période de 12 mois.

Consommation de drogues et autres substances psychoactives : bien que plus des deux tiers des Québécois âgés de 15 ans et plus affirment n'avoir jamais consommé de drogues en 1998, une personne sur cinq déclare en avoir consommé au cours d'une période de douze mois. Toutes proportions gardées, les consommateurs sont majoritairement des jeunes et majoritairement des hommes. La proportion de consommateurs de drogues, plus spécifiquement de marijuana, semble augmenter graduellement au cours des années, bien qu'il faille être prudent avec les comparaisons entre les données de 1992-1993 et celles de 1998, les indicateurs n'étant pas tout à fait les mêmes.

Poids corporel: la proportion de Québécois de 15 ans et plus se classant dans la catégorie excès de poids semble augmenter de façon constante depuis 1987. Elle atteint, en 1998, 28 % de la population (c. 20 % en 1987 et 25 % en 1992-1993). Le phénomène touche particulièrement les hommes et semble progresser dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes de 15 à 19 ans. Par ailleurs, 9 % des hommes et 18 % des femmes se classent dans la catégorie insuffisance de poids.

Autonomie décisionnelle : les résultats indiquent une augmentation importante de la proportion de personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail entre 1992-1993 et 1998, cette situation s'appliquant maintenant à plus de la moitié des travailleurs (56 % c. 44 % en 1992-1993).

Consommation de médicaments : rappelons que depuis janvier 1997, soit un an avant le début de la présente enquête, tous les Québécois bénéficient d'une assurance médicaments. La proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament sur une période de deux jours (53 %) est comparable entre 1992-1993 et 1998. Toutefois, la proportion de consommateurs de 3 médicaments et plus est passée de 14 % en 1992-1993 à 17 % en 1998 et c'est chez les personnes de 65 ans et plus qu'elle est la plus élevée (52 %). La proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits semble un peu plus élevée qu'en 1992-1993

(34 % c. 31 %). Les classes de médicaments dont la proportion d'utilisateurs a augmenté entre 1992-1993 et 1998 sont les analgésiques et les stimulants. La proportion d'utilisateurs de remèdes contre la toux ou le rhume et de suppléments alimentaires a par ailleurs diminué entre les deux enquêtes.

#### Des phénomènes qui sont demeurés stables

Précisons enfin que certains phénomènes ne peuvent être classés nettement ni du côté des gains ni du côté des pertes, puisqu'ils ne démontrent pas une réelle détérioration de la situation, non plus qu'une amélioration comme telle. Il en est ainsi des phénomènes suivants.

Perception de l'état de santé : en 1998, la très grande majorité de la population de 15 ans et plus, soit près de 9 personnes sur 10, perçoit son état de santé comme bon, très bon ou excellent. La perception qu'ont les Québécois de leur état de santé est demeurée sensiblement la même depuis 1987, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, en 1998, une plus grande proportion de jeunes de 15 à 24 ans qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais lorsque comparé à 1987.

Parasuicides : quant aux gestes suicidaires, on ne note pas de changement par rapport à 1987 : 5 personnes sur 1 000 en 1998 ont déclaré avoir posé un geste suicidaire au cours d'une période de 12 mois. C'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on observe la prévalence la plus élevée.

Usage de la cigarette : la prévalence est demeurée la même qu'en 1992-1993. En 1998, 34 % des Québécois de 15 ans et plus fument la cigarette soit tous les jours (31 %), soit à l'occasion (3,5 %). Dans l'ensemble, les femmes fument dans une proportion légèrement plus faible que les hommes, et ce, particulièrement chez les 20-24 ans. Toutefois, il faut souligner qu'aucune différence n'est observée entre les sexes chez la population âgée de 15 à 19 ans.

Activité physique : en 1998, près de 30 % des Québécois de 15 ans et plus ne font pas d'activité physique durant leurs temps libres, alors qu'environ le quart de la population en fait 3 fois ou plus par semaine. Cependant, près de la moitié de la population



(48 %) a une fréquence de pratique inférieure à une fois par semaine. Par rapport à 1992-1993, la proportion de personnes sédentaires tend à augmenter (chez les hommes), alors que celle des personnes actives reste stable.

Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux : le taux de consultation des médecins est demeuré inchangé, mais celui des professionnels autres que les médecins, a progressé, phénomène attribuable à l'augmentation du taux de consultation des pharmaciens. L'enquête révèle que 23 % de la population qui a consulté un professionnel l'a fait à des fins préventives ou pour des examens de routine. Par ailleurs, les problèmes de santé les plus fréquemment mentionnés comme motif de la dernière consultation sont les troubles du système ostéo-articulaire (10%) et les troubles de l'appareil respiratoire (9 %)

Environnement de soutien : entre 1992-1993 et 1998, les caractéristiques de l'environnement social et l'appréciation qu'en font les personnes n'ont pas changé, à l'exception d'une proportion plus importante de personnes de 2.5 à 64 ans se déclarant insatisfaites de leur vie sociale. Selon les composantes de l'indice de soutien social, 13 % des Québécois sont insatisfaits de leur vie sociale, un sur dix n'a pas de confident et environ un sur vingt présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: ne participe jamais à des rencontres sociales, n'a pas d'ami, n'a personne pour l'aider s'il est mal pris ou encore, n'a personne pour lui manifester de l'affection. La proportion de personnes qui vivent seules est demeurée à une personne sur sept, davantage de femmes que d'hommes vivant cette situation, surtout à 65 ans et plus.

Familles et santé : la proportion des familles biparentales intactes, qui représentent la majorité des familles, diminue aux dépens des familles monoparentales et des familles recomposées. Or, de façon générale, les parents de famille biparentale adoptent de meilleures habitudes de vie et présentent un meilleur profil sur le plan de la santé et du bien-être.

## **Nouveautés de l'enquête sociale et de santé 1998**

Bien qu'on ne puisse les comparer aux enquêtes antérieures, plusieurs sujets étudiés pour la première fois en 1998 font état de situations préoccupantes. Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé: seulement le tiers de la population est couverte pour les soins dentaires et un peu plus du quart pour les examens de la vue. Quatre Québécois sur dix peuvent se prévaloir des services fournis par des physiothérapeutes, psychologues, chiro--praticiens, acupuncteurs, ostéopathes ... par le biais d'un régime d'assurance privé.

Problèmes auditifs: environ 7 % des Québécois de plus de 15 ans vivant en ménage privé déclarent une perte d'audition, cette proportion atteignant 26 % chez les personnes de 75 ans et plus. Près de 40 % des Québécois de 7 ans et plus ont de la difficulté à voir de près et les troubles de vision de loin sont présents chez environ le quart d'entre eux. Ces problèmes atteignent des taux beaucoup plus élevés aux âges supérieurs.

Fumée de tabac dans l'environnement (FTE) : 37 % des Québécois de 15 ans et plus déclarent y être exposés à la maison de façon quotidienne ou quasi quotidienne, soit un peu moins du quart des non-fumeurs et près des deux tiers des fumeurs qui sont ainsi exposés. Dans les lieux publics, environ le quart des Québécois se disent exposés à la FTE chaque jour ou presque, soit 19 % des non-fumeurs et 39 % des fumeurs.

Insécurité alimentaire : près d'un Québécois sur dix (8 %) est touché par l'insécurité alimentaire qui se manifeste entre autres par la monotonie du régime alimentaire, ou encore par le fait de devoir restreindre son apport alimentaire ou de ne pas être en mesure d'offrir des repas équilibrés à ses enfants.

Comportements sexuels et utilisation du condom : bien que près des trois quarts des personnes hétérosexuelles mentionnent n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel depuis douze mois, une personne sexuellement active sur dix en a plus d'un. Fait à souligner, 60 % de ces dernières ont un comportement



à risque en n'utilisant pas un condom de façon systématique, et ce, plus particulièrement chez les personnes ayant aussi un partenaire régulier avec lequel elles vivent. Chez les personnes de 15 à 29 ans, 15 % ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans. Près de 2 % de la population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles rapporte avoir été traitée pour une MTS au cours d'une période de 12 mois.

Orientation sexuelle et santé : des proportions plus grandes de personnes homosexuelles et bisexuelles vivent seules et se retrouvent dans la catégorie de revenu des très pauvres. L'usage de la cigarette est plus répandu chez la population bisexuelle que chez la population hétérosexuelle, une tendance semblable étant observée chez les homosexuels. La consommation d'alcool ne diffère pas entre les trois populations, à l'exception des femmes bisexuelles, plus nombreuses en proportion à rapporter s'être enivrées. Ces dernières se distinguent aussi en se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et par un niveau faible de soutien social. Le soutien social semble également plus faible chez les personnes homosexuelles et bisexuelles que dans le reste de la population. Les idées suicidaires sont rapportées par une plus grande proportion de personnes bisexuelles que dans la population hétérosexuelle.

Intimité avec le conjoint le « chum » ou la « blonde » : un Québécois sur quatre ayant un conjoint, avec lequel il cohabite ou non, rapporte des difficultés dans les relations avec ce dernier, qualifiées de sévères par une personne sur sept. Les femmes sont, en proportion, plus nombreuses à vivre des difficultés conjugales. Par ailleurs, un Québécois sur quatre rapporte manquer d'intimité (dans le sens de relations intimes avec une autre personne), qu'il ait ou non un conjoint, cette proportion étant plus grande chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les femmes de 45 à 64 ans.

Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence au sein de la population de 18 ans et plus, une personne sur deux déclare avoir vécu, au cours de son enfance ou de son adolescence, au moins un des sept événements critiques étudiés dans l'enquête et une personne sur dix en a vécu au moins

trois (par exemple, un événement dont la pensée a effrayé pendant des années, des problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogues, le chômage de l'un des deux parents et le divorce des parents).

Travail et santé : au travail, 3 % de l'ensemble des travailleurs rapportent avoir été l'objet de violence physique et 18 % d'intimidation et ce, au cours d'une période de 12 mois. Les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail sont majoritairement rapportés par des travailleuses, soit près de 8 % des femmes comparativement à 2 % des hommes. Il faut souligner que l'enquête ne permet pas de savoir si ces différentes manifestations d'abus proviennent de collègues ou de la clientèle. Les risques physiques et chimiques pour la santé auxquels sont exposés près de 20 % des travailleurs sont les gestes répétitifs des mains et des bras, la manipulation de charges lourdes et la nécessité de fournir des efforts avec des machines ou des outils. Par ailleurs, environ 13 % travaillent dans un bruit intense et près de 10 % font un travail occasionnant des vibrations aux membres supérieurs ou encore sont exposés à des solvants. Au sein de la population qui occupe un emploi rémunéré, 15 % des personnes présentent des problèmes musculo-squelettiques de longue durée. Environ la moitié des douleurs ayant le plus dérangé dans les activités sont perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail.

Environnement psychosocial au travail : comme on l'a vu précédemment, plus de la moitié des travailleurs de 15 ans et plus ont une faible autonomie décisionnelle au travail. A cela s'ajoute le constat qu'une personne sur deux parmi ces travailleurs doit répondre à des exigences psychologiques élevées.

Vaccination contre la grippe : au total, 38 % de la population de 65 ans et plus a été vaccinée au cours d'une période de 12 mois, principalement sur recommandation du médecin. La comparaison de ce résultat avec ceux obtenus lors d'autres enquêtes conduites auprès de la population n'indique pas de progression sensible du taux de vaccination contre la grippe au sein de la population québécoise âgée de 65 ans et plus. De plus, seulement 26 % des personnes de tout âge ayant au moins un problème de santé de longue durée pour lequel la vaccination



antigrippale est indiquée mentionnent avoir été vaccinées durant cette période de 12 mois.

#### Certains résultats sont toutefois plutôt positifs

Perception de la santé mentale : une proportion très élevée de Québécois de 15 ans et plus qualifient leur santé mentale d'excellente, très bonne ou bonne (92 %). Ces résultats montrent qu'il y a cohérence entre la perception de l'état de santé mentale et celle de l'état de santé en général.

Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers : l'hospitalisation est liée au fait d'être plus âgé, d'avoir une plus faible scolarité ou d'avoir un revenu moindre. Les délais d'attente avant l'admission sont beaucoup moins longs pour l'hospitalisation que pour la chirurgie d'un jour, une partie importante de la clientèle hospitalisée est constituée de personnes nécessitant une hospitalisation immédiate. Une proportion élevée de personnes jugent adéquats les délais d'attente avant d'être admises à l'hôpital ou traitées à l'aide de la chirurgie d'un jour. De même, elles estiment suffisants le temps de séjour hospitalier et l'aide à domicile reçue à la suite de l'un ou l'autre des services (de 75 % à 88 % des personnes selon la situation examinée).

Alimentation: la majorité (84 %) des Québécois de 15 ans et plus ont une perception positive de leurs habitudes alimentaires qu'elles qualifient de bonnes, très bonnes ou excellentes, proportion nettement supérieure à celle obtenue en 1990, lors de l'Enquête québécoise sur la nutrition (72 %).

Service téléphonique Info-Santé CLSC : les principaux utilisateurs sont les personnes dont le ménage comprend de jeunes enfants, plus particulièrement des enfants de 2 ans ou moins.

Par ailleurs, l'utilisation du service par les individus présentant les caractéristiques sociosanitaires les plus susceptibles de nécessiter le recours aux services de santé (hospitalisation, chirurgie d'un jour, perception plus négative de l'état de santé, limitations d'activité) permet de statuer que l'accès à ce service rejoint la clientèle visée, à l'exception des personnes de langue maternelle autre que le français et des

hommes, surtout ceux de 15 à 24 ans, qui sont proportionnellement moins nombreux à connaître et à utiliser ce service.

Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire : les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé, celles qui ont au moins un problème de santé de longue durée et celles qui sont limitées dans leurs activités sont, en proportion, plus nombreuses à accorder de l'importance à la vie spirituelle et à fréquenter régulièrement un lieu de culte. Les personnes qui disent appartenir à une religion et qui fréquentent une église ou un lieu de culte sont, en proportion, moins nombreuses à faire usage de tabac, d'alcool ou de drogues, à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ou à avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois. En outre, elles sont proportionnellement plus nombreuses à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social. Il faut souligner que l'âge a probablement un effet sur la plupart de ces résultats. Enfin, l'analyse des différents indicateurs a montré que les jeunes et les personnes défavorisées au niveau socioéconomique représentent des groupes vulnérables sur le plan de la santé et du bien-être.

Le présent document résume les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998. Près de 75 chercheurs du ministère de la Santé et des Services sociaux, des Régies régionales de la santé et des services sociaux et de leurs directions de santé publique, du milieu universitaire et des secteurs connexes, sans compter une cinquantaine de lecteurs externes associés à ces travaux, ont collaboré à la rédaction du rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998. En continuité avec le présent rapport, des monographies s'ajouteront graduellement. De plus, l'enquête ayant recueilli des données représentatives des régions, des rapports ont été élaborés par chacune des Régies régionales de la santé et des services sociaux selon les besoins propres à chaque région.

Signalons finalement que l'Enquête sociale et de santé 1998 a servi d'enquête « locomotive » à une série de volets complémentaires. L'Enquête québécoise sur les limitations d'activité, l'Enquête sur la résolution des conflits conjugaux et l'Enquête sur l'activité physique et la santé ont toutes trois été



réalisées, en face-à-face ou au téléphone selon le cas, auprès de sous-échantillons des répondants de l'Enquête sociale et de santé 1998. À ces enquêtes se sont ajoutés deux questionnaires téléphoniques plus succincts, l'un portant sur un indice synthétique de santé de la population (SF 36), et l'autre visant à mesurer l'effet sur les résultats de l'Enquête sociale

et de santé 1998 de la tempête de verglas survenue au début de la collecte des données. Ces volets complémentaires feront l'objet de publications au cours des prochains mois.

**Tiré de:** Quoi de neuf à Santé Québec?, vol. 13, numéro 2, Novembre 2000.

L'avez-vous vu?

Le programme de notre colloque du printemps vous est-il parvenu?

Si oui...

Inscrivez-vous au plus tôt.

Envoyez-nous votre inscription par fax ou téléphone.

Si non...

Téléphonez-nous au 514-345-9959 et nous vous ferons parvenir la brochure.



## Faits saillants de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (EQLA)

### L'EQLA en bref

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (EQLA) s'intéresse aux Québécois de tout âge, enfants ou adultes, qui vivent à domicile et présentent une incapacité de longue durée (six mois ou plus) en raison d'un problème de santé physique ou mentale.

Le rapport de l'enquête présente une estimation du taux d'incapacité selon la nature et la gravité de l'incapacité pour l'ensemble du Québec et fournit une estimation des taux d'incapacité pour chacune des régions sociosanitaires. Il décrit les caractéristiques de la population avec incapacité et les compare, à plusieurs égards, à celles de la population québécoise sans incapacité. Il comprend également une analyse de l'évolution dans le temps de plusieurs indicateurs reliés à la santé et à l'intégration sociale de cette population, grâce à une comparaison avec les résultats des enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 de Statistique Canada. Un large éventail de thèmes liés à l'intégration des personnes ayant une incapacité sont abordés dans ce rapport: participation sur le marché du travail, scolarisation, transport, loisirs, utilisation et besoin d'aides techniques ou de services, d'aménagements spéciaux, etc. Le rapport présente en outre une analyse de l'espérance de vie et de l'espérance de santé dans la population québécoise, de leur évolution (1986-1998) et de leurs variations régionales. Ce numéro du Bulletin vous présente les principaux faits saillants de ce rapport.

### Note méthodologique et définition de l'incapacité

Dans cette enquête, une personne de 15 ans et plus est considérée comme ayant une incapacité si elle a de la difficulté à faire certaines tâches spécifiques comme entendre, voir, marcher ou monter un escalier d'une façon que l'on juge habituellement normale; si

elle est limitée dans ses activités à cause d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée, ou si elle a certains problèmes comme une déficience intellectuelle, troubles de mémoire ou d'apprentissage. Les enfants (0-14 ans), eux, sont considérés comme ayant une incapacité s'ils ont certains problèmes de santé chroniques sérieux (comme la dystrophie musculaire, la déficience intellectuelle), s'ils sont limités dans leurs activités, s'ils utilisent une aide technique, s'il reçoivent un enseignement spécialisé ou s'ils ont des troubles de la vue, de l'audition ou de la parole.

La collecte de l'EQLA a été faite auprès de l'échantillon de l'Enquête sociale et de santé 1998. La population visée par l'enquête est celle qui habite dans les ménages privés de toutes les régions du Québec à l'exclusion des régions crie et inuite. La collecte a eu lieu de janvier à décembre 1998. Au total, 29 792 personnes ont accepté de répondre au questionnaire de sélection et 4 015 au questionnaire de suivi de l'enquête. Les taux de réponse pondérés ainsi obtenus sont respectivement de 80 % et 76 % pour la sélection et le suivi.

### Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise et son évolution

En 1998, 15 % de la population québécoise vivant en ménage privé présente une incapacité. La hausse du taux d'incapacité est l'un des faits marquants de cette enquête. Le taux d'incapacité est passé de 10 % en 1986 à 12 % en 1991, pour atteindre 15 % en 1998. Cette hausse s'observe tant chez les enfants (0-14 ans) que chez les adultes (15 ans et plus). Chez les enfants, elle est principalement attribuable à une hausse des troubles d'apprentissage et des troubles émotifs ou de comportement, tandis que chez les 15 ans et plus, la hausse s'explique par une augmentation d'une part des incapacités légères et d'autre part de certains types d'incapacité. Les



incapacités modérées ou graves sont restées assez stables entre 1986 et 1998.

Le Québec affichait en 1986 et en 1991 un taux d'incapacité inférieur à celui du reste du Canada. Avec cette remontée, le taux d'incapacité du Québec rejoint les niveaux d'incapacité observés ailleurs au Canada en 1991.

En 1998, les taux d'incapacité varient de 10 % à 18 % selon les régions sociosanitaires.

### **Caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes et des ménages.**

En 1998, 30 % des ménages privés du Québec comptent au moins une personne (adulte ou enfant) ayant une incapacité. À l'exception des 65 ans et plus, les personnes ayant une incapacité ont une situation financière moins favorable que la population sans incapacité, selon trois indicateurs de revenu étudiés. Seule une faible proportion des personnes avec incapacité (14 %) reçoivent des prestations, une pension ou de l'aide financière du gouvernement en raison de leur état. De plus, seulement 15 % des personnes de 15 ans et plus reçoivent un remboursement complet, parmi celles qui ont des dépenses reliées à leur incapacité (40 %). Par ailleurs, 123 300 ménages privés comptent au moins un enfant (de moins de 18 ans) ayant une incapacité. Ces ménages vivent des conditions socioéconomiques défavorables par rapport aux autres ménages avec enfants. Ce sont plus souvent des familles monoparentales (28 % c. 19 %) et leur revenu est plus faible. Alors que 52 % des ménages ne comptant que des enfants sans incapacité ont un revenu annuel de 40 000 \$ ou plus, 41 % des ménages avec un enfant ayant une incapacité se situent dans cette catégorie.

### **Chez les 15 ans et plus**

#### Prévalence selon la nature et la gravité de l'incapacité

En 1998, 17 % de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé présente une incapacité. Le taux d'incapacité augmente avec l'âge et de façon de plus en plus marquée à partir de l'âge de 55 ans. Il

est de 13 % chez les 15-64 ans et de 42 % chez les 65 ans et plus; il atteint 55 % chez les 75 ans et plus. Sept pour cent (7 %) des personnes de 15 ans et plus présentent une incapacité d'un niveau de gravité modéré ou gravé. Par ailleurs, en nombre, les personnes ayant une incapacité de 15-64 ans sont plus nombreuses (630 500 personnes) que celles de 65 ans (339 900 personnes).

Les incapacités les plus répandues chez les adultes en 1998 sont les incapacités liées à la mobilité (9 %), à l'agilité (8 %), à l'audition (4,2 %) et les incapacités liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (4,1 %). Les autres incapacités étudiées dans l'enquête sont: les incapacités liées à la vision (1,8 %), à la parole (0,9 %), et les incapacités physiques de nature non précisée (1,7 %).

Entre 1986 et 1998 on observe une augmentation significative des incapacités liées à l'agilité, à l'audition notamment. La diminution des incapacités liées à la vision chez les 65 ans et plus entre 1986 et 1998 est l'un des résultats intéressants de cette enquête. La hausse du taux d'incapacité chez les adultes entre 1986 et 1998 s'observe pour l'incapacité légère, l'incapacité modérée ou grave étant restée assez subie.

#### Prévalence du désavantage lié à l'incapacité

Le rapport propose une nouvelle mesure du désavantage. Il examine les conséquences sociales de l'incapacité sur le plan de la dépendance et des limitations d'activités. Selon cet indice, 13 % des Québécois de 15 ans et plus vivant à domicile sont touchés par une forme plus ou moins grave de désavantage, tandis que 3,4 % ne subissent aucun désavantage. La population désavantagée comprend des personnes présentant une dépendance forte ou modérée (3,5 % de la population), une dépendance légère (3,9 %) ou des limitations dans leurs activités sans présenter de dépendance (5,8 %).

La prévalence du désavantage a augmenté entre 1986 et 1998. Cette augmentation touche les catégories les plus légères du désavantage. Cette évolution s'apparente à celle du taux d'incapacité.



### Utilisation et besoin d'aides techniques

L'EQLA révèle que 5 % de la population québécoise de 15 ans et plus utilise une aide technique (ex. : appareils auditifs, fauteuil roulant) en 1998. Cette proportion est restée stable entre 1991 et 1998. En 1998, le taux d'utilisation est de 2,9 % chez les personnes de 15-64 ans et atteint près d'une personne sur cinq (18 %) chez les 65 ans et plus.

Par ailleurs, environ 8 % des adultes ayant une incapacité ont des besoins non comblés à cet égard, c'est-à-dire qu'ils requièrent une aide technique ou une aide technique supplémentaire. Le rapport révèle une hausse importante de l'utilisation des aides à l'audition chez les 15 ans et plus entre 1986 et 1998.

### Habitation

Dans la population vivant en ménage privé, une faible minorité de personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité (environ 6 %) habite un logement réservé aux personnes âgées ou conçu pour les personnes avec incapacité.

Par ailleurs, près de 8 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité ont besoin d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir. Toutefois, 3 % des personnes n'ont pas les aménagements requis. Les besoins varient selon l'âge: 13 % des 65 ans et plus ont besoin de tels aménagements.

### Activités de la vie quotidienne

La moitié de la population avec incapacité de 15 ans et plus a besoin d'aide pour ses activités quotidiennes, que ce soit de l'aide personnelle (13 %) (préparation des repas, soins personnels, etc.), de l'aide pour les travaux ménagers courants (31 %) ou pour les gros travaux ménagers (42 %). Même si 90 % d'entre elles reçoivent de l'aide, environ 40 % de ces personnes déclarent que certains de leurs besoins ne sont pas comblés. Ceux-ci sont particulièrement importants chez les personnes de 15 à 64 ans et chez les personnes vivant dans un ménage très pauvre ou pauvre. Près de quatre personnes sur dix (37 %) doivent assumer des coûts pour l'aide qu'elles reçoivent. L'enquête confirme

l'importance des réseaux d'entraide informels, en particulier les conjoints et les enfants.

### Déplacements

Environ 9 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité ont de la difficulté à quitter leur demeure pour de courts trajets et 4 % se disent confinées chez elles en raison de leur état. Cette difficulté à se déplacer touche davantage les personnes plus âgées, les femmes et les personnes de ménages à faible revenu.

Le tiers des adultes non confinés à la demeure font au moins un déplacement par semaine pour des raisons de santé. Le transport adapté occupe une très faible part de l'utilisation des divers modes de transport. Le besoin de services adaptés de transport est mentionné par 3,4 % des adultes ayant une incapacité et ce besoin est non comblé pour environ 1,4 % des personnes.

### Scolarisation des adultes

On constate une hausse importante du niveau de scolarité des personnes de 15-64 ans ayant une incapacité entre 1986 et 1998. L'augmentation de la proportion de personnes qui détiennent au moins un diplôme d'études secondaires ou de formation professionnelle, de même qu'un accès plus important aux études universitaires sont les principaux indicateurs de cette amélioration. Ces progrès sont notables tant chez les personnes ayant une incapacité légère que modérée ou grave. Toutefois, le niveau de scolarité des personnes ayant une incapacité est inférieur à celui des Québécois sans incapacité du même âge.

### Activité sur le marché du travail

En 1998, 43 % des personnes de 15 à 64 ans ayant une incapacité occupent un emploi. La situation des personnes ayant une incapacité s'est améliorée, entre 1986 et 1998. Ainsi, le taux d'inactivité chez celles-ci est passé de 63 % à 51 %. Il demeure cependant élevé comparativement à l'ensemble de la population québécoise (28 %). Le taux de chômage, bien qu'encore élevé (13 %), semble aussi s'être



rapproché de celui de la population québécoise entre 1986 et 1998.

Dans la population avec incapacité, près de la moitié des personnes inactives se disent capables de travailler; 28 % le sont sans limitations et 18 %, avec limitations. La discrimination à l'égard des personnes ayant une incapacité apparaît bien présente sur le marché du travail : en effet, selon la forme de discrimination, de 3,7 % à 11 % affirment en avoir subi au cours des cinq dernières années.

#### Pratique d'activités physiques et de loisirs

Les deux tiers (65 %) de la population de 15 ans et plus ayant une incapacité pratiquent des activités physiques durant leurs loisirs. Cependant, moins du tiers des personnes (31 %) pratiquent celles-ci de façon assez soutenue pour influencer leur état de santé comparativement à 40 % des personnes sans incapacité.

#### État général de santé et de bien-être

Les personnes avec incapacité (de tout âge) souffrent, plus souvent que les personnes sans incapacité, d'au moins un problème chronique de santé (87 % c. 47 %). Le rapport présente les problèmes de santé les plus fréquents chez les enfants, et pour trois groupes d'âge chez les adultes. Malgré leur incapacité, près de six adultes sur dix se considèrent en bonne santé. Par ailleurs, environ deux adultes sur cinq ressentent des douleurs ou des malaises en raison de leur incapacité; pour la majorité d'entre elles, ils sont d'intensité modérée ou forte et causent une réduction de leurs activités.

#### Détresse psychologique, idées et tentatives de suicide

Les indicateurs de santé mentale examinés dans l'EQLA montrent la situation défavorable des personnes de 15 ans et plus avec incapacité comparativement à la population québécoise sans incapacité. Ainsi, 28 % des personnes ayant une incapacité présentent un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique alors que c'est le cas de 18 % des personnes sans incapacité.

Les personnes ayant une incapacité sont aussi plus nombreuses, en proportion, à avoir des idées suicidaires sérieuses (7 % c. 3,3 %) et à avoir fait une tentative de suicide (1 % c. 0,4 %) au cours d'une période de 12 mois.

#### Recours aux services de santé et aux services sociaux et consommation de médicaments

La présence d'une incapacité, même légère, est liée à un recours accru à la consultation d'un professionnel, à l'hospitalisation et à la consommation de médicaments dans la population de 15 ans et plus. Ainsi, le taux de consultation d'un professionnel au cours d'une période de deux semaines passe de 23 % dans la population sans incapacité, à 37 % pour celle ayant une incapacité légère et à 47 % pour celle ayant une incapacité modérée ou grave. Ce profil de consultation se vérifie pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes et pour les autres professionnels de la santé.

De la même manière, 16 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité ont été hospitalisées au cours d'une période de 12 mois comparativement à 5, 1 % des personnes sans incapacité. La consommation de médicaments est aussi plus importante chez les personnes ayant une incapacité : en comparaison de 53 % des personnes sans incapacité, 73 % des personnes avec une incapacité légère et 89 % des personnes dont l'incapacité est modérée ou grave consomment au moins un médicament au cours d'une période de deux jours.

### **Enfants de 14 ans et moins**

#### Prévalence selon la nature et la gravité de l'incapacité chez les enfants

L'EQLA révèle que 9 % des enfants québécois présentent une incapacité en 1998. Le taux d'incapacité est plus élevé chez les enfants d'âge scolaire (11 % chez les 5-14 ans) que chez les enfants de 0-4 ans (4,4 %), et chez les garçons que chez les filles (11 % c. 7 %).

Les troubles les plus prévalents chez les enfants en 1998 sont les troubles émotifs ou de comportement ou la déficience intellectuelle regroupés (3,1 %) et



les troubles d'apprentissage (2,6 %). Ces troubles sont plus fréquents chez les enfants d'âge scolaire et chez les garçons. Les autres types d'incapacité présents chez les enfants sont les troubles de la vue (0,8 %), de l'audition (0,7 %), de la parole (1,5 %), les problèmes de santé physique chroniques (1,8 %) et les autres troubles (1,6 %).

Un des faits saillants de l'enquête est la hausse du taux d'incapacité chez les enfants entre 1986, 1991 et 1998 (de 4,8 % à 5,6 % et à 8,6 %). Cette hausse s'observe chez les enfants d'âge scolaire et s'explique surtout par une augmentation des troubles d'apprentissage - qui sont passés de 0,9 % à 2,6 % entre 1986 et 1998 - et des troubles émotifs ou de comportement - qui sont passés de 0,6 % à 2,3 % entre 1991 et 1998.

#### Utilisation des aides techniques

En 1998, 16 % des enfants ayant une incapacité utilisent une aide technique. Ils représentent 1,4 % des enfants québécois, soit environ 18 500 enfants, comme c'était le cas en 1991. La plupart utilisent une aide à la mobilité.

#### Déplacements

Environ 21 % des enfants (0-14 ans) ayant une incapacité se déplacent au moins une fois par semaine pour des raisons de santé. Près de 4,6 % des enfants ayant une incapacité ont de la difficulté à se déplacer pour ces courts trajets et 2,6 % ont besoin de services de transport adapté.

#### Scolarité des enfants

En 1998, la plupart des enfants de 5-14 ans ayant une incapacité et fréquentant l'école reçoivent un enseignement régulier (80 %), les autres étant scolarisés en classe spéciale ou dans une école spéciale.

L'incapacité a des conséquences sur la fréquentation scolaire d'environ le tiers des enfants (34 %) ayant une incapacité. C'est le cas de plus de la moitié des enfants ayant des troubles émotifs ou de comportement ou une déficience intellectuelle et de ceux qui présentent des troubles d'apprentissage

(respectivement 50 % et 68 %). Parmi ces conséquences figure le retard scolaire qui, selon l'enquête, touche 25 % des enfants avec incapacité; de plus, 16 % des enfants doivent fréquenter une école hors de leur quartier en raison de leur incapacité.

#### Garde des enfants

L'enquête révèle que 22 % des enfants avec incapacité utilisent un service de garde en 1998, dont 45 % des enfants de 0-4 ans. Ces taux d'utilisation sont nettement moins élevés que ceux de l'ensemble de la population québécoise, ce qui suggère l'existence d'obstacles à l'accessibilité des services de garde pour les enfants avec incapacité.

#### État de santé, recours aux services de santé et aux services sociaux et consommation de médicaments

Environ 62 % des enfants ayant une incapacité ont au moins un problème de longue durée (contre 24 % des enfants sans incapacité). Les enfants ayant une incapacité sont plus nombreux que les enfants sans incapacité, en proportion, à consulter un professionnel au cours d'une période de deux semaines. En effet, 38 % d'entre eux, contre 21 % des autres, ont consulté au moins un professionnel, que ce soit un médecin (21 % c. 13 %) ou un autre professionnel (26 % c. 11 %). Ils sont aussi plus nombreux à avoir été hospitalisés au moins une fois au cours d'une période de 12 mois (6 % c. 3,1 %). La consommation de médicaments prescrits est aussi plus importante chez les enfants ayant une incapacité (27 % c. 13%), au cours d'une période de deux jours.

#### Espérance de vie et espérance de santé au Québec

En 1998, l'espérance de vie à la naissance est de 77,9 ans au Québec. L'espérance de vie sans incapacité est de 62,8 ans, l'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave est de 70,9 ans, alors que l'espérance de vie sans dépendance modérée ou forte est de 73,0 ans. En 1998, les femmes ont une espérance de vie à la naissance supérieure à celle des hommes (81,2 ans c. 74,7 ans).

Entre 1986 et 1998, on note une progression parallèle de l'espérance de vie, de l'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave et de l'espérance de vie



sans dépendance modérée ou forte : environ deux années ont été gagnées au cours de cette période, selon les mesures. Les écarts d'espérance de vie et d'espérance de santé ont diminué entre les hommes et les femmes, au cours de cette période.

Des écarts d'espérance de santé existent entre les régions sociosanitaires, pouvant aller de quatre à sept ans selon les indicateurs. Le rapport de l'EQLA

constitue une des sources d'information les plus exhaustives sur la population avec incapacité au Québec et une référence pour la planification des services. Plus d'une trentaine de chercheurs et professionnels intéressés à la problématique de l'incapacité ont participé à sa rédaction.

**Tiré de:** Quoi de neuf à Santé Québec?, vol. 14, numéro 1, juin 2001.

Votre soutien financier est indispensable à  
notre association.

Renouvelez votre inscription pour 2002 dès  
maintenant!



## L'adolescent obèse : un casse-tête ou un défi ?

M. Caflish, V. Paris

La prévalence de l'obésité infantile augmente dans tous les pays du monde (tableau 1). Ce fait est lié aux modifications du mode de vie. L'obésité à l'adolescence est un facteur prédictif pour l'obésité à l'âge adulte. Connaître les habitudes alimentaires des jeunes permet de mieux comprendre les adolescents obèses. Derrière un surpoids peuvent se cacher des sentiments de détresse, ces adolescents souffrent souvent d'une mauvaise estime de soi.

Nous proposons une prise en charge en ambulatoire, individuelle ou en groupe et nous abordons avec eux les différents aspects de l'adolescence. L'examen clinique répété est essentiel. S'occuper d'adolescents obèses demande de la patience et de la persévérance. La prise en charge idéale n'existe pas, pas plus qu'une méthode unique de traitement.

Pays	Années d'études	Prévalence (%)*
Allemagne	1975/1985/1995	5/5,7/9
Danemark	1940/1980	1/4,5
Etats-Unis	1974/1991	15/22
Finlande	1980/1986	4/4
France	1980/1996	5/12,8
Grande-Bretagne	1972/1981	8,2/12
Japon	1979/1988	7/9,3
Malaisie	1975/1993	1,4/14

**Tableau 1. Évolution de la prévalence de l'obésité infantile.**

\* Les centiles correspondent à des populations de référence différentes.

### Que nous apprend la littérature sur l'obésité à l'adolescence?

La prévalence de l'obésité infantile augmente dans tous les pays du monde (tableau 1).<sup>1</sup> Ce fait est lié aux modifications du mode de vie, de l'environnement familial, à un nouvel équilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques, ainsi qu'aux prédispositions génétiques. On sait aujourd'hui que la probabilité qu'un jeune obèse le reste à l'âge adulte varie entre 20-50% avant la puberté et entre 50-70% après la puberté, ce qui signifie que l'obésité à l'adolescence est un facteur prédictif pour l'obésité à l'âge adulte.<sup>(2, 3)</sup> La prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 15-20% en Europe. Une obésité parentale augmente sensiblement le risque d'obésité chez l'enfant.

C'est durant l'adolescence que 15% de la taille définitive et 50% du poids définitif sont acquis et que l'on observe une modification importante de l'activité physique. Lorsque l'on parle d'obésité, la littérature se base principalement sur l'indice de masse corporelle (body mass index = BMI). La définition de l'obésité infantile diffère en fonction des populations étudiées, par exemple en Amérique du Nord elle correspond à un BMI supérieur au 85e centile de leurs courbes en fonction de l'âge, et en Europe à un BMI supérieur au 97e centile de nos courbes en fonction de l'âge.

La revue de la littérature montre qu'il existe une grande variété de suggestions et de programmes pour la prise en charge des adolescents obèses, ayant chacun ses avantages et ses désavantages.

### Que sait-on des habitudes alimentaires des adolescents ?

Une étude a été effectuée il y a quelques années sur près de 4000 jeunes vaudois de 10 à 19 ans, dont un



des objectifs était de mieux comprendre l'évolution des habitudes alimentaires durant l'adolescence." Les résultats montrent que:

- Seuls 62% des adolescents prennent trois repas par jour.
- Neuf jeunes sur dix ont un repas chaud à midi et six jeunes sur dix le soir.
- Près de 10% ne prennent pas leur petit déjeuner et environ 10% prennent uniquement une boisson le matin (le plus souvent du lait et des jus de fruits).
- Quatre-vingt à nonante pour cent des adolescents consomment des collations, particulièrement l'après-midi, et dont le plus souvent du chocolat, des pâtisseries, des biscuits, du pain, des fruits, des yogourts ou des produits laitiers. L'apport calorique journalier par les snacks est non négligeable: 23% pour les filles et 20% pour les garçons.

### **Qu'avons-nous appris auprès des adolescents obèses en consultations de médecine pour adolescents ?**

Sur 440 patients suivis dans la consultation pour adolescents à l'Hôpital des enfants de Genève, 47 jeunes (11%) (36 filles et 11 garçons) consultent pour des problèmes d'obésité; leur âge moyen est de 13,5 ans et la diversité culturelle est grande. Une évaluation quantitative montre que parmi ces 47 patients, suivis sur un temps moyen de neuf consultations, 21 (45%) ont réussi à stabiliser ou perdre du poids, 12 (25%) ont pris du poids et 14 (30%) ont interrompu le suivi.

L'évaluation qualitative révèle qu'une majorité de ces adolescents mangent à midi devant la télévision accompagnés par les stars des séries «la petite maison dans la prairie», «la vie de famille» ou «tous sur orbite». Le goûter se passe également devant la télévision en compagnie de «top models», «beverly hills», «friends» ou «sun-set beach» ! Un grand nombre de ces adolescents avouent avoir recours à la prise d'aliments dans toutes sortes de situations difficiles, le plus fréquemment lorsqu'ils sont seuls à la maison et qu'ils s'ennuient.

Les adolescents obèses ont souvent une mauvaise estime d'eux-mêmes: ils sont insatisfaits de leur aspect physique, ils n'aiment pas la forme de leur corps ou parfois juste certaines parties de celui-ci. Ils attachent à cette apparence l'essentiel de leurs critères de valeurs personnelles. La perpétuelle insatisfaction découlant de l'échec renouvelé à atteindre la perfection souhaitée entraîne une auto-dévalorisation répétée. Tout en étant très insatisfaits d'eux-mêmes, ils ont souvent beaucoup de peine à parler de ce qu'ils ressentent. Il leur est plus facile de s'exprimer au sujet des regards que les autres portent sur eux, avec toute la rage et la déception que cela entraîne. Lors des consultations il est essentiel de les aider à découvrir ce qui anime leur intérieur, en prenant de la distance par rapport au problème «poids». Il est important de ne jamais oublier que tout adolescent est impliqué dans une phase de transition qui est caractérisée par un désir d'indépendance ambivalent, des changements de l'image corporelle et la découverte d'un corps sexué.

Surviennent également des changements dans les relations avec les pairs et les parents ainsi que des difficultés pouvant être liées à la scolarité et aux projets d'avenir. Nous avons constaté dans notre consultation qu'il est important d'aborder ces thèmes très concrets pour permettre au patient de comprendre ce qui peut se cacher derrière son excès de poids (tableau 2).

### **Quelle prise en charge proposer?**

Dès la première consultation nous essayons d'établir une relation de confiance en s'intéressant à l'histoire personnelle du patient. Tout adolescent obèse a un passé unique et un savoir propre autour de ses troubles du comportement alimentaire. Il a

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- La notion de plaisir et d'ennui</li> <li>- Le temps des loisirs et les activités sportives</li> <li>- Les problèmes scolaires et les projets d'avenir</li> <li>- Les "mauvaises habitudes" et les autres comportements à risque</li> <li>- L'habillement et l'estime de soi</li> <li>- Le regard des autres et le rôle parmi les pairs</li> <li>- Les relations en familles</li> </ul> |
|---|

**Tableau 2. Les thèmes utiles à aborder avec les adolescents**



souvent déjà consulté divers professionnels de la santé et essayé de multiples régimes. La compréhension de ses représentations, de son histoire et de son organisation journalière va nous aider à proposer une prise en charge individualisée la plus adaptée possible. Une des grandes difficultés est le manque de motivation pour un suivi régulier à long terme. En effet, ces adolescents ont peu de plaintes somatiques et peu d'inquiétudes pour leur santé, comparés aux autres adolescents qui consultent." L'adolescent obèse est peu réceptif aux conseils diététiques et aux suggestions d'activités sportives. Il ne se projette pas dans un avenir lointain et par conséquent se sent peu concerné par les complications tardives associées à l'obésité. Par contre les désagréments et les frustrations qu'il peut ressentir immédiatement restent des portes d'entrée plus accessibles (tableau 3).

Afin de pouvoir sortir du champ restrictif de l'excès de poids, il est important, lors de l'examen clinique, de rechercher les signes physiques indirects liés à l'obésité, de verbaliser nos constatations et d'en discuter avec l'adolescent (vergetures, intertrigo, sudation excessive). Un examen clinique répété est nécessaire pour aider l'adolescent à réinvestir son corps, à en prendre soin et à l'aimer. Lors du status clinique nous portons également un intérêt particulier aux caractères sexuels secondaires, sachant que les adolescentes obèses ont fréquemment une puberté avancée avec tout ce que cela implique au niveau psycho-social. Nous recherchons toujours les signes cliniques évoquant l'hypercorticisme, l'hypothyroïdie, l'hyperandrogénie (hirsutisme) et l'hyperinsulinisme (acanthosis nigricans). Lors de

la première consultation nous nous posons aussi la question des examens complémentaires à effectuer. Pour la prise en charge immédiate, le bilan de routine est peu utile: il peut donner le sentiment à l'adolescent que tout est encore normal et pas trop inquiétant. L'examen clinique approfondi nous permet de sélectionner les examens nécessaires à l'exclusion du syndrome de Cushing, de l'hypothyroïdie, d'un insulinome, et des syndromes de Prader-Willy, de Laurence-Moon-Bield et de Stein-Leventhal. Par contre le dépistage des complications liées à l'obésité, telles qu'on les retrouve chez l'adulte obèse (tableau 3) est effectué au cours du suivi médical de ces patients.

Les conseils diététiques donnés aux adolescents doivent prendre en considération leurs préférences alimentaires (tableau 4).<sup>12</sup> On ne connaît que trop bien leur aversion pour les légumes et leur souhait de faire comme leurs pairs. Le «fast-food» prend une place importante dans l'alimentation des jeunes. Il détermine le choix des restaurants (bon marché et service rapide) et des repas qu'ils préparent à domicile (vite cuisinés et faciles à manger). En consultation nous proposons une réflexion sur «manger bien», «manger mal», «manger trop» et «manger sain». Nous essayons de fixer un objectif commun avec l'adolescent, par exemple éviter les boissons sucrées et diminuer le grignotage, sans modifier l'alimentation trop rapidement. N'oublions pas que l'adolescent obèse est encore fortement ancré dans son milieu familial, qui peut être un obstacle aux changements. C'est l'adolescent lui-même qui nous montrera le rythme à prendre et qui reste le prescripteur de son propre plan alimentaire.<sup>13</sup>

Complications ressenties par l'adolescent	Complications tardives (retrouvées le plus souvent à l'âge adulte)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostéo-articulaires: entorses, dorsalgies, gonalgies (épiphysiolysse)</li> <li>- Respiratoires: dyspnée d'effort, hypoventilation, apnée du sommeil</li> <li>- Limitations diverses: physiques, esthétiques, psychologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostéo-articulaires: arthroses</li> <li>- Cardiovasculaires: hypertension artérielle, athérosclérose</li> <li>- Métaboliques: diabète, hyperlipidémie, hypercholestérolémie, hyperinsulinisme</li> <li>- Problèmes hépatiques, cholélithiase</li> </ul>

**Tableau 3. Complications et comorbidités associées à l'obésité.**



Notre premier objectif est donc une stabilisation à l'aide de moyens simples. La perte pondérale est envisagée dans un second temps. La prise en charge nécessite une perspective à long terme, le suivi est individualisé et la fréquence des consultations est fixée avec l'adolescent (de bihebdomadaire à trimestrielle).

En pratique, nous proposons différentes approches individuelles ou en groupe. Nous effectuons un examen clinique régulier et proposons des examens complémentaires en fonction de celui-ci. Notre prise en charge fait partie d'un réseau interdisciplinaire plus vaste incluant les consultations d'endocrinologie, le Service Santé jeunesse, les pédiatres, les médecins généralistes et les diététiciennes.

### Quelles conclusions ?

L'obésité se trouve au carrefour entre «symptôme», «maladie chronique» et «problème psycho-social». S'occuper d'adolescents obèses demande de la patience et de la persévérance, ils nous interpellent par leurs soucis de poids mais également par leur vécu d'adolescents. Nous comprenons l'obésité comme une sorte de forteresse protectrice derrière laquelle l'adolescent s'abrite des sentiments dépressifs et d'ennui. La prise en charge idéale n'existe pas, mais le plaisir que nous avons à travailler

avec ces adolescents nous encourage à chercher de nouvelles approches.

### Bibliographie

- 1 Frelut ML, Cathelineau L, Bihain BE, Navaho J. Prévalence de l'obésité infantile dans le monde. Quelle évolution ? *Med Nut* 1995; 6: 293-7.
- 2 Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz W. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 869-73.
- 3 Expertise collective. Obésité: dépistage et prévention chez l'enfant. Paris: Les éditions INSERM, 2000.
- 4 13 Archambaud MP, Jacquin P. L'Obésité. In: AMn P, Marcelli D (Eds): Médecine de l'adolescent Collection Pour le praticien. Paris: Masson, 1999.
- 5 13 a Berkowitz RI. Treating adolescent obesity. *Adolesc Med State Art Rev* 1997; 8: 181-95.
- 6 Story M, Neumark-Sztainer D. Promoting healthy eating and physical activity in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 1999; 10: 109-23.
- 7 Tauber M, Jouret B, Fouroux M, Rnhirrin P Pri. Ga an rharua H.- l'obésité de l'enfant et de l'adolescent: on doit se mobiliser. *Arch Pediatr* 1998; 5: 5955.
- 8 Cavadini C, Decarli G, Grin J. Habitudes alimentaires des adolescents: enquête alimentaire 1996/1997. Centre de recherche Nestlé et IUMSP, Université de Lausanne, 1997.
- 9 Neumark-Sztainer D, Story M, Faibisch L. Perceived stigmatization among overweight africanamerican and caucasian adolescent girls. *J Adolesc Health* 1998; 23: 264-70.
- 10 Pesa JA, Syre TR, Jones E. Psycho-social differences associated with body weight among female adolescents: The importance of body image. *J Adolesc Health* 2000; 26: 330-7.
- 11 Caflisch M, De Guillenchmidt C, Alvin P. Les symptômes flous à l'adolescence. *Ann Pediatr (Paris)* 1998; 45: 295-302.
- 12 Diehl JM. Préférences alimentaires des garçons et filles de 10 à 14 ans. *Schweiz Med Wochenschr* 1999; 129: 151-61.
- 13 13 CI Theubet MP. L'approche de l'obésité. In: Michaud PA, Alvin P, et al. La santé des adolescents: approches, soins, prévention. Lausanne: Payot, 1997; 249-57.

**Reproduit de:** *Médecine&Hygiène* 2327-8, 20 décembre 2000, 2566-2568.

Aliments préférés	Aliments les plus rejetés
- Pizza	
- Glaces	
- Spaghettis	- Foie
- Pommes frites	- Poisson
- Hamburger	- Chou-Fleur
- Pudding	- Choux de Bruxelles
- Corn flakes	- Choucroute
- Chips	- Pot-au-feu
- Pop-corn	- Camembert
- Fruits	

**Tableau 4. Les aliments, les préférés et les plus rejetés par les adolescents.**



# Publications

## Votre adolescent vous inquiète?

L'Unafam et la Fondation de France lancent un nouvel ouvrage "Votre adolescent vous inquiète?" écrit avec la collaboration du Docteur Denis Bochereau, pédopsychiatrie, et supervisé par le Professeur Philippe Jeammet, chef du service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris.

Son objectif est d'expliquer avec des mots simples la complexité des processus psychiques de l'adolescence et l'apparition d'états pathologiques. Les principaux points évoqués dans « Votre adolescent vous inquiète? » sont :

- Le respect de l'adolescent, de ses mouvements émotionnels, et l'intervention lorsqu'il se met en danger,
- L'évaluation du lien entre des manifestations parfois banales et les troubles pouvant exprimer une pathologie débutante comme les tentatives de suicide, les conduites addictives, les premiers épisodes maniaco-dépressifs, psychotiques ou schizophréniques,

- Les sentiments douloureux exprimés par les parents, liés aux changements inquiétants de l'adolescent : du déni à la fuite en avant, de la colère au désespoir,
- L'impact du mal-être de l'adolescent sur toute la famille qui vit alors dans une spirale d'angoisse et se replie sur elle-même,
- La crise et les parcours de soin.

La brochure reprend aussi les idées fausses les plus répandues sur l'adolescence et donne les vraies réponses. De « *j'hésite à consulter et engager un traitement pour l'instant car cela coûte cher* », « *je dois tout savoir de mon fils (ma fille) pour pouvoir l'aider* », « *c'est l'âge... ça lui passera* », « *il ne se suicidera jamais, il en parle trop pour qu'il y pense vraiment* »...

« Votre adolescent vous inquiète? » une initiative du service Écoute-Famille de l'Unafam avec le soutien de la Fondation de France dans le cadre de son programme *Santé des jeunes*.

Pour se procurer la brochure, les familles et les professionnels peuvent en faire la demande en écrivant à l'Unafam, Union nationale des amis et familles de malades psychiques accompagnée d'un chèque de 5 euros.

UNAFAM  
12 villa Compoint  
75017 Paris  
France





## Enfants victimes: Quand la vie n'est pas un conte.

En 1991, l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes publiait *L'enfant victime dans un monde d'adultes*. Nous présentions alors quelques programmes et recherches qui s'étaient développés au Québec en réponse à la victimisation des enfants.

Dix ans plus tard, nous reprenons ce thème pour jauger le chemin parcouru. Bien que cette nouvelle parution ne reflète qu'en partie les initiatives actuelles, elle permet de jeter un éclairage sur l'émergence de nouvelles préoccupations, pratiques et connaissances dans ce domaine.

« Enfants victimes : Quand la vie n'est pas un conte » témoigne de l'engagement de nombreux professionnels qui ont su développer une expertise dans le domaine de la victimisation des mineurs et

ce, tant au plan des connaissances que l'action sur le terrain.

À la lumière des résultats et des réflexions qui nous ont été livrés, force nous est d'admettre que les défis à relever sont nombreux et complexes.

Association québécoise Plaidoyer-Victimes  
4305, rue d'Iberville, Bureau 201  
Montréal QC H2H 2L5  
Tél : (514) 526-9037  
Fax : (514) 526-9951  
Courriel : [aqpv@aqpv.ca](mailto:aqpv@aqpv.ca)  
Web : [www.aqpv.ca](http://www.aqpv.ca)

Allez voir...

À la dernière page de ce numéro vous trouverez toutes les informations pertinentes à propos de notre colloque d'avril.



## Anorexie et boulimie

### Démystifier les maladies mentales - Comprendre pour agir

Dr Guy Pomerleau et collaboratrices (Dre Carole Ratté, psychiatre, Sonia Boivin, psychologue, Audrey Brassard, diététiste)

Le Dr Pomerleau est psychiatre et chef du service externe de psychiatrie au Centre hospitalier universitaire de Québec.

D'entrée de jeu le livre s'ouvre sur un exemple clinique. Une courte monographie où... Mélanie, 16 ans, explique au psychiatre que tout irait bien pour elle si ce n'était cette perte de poids qui inquiète tant ses parents. Elle sait qu'elle n'est pas grosse, mais elle est obsédée par la peur de prendre du poids.

Ce livre a deux objectifs.

...d'abord faire comprendre l'anorexie mentale et la boulimie en expliquant leur histoire, leur nature, les multiples facteurs impliqués dans leur histoire et leurs traitements.

...ensuite présenter des instruments de travail aux praticiens en santé, aux infirmières, aux psychologues, aux travailleurs sociaux, aux nutritionnistes, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes et aux médecins ainsi qu'aux patientes et à leur famille pour leur permettre d'agir.

C'est un livre pratique avec tableaux, encadrés, exemples cliniques et figures explicatives.

Voici quelques titres de chapitre :

- Description des troubles des conduites alimentaires
- Évaluations des patientes
- Évolution et pronostic
- Retrouver et maintenir un poids normal
- Acquérir des habitudes alimentaires saines
- Vaincre les difficultés psychologiques : les psychothérapies
- Hospitalisation et programme de jour
- Utilisation des médicaments

Éditeur : Gaëtan Morin

Publié en 2001  
201 pages

Renouvelez votre inscription pour 2002.  
Si vous avez besoin d'un formulaire,  
contactez nous au:

**514-345-9959**



## La santé de votre enfant

Dr Michel Weber, pédiatre

Le docteur Michel Weber est professeur à l'Université de Montréal et pédiatre à l'hôpital Sainte-Justine depuis 30 ans. Il est l'auteur du Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique destiné aux pédiatres et aux médecins généralistes de la francophonie.

Dans ce livre le docteur Weber choisit maintenant de s'adresser aux parents. Il transmet dans cet ouvrage une information claire, précise et accessible.

Tout ce qui touche la normalité, allant de la courbe de croissance aux changements psychologiques, tout ce qui a trait à la prévention, des visites périodiques à la nutrition en passant par les vaccins, et finalement tout ce qui se rapporte aux maladies courantes, de l'acné au zona est expliqué de façon exhaustive dans 118 courts chapitres. Il y a de nombreuses photos et dessins explicatifs.

La première partie du livre intitulée - **NORMALITÉ** - comprend des chapitres comme :

- **Le nouveau-né et le jeune nourrisson**
- **Croissance physique normale**
- **Développement psychomoteur normal**
- **Apprentissage positive de la discipline**
- **Apprentissage de la propreté**
- **Changements physiques à l'adolescence**

La seconde partie est intitulée - **PRÉVENTION** - comprend des chapitres comme :

- **Visites périodiques**
- **Vaccins**
- **Nutrition**
- **Préventions des accidents**
- **Prévention de la carie dentaire**
- **Contraception**
- **Prévention des maladies transmissibles sexuellement**
- **Sport et exercice**

La troisième partie du livre, de loin la plus volumineuse et la plus extensive, intitulée

- **MALADIES ET PROBLÈMES SÉLECTIONNÉS** - traite de nombreuses maladies et affections classées en ordre alphabétique. Une simple consultation de la table des matières nous amène directement à la maladie qui nous préoccupe. Voici quelques exemples : **acné, brûlure, convulsions, diarrhée chronique, énurésie, fatigue, impétigo, méningite, obésité, otite, régurgitations, puberté précoce ou tardive, souffle au cœur, varicelle, etc.** Dans la très grande majorité des cas chacun de ces chapitres se divisent en trois parties : **généralités, point de vue des parents, point de vue du médecin.**

Éditeur : Gaëtan Morin, 334 pages

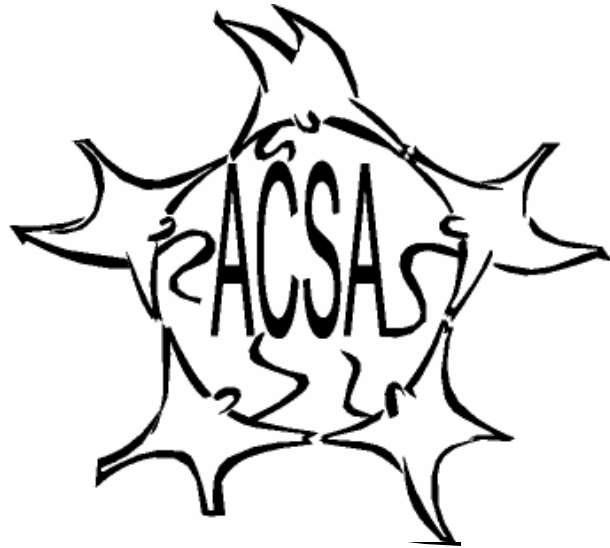
Veuillez prendre note...

Notre adresse de courriel a changé:

**[acsacaah@globetrotter.net](mailto:acsacaah@globetrotter.net)**

# **Pour mieux travailler ensemble et avec l'adolescent, sa famille, l'équipe, l'école, le milieu**

## **12<sup>e</sup> colloque régional québécois de l'ACSA**



L'ACSA tiendra son 12<sup>e</sup> colloque régional québécois les 25 et 26 avril 2002 à Montréal. Le colloque aura pour thème : « Pour mieux travailler ensemble et avec... l'adolescent, sa famille, l'équipe, l'école, le milieu. ». Il sera présenté dans les deux langues, français et anglais. Les objectifs du colloque seront les suivants :

- Mieux comprendre l'approche milieu. À travers des projets qui utilisent cette approche, en saisir les principes et le fonctionnement ainsi que les difficultés et les bénéfices.
- Se questionner sur le travail en équipe.
- Saisir les enjeux dans la relation intervenant-adolescent et améliorer nos interventions avec les adolescents.
- Mieux comprendre et intervenir dans la relation parents-adolescent.

Le colloque comportera comme d'habitude des ateliers ainsi que des conférences. Les conférences auront pour titre : « Intervenir dans le milieu et en réseau », « Adolescence, famille et communauté : que veulent les adolescents? » et « Pour le travail d'équipe : un outil de travail... la supervision ». Il y aura deux sessions d'ateliers par jour, le matin et l'après-midi. La dernière journée sera aussi caractérisée par le fait qu'il y aura l'assemblée annuelle des membres de l'ACSA.

### **Pour plus d'information veuillez nous contacter :**

ACSA — CAAH  
Section de médecine de l'adolescence  
3175 Ch Ste-Catherine, Montréal QC H3T 1C5  
Tel: 514-345-9959 Fax: 514-345-4778  
E-mail: [acsacaah@globetrotter.net](mailto:acsacaah@globetrotter.net) - [www.acsa-caah.ca](http://www.acsa-caah.ca)