

ASSOCIATION CANADIENNE
POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS

Juin 2003
Volume 12 Numéro 1&2



PRO-ADO

Nouvelles de l'Association

Évènements scientifiques

Articles

Les nouvelles drogues de
synthèse

L'éducation, c'est la
prévention : la méthode
SWOVA

Les mythes à propos de la
contraception orale

Publications



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

Dr Jean-Yves Frappier

Rédacteurs adjoints

André Malo

Philippe Nechkov

ACSA

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

Tel: (514) 345-9959

Télécopieur: (514) 345-4778

Web: www.acsa-caah.caE-mail: 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

Faye Bebb, RN, Vancouver

Dr Roger Tonkin, Vancouver

Laurie Horrich, RN, Toronto

SOMMAIRE

Nouvelles de l'association	3
Évènements scientifiques	4
Articles	
L'éducation, c'est la prévention : la méthode SWOVA	6
La ministre McLellan interpellé par des groupes antitabac	8
Santé Canada verse 893 000\$ au projet De Facto du Sport Étudiant de Québec	9
Les nouvelles drogues de synthèse	11
Les mythes à propos de la contraception orale: Prendre un "repos" et autres mythes	14
Tendances des comportements à risque en sexualité chez les étudiants du secondaire aux USA	17
Nicotine - Ado - Stop	20
Publications	22

Dépôt légal Bibliothèque Nationale du Canada ISSN 1201-5466
Postes Canada—Numéro de convention: 40032438

Nouvelles de l'association

Remerciements

En ce début d'été, comme c'est la tradition, je tiens à souligner, au nom de l'Association, l'effort de tous ceux et celles qui ont collaboré aux activités de l'Association et à la production de notre publication officielle.

Nous tenons à remercier et à souligner le travail qu'a accompli André Malo, en tant que coordonnateur de nos principaux dossiers et activités: la banque de données informatisées des membres, le PRO-ADO et les publications, le gestion et l'organisation secrétariale et informatique ainsi que la gestion de nos collaborateurs et collaboratrices. Mr. Malo coordonne aussi les contrats avec le réseau canadien de la santé.

Au niveau du PRO-ADO, Philippe Nechkov a mis en page et travaillé les textes de toutes nos parutions. Nous sommes reconnaissants à tous les membres de l'équipe du PRO-ADO pour leur travail. Nous remercions aussi ceux et celles qui nous ont envoyé des articles, des annonces de publication ou des descriptions de leur Association et qui ont ainsi contribué à la réussite et à la qualité de notre publication.

Notre site web a bénéficié du travail de John Duong qui a développé une nouvelle entrée interactive.

Nous avons toujours notre contrat avec le réseau canadien de la santé. Le travail comme affilié pour la section adolescent du site internet du réseau canadien

de la santé est effectué par André Malo, John Duong, Éric Villiard Philippe Nechkov et Frédéric Douesnard.

Au niveau des activités de l'Association, Philippe Nechkov a géré la banque de données des membres et les inscriptions. David Blasco a offert un support d'appoint aux équipes en place.

Je veux mentionner le travail du comité d'organisation du Congrès annuel l'ACSA tenu à Toronto le 30 octobre 2002. Dr Eudice Goldberg a présidé le comité avec plusieurs membres de la division des adolescents de l'hôpital Sick Children de Toronto. Plus de 200 participants ont assisté au congrès qui fut un succès.

En conclusion,

Je voudrais remercier nos membres qui font connaître nos activités et nous soutiennent. ***Je vous invite à faire la promotion des activités de votre Association. Je vous encourage à nous soumettre des nouvelles, des descriptions de vos programmes et de vos activités ou des articles.*** Certaines et certains sont membres depuis plusieurs années déjà et nous apprécions leur soutien inlassable. Bon été et bonnes vacances,

Jean-Yves Frappier, Président ACSA



Évènements scientifiques

Conférence du réseau Européen de l'Association internationale pour la santé des adolescents

Paris, 26-27 septembre 2003

Le congrès se tiendra à l'institut Curie en anglais mais il y aura une traduction simultanée en français. Le thème principal est « Ces adolescents venus d'ailleurs ». L'Europe de l'Ouest reçoit chaque année de plus en plus d'adolescents mineurs venus de tous les continents et de toutes cultures. Ces journées voudraient permettre d'étudier et de comparer la situation de ces adolescents dans différents pays.

- 1 Envisager les conditions de leur migration : réfugiés demandeurs d'asile ou clandestins, en famille ou isolés, en bonne santé ou non.
- 2 Echanger à propos de leur état de santé physique et psychologique; de leur accès aux soins et à la prévention; de leurs conditions de scolarisation ou d'apprentissage professionnel; de leur devenir juridique et de leur avenir dans le pays d'accueil.

- 3 Proposer des mesures pour prévenir chez ces adolescents très vulnérables, maltraitance, délinquance ou enrôlement dans des filières de prostitution.

Nous voudrions confronter sur ce thème, les difficultés que tous les professionnels de l'adolescence peuvent rencontrer que ce soit dans le domaine éducatif, sanitaire, social ou juridique.

Pour information:

Sophie Lemerle :

sophie.lemerle@chicreteil.fr

Bernard Boudailliez :

boudailliez.bernard@chu-amiens.fr

Georges Picherot:

georges.picherot@chu-nantes

Premier colloque québécois en maltraitance

Montréal 27-28 octobre 2003

Placé sous le thème « Des expertises à mettre en commun pour mieux intervenir », cet événement permettra aux gestionnaires de même qu'aux intervenantes et intervenants de tous les réseaux québécois concernés par la maltraitance d'acquérir une meilleure compréhension du rôle de chacun et de jeter les bases d'une intervention concertée. Ce colloque constitue une occasion unique de mettre en commun vos façons de faire pour contrer la maltraitance et protéger les enfants. Nous espérons que vous y participerez.

Au programme:

Quatre plénières et plus de 40 ateliers pour faire le point sur la maltraitance dans les domaines de la prévention, de la promotion, du dépistage, de l'évaluation et de l'intervention.

Des plénières animées par des cliniciennes et cliniciens engagés :

- Dre Diane Benoît, pédopsychiatre, Toronto Sick Children Hospital
- Dr Jean Labbé, pédiatre, Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon CHUL)
- Monsieur Nico Trocmé, chercheur, Université de Toronto
- Dr. Harriet McMillan, chercheur, Université McMaster, Hamilton, Ontario

Des ateliers portant sur des thèmes variés comme :

- La prévention de la maltraitance chez les familles à risque
- Les indices physiques de la maltraitance

- L'apport de l'infirmière en protection de la jeunesse
- Le signalement à la DPJ : quand et comment ?
- La démythification du processus judiciaire
- Les subtilités de l'enquête policière en matière de maltraitance
- Les interventions adaptées aux réalités des communautés culturelles et autochtones
- L'interprétation des jeux sexuels chez le jeune enfant
- L'intervention intersectorielle à l'aide de cas concrets
- Les technologies de l'information en lien avec l'exploitation sexuelle des jeunes
- L'attachement comme modèle de compréhension et d'intervention face à la maltraitance

Le programme détaillé du colloque sera publié au plus tard en septembre 2003.

Vous pourrez notamment en prendre connaissance sur le site Internet du colloque, à l'adresse suivante : www.maltraitance.ca

Pour plus d'information :

Site : www.maltraitance.ca

Email: johanne_charron@ssss.gouv.qc.ca

Tel: (514) 345-4920

Articles

L'éducation, c'est la prévention : la méthode SWOVA

Par Gina Giessmann

Comme un trop grand nombre d'organismes, Saltspring Women Opposed to Violence and Abuse (SWOVA) a vu le jour à la suite d'un incident tragique.

Il y a une dizaine d'années, les résidents de Saltspring Island (Colombie Britannique) ont été choqués par un horrible acte de violence commis dans leur collectivité.

En rentrant chez elles un soir, une femme et sa fille de neuf ans y ont surpris un intrus. La mère a été battue, et ses blessures étaient tellement graves qu'il n'était pas sûr qu'elle y survivrait.

Les horribles événements de cette soirée ont non seulement bouleversé la collectivité, mais aussi fait ressortir une vérité terrifiante : les femmes et les enfants peuvent être victimes de violence n'importe où — même dans une petite collectivité rurale comme Saltspring Island (C.-B.).

Ce soir-là a été l'étincelle.

Stupéfaites des événements et du manque de services, des femmes se sont réunies autour d'une table de cuisine pour discuter de la question. Quelques mois plus tard, SWOVA était née.

À l'origine, les membres de SWOVA ont tenté de tout faire — fournir des services, jouer le rôle d'institut de recherche, de centre de ressources et de centre

d'éducation, provoquer un changement social et aider à prévenir le crime.

« Nous pensions pouvoir tout faire, et c'est cet événement qui nous a obligé à concentrer nos efforts », raconte la coordonnatrice du projet, Lynda Laushway, l'une des femmes qui s'était assise autour de cette première table de cuisine.

Il y a environ six ans, la détermination d'exercer une influence sociale positive, combinée à une augmentation de la demande des clients, a entraîné la création de deux groupes distincts ayant des mandats différents.

Saltspring Women Opposed to Violence and Abuse, est devenue SWOVA — Société de recherche et de développement communautaire. Elle concentre ses efforts sur les secteurs de la recherche, de l'éducation et de la prévention.

Le deuxième organisme, le Gulf Islands Women's Resource Network, s'occupe de répondre aux besoins des femmes qui ont été victimes de violence et d'abus.

Inversement, la société de recherche et de développement communautaire tente d'établir des relations solides, particulièrement avec le système d'éducation. Elle travaille avec ses nombreux partenaires à élargir la compréhension des questions liées à la sécurité personnelle des femmes et des jeunes filles.



Dans le cadre de son projet *les femmes et la violence : l'éducation*, c'est la prévention, les jeunes de la collectivité acquièrent les habiletés nécessaires pour établir de saines relations interpersonnelles. Ce programme d'acquisition de compétences en milieu scolaire est offert aux jeunes de septième, huitième, neuvième et onzième années.

La collaboration avec l'arrondissement scolaire a été un élément clé du succès du programme. Au départ, SWOVA offrait des ateliers ponctuels aux écoles, mais ces ateliers n'exerçaient pas tellement d'influence sur le comportement ou l'acquisition des habiletés nécessaires pour établir de saines relations.

Pour apporter un changement durable, il fallait pouvoir suivre les classes et avoir l'occasion de renforcer les concepts. Grâce à une subvention de la Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime, les élèves participent à douze ateliers d'une heure axés sur l'établissement de relations positives avec les pairs et les partenaires.

L'élément « pour les jeunes par les jeunes » est l'une des forces fondamentales du programme. Des jeunes ont participé activement à l'élaboration du guide *Freedom from Fear: The How-To Guide on Violence Prevention Inspired by Teens for Teens*. Des jeunes de l'école secondaire jouent aussi le rôle de co-animateurs des ateliers.

L'objectif du programme est de donner aux garçons et aux filles les outils nécessaires pour les aider à renforcer leur confiance en eux-même et leur estime de soi. Les ateliers visent aussi à accroître les habiletés à fixer ses limites personnelles, à exprimer ses sentiments, à résister à la pression des pairs et à reconnaître les relations saines et malsaines. Les questions auxquelles les jeunes font face, comme les stéréotypes sexuels, la façon de développer une image corporelle positive, le pouvoir et la violence, les droits et responsabilités, et les effets de la violence dans les médias, sont aussi abordées.

De l'étincelle qui a donné naissance à SWOVA — Société de recherche et de développement communautaire, jusqu'à la coordination d'un projet-pilote national visant à réduire la violence faite aux femmes et aux jeunes filles en éduquant les jeunes, SWOVA s'est révélée être le catalyseur d'un changement social.

Pour de plus amples renseignements sur SWOVA — Société de recherche et de développement communautaire, ou sur le guide *Freedom from Fear: The How-To Guide on Violence Prevention Inspired by Teens for Teens*, visitez le site Web www.saltspring.com/swova ou téléphonez au (250) 537-1336.

Gina Giessmann est agente de communications au Centre national de prévention du crime à Winnipeg.

Tiré de: Prévention, numéro 6, Printemps 2002, p6 (Gouvernement du Canada)

La ministre McLellan interpellée par des groupes antitabac

Le 22 janvier, la ministre de la Santé du Canada, Anne McLellan, a bien tenté de démontrer son intérêt à réduire le tabagisme en annonçant quelques investissements dans ce secteur, lors de sa visite à un centre communautaire d'Ottawa offrant un service de cessation. La présence de la ministre constituait l'événement principal de la Semaine nationale sans fumée, le pendant canadien de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac. Cependant, la dizaine de journalistes sur place ont surtout prêté attention aux revendications de deux groupes antitabac très actifs sur la colline parlementaire, les Médecins pour un Canada sans fumée et l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF), lesquels venaient tout juste d'émettre un communiqué doutant des capacités de Mme McLellan à promouvoir des mesures antitabac efficaces.

Les deux organismes ont dénoncé la lenteur du gouvernement à faire progresser l'interdiction des termes trompeurs des cigarettes, tels « douces » et « légères », ou encore le retrait des étalages de produits du tabac chez les marchands. Le directeur de l'ADNF, Garfield Mahood, salue les efforts gouvernementaux consacrés aux services d'arrêt tabagique, mais il considère que d'éventuels règlements complémentaires à la *Loi sur le tabac* auraient encore plus d'impact sur la consommation. « *Il est inadmissible que de telles mesures soient abandonnées en raison d'un remaniement de cabinet* », dénonce-t-il, faisant allusion au fait que le vigoureux agenda antitabac d'Allan Rock n'ait pas trouvé preneur chez sa remplaçante. M. Rock s'était notamment distingué en imposant les mises en garde illustrées sur les paquets de cigarettes et en ayant annoncé l'intention du gouvernement de bannir les « légères ».

Le communiqué des deux groupes déplore aussi la récente et discrète coupe de 13 millions du budget fédéral antitabac de l'année en cours, qui serait passé

de 71 à 58 millions. Le montant résiduel, de 58 millions, est bien inférieur à la moyenne annuelle attendue – 100 millions de dollars – de l'investissement de « plus de 500 millions sur cinq ans » annoncé en avril 2001 dans le sillage d'une hausse de taxes sur le tabac. Ce total quinquennal de 500 millions n'est toutefois pas abandonné, comme en fait foi le communiqué ministériel du 22 janvier.

Présente à la conférence de presse, la directrice de Médecins pour un Canada sans fumée, Cynthia Callard, a accordé plusieurs entrevues faisant quelque peu ombre à Mme McLellan. « *Un an après sa nomination, la ministre ne manifeste toujours pas de leadership dans le dossier du tabac* », a-t-elle lancé. Citée par le *Ottawa Citizen*, Anne McLellan a expliqué que le dossier du tabac retenait réellement son attention, mais qu'elle ne pouvait imposer de nouvelles mesures de contrôle contre l'industrie avant de s'assurer que le gouvernement puisse les défendre éventuellement en Cour.

Bob et Martin

La sortie antitabac de la ministre fut accompagnée de plusieurs dévoilements. En plus de nouvelles données sur la prévalence, Santé Canada a annoncé l'attribution de subventions totalisant cinq millions. Une grande partie de cette manne est destinée à accroître la protection des non-fumeurs dans les provinces anglophones, en particulier en Ontario. Environ 14 % des subventions vont malgré tout à des organismes québécois, soit à Acti-Menu pour le Défi « *J'arrête, j'y gagne!* » et au Sport Étudiant de Québec pour le programme *De Facto*.

Santé Canada a aussi lancé une série d'annonces télévisées montrant des fumeurs « moyens » qui songent à écraser, Bob en anglais et Martin en français – interprétés par des comédiens. « *Cette nouvelle campagne unique s'adresse aux fumeurs*

qui connaissent déjà les dangers de la cigarette et qui voudraient cesser de fumer, a précisé la ministre McLellan. *Nous leur disons qu'il est peut-être difficile de cesser de fumer, mais qu'il est possible de le faire avec de l'aide disponible.* » Il est prévu que ces messages télévisés évoluent en fonction des progrès de Bob et Martin vers l'interruption de leur néfaste habitude.

Mme McLellan espère que la population voudra appuyer ses efforts pour réduire le tabagisme. *« J'encourage tous les Canadiens à célébrer la Semaine nationale sans fumée en prenant des mesures pour que le Canada devienne une société entièrement sans fumée »*, a-t-elle déclaré. – D.C.

Tiré de: Info-tabac, numéro 43, mars 2003.

Santé Canada verse 893 000 \$ au projet *De Facto* du Sport Étudiant de Québec

Marie-Noëlle Trottier

L'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudières-Appalaches (ARSEQCA) vient de décrocher un octroi de 893 000 \$ de Santé Canada afin de donner du muscle à son projet *De Facto, La vérité sans filtre*, qui veut prévenir le tabagisme chez les jeunes de ces deux régions. Devant être investie aux deux tiers en placements médiatiques, d'ici mars 2004, cette subvention représente, et de loin, le plus gros budget jamais consacré à un projet antitabac régional d'un organisme non gouvernemental. Très rares même sont les activités provinciales à bénéficier d'un tel support.

Impliquée depuis 7 ans dans la lutte contre le tabagisme et depuis 3 ans dans l'élaboration du projet *De Facto*, l'Association ne manque pas d'idées d'annonces antitabac. De concert avec l'agence de marketing Lacroix-Bleau, elle envisage de recourir entre autres à des placements au cinéma et à la télévision, de même qu'à de l'affichage, rejoignant ainsi jeunes et adultes. Les messages livreront un discours « adulte », ce qui aurait un meilleur impact parmi les adolescents.

Le Sport Étudiant projette une campagne révélant aux jeunes « la vérité » entourant l'industrie du tabac et ses produits. *De Facto* répandra, entre autres, des extraits de documents internes de fabricants de cigarettes prouvant que ces derniers ont manipulé chimiquement et génétiquement le tabac pour accroître la dépendance, qu'ils ont ciblé les enfants, les adolescents et les jeunes femmes (en présentant la cigarette comme moyen d'acquérir l'apparence rêvée), tout cela conscients de vendre des produits mortels. Le projet s'inspire de deux expériences semblables : le programme australien *Quit*, qui utilise la commandite-santé de pair avec l'incitation à l'arrêt tabagique, et le programme américain *Truth*, axé sur la dénormalisation de l'industrie du tabac.

De Facto innove déjà en employant un moyen non traditionnel pour atteindre les jeunes, la commandite sportive. *« Notre projet-pilote régional est novateur et unique au Canada. Il amène un complément important aux actions déjà existantes de lutte contre le tabagisme en utilisant le sport comme moyen privilégié pour diffuser nos messages »*, explique Gilles Lépine, directeur général de l'ARSEQCA. Ce



promoteur souhaite le port du logo *De Facto* sur l'ensemble des uniformes des équipes sportives interscolaires, dont celles représentant l'Université Laval, connues sous l'appellation *Rouge et Or*. Dans ses rêves, M. Lépine voit même le logo sur les costumes de la délégation canadienne lors des Jeux olympiques d'Athènes en 2004 !

Les associations entre sport et messages antitabac n'ont pourtant pas toujours eu des résultats probants. À l'occasion des Jeux olympiques d'hiver de 2002 à Salt Lake City, les annonces télévisées de Santé Canada, mettant en vedette les patineurs Elvis Stojko et Josée Chouinard, s'étaient attirées les moqueries de spécialistes du contrôle du tabac. On reprochait à cette campagne d'avoir recours à des personnalités trop parfaites, loin des besoins d'émancipation ou de rébellion des adolescents. Le groupe de Québec tentera plutôt de diriger l'esprit critique des jeunes contre l'industrie du tabac et ses produits.

Appel à l'intelligence

Responsable des communications et de la prévention du tabagisme de l'ARSEQCA, Daniel Veilleux semble confiant en la stratégie utilisée : « *On ne dit pas aux jeunes quoi faire. On fait appel à leur intelligence en dénonçant l'industrie.* » Même opinion de la part de Gerry Fasset, président du conseil d'administration de l'Association : « *Il faut leur dire la vérité et leur expliquer qu'il s'agit de manipulation pure et simple de la part de l'industrie du tabac.* » Janie Blouin-Grondin, 15 ans, représentante du Québec au Comité action jeunesse sur le tabac de Santé Canada, a participé activement au projet-pilote. Elle croit que les publicités choc de *De Facto* toucheront ses pairs.

La subvention a été annoncée en conférence de presse le 23 janvier à l'Université Laval, ce qui lui a valu des reportages sur Radio-Canada, TVA et TQS, de même que dans les quotidiens *Le Soleil* et *Le Journal de Québec*.

Tiré de: Info-tabac, numéro 43, mars 2003.



Les nouvelles drogues de synthèse

La popularité des nouvelles drogues de synthèse ne cesse de croître au Québec, rappelant la vague de consommation des drogues chimiques des années 70, d'où l'importance d'obtenir, pour les intervenants et les professionnels de la santé, une mise à jour continuelle sur l'évolution de cette tendance et les risques de santé potentiels.

On constate une croissance de consommation des nouvelles drogues de synthèse, entre autres, selon le nombre de comprimés saisis au cours des dernières années. De 1996 à 2001, elles sont passées du 6e au 2e rang des substances les plus importées au pays, après le cannabis. De plus, suite aux démantèlements des laboratoires clandestins, entre autres de Sainte-Julie et Mont-Laurier, Jean Lemieux, coordonnateur au Service de sensibilisation aux drogues de la Gendarmerie Royale du Canada, révèle que le Québec est la deuxième plus importante source d'approvisionnement des consommateurs d'ici après les importations de Belgique, d'Allemagne et de Hollande.

En ce qui a trait aux habitudes de consommations, les « raves » où la musique techno et les substances chimiques alimentent les danseurs toute la nuit ne sont plus seulement organisés dans les grandes villes comme Montréal, puisque l'on voit maintenant apparaître, dans de plus petites municipalités à travers les régions du Québec, un engouement pour ces rassemblements festifs. On note aussi une consommation de nouvelles drogues dans d'autres endroits dont les boîtes de nuits, les bars et les résidences privées.

L'ampleur du phénomène préoccupe actuellement plusieurs spécialistes et chercheurs, car bien que l'on ne possède pas encore assez de résultats scientifiques pour confirmer l'irréversibilité des effets des nouvelles drogues de synthèse sur le système nerveux central, quelques études récentes

démontrent un potentiel de risques important à long terme pour la santé.

Durant le dîner-conférence organisé par le CPLT le 20 novembre dernier à Québec, Claude Rouillard, chercheur et professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, a fait état des résultats de récentes recherches, entre autres, sur l'ecstasy. Pour cette substance, on observe une destruction des terminaisons sérotoninergiques et dopaminergiques du cerveau qui aurait pour conséquence des problèmes psychologiques s'apparentant aux maladies mentales comme la dépression, des fluctuations de l'humeur ainsi que des troubles de concentration et de mémoire. Notons également que la destruction des terminaisons dopaminergiques prédisposerait à la maladie de Parkinson. Au niveau physiologique, les symptômes observés sont des pertes de poids, des tics, des tremblements ainsi que des infections qui peuvent être plus fréquentes.

Aux risques pour la santé s'ajoutent la variabilité de la composition chimique des nouvelles drogues, qui exposent les utilisateurs à une consommation incertaine et douteuse. Par exemple, les laboratoires clandestins peuvent vendre sous l'appellation « ecstasy » un mélange de MDMA avec d'autres psychostimulants telles la cocaïne, la caféine ainsi que des perturbateurs tels le PCP et la kétamine.

Le tableau (p.13) illustre bien les diversité des substances saisies lors de « rave ».

Ces précédents constats sur l'ampleur du phénomène, les habitudes de consommation, les risques de santé potentiels et la composition variable des produits démontrent que l'utilisation des nouvelles drogues de synthèse ne doit pas être banalisée. Au contraire, différents réseaux doivent sensibiliser les clientèles, plus particulièrement les



jeunes, aux conséquences d'une consommation répétitive de substances chimiques non contrôlées.

L'ecstasy

L'ecstasy désigne à l'origine une molécule chimique particulière, la MDMA (méthylènedioxy-méthamphétamine), responsable des effets psychoactifs. Elle fait partie des perturbateurs du système nerveux central. C'est le prototype des hallucinogènes stimulants, des psychotropes ayant des effets mixtes ressemblant à la fois à l'action hallucinogène de la mescaline et à l'action stimulante des amphétamines. La production illicite de MDMA vient principalement d'Europe. Cependant, depuis peu, des laboratoires clandestins se développent en Amérique du Nord, voire même au Québec.

Effets recherchés :

Psychostimulants et modificateurs de perception sensorielle

Pharmacologie :

L'effet débute après 30 minutes et dure 3-6 heures. Après la fin de l'effet pharmacologique, il y a : agitations, troubles du sommeil, crampes musculaires, etc

Problèmes associés :

- tensions musculaires de la mâchoire (grincements dents)
- nausées, épuisement, surmenage
- déshydratation et hyperthermie

La composition d'un comprimé présenté comme étant de l'ecstasy est souvent incertaine ; la molécule MDMA n'est pas toujours présente ou peut être mélangée à d'autres substances : amphétamines, (amphétamine, méthamphétamine), hallucinogènes (LSD, PCP, kétamine, DOB, nexus, PMA), autres stimulants (caféine, éphédrine), anabolisants ou analgésiques (aspirine).

La kétamine

La kétamine est un proche parent de la phencyclidine (PCP). Ses effets sont toutefois plus courts et moins intenses. Elle fait partie des perturbateurs du système nerveux central. Cette dernière présente des propriétés anesthésiques et analgésiques, mais est vendue pour ses propres effets hallucinogènes. Connue sous les appellations « Spécial K », « Vitamine K », « Ket », « Ketty »... elle est « sniffée » dans les « parties rave ». Elle est vendue sous forme de comprimés ou de capsules, parfois sous le pseudonyme « ecstasy » afin de reproduire les effets stimulants de cette substance.

Effets recherchés :

Hallucinogènes et psychostimulants

Pharmacologie :

Les effets débutent après environ 5 à 10 minutes et durent de 2-3 heures

Problèmes associés :

- peut augmenter l'agressivité
- perte de conscience
- troubles psychologiques (anxiété, attaques de panique), neurologiques (paralysies temporaires) et psychiatriques (psychose toxique)
- digestifs (nausées, vomissements)

Le GHB

Le gamma-hydroxybutyrate est connu sous de nombreuses appellations dont les plus courantes sont GHB, Liquid Ecstasy, Fantasy, Liquid X, Scoop... Il est vendu en liquide, en poudre, en capsules ou en granulés à dissoudre dans l'eau. Dissout dans un verre de boisson alcoolisée, il n'a ni odeur ni saveur (à peine un léger goût salé et savonneux). Son utilisation est devenue festive et parfois criminelle, d'où son nom de « drogue du viol ».

Effets recherchés :

État semblable à l'ébriété, amnésie, anesthésique. À noter que le GHB n'a pas de propriétés aphrodisiaques réelles, mais provoque une disinhibition sexuelle causée par l'effet sédatif

Pharmacologie :

Les effets débutent après environ 15 minutes, sont maximales après environ 1 heure et s'estompent après environ 3 heures

Problèmes associés :

- altération du jugement et amnésie
- vertiges, nausées, vomissements
- hypothermie et dépression respiratoire

Tiré de: Le CPLT, Décembre 2002, Volume 5, numéro 4

Table 1: les nouvelles drogues de synthèse

DROGUES	%des pilules contenant cet ingrédient	%des capsules contenant cet ingrédient	%de la poudre contenant cet ingrédient
MDMA	53%	32%	19%
MDA	17%	47%	7%
Amphétamine	2%	2%	1%
Kétamine	4%	2%	36%
PCP	5%	10%	1%

Les mythes à propos de la contraception orale : Prendre un « repos » et autres mythes.

Prendre un « repos » de la pilule.

Prendre un « repos » de la pilule est un des mythes les plus coriaces et répandus relié à l'utilisation des contraceptifs oraux. Son origine est liée à un article publié par un médecin britannique dans un journal médical reconnu durant les années 60. L'article conseillait l'arrêt de l'utilisation de la pilule au moins une fois par année. Aucune preuve scientifique ne confirme cette suggestion.

Il n'y a aucune preuve qui confirme qu'arrêter de prendre la pilule est bénéfique ou nécessaire. Par contre, l'arrêt de l'utilisation de la pilule peut mener à des grossesses non désirées et à des avortements provoqués. Des études démontrent qu'il est possible qu'une femme arrêtant l'utilisation de la pilule cesse carrément l'utilisation de contraceptifs ou utilise une méthode moins efficace, ce qui augmente le risque d'avoir une grossesse non désirée.^{1,2}

De plus, prendre un repos de la pilule peu causer des problèmes de compliance. Des effets secondaires comme des saignements inter-menstruels, des sensations de gonflement et des nausées peuvent survenir lors d'un arrêt d'utilisation de la pilule. Arrêter et ensuite recommencer la pilule peut prolonger la durée de ces effets secondaires de quelque mois, ce qui pourrait ensuite en décourager l'utilisation fidèle. Comme il n'y a pas de preuve scientifique indiquant qu'il est bénéfique qu'une femme prenne un repos de la pilule, un conseil important serait : « vous n'avez pas besoin de prendre un repos de la pilule. Si vous pensez arrêter la pilule, il serait bon de discuter de vos inquiétudes.»

Références :

1. Pratt WF, Bachrach CA. What do women use when they stop using the pill? *Fam Plann Perspect* 1987;19 :257-266.
2. Trussel J, Vaughan B. Contraceptive failure, method-related discontinuation, and resumption of use : results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999;31 :64-72,93.

Malformation à la naissance

Bien des femmes sont inquiètes de la possibilité de malformations à la naissance causé par l'utilisation de contraceptifs oraux. 11% des adolescents ayant consulté une clinique étaient inquiètes quant à la possibilité de malformations à la naissance causés par la pilule.¹ Deux articles ainsi qu'une méta analyse n'ont trouvé aucune association entre l'utilisation de la pilule et les malformations à la naissance.²⁻⁴

Une étude menée par Wilson et Brent en 1981 a conclu qu'il n'y avait aucune association entre l'anormalité des organes et tissus non génitaux et l'utilisation d'hormones exogènes, même pendant le début d'une grossesse.² Aucun modèle animal n'a été en mesure de démontrer un lien de causalité entre le traitement par doses thérapeutiques d'hormones exogènes, la période gestationnelle et les effets tératogènes. De plus, il n'y a pas de mécanisme biologique qui explique comment des hormones sexuelles exogènes pourraient endommager des tissus foetaux non génitaux.

Une méta analyse de 1990 par Bracken a calculé les risques relatifs de certaines malformations foetales.⁴ Le risque relatif analysé dans 12 études prospectives était de 1.0 (95% CI, 0.8-1.2) pour toutes les

malformations. Donc, aucun risque accru n'a été trouvé pour les malformations à la naissance.

Ces données nous donnent des preuves solides que l'exposition à des contraceptifs oraux au début d'une grossesse ne mènent pas à des malformations à la naissance. De plus, la dose de progestine est si faible dans les contraceptifs actuels que le risque de masculinisation d'un fœtus femelle est inexistant. Une femme qui, par erreur, aurait pris des contraceptifs oraux après la conception ou en début de grossesse peut être rassurée que cela ne causera aucune malformation à la naissance.

Références :

- 1 Emans SJ, Grace E, Woods ER, et al. Adolescents' compliance with the use of oral contraceptives. *JAMA* 1987;257 :3377-3381.
- 2 Wilson JG, Brent RL. Are female sex hormones teratogenic? *Am J Obstet Gynecol* 1981;141 :567-580.
- 3 Simpson JL, Philips OP. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Adv Contracept* 1990;6 :141-167.
- 4 Bracken MB. Oral contraception and congenital malformations in offspring : review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990;76 :552-557.

Aménorrhée post-pilule

Il y a peu de preuves qui suggèrent que les contraceptifs oraux causent des « aménorrhées post-pilule ». Des rapports sur l'aménorrhée post-pilule, c'est à dire des menstruations irrégulières et l'anovulation, ont commencé à apparaître dans les années 60.^{1,2} Des estimés sur sa fréquence vont de 0,2 à 0,3%.³ Certains chercheurs suggèrent que l'aménorrhée post-pilule se produirait plus fréquemment chez des femmes n'ayant jamais accouché. En revanche, cette condition n'a aucun lien avec la durée de l'utilisation des contraceptifs oraux.

Des études ultérieures ont révélé qu'approximativement la moitié des cas d'aménorrhée post-pilule n'étaient pas reliés à l'utilisation de contraceptifs oraux et que l'utilisation de CO avait probablement masqué une condition antérieure. En 1981, il était estimé que l'apparition de l'aménorrhée post-pilule n'était que de 1 sur 1 000.⁴

Comme les contraceptifs oraux sont souvent utilisés pour traiter certains problèmes reliés au cycle menstruel, l'arrêt de l'utilisation de la pilule peut faire réapparaître ces problèmes d'irrégularité, incluant l'aménorrhée. Une apparition d'aménorrhée après l'arrêt des contraceptifs oraux devrait être évaluée. Par contre, l'utilisation de CO a probablement masqué une condition antérieure plutôt que de l'avoir causée.

Références :

- 1 Shearman RP. Amenorrhea after treatment with oral contraceptives. *Lancet* 1966;2 :1100-1101.
- 2 Whitelaw MJ, Nola VF, Kalman CF. Irregular menses, amenorrhea and infertility following synthetic progestational agents. *JAMA* 1966;195 :780-782.
- 3 Rice-Wray E, Correu S, Gorodovsky J, et al. Return of ovulation after discontinuance of oral contraceptives. *Fertil Steril* 1967;18 :212-218.
- 4 Hull MGR, Bromham DR, Savage PE, et al. Post-pill amenorrhea : a causal study. *Fertil Steril* 1981;36 :472-476.
- 5 Goldzieher JW, Zama NM. Oral contraceptive side effects : where's the beef? *Contraception* 1995;52 :327-335.

Croissance retardée chez les jeunes adolescentes

La notion que les contraceptifs oraux pourraient inhiber et arrêter la croissance prématurément inquiète certaines adolescentes et leurs parents. L'origine de ce mythe remonte probablement aux effets reconnus de l'estrogène sur les épiphyses



osseuses. Un traitement à forte dose d'estrogènes pendant plusieurs années est quelquefois administré pour accélérer la maturation des os et limiter la taille finale de jeunes femmes soupçonnées de devenir excessivement grandes. Ce traitement explique peut-être pourquoi certaines personnes associent une croissance incomplète aux contraceptifs oraux.

Plusieurs facteurs expliquent que les contraceptifs oraux ne peuvent être responsables d'une croissance incomplète. La plupart des jeunes femmes à qui les contraceptifs oraux sont prescrits ont déjà largement dépassé l'âge de la ménarche et ont terminé leur cycle de croissance. Par exemple, une jeune femme ayant atteint un âge osseux de 12,5 à 13 ans (l'âge typique de la ménarche) a atteint presque 96% de sa taille finale. De plus, les CO actuels ne sont équivalents, pour tout un cycle, qu'à un tiers à un dixième des doses d'estrogènes quotidiennes utilisées pour traiter les problèmes de croissance.¹ Aussi, une étude allemande utilisant du mestranol 80 ug donné en cycle

avec de la progestine a trouvé une réduction de la vitesse de croissance que chez les filles ayant un âge osseux de 9 à 10 ans.² Donc, les contraceptifs oraux actuels donnés après la ménarche ont peu d'impact sur la taille de l'adolescente.

Références :

- 1 Prader A, Zachmann M. Treatment of exclusively tall girls and boys with sex hormones. *Pediatrics* 1978;62 (suppl):1202-1210.
- 2 Schambach H, Nitschke U. Treatment of constitutionally tall girls with physiological estrogen doses in the prepuberty period. An alternative to high-dose estrogen therapy. *Monatsschr-Kinderheilkd* 1985;133 :32-37.

Traduit et adapté de: The Contraception Report, Vol 13, Numéro 4, Janvier 2003
Myths about oral contraceptives : Taking a « rest » and others

Tendances des comportements à risque en sexualité chez les étudiants du secondaire — Etats-Unis, 1991 – 2001

Les relations sexuelles sans protection mettent les jeunes à risque pour le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH), d'autres maladies transmises sexuellement et une grossesse non désirée. Le comportement responsable par rapport aux relations sexuelles chez les adolescents est un des 10 indicateurs des objectifs nationaux américains pour la santé de 2010 (1). Afin d'examiner les changements dans les comportements face à la sexualité aux Etats-Unis durant la période de 1991 à 2001, le Center for Disease Control d'Atlanta a analysé des données de six sondages nationaux sur les comportements à risque des jeunes (SCRJ). Ce rapport résume les résultats de cette analyse, qui indique que pendant la période de 1991 à 2001, les pourcentages d'étudiants américains ayant eu une relation sexuelle et de ceux qui ont eu plusieurs partenaires ont diminué. Chez les jeunes sexuellement actifs, la prévalence de l'utilisation du condom a augmenté, mais plafonne depuis 1999. Par contre, la proportion d'étudiants ayant consommé de l'alcool ou des drogues avant la dernière relation sexuelle a augmenté. Malgré la diminution de certains comportements à risque, les efforts de prévention des comportements à risque en sexualité devront être intensifiés pour atteindre les objectifs nationaux de santé pour le comportement sexuel.

Le SCRJ, une partie du Système de Surveillance des Comportements à Risque chez les Jeunes, mesure la prévalence des comportements à risque en matière de santé par questionnaire auto-administré par des sondages locaux, étatiques et nationaux. Les six sondages biannuels compris entre 1991 et 2001 ont utilisé des groupes qui représentaient des étudiants de la 9^e à la 12^e année dans tous les états américains. Entre 1991 et 2001, les échantillons ont varié de 10,904 à 16,296 étudiants, les taux de réponse des écoles ont varié entre 70 et 79 pourcent et les taux de réponse pour les étudiants ont varié entre 83 et 90 pourcent.

Pour chaque sondage, les étudiants participants ont complété un questionnaire anonyme et auto administré qui incluait des questions à propos des relations sexuelles, du nombre de partenaires, de l'utilisation du condom et de l'utilisation des drogues ou de l'alcool avant la relations sexuelle la plus récente. Le terme expérience sexuelle a été défini comme étant tout rapport sexuel. Le concept de partenaires multiples a été défini par des rapports avec plus de quatre personnes différentes au cours d'une vie. L'activité sexuelle actuelle ou courante a été définie comme étant une relation à l'intérieur des trois mois avant le sondage. L'utilisation du condom a été définie comme l'utilisation d'un condom au dernier rapport sexuel chez les étudiants présentement sexuellement actifs. L'utilisation de l'alcool ou des drogues a été définie comme avoir consommé de l'alcool ou des drogues avant le rapport sexuel le plus récent chez les étudiants présentement sexuellement actifs. Les tendances spécifiques par rapport à la race ou l'ethnicité ont été présentées seulement pour les noirs non hispaniques, les blancs non hispaniques et les hispaniques car le nombre d'étudiants appartenant à d'autres ethnies était trop faible pour une analyse.

Pendant la période 1991-2001, la prévalence d'expérience sexuelle chez les étudiants du secondaire a diminué de 16%. L'analyse de régression logistique démontre une diminution significative en général ainsi que chez les filles, les garçons, les étudiants de la dixième, onzième et douzième année, les étudiants noirs et les étudiants blancs. Parmi les étudiants de onzième année, une tendance significative indiquant le déclin de la prévalence de l'expérience sexuelle pendant la période 1991-1997 a aussi été détectée. Cette tendance s'est ensuite stabilisée. La prévalence de l'expérience sexuelle n'a pas connu de baisse



significative chez les étudiants de neuvième année ou chez les hispaniques.

Pendant la période 1991-2001, la prévalence de l'expérience sexuelle avec de multiples partenaires a diminué de 24%. Une diminution significative a été détectée chez les garçons, les étudiants de la onzième et douzième année, les étudiants noirs, et les étudiants blancs. La prévalence de partenaires multiples chez les filles, les élèves de neuvième et dixième année et ainsi que chez les étudiants hispaniques n'a pas connu de diminution significative.

Pendant la période 1991-2001, la prévalence générale d'activité sexuelle courante n'a pas changé. Par contre, la prévalence d'activité sexuelle courante a diminué de 12% chez les étudiants de onzième année et de 23% chez les étudiants noirs. Parmi les étudiants qui sont actuellement sexuellement actifs, une tendance significative a été observée pour la prévalence de l'utilisation du condom, démontrant une augmentation de l'utilisation des condoms entre 1991-1999 et ensuite une stabilisation jusqu'en 2001. Une tendance similaire à l'égard de l'utilisation du condom a été observée chez les filles, les élèves de la dixième et douzième année, ainsi que chez les étudiants noirs. Cette tendance a atteint son plus haut niveau en 1997 ou 1999 et s'est ensuite stabilisée. Une augmentation significative par rapport à l'utilisation du condom a été détectée chez les garçons, les étudiants de la neuvième et dixième année, les étudiants hispaniques et blancs.

Pendant la période 1991-2001, la prévalence de l'utilisation de l'alcool ou des drogues avant le plus récent rapport sexuel par les étudiants sexuellement actifs a augmenté de 18%. L'analyse régression logistique indique une augmentation significative générale et chez les garçons, les étudiants de la onzième et douzième année, les étudiants noirs et hispaniques. Parmi les étudiants de neuvième année, une tendance a été détectée qui indique que la consommation d'alcool et de drogues avant le rapport sexuel le plus récent a augmenté entre 1991 et 1997 et a ensuite diminué. La prévalence de l'alcool et des drogues avant le rapport sexuel le plus récent ne démontre pas d'augmentation significative chez les

filles, les étudiants de dixième année, ainsi que les étudiants blancs.

Pendant la période 1971-1979, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans vivant dans un milieu métropolitain à l'échelle nationale et ayant eu un rapport sexuel est passé de 30% à 50% (2). Pendant la période 1982-1988, le pourcentage des femmes âgées de 15 à 19 ans à l'échelle nationale ayant eu un rapport sexuel a augmenté de 47% à 53% (3). Les résultats de ce rapport indiquent que, pendant la période 1991-2001, le pourcentage d'étudiants au secondaire ayant eu un rapport sexuel et des partenaires sexuels multiples a diminué et que le pourcentage d'étudiants sexuellement actifs ayant utilisé un condom au dernier rapport sexuel a augmenté et s'est ensuite stabilisé. Généralement, moins d'étudiants au secondaire adoptent des comportements à risque pouvant mener à une grossesse ou des MTS, incluant l'infection au VIH. Cette diminution de comportements à risque correspond à la diminution simultanée des taux d'infections de gonorrhée et de VIH et des taux de grossesses chez les adolescents (4-7). Ces améliorations des résultats de santé sont un résultat probable des efforts combinés de réduction des risques sexuels de la part des parents et des familles, des écoles, des organisations communautaires qui aident les jeunes, des professionnels de la santé, des organisations religieuses, des médias et des agences gouvernementales. Par exemple, le pourcentage d'étudiants au secondaire ayant reçu de l'éducation préventive à propos du VIH à l'école a augmenté de 83% en 1991 à 92% en 1997 et s'est ensuite stabilisé à 89% en 2001.

Les résultats de ce rapport sont sujets à au moins deux limitations. Premièrement, ces données ne s'appliquent qu'aux adolescents qui fréquentent l'école. En 1998, 5% des jeunes âgés de 16-17 ans n'étaient pas inscrits dans une école secondaire et n'avaient pas complété leur secondaire (8). Deuxièmement, même si les questions du sondage démontrent une bonne fiabilité, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les étudiants ont répondu la vérité.

Un des objectifs nationaux pour 2010 est d'augmenter de 85% à 95% la proportion d'adolescents de la neuvième à la onzième année qui n'ont jamais eu de rapports sexuels, ou qui ont eu un rapport sexuel il y a plus de trois mois, ou qui ont utilisé un condom à la dernière relation sexuelle pendant les trois mois précédents(1). En 2001, 86% pourcent des écoles secondaires ont atteint ces objectifs, en comparaison avec 80% en 1991. Les efforts pour prévenir les comportements sexuels à risque devront être intensifiés pour atteindre les objectifs de 2001; soutenir des diminutions de la gonorrhée, les grossesses et réduire le nombre d'infections au VIH et autres MTS chez les jeunes. En 1998, le taux de natalité aux Etats-Unis était de 52.1 pour 1000 femmes âgées de 15—19 ans, ce qui est quatre fois plus élevé que le taux moyen des nations de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Économique (10). En plus, des interventions sont nécessaires pour renverser l'augmentation du pourcentage des étudiants du secondaire qui utilisent l'alcool et les drogues avant leur plus récente relation sexuelle.

References

- 1 - U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. 2nd ed. With understanding and improving health and objectives for improving health (2 vols). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
- 2 - Zelnik M, Kantner, JF. Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metropolitan-area teenagers: 1971—1979. *Fam Plann Perspect* 1980;12:230—7.

- 3 - Forrest JD, Singh S. The sexual and reproductive behavior of American women, 1982—88. *Fam Plann Perspect* 1990;22:206—14.
- 4 - CDC. Sexually transmitted disease surveillance, 1993. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, 1994.
- 5 - CDC. Sexually transmitted disease surveillance, 2000. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, 2001.
- 6 - Ventura SJ, Mosher WD, Curtin SA, Abma JC. Trends in pregnancy rates for the United States, 1976—97: an update. *Nat Vital Stat Rep* 2001;49:1—12.
- 7 - Martin JA, Park MM, Sutton PD. Births: preliminary data for 2001. *Nat Vital Stat Rep* 2002;50:1—20.
- 8 - Kaufman P, Kwon JY, Klein S, Chapman CD. Dropout rates in the United States: 1998. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics; 1999.
- 9 - Brener ND, Kann L, McManus T, Kinchen SA, Sundberg EC, Ross JG. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *J Adolesc Health* 2002 (in press).
- 10 - United Nations International Children's Emergency Fund. A league table of teenage births in rich nations. Innocenti report card no. 3. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre, 2001.

Traduction et adaptation : Trends in Sexual Risk Behaviors Among High School Students — United States, 1991—2001

Sexe	Année	Activités sexuelles à vie %	>3 partenaires sexuels à vie %	Sexuellement actif présentement %	Usage du condom durant activité sexuelle %	Usage d'alcool ou de drogues avant la dernière relation %
Femme	1991	50.8	13.8	38.2	38.0	16.8
	2001	42.9	11.4	33.4	51.3	20.7
Homme	1991	57.4	23.4	38.8	54.5	26.3
	2001	48.5	17.2	33.4	65.1	20.7



Nicotine - Adolescent - Stop

Plusieurs résumés tirés du site web: National Center for Biotechnology Information

L'utilisation de succédanés de la nicotine pour en traiter la dépendance chez les adolescents

Maharaj K, Ternullo S.

Fingerlakes Poison and Drug Information Center,
Rochester, New York, USA.

J Sch Nurs 2001 Oct;17(5):278-82

La consommation de cigarettes est, aux États-Unis, la plus importante cause de morts et de handicaps évitables. Plus de 3000 jeunes aux États-Unis commencent à fumer chaque jour. Les fumeurs de cigarette éprouvent des symptômes de sevrage qui peuvent être allégés par des interventions pharmacologiques. Ces interventions incluent le Zyban (Bupropion HCl), la gomme à mâcher Nicorette, les timbres Habitrol, les timbres Nicoderm, les inhalateurs Nicotrol et le vaporisateur Nicotrol NS, ainsi que leurs pendants génériques. Cet article analyse chacun de ces agents, la durée des symptômes de sevrage ressentis et le questionnaire de tolérance de Fagerstorm et présente un cadre pour l'aide aux étudiants dépendants de la nicotine, en processus d'arrêt d'utilisation de la cigarette.

Méthodes d'arrêt d'utilisation de la cigarette privilégiées par les fumeurs adolescents

Lawrance KG.

Department of Community Health Sciences, Brock University, 500 Glenridge Avenue, St. Catharines, ON L2S 3A1. klawranc@arnie.pec.brocku.ca

Can J Public Health 2001 Nov-Dec;92(6):423-6

Des interventions efficaces et attrayantes à l'égard des jeunes sont nécessaires pour aider ceux-ci à arrêter de fumer. Des adolescents de niveau secondaire (N=585) ont répondu à une enquête sur leurs préférences en terme de méthodes pour arrêter de fumer. Lorsque interrogés sur laquelle des 13 méthodes ils préféreraient, 28,2% des répondants ont choisi les contrats d'arrêt avec les amis, alors que 7,6% jetaient leur dévolu sur les programmes de motivation personnelle. Les thérapies de substitution Nicorette, les programmes de groupe et les programmes en ligne eurent la préférence de 4,9%, 3,9% et 1,0% des répondants, respectivement. La plupart des étudiants ont dit vouloir des preuves de l'efficacité des méthodes d'intervention. La confidentialité et la facilité d'utilisation étaient favorablement associées aux programmes de motivation personnelle et aux interventions pharmacologiques, alors que le soutien de l'environnement social était associé aux programmes de groupe. Certaines conclusions suggèrent que des interventions individuelles, dans le cadre de concours s'étendant à l'ensemble de l'école, avec des prix remis aux étudiants qui cessent de fumer, sont attirants pour les jeunes. Des recherches additionnelles sont nécessaires pour déterminer comment engager les adolescents dans le processus d'arrêt d'utilisation de la cigarette.

Les succédanés de la nicotine comme moyen thérapeutique pour cesser de fumer

Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G.
Department of Primary Health Care, Institute of Health Sciences, Old Road, Headington, Oxford, UK, OX3 7LF. lindsay.stead@dphpc.ox.ac.uk
Cochrane Database Syst Rev 2002;(4):CD000146

Le but des thérapies de remplacement de la nicotine est de remplacer l'apport de nicotine des cigarettes. Ceci réduit les symptômes de sevrage associés à l'arrêt de fumer, aidant ainsi à résister à l'envie de fumer.

Le but de cette étude était de déterminer 1) l'efficacité des différents succédanés de la nicotine (gomme à mâcher, timbres épidermiques, vaporisateurs nasaux et comprimés) dans l'atteinte de l'abstinence de cigarettes fumées; 2) de déterminer si l'effet est influencé par le cadre clinique dans lequel le fumeur est recruté et traité, par le dosage et le type de remplacement de la nicotine, ou par l'intensité des services et du soutien additionnel offert au fumeur; 3) de déterminer si une combinaison de thérapies de remplacement de la nicotine est plus efficace qu'une thérapie suivie en exclusivité et 4) de déterminer leur efficacité comparativement à d'autres pharmacothérapies.

Nous avons analysé les essais de la banque de candidats du Cochrane Tobacco Addiction Group, en juillet 2002.

Les critères de sélection étaient : Tests *aléatoires* où la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) était comparée au placebo ou à l'absence de traitement, ou alors différents dosages de remplacement de la nicotine étaient comparés. Nous avons exclu les études où il n'y a pas eu d'arrêt effectif, ainsi que celles où le suivi fut de moins de 6 mois.

Nous avons extrait des données sur les types de sujets, les doses, la durée, la forme de thérapie à la nicotine, l'issue des mesures et le suivi. La mesure pour le résultat principal était l'abstinence de fumer après au moins six mois de suivi. Nous avons utilisé la définition la plus rigoureuse de l'abstinence pour chaque essai.

Nous avons identifié 110 essais; 96 de ces essais avaient un groupe de contrôle sans TRN. Les taux de succès pour l'abstinence avec TRN comparés avec le groupe contrôle était très bon (odds ratio de 1.74;

1.0 est le taux de base). Le taux de succès pour les différentes formes de TRN était de 1.66 pour la gomme, 1.74 pour les timbres, 2.27 pour les vaporisateurs nasaux, 2.08 pour la nicotine inhalée et 2.08 pour les pastilles/losange de nicotine sous la langue. Ces chances étaient largement indépendantes de la durée de la thérapie, de l'intensité du soutien additionnel offert ou de l'environnement dans lequel la TRN a été offerte. Chez les fumeurs à dépendance très forte, l'utilisation de la gomme 4 mg plutôt que la gomme 2 mg a été bénéfique de façon significative. Il y avait une faible impossibilité que l'utilisation combinée de plusieurs TRN était plus efficace. Des doses plus élevées dans les timbres de nicotine pourraient peut-être produire des taux d'arrêt plus élevés. Seulement une étude a comparé les TRN directement avec d'autres pharmacothérapies, dans laquelle le bupropion était plus efficace de façon significative que les timbres de nicotine ou le placebo.

Toutes les formes de TRN disponibles commercialement (gomme à la nicotine, timbre transdermique, vaporisateur nasal de nicotine, inhalateur de nicotine et pastille/losange de nicotine prise sous la langue) sont efficaces dans le contexte d'une stratégie de promotion de l'arrêt du tabagisme. Ils augmentent les chances de succès de 1.5 à 2 fois, sans compter l'environnement. L'efficacité des TRN semble être largement indépendante du niveau de soutien additionnel fourni au fumeur. Le soutien additionnel plus intense, quoique facilitant la possibilité d'arrêter, n'est pas essentiel à la réussite des TRN. Des preuves prometteuses démontrent que le bupropion pourrait être plus efficace que les TRN (soit ensemble ou séparés). Par contre, sa place dans l'arsenal thérapeutique nécessite plus d'étude et de considération.

Tiré de National Center for Biotechnology Information, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>



Publications

« Je suis jaloux parce que je t'aime »

Ce court-métrage, réalisé par une équipe de jeunes et un intervenant de la Maison des Jeunes l'Atmosphère de Carleton, traite de la violence psychologique dans les relations amoureuses chez les adolescents, la forme de violence la plus méconnue. Réalisé en 2001-2002, le vidéo, d'une durée de 17 minutes porte à l'écran plusieurs jeunes de la région : 6 acteurs et une vingtaine de figurants.

L'histoire met en scène un couple, Mia et Seb, qui va s'enfoncer progressivement dans le cycle de la violence. Au fil des événements, Seb exercera de plus en plus de contrôle sur Mia et celle-ci s'isolera tranquillement et perdra petit à petit son estime de

soi. Le scénario, écrit en collaboration avec des intervenantes de la maison d'aide et d'hébergement l'Émergence, explique clairement et de façon réaliste les étapes du cycle de la violence et traite globalement des aspects de la problématique. Mis en scène de façon originale, « Je suis jaloux parce que je t'aime » a été apprécié par le public en général (jeunes et moins jeunes) et principalement par les intervenants du milieu. Il constitue un bon outil de prévention qui suscitera plusieurs discussions intéressantes avec les jeunes.

Maison des jeunes L'atmosphère
10 rue du centre Civique
Carleton, Québec G0C 1J0
Tél : 364-6144 Fax : 364-7314
Courriel : mdjcarleton@globetrotter.net

Trucs et conseils pour une meilleure harmonie familiale Prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie

Cette brochure a été réalisée par la Maison Jean Lapointe et le Comité permanent de la lutte à la toxicomanie avec la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette brochure s'adresse aux familles qui désirent développer de meilleures relations et prévenir l'alcoolisme, la toxicomanie et les autres problèmes qui affectent les enfants et les adolescents.

La brochure contient deux sections, la première s'adresse aux parents et la seconde aux adolescents. La section concernant les parents est divisé en deux parties, la première s'occupe des parents d'enfants de 4 à 12 ans, elle présente des moyens simples et efficaces pour développer la communication et améliorer le climat familial. La deuxième partie vise à

aider les parents et les jeunes à surmonter les difficultés qui surviennent à l'adolescence. La partie pour les adolescents suggère des moyens concrets pour surmonter les difficultés et pour faire face aux préoccupations qui marquent cette étape cruciale qu'est l'adolescence.

Ces trucs et conseils pratiques s'inscrivent dans une stratégie plus globale de prévention de la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les jeunes. Pour une plus grande efficacité, ils doivent être utilisés en combinaison avec d'autres stratégies afin de prévenir l'ensemble des problèmes qui affectent le fonctionnement familial et l'avenir des enfants.

Pour plus d'information :
Maison Jean-Lapointe
111 rue Normand
Montréal QC H2Y 2K6
Tél : (514) 288-2611 Fax : (514) 288-2919
Site : www.maisonjeanlapointe.com

Publications SOMABEC

ENFANCES & PSY NO 19-2002

Sommaire : Travailler avec les groupes; Penser le groupe; L'équipe, c'est aussi un groupe; De l'indifférenciation à l'individuation; Se séparer pour mieux se rencontrer; Un enfant dans le groupe; Le «groupe-analyse» pour des enfants autistes et psychotiques; Des médiations au service d'un groupe de jeunes adolescents; Et si on écrivait ensemble...; L'adulte dans le groupe d'enfants; Les groupes de parents; Groupes de soutien à la parentalité; Le psychomotricien et les groupes; Qu'est-ce que l'école veut savoir des groupes?; Dans la cité, les jeunes au risque du groupe; Le groupe du mercredi.

LA NOUVELLE PHILOSOPHIE DU CORPS

Piercing, tatouage, chirurgie esthétique, valorisation du sport et des conduites à risque, exaltation de la jeunesse et refus de vieillir, multiplication des appareils biosensoriels greffés sur le corps - écouteurs, baladeurs, portables, contraceptifs...-, développement du mouvement, de la vitesse et de la glisse - ski, surf, rollers, trottinette, TGV, internet, etc. : le sujet contemporain explore les différentes manières de faire corps avec lui-même et avec les autres. Dans une synthèse subjective entre existentialisme et psychanalyse du sujet, l'auteur analyse cette nouvelle philosophie du corps, apparue depuis les années 1990, qui conditionne notre être-au-monde.

Sommaire : Se construire : Prendre corps, Vivre à fond; L'expérience du toucher : Contre la vue, La peau sémaphore, La chair de l'acteur; Faire corps avec les autres : Faire corps : être sujet du corps mourant, Le corps signifant, Les autres dans mon corps.

THÉRAPIE FAMILIALE DE L'ADOLESCENT ANOREXIQUE

Dans le traitement des troubles des conduites alimentaires les théories familiales dominantes ont souvent eu tendance à favoriser une vision pathogène de la famille. Cet ouvrage vise à réhabiliter la famille de l'enfant et de l'adolescent anorexiques, afin de l'arracher à son rôle de «co-patient» pour la replacer aux côtés des soignants en tant que «co-thérapeute». Le modèle thérapeutique présenté puise dans la thérapie familiale, la thérapie familiale médicale, la recherche familiale, la médecine comportementale et la thérapie cognitive et comportementale, pour proposer une nouvelle modélisation unifiée, ciblée et efficace.

Sommaire : Bases théoriques et empiriques : Premiers modèles familiaux de l'anorexie mentale, Une approche familiale empirique et intégrative, Les nouveaux modèles écosystémiques, Modèles thérapeutiques de la nouvelle génération; Nouveaux abords thérapeutiques : La consultation familiale intégrée, Évaluation familiale, Niveaux et techniques d'intervention de la consultation familiale, Amandine, une mise en scène de la consultation familiale, La phase de thérapie familiale; Abords spécifiques : L'anorexie péri-pubère, La fratrie, etc.

Somabec:
B.P. 295 - 2475, Sylva-Clapin
Saint-Hyacinthe (Québec)
J2S 7B6
Tel: 1-800-361-8118 (sans frais)
Fax : (450) 774-3017
www.somabec.com
bp295@somabec.qc.ca



L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS

ANNONCE LA TENUE DE SON

9ième CONGRÈS ANNUEL

Adolescence :
MASCULIN - FÉMININ

À

MONTREAL

Les 13 et 14 Novembre 2003

Pour toute information, svp nous joindre
aux bureaux de l'Association
Telephone (514) 345-9959
Télécopieur (514) 345-4778
ou par
courriel: acsacaah@globetrotter.net