



PRO ADO

Oct/Déc 2004

Volume 13

Numéro 3,4

Évènements scientifiques

Prenez part à Rond-point 2005

Articles

Les détaillants québécois encouragent le tabagisme juvénile

Les campagnes antitabac portent fruit: L'usage du tabac diminue

TIGR : à l'affût des gangs de rue

Les régimes à l'adolescence

Évolution de la consommation de tabac, d'alcool, et d'autres drogues chez les élèves du secondaire 1985 - 1991 - 1996 - 2002 : Outaouais

Style des vie des jeunes du secondaire en Outaouais 1991 - 1996 - 2002

Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être

Publications

Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention

La communication professionnelle en santé

L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation



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

Dr Jean-Yves Frappier

Rédacteurs adjoints

André Malo

John Duong

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, BSN, MA, Vancouver

Dr Roger Tonkin, Vancouver

TABLE DES MATIÈRES**Nouvelles de l'association**

Rapport du président 2004 03

Événements scientifiques

Prenez part à Rond-point 2005 07

ArticlesLes détaillants québécois
encouragent le tabagisme juvénile 09Les campagnes antitabac portent fruit:
L'usage du tabac diminue 11

TIGR : à l'affût des gangs de rue 14

Les régimes à l'adolescence 16

Évolution de la consommation de tabac,
d'alcool, et d'autres drogues chez les élèves du
secondaire 1985 - 1991 - 1996 - 2002 : Outaouais 22Style des vie des jeunes du secondaire
en Outaouais 1991 - 1996 - 2002 30

Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être 44

PublicationsLes enfants de parents affectés d'une dépendance :
bilan des connaissances et leçons pour l'intervention 50

La communication professionnelle en santé 51

L'éducation à la sexualité
dans le contexte de la réforme de l'éducation 51

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

Nouvelles de l'association

Rapport du président 2004

Les membres

L'état du membership en décembre 2004 est comme suit

En 2004, 54% de nos membres ont payé leur cotisation. Il est à noter que les membres de 1999 ne renouveleront sans doute pas leur adhésion, mais que plusieurs des membres de 2000 à 2003 ont renouvelé en 2004 après plusieurs rappels.

Nous perdons et gagnons 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 82% de femmes et 18% d'hommes; 59% des membres reçoivent leur correspondance en français, 33% en anglais et 8% dans les deux langues.

51% des membres 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 (77%).

Congrès

Le congrès national 2004 organisé conjointement par la section de médecine de l'adolescence du CHU Ste-Justine et le programme de l'adolescence et de gynécologie du Montreal Children's Hospital et la formation pédiatrique continue du CHU Ste Justine les 1-2 novembre 2004 à Montréal a attiré plus de 410 participants sous le thème : adolescence, de corps, de cœur et d'esprit.

Le site WEB

Le site web a deux portails, le nouveau a été construit pour les internautes avertis, le vieux site est toutefois toujours

1999 - 2000	121 (15%)
2001	58 (7%)
2002	111 (13%)
2003	70 (8%)
2004	450 (54%)
2005 (inscrit et payé depuis septembre 2004)	26 (3%)
TOTAL	836

présent. De nombreux numéros des journaux Pro-Ado et Pro-Teen ont été ajoutés ainsi que de nombreux documents et liens.

Le site web est visité en moyenne par plus de 900 internautes par semaine, desquels 130 y accèdent à travers la page principale, les autres indirectement en suivant des liens. Il y a normalement plus de 5000 clics par semaine sur le site web. Le temps passé sur le site est intéressant vu que la moyenne de temps est de 5 minutes.

Le journal PRO-ADO

Peu d'articles nous ont été soumis cette année. Il devient difficile de livrer le journal à temps. Il faudrait que les différents groupes en adolescence au Canada alimentent le journal de manière à partager la tâche.

Le contrat avec le réseau canadien de la santé

L'ACSA fait partie d'un consortium qui est le partenaire affilié chargé de développer le centre adolescence du réseau canadien de la santé, un site web de santé Canada. Depuis juillet 2003, l'ACSA s'est vu transférée la coordination du consortium. L'ACSA a soumissionné à nouveau et obtenu, en mars 2004, le contrat pour 2004-2006. Il s'agit d'un contrat de 250,000\$ par an, partagé entre les 6 membres du consortium. Nous sommes à développer une nouvelle entrée spéciale pour les adolescents, avec les adolescents. Cette nouvelle entrée sera fonctionnelle en 2005. Le travail avec le RCS consiste à nourrir le site web avec des articles choisis et de contenu canadien si possible. Nous faisons la promotion du site et avons développé des outils en ce sens. Nous révisons la collection d'articles pour s'assurer de sa qualité et de sa mise à jour.

Sections

Dans la constitution, l'ACSA devait développer des sections dans chaque province et région. Ceci n'a pas été possible et il faut revoir ce concept.

Comités

Défense des droits et services. Ce comité n'est plus fonctionnel, faute de moyen et de disponibilité des protagonistes.

Finances

Nous comblons progressivement notre déficit. Les sommes qui étaient dues depuis avril 2000 seront versées par Santé Canada fin 2004 ou début 2005.

Actions futures

Nous devons repenser la structure de notre organisation, ainsi que son financement. Les sections seront difficiles à développer dans un avenir rapproché. Les tentatives pour intéresser les provinces de l'ouest ne donnent aucun résultat.

Nous prévoyons des rencontres et des contacts du bureau des directeurs dans les prochains mois, de manière à revoir tout notre fonctionnement. Ce n'est pas que le potentiel n'y est pas pour le développement, mais il faut les ressources humaines et financières qui font défaut partout dans notre système canadien.

Jean Yves Frappier
Président

Lieu de travail (plus d'un choix)	
CLSC	40%
Bureau privé	9%
École	32%
Santé publique	14%
Service de santé de district	1%
Hôpital	18%
Université	5%
Organismes communautaires	8%
Maison de jeunes	6%
Centres jeunesse (CPEJ, DPJ)	3%
Centres jeunesse (centres d'accueils, autres)	3%
Ministères, gouvernement, organismes gouvernementaux	4%
Commissions scolaire	2%
Autres	4%

Type de travail (plus d'un choix)	
Intervention clinique	71%
Enseignement	38%
Prévention / Promotion	64%
Éducation à la santé	44%
Coordination clinique	13%
Animation de groupe	28%
Travail communautaire	19%
Santé publique	23%
Recherche	11%
Administration	12%
Documentation, bibliothèque	4%
Bénévolat	3%
Média	3%
Travail de rue	3%
Développement de programme	17%
Autres	4%

Membres par province	
Québec	574 (69%)
Ontario	174 (21%)
Colombie-Britannique	39 (5%)
Nouvelle Écosse	15 (2%)
Alberta	15 (2%)
Saskatchewan	6 (1%)
Manitoba	4
Terre-Neuve	2
Nouveau Brunswick	6 (.1%)
Yukon	1

Professions des membres			
Infirmière	36%	Médecin de famille	11%
Travailleur(euse) social(e)	14%	Pédiatre	6%
Psychologue	8%	Psychiatre	1%
Enseignant(e)	2%	Autres spécialités médicales	2%
Conseiller(ère) scolaire	3%	Bibliothécaire/documentaliste	2%
Psycho-éducateur(trice)	5%	Diététiste	2%
Travailleur(euse) de milieu communautaire	2%	Administrateur	2%
Sexologue	1%	Autres	9%
Coordonnateur(trice)	6%		

Intérêts professionnels (plus d'un choix)	
Relations parents/adolescents	78%
Problèmes de comportement	66%
Sexualité, grossesse et contraception	74%
Handicaps et maladies chroniques chez les adolescents	37%
Abus sexuel	62%
Anorexie nerveuse et boulimie	67%
Suicide, tentatives de suicide et dépression	73%
MTS et SIDA	61%
Usage et abus de drogues	67%
Maladie en générale: croissance, dermato, ortho, sport	43%
Lois et droits des adolescents chez les adolescents	44%
Développement de l'adolescent	65%
Problèmes d'apprentissage	43%
Violence	51%
Nutrition et obésité	51%
Problèmes psychosomatiques	49%

Événement scientifique

Prenez part à Rond-Point 2005

11, 12 et 13 avril 2005

La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), ses membres et plusieurs partenaires préparent une réflexion majeure sur l'ensemble des préoccupations présentes au coeur de leur engagement commun envers les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu excessif.

- Il s'agira de dresser un bilan de ce qu'il est advenu des recommandations de Rond-Point 95, de faire le point sur le chemin parcouru depuis et d'identifier les perspectives dans lesquelles pourraient s'inscrire les actions à venir des multiples partenaires associés ou concernés par le programme toxicomanie.
- La mission réadaptation sera bien sûr au coeur de la programmation, mais celle-ci recouvrira aussi les autres volets de la chaîne de services aux personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu.
- L'orientation générale du colloque s'inscrira autour d'un état des connaissances et des pratiques, des réseaux de services intégrés ainsi que des préoccupations et contributions des intervenants.
- Le plan d'action national en toxicomanie en préparation sera au centre de nos réflexions, délibérations et recommandations; le congrès se voudra un levier pour l'actualisation du plan d'action.

Les partenaires dans l'organisation du congrès souhaitent entre autres:

- Mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu excessif au Québec.
- Favoriser les échanges intra et intersectoriels en vue d'actualiser et de consolider des réseaux de services intégrés.
- Faire connaître les pratiques éprouvées et prometteuses.
- Assurer la diffusion des connaissances.

Conférences prévues :

Et dix ans se sont écoulés...!

Conférencière : Louise Nadeau, professeure titulaire, Université de Montréal.

Bilan des recommandations avancées dans le cadre de Rond-Point 95, développements survenus et perspectives d'avenir en regard des réalités actuelles.

Les réseaux de services intégrés

Conférencier : David Levine, président-directeur général, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

La loi 25 a profondément transformé l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec. Un aperçu du fonctionnement en réseaux de services intégrés et impacts des changements sur le

La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), ses membres et plusieurs partenaires préparent une réflexion majeure sur l'ensemble des préoccupations présentes au coeur de leur engagement commun envers les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu excessif.

- Il s'agira de dresser un bilan de ce qu'il est advenu des recommandations de Rond-Point 95, de faire le point sur le chemin parcouru depuis et d'identifier les perspectives dans lesquelles pourraient s'inscrire les actions à venir des multiples partenaires associés ou concernés par le programme toxicomanie.
- La mission réadaptation sera bien sûr au coeur de la programmation, mais celle-ci recouvrira aussi les autres volets de la chaîne de services aux personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu.
- L'orientation générale du colloque s'inscrira autour d'un état des connaissances et des pratiques, des réseaux de services intégrés ainsi que des préoccupations et contributions des intervenants.

- Le plan d'action national en toxicomanie en préparation sera au centre de nos réflexions, délibérations et recommandations; le congrès se voudra un levier pour l'actualisation du plan d'action.

Les partenaires dans l'organisation du congrès souhaitent entre autres:

- Mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu excessif au Québec.
- Favoriser les échanges intra et intersectoriels en vue d'actualiser et de consolider des réseaux de services intégrés
- Faire connaître les pratiques éprouvées et prometteuses.
- Assurer la diffusion des connaissances.

Conférences prévues :

Et dix ans se sont écoulés...!

Conférencière : Louise Nadeau, professeure titulaire, Université de Montréal.

Bilan des recommandations avancées dans le cadre de Rond-Point 95, développements survenus et perspectives d'avenir en regard des réalités actuelles.

Les réseaux de services intégrés

Articles

Les détaillants québécois encouragent le tabagisme juvénile

Josée Hamelin

Au Québec, la majorité des détaillants transgressent la loi en acceptant de vendre des cigarettes aux jeunes de moins de 18 ans. Selon l'étude ACNielsen, réalisée pour Santé Canada, la belle province compte le plus haut taux d'infractions. En 2003, 63 % des commerçants québécois ont fourni du tabac à des mineurs, ce qui représente une hausse de 20 points par rapport à l'année précédente.

Entre juillet et septembre 2003, les chercheurs d'ACNielsen ont visité 5 452 établissements, situés dans 30 villes canadiennes, afin d'évaluer le respect des lois sur l'accès au tabac chez les jeunes. Jumelés en équipes formées d'un adulte et d'un mineur, ces observateurs se sont rendus dans des supermarchés, pharmacies, stations-service et dépanneurs indépendants ou franchisés. Pendant que l'adolescent tentait d'acheter des cigarettes, l'adulte procédait à une inspection visuelle des lieux afin de constater la conformité de l'affichage et de recueillir des données sur la publicité dans les points de vente.

Résultats canadiens et québécois

De 2002 à 2003, le taux canadien des détaillants refusant de vendre du tabac aux mineurs a baissé de 71,2 % à 67,7 %. La piètre performance des commerçants québécois, qui ont été beaucoup plus enclins qu'en 2002 à vendre des produits du tabac aux adolescents, explique ces chiffres.

Peu préoccupés par l'âge de leurs clients, les commis n'ont que rarement (36,4% des cas) demandé à voir les pièces d'identité des adolescents impliqués dans l'enquête. Enfin, parmi toutes les villes visitées, c'est

à Montréal qu'il est le plus facile pour les jeunes de se procurer du tabac. Les deux tiers des commerces visités (67,5 %) ont consenti à leur en vendre.

Selon Louis Gauvin, coordonnateur de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, les commerçants encouragent le tabagisme juvénile en vendant du tabac à des jeunes de moins de 18 ans. « Chaque fois qu'un détaillant vend illégalement du tabac à un mineur, il lance un message qui contredit tous les efforts faits à travers le Québec pour inciter les jeunes à abandonner le tabac ou à ne jamais commencer à fumer, » a-t-il indiqué.

Redéfinir la conformité

En 2002, le Comité consultatif ministériel chargé de conseiller la ministre fédérale de la santé, en matière de lutte antitabac, a émis des recommandations sur l'accès des jeunes au tabac. « Il faudrait redéfinir le problème de la vente aux mineurs comme une question de santé plutôt qu'une simple question de respect de la loi, a-t-il conclu. Car après tout, le but visé est de diminuer le tabagisme chez les jeunes et non pas seulement d'atteindre un taux de conformité donné. » Si la loi nécessite la présence d'inspecteurs pour en assurer le respect, le Comité a toutefois souligné l'importance de ne pas consacrer une partie excessive des ressources aux mesures qui agissent sur l'offre de tabac. Il considère que les hausses de taxes, les restrictions de la publicité aux points de vente et les interdictions de fumer dans les lieux publics, sont des façons efficaces et peu onéreuses d'inciter les jeunes à ne pas fumer.

Le Québec imposera sa loi

Depuis mai 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (MSSSQ) partage avec Santé Canada la responsabilité de veiller au respect des lois concernant la vente de tabac aux mineurs sur le territoire québécois. Alors qu'auparavant, Santé Canada se chargeait de cette tâche, le gouvernement du Québec compte faire appliquer sa propre loi dès le mois de juin 2004. Même si la manière d'évaluer la conformité demeurera la même, 20 inspecteurs du MSSSQ remplaceront leurs homologues fédéraux dans l'exécution de ce travail.

« La Loi québécoise sur le tabac prévoit une disposition législative que Santé Canada n'avait pas, soit celle de suspendre les permis de vente de cigarettes », confie à Infotabac la responsable du Service de lutte contre le tabagisme du MSSSQ, Lise Talbot.

À la première offense, les exploitants fautifs qui devaient déboursier 500 \$, recevront dorénavant une amende de 300 \$. S'ils sont repris à vendre du tabac aux mineurs, leur permis de vente pourra être suspendu pour une période d'un mois, de six mois ou d'un an, selon le nombre de récidives. Durant cette période, les produits du tabac et leurs publicités devront être retirés des étalages.

Ne se fixant pas d'objectif précis, le gouvernement du Québec souhaite cependant améliorer le taux de conformité des détaillants québécois. Afin de réduire davantage l'accessibilité des jeunes au tabac, la campagne Méchant cadeau sera prolongée pendant tout l'été. Elle encourage les adultes à ne pas fournir de tabac aux mineurs.

Promotion des cigarettes dans les points de vente

À l'échelle canadienne, la publicité sur le tabac dans les points de vente a augmenté au cours de la dernière année. Elle est maintenant présente dans 41,7 % des endroits visités. Toutefois, au Québec, où elle existait dans 50 % des établissements, aucune hausse n'a été enregistrée. Par ailleurs, les nombreux murs de cigarettes aux couleurs des marques n'ont pu être comptabilisés aux résultats car « pour être qualifié de publicité sur le tabac, le matériel promotionnel devait

indiquer directement les marques de tabac, les logos ou les marques déposées », précise le rapport d'ACNielsen.

Dans la province, les dépanneurs avec bannière (Couche-tard, Boni-soir, etc.) affichent le plus haut ratio de publicités de tabac alors qu'à l'inverse, les supermarchés ne font que très peu de promotion pour les fabricants de cigarettes. Québec se hisse au deuxième rang des villes où l'on retrouve le plus de publicité (juste derrière Edmonton), et la marque du Maurier est la plus annoncée. Recensés dans 40 % des lieux de vente, les « étalages de comptoirs » (présentoirs suffisamment petits pour tenir sur un comptoir) sont un moyen souvent utilisé par les compagnies de tabac pour promouvoir leurs produits.

Opération carte d'identité

Dénoncée par les groupes de santé québécois, l'Opération carte d'identité de l'industrie du tabac a démontré son inutilité. Au Québec, les détaillants qui participaient au programme ont affiché de moins bons résultats de conformité : 27,4 %, comparativement à 41,6 % pour ceux qui n'y étaient pas inscrits.

« Si l'industrie du tabac était vraiment sérieuse dans ses efforts pour contrer la vente aux mineurs, elle cesserait d'approvisionner les dépanneurs qui s'obstinent à vendre des cigarettes aux jeunes de moins de 18 ans, souligne François Damphousse, directeur du bureau québécois de l'Association pour les droits des non-fumeurs. Au lieu de cela, les fabricants de cigarettes s'opposent aux moyens prouvés efficaces de dissuader les jeunes de commencer à fumer. » Par exemple, au cours des cinq derniers mois, Imperial Tobacco Canada a diffusé trois communiqués pour s'opposer aux hausses de taxes. « Puisque plusieurs détaillants continuent de défier la loi en vendant du tabac aux mineurs, poursuit M. Damphousse, on devrait penser à créer des lieux de vente exclusifs aux produits du tabac, en prenant exemple sur la Société des alcools du Québec. »

Île-du-Prince-Édouard

Dans la plus petite province canadienne, la proposition d'interdire la vente de tabac dans les pharmacies a ouvert le pas à un tout autre débat. En

effet, la Société canadienne du cancer voulait faire de l'Île-du-Prince-Édouard la première province à bannir la vente de produits du tabac dans les dépanneurs.

Après que le Comité permanent sur le développement social se soit penché sur la question, il a finalement été décrété que les dépanneurs pourraient continuer

à vendre du tabac. Toutefois, les étalages y seront interdits dès janvier 2006 et à partir de juin 2005, les pharmacies devront abandonner la vente de cigarettes.

Article tiré de:

Info-tabac numéro 51, mai 2004

Les campagnes antitabac portent fruit: L'usage du tabac diminue

Josée Hamelin

Le nombre de fumeurs a chuté de plus d'un million depuis 1994 et les jeunes font de moins en moins l'expérience du tabac. C'est ce que concluent l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, deux études de Statistique Canada rendues publiques à la mi-juin. Elles indiquent que le tabagisme a régressé de manière significative au cours des dernières années.

Bien qu'il se réjouisse de ces nouvelles données, le directeur du bureau québécois de l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF), François Damphousse, est prudent. « Le tabagisme a diminué au cours des dernières années, mais ça ne veut pas dire que la lutte est pour autant terminée et que l'on peut crier victoire, affirme-t-il. Il faut que les gouvernements continuent d'avoir recours à des méthodes démontrées efficaces pour dissuader les

gens de fumer, comme par exemple la dénormalisation et l'augmentation des taxes sur le tabac. »

Enquête sur les collectivités canadiennes

Portant sur 135 000 Canadiens de 12 ans et plus, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est une étude biennale qui a été réalisée pour la première fois en 1994. Les résultats actuels découlent de données recueillies entre janvier et décembre 2003.

Selon le Dr Bernard Heneman, médecin-conseil à la Direction de santé publique de Montréal, l'ESCC est l'une des plus fiables études canadiennes sur le tabac, en raison de sa rigueur méthodologique et de son large échantillonnage.

Résultats canadiens et québécois

À l'échelle canadienne, le taux de tabagisme a reculé de 6,4 points de pourcentage, passant de 29,3 % en 1994 à 22,9 % en 2003. Cette baisse est principalement attribuable aux fumeurs quotidiens, le nombre de fumeurs occasionnels étant demeuré inchangé. «Certaines des réductions les plus importantes, en ce qui concerne l'usage quotidien du tabac, ont été constatées chez les adolescents et chez les jeunes adultes, soit les cibles des nombreuses campagnes antitabac fédérales, provinciales et municipales des dernières années», pouvait-on lire le 15 juin dans Le Quotidien, bulletin officiel de Statistique Canada.

Même si plusieurs d'entre eux cessent de fumer, les jeunes adultes représentent toujours le noyau dur des consommateurs de tabac. Le tiers des Canadiens de 20 à 24 ans fumaient quotidiennement ou occasionnellement en 2003, ce qui est comparable à la situation de 1994. Ce groupe d'âge constitue la tranche de la population comptant le plus grand nombre de fumeurs dans ses rangs.

Les trois provinces affichant les plus bas taux de fumeurs quotidiens sont la Colombie-Britannique (14 %), l'Ontario (16,7 %) et l'Alberta (17,5 %). Après avoir longtemps détenu le titre de la région canadienne la plus fumeuse, le Québec est maintenant dépassé par le Nouveau-Brunswick. Le podium des provinces où l'usage du tabac est le plus répandu est donc occupé par le Nouveau-Brunswick (21,6 %), le Québec (20,7 %) et l'Île-du-Prince-Édouard (20,3 %).

Au cours de la dernière décennie, la Nouvelle-Écosse, qui a intensifié ses mesures antitabac, s'est démarquée avec un déclin de 7,6 points (pour atteindre 19,7 % en 2004) de son taux de fumeurs quotidiens. Toutefois, le taux québécois est celui qui a connu la plus spectaculaire diminution en chutant de 8,4 points de pourcentage.

Bien que le statut tabagique du Québec se soit considérablement amélioré, la situation est un peu moins reluisante du côté des jeunes.

Enquête sur le tabagisme chez les jeunes

Conduite pour la première fois en 1994, l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes a été répétée à l'automne 2002. Quelque 19 000 jeunes, âgés pour la plupart de 10 à 14 ans, ont répondu à un questionnaire écrit, administré par un interviewer de Statistique Canada. En plus de recueillir des données sur l'usage du tabac, une partie de la recherche sur les élèves plus âgés portait également sur la consommation d'alcool et de drogues.

Résultats

Seulement 25 % des adolescents 10 à 14 ans ont déclaré avoir déjà expérimenté le tabac en 2002, au lieu de 42 % en 1994. De plus, pour la même période (1994-2002), le taux de tabagisme quotidien des jeunes interrogés a baissé de moitié, passant de 7 % à 3 %. Comme c'était le cas en 1994, le Québec compte encore le plus grand nombre d'adeptes de la cigarette. Bien que l'usage du tabac ait diminué dans la belle province, plus de la moitié de tous les jeunes fumeurs (10 à 14 ans) canadiens vivent au Québec.

L'âge moyen auquel ces adolescents fument leur première cigarette complète est demeuré onze ans. Le tabagisme s'accroît en même temps que le niveau scolaire et les filles fument encore légèrement plus que les garçons. Ces dernières représentent 56 % de la population des jeunes fumeurs, ce qui est comparable au ratio de 1994.

Connus de la plupart des élèves, les avertissements de santé, apposés sur les paquets de cigarettes, ont été jugés crédibles par 75 % des fumeurs. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant qu'ils sont appréciés de tous. Seulement 30 % des jeunes fumeurs sondés approuvent le fait qu'ils figurent sur les paquets de cigarettes, contre 83 % de leurs pairs n'ayant jamais expérimenté le tabac. Surtout informés des conséquences du tabagisme dans leur milieu scolaire, 96 % des répondants savent que le tabac crée une dépendance et la même proportion estime que la fumée peut nuire à la santé des non-fumeurs.

Pourquoi fumer ?

C'est principalement pour imiter leurs amis fumeurs que les jeunes essaient le tabac. Ceux qui n'allument pas pour cette raison disent le faire par « curiosité », « pour être populaire » ou parce qu'ils trouvent que « c'est cool de fumer ». Bien qu'une part de blâme lui revienne, le cercle d'amis n'est pas le seul responsable du statut tabagique des adolescents fumeurs. En effet, les deux tiers ont affirmé que leur père ou leur mère fumait, une situation partagée par seulement le tiers des non-fumeurs.

D'ailleurs, une proportion importante de parents (18 %) acceptent de fournir des cigarettes à leur enfant. Lorsqu'ils refusent, ces derniers s'approvisionnent auprès d'autres membres de leur famille ou de camarades. Plus les jeunes avancent en âge et plus ils vont tenter eux-mêmes de se procurer du tabac auprès des détaillants.

S'ils sont plus curieux à l'égard des nouvelles expérimentations, les jeunes adolescents, qui consomment des cigarettes sur une base régulière, semblent moins avides de connaissances théoriques que leurs compagnons de classe non-fumeurs. En plus d'afficher un rendement scolaire inférieur, les jeunes fumeurs lisent moins ; 40 % ont indiqué ne lire

jamais ou presque pour le plaisir, contre 13 % chez les élèves n'ayant jamais porté de cigarette à leur bouche.

Drogues et alcool

En outre, la majorité des élèves fumeurs et de ceux qui ont déjà expérimenté le tabac ont déjà consommé de la drogue ou de l'alcool. 75 % d'entre eux ont fumé du « pot », contre 3 % chez les non-fumeurs et 92 % ont déjà bu de l'alcool, comparativement à 40 % des non-fumeurs.

« Même si ces deux recherches sont encourageantes, encore trop de jeunes mordent à l'hameçon qui leur est fixé par l'industrie du tabac, commente François Damphousse de l'ADNF. Le Québec doit poursuivre la lutte s'il veut réussir à contrer l'effet des campagnes de marketing du tabac qui ont toujours été plus nombreuses dans cette province que dans les autres. »

Article tiré de:

Info-tabac numéro 53, août 2004

TIGR : à l'affût des gangs de rue

Sonia Tengelsen, Agente de communications pour la SNPC, à Montréal

En 1997, une enquête policière surnommée « Espadon » a mené à l'arrestation et à l'emprisonnement de 26 membres et chefs de gangs de rue sur la Rive-Sud de Montréal.

Quel que soit le point de vue, cette enquête s'est donc révélée être un franc succès. Toutefois, après leur sortie de prison, les membres de gang ont très rapidement repris leur ancien mode de vie et ont poursuivi leurs activités criminelles comme si de rien n'était.

Cet incident a permis de constater l'ampleur du phénomène de gang sur la Rive-Sud de Montréal. De plus, il a prouvé que, malgré leurs efforts, les forces policières ne peuvent à elles seules éliminer la formation de gangs.

Les personnes résidant sur la Rive-Sud et les organismes offrant des services aux jeunes ont eu la forte impression qu'il était temps d'adopter d'autres approches.

« On a constaté qu'on travaillait tous auprès d'une même jeunesse, d'un même groupe de jeunes, et qu'on ne se parlait pas entre nous, a expliqué le sergent détective Martin Valiquette de la police de Longueuil. Donc, il y avait un manque de communication, pas juste entre nous, mais à l'intérieur même de nos boîtes. »

« De façon générale, l'information ne circule pas très bien entre intervenants d'un même secteur, par exemple entre les enquêteurs et les patrouilleurs, entre les travailleurs sociaux en protection et ceux travaillant avec les jeunes contrevenants, ou encore entre les enseignants de différents niveaux ou de différentes écoles; imaginez alors lorsqu'il faut échanger entre policiers, enseignants et travailleurs sociaux. »

« La majorité des intervenants n'ont aucune idée de ce qu'est le phénomène de gang, ne savent pas

comment réagir, ne reconnaissent pas les signes pour savoir si les jeunes sont impliqués ou pas et n'ont surtout aucune idée quant à la manière d'intervenir. Tout cela engendre crainte, peur, stress et, un jour ou l'autre, l'épuisement professionnel ».

M. Valiquette, M. Marcel Vézina (Centre jeunesse de la Montérégie) et M. Gilles Deslauriers (école secondaire Gérard-Fillion) ont donc mis leurs efforts en commun pour donner naissance à la Toile des Intervenants en Gangs de Rue (TIGR).

Cette initiative vise à répondre aux besoins des professionnels travaillant auprès des jeunes victimes ou témoins de violence et d'intimidation, aux jeunes voulant sortir d'un gang, aux parents inquiets de l'avenir de leurs enfants et à toute personne soucieuse de la réalité des jeunes.

Surfer le Net pour suivre la vague

Afin d'améliorer la communication entre les divers groupes, TIGR a créé un site Internet.

Une partie de ce site est accessible au public et elle offre, entre autres, des questions-réponses et un forum de discussion.

Une autre partie, protégée par mot de passe, est destinée aux intervenants travaillant étroitement avec les jeunes liés aux activités de gangs ou susceptibles de le devenir, soit comme victimes, soit comme membres; cette partie du site permet aux intervenants d'échanger des renseignements délicats.

La majorité des recherches sur les gangs dressent très clairement le portrait du phénomène, mais elles le font de façon statique dans le temps. Le réseau d'échange d'information sur Internet permet aux intervenants travaillant avec les jeunes et au public de se tenir informés sur le sujet et d'échanger en temps réel, « parce que le phénomène de gang, c'est un phénomène qui est en constante évolution... Donc la réalité d'un gang aujourd'hui aura

complètement changé dans six mois », souligne M. Valiquette.

« En se tenant régulièrement au courant des découvertes sur les gangs de rue, on peut intervenir plus rapidement et efficacement auprès de jeunes liés aux gangs ou susceptibles d'en devenir membres ou victimes. C'est surtout très rassurant pour l'intervenant de savoir qu'il a un réseau avec lui, qu'il a lui aussi son gang », explique-t-il.

Quand la négation du problème freine la prévention

La recherche faite sur le phénomène de gang indique qu'il existe trois principaux obstacles à la prévention : l'absence de définitions communes, l'effet médiatique et la négation du phénomène.

L'information sur les gangs de rue est habituellement gardée secrète et considérée comme un tabou. Certains craignent qu'en parlant d'un gang, on nuise à la réputation de la ville ou de l'école où agit le gang ou encore qu'on solidifie la réputation du gang.

En revanche, M. Valiquette croit que, si les institutions décident de reconnaître la problématique dans leur collectivité et d'agir pour la prévenir, la population sera plus encline à se mobiliser et à faire sa part. Si l'on nie l'existence du problème, cela ne veut pas dire qu'il disparaît pour autant : « Les jeunes, quand ils ne se sentent pas en sécurité et s'ils ne sentent pas que les autorités prennent ça en charge, ils vont le prendre en charge eux-mêmes. Et là, on a la formation d'autres gangs. Nous l'avons vu à Longueuil : il y a au moins deux gangs qui ont été formés juste pour se protéger d'autres gangs », a déclaré M. Valiquette.

Un solide réseau de partage d'information

L'organisme TIGR vise à surmonter ces obstacles. Tout d'abord, les échanges dans le forum de discussion permettent aux utilisateurs de s'orienter vers une définition commune des gangs et vers une vision commune des solutions à y apporter.

Ensuite, pour atténuer les craintes suscitées par la couverture médiatique, l'organisme a rencontré les médias locaux pour leur faire prendre conscience de l'effet que leurs reportages sur les gangs peuvent avoir sur la population. Finalement, pour contrer la

négation du problème, TIGR encourage la discussion ouverte sur le sujet, sur son site Internet, mais également par d'autres activités.

Ainsi, en 2002, TIGR et Chantal Fredette (Centres jeunesse de Montréal) ont offert une formation sur les gangs de rue et sur le fonctionnement du site Internet à 79 intervenants des centres jeunesse de la Montérégie, à 124 intervenants communautaires, à 364 enseignants et à 30 policiers de Longueuil. TIGR a également présenté des exposés lors de la Conférence mondiale sur la violence à l'école et d'un colloque sur les jeunes et les gangs de rue.

Durant l'année 2002–2003, 381 renseignements sur les gangs ont été communiqués à TIGR par téléphone ou sur le site Internet. (Conformément à la Loi sur l'accès à l'information, toute information affichée sur le site doit rester de nature générale et ne comporter aucun nom.)

Pour sa part, l'équipe de TIGR a transmis de l'information aux intervenants et aux organismes au moyen de courriels, d'appels téléphoniques et de sept bulletins. Une partie de l'information reçue a été transmise à la police dans un but de répression, et ce, seulement sur le noyau dur des gangs de rue. TIGR a également mené une campagne de sensibilisation, rédigé des articles dans les médias écrits et réalisé des capsules d'information à la radio.

Grâce au site Internet et à sa capacité de favoriser le dialogue, la police, les travailleurs sociaux, les travailleurs communautaires et les autres intervenants peuvent briser leur sentiment d'isolement et échanger sur les renseignements obtenus au sujet des gangs et sur les méthodes d'intervention.

Comme il a été initié en Montérégie, le projet se concentre surtout sur les données de cette région et de la région de Montréal pour le moment. Toutefois, TIGR est disposé à élargir le projet pour permettre l'échange d'information sur un plus grand territoire.

Pour en savoir plus sur le phénomène des gangs, vous pouvez consulter le site Internet TIGR à l'adresse suivante : www.tigr.ca. Pour assister à une formation ou encore pour devenir membre de la Toile, vous pouvez communiquer par téléphone, au (450) 651-TIGR ou encore par courriel à l'adresse suivante: info@tigr.ca.

Les régimes à l'adolescence

Comité de santé de l'adolescence, Société canadienne de pédiatrie (SCP)

Introduction

Les préoccupations à l'égard du poids et de la silhouette sont extrêmement courantes pendant l'adolescence. En plus d'être exposés aux risques bien réels de l'obésité et d'une mauvaise alimentation, les jeunes donnent prise à des idéaux de beauté d'une minceur irréaliste véhiculés par les médias (1). Malheureusement, cette trop grande importance accordée à la minceur est interprétée par les jeunes, qui font équivaloir minceur et beauté, succès et santé. À cause des médias, les adolescents découvrent également diverses façons de perdre du poids pour parvenir à cet idéal de minceur. Les sources d'information offertes sur la santé et la nutrition sont souvent douteuses et peu fiables, moins motivées par des données scientifiques probantes que par des tendances à la mode et des intérêts financiers. Il en résulte que de nombreux adolescents ressentent la pression culturelle d'être plus minces pour être en bonne santé et tentent de réaliser cet objectif par de mauvais choix nutritionnels, parfois dangereux.

De récentes données canadiennes démontrent que près de la moitié des adolescents ontariens (de 12 à 18 ans) qui vont à l'école publique sont insatisfaits de leur poids (2). Même les préadolescents sont nombreux à désirer être plus minces (3-5). Il n'est donc pas surprenant que des stratégies visant à modifier le poids et la silhouette soient également très prévalentes. Des données transversales canadiennes indiquent que plus d'une adolescente sur cinq « est au régime » à un moment ou un autre (2). Des données américaines (5-10), australiennes (11-13) et britanniques (14) indiquent des taux aussi élevés de tentatives de perte de poids chez les adolescents. Selon une récente analyse (15) des régimes à l'adolescence, de 41 % à 66 % des adolescentes et de 20 % à 31 % des adolescents ont déjà tenté de perdre du poids.

La définition du régime

Les adolescents ont bien des raisons de se mettre au régime, mais une insatisfaction à l'égard du schéma

corporel et un désir d'être plus mince sont les facteurs de motivation de la majorité d'entre eux (16). Les tentatives pour perdre du poids peuvent s'associer à diverses modifications de comportement, telles que des changements d'habitudes alimentaires ou de fréquence d'exercice. Suivre un régime est un comportement mal défini aux significations diverses, à la fois pour les patients et pour les professionnels, mais pour la plupart, il désigne une modification intentionnelle et souvent temporaire des habitudes alimentaires pour perdre du poids (3,17,18). Il est difficile de comparer les études sur le statut et la rigueur des régimes en raison de la variation des définitions. Toutefois, partout, l'autovomissement et l'usage de laxatifs et d'agents amaigrissants sont considérés comme malsains ou extrêmes (13,18-20). Dans de nombreuses études (8,10,13), les régimes chroniques (plus de dix par année), les régimes miracles, le jeûne et le fait de sauter des repas sont également classés parmi les stratégies malsaines. De nombreux auteurs (8,21) appellent « alimentation désordonnée » le recours à ces comportements pour perdre du poids si ceux-ci ne sont pas assez marqués pour justifier un diagnostic de trouble de l'alimentation.

Les comportements imputables aux régimes couvrent le spectre de sains à malsains. Les choix d'un jeune à l'égard de son régime peuvent s'harmoniser avec les recommandations d'une vie active saine, comme augmenter l'apport de fruits, de légumes et de céréales de grain entier, réduire modérément l'apport de matières grasses et faire plus d'exercice (7). Cependant, un pourcentage important d'adolescents, et surtout d'adolescentes, adoptent des comportements malsains pour contrôler leur poids. Selon de récentes données canadiennes, 8,2 % des jeunes filles ontariennes de 12 à 18 ans et 4 % des jeunes filles britannocolombiennes ont indiqué qu'elles se faisaient vomir pour contrôler leur poids (2,4). Plusieurs vastes études transversales ont porté sur la fréquence de pratiques précises de contrôle de poids (7-9,13,18,20,22). Le jeûne, le fait de sauter des repas et le recours à des régimes chocs sont monnaie courante (22 % à 46 %). L'autovomissement s'observe chez 5 % à 12 % des adolescentes. L'usage de laxatifs et de

diurétiques est moins fréquent (1 % à 4 %), de même que celui d'agents amaigrissants (3 % à 10 %). En outre, de 12 % à 18 % des adolescents fument la cigarette pour contrôler leur poids.

Les facteurs de risque des régimes

Les déterminants des régimes chez les adolescents sont sans borne. C'est pourquoi il est difficile de repérer les adolescents les plus susceptibles de se mettre au régime et d'adopter des stratégies de perte de poids compromettantes pour la santé (tableau 1). En général, à l'adolescence, les régimes et l'alimentation désordonnée augmentent avec l'âge et sont plus prévalents chez les filles (8,10). Même s'il existe certaines variations selon le statut socioéconomique et le groupe ethnique, il est clair qu'aucun groupe n'est protégé d'une insatisfaction à l'égard du corps et de comportements de perte de poids (8,10,23). Comme il fallait s'y attendre, les filles qui jugent faire de l'embonpoint et qui sont insatisfaites de leur corps sont plus susceptibles de se mettre au régime (2,3,6,20,24) et d'adopter des comportements malsains de perte de poids (20,21). Le risque de régime et d'alimentation désordonnée est d'ailleurs proportionnel à l'embonpoint (11,20,25). Cependant, malgré cette association, il importe de constater la prévalence élevée de régimes chez les adolescents d'un poids normal ou même insuffisant (4,7,11,20). Dans une étude transversale américaine (20), 36 % des filles de poids normal étaient au régime, par rapport à 50 % de celles qui faisaient de l'embonpoint et à 55 % des obèses. La distorsion de l'image corporelle est courante chez les adolescents, qui se sentent souvent gros même s'ils ont un poids normal (13,26). De toute évidence, la perception d'embonpoint représente un facteur dans la décision que prend l'adolescent de tenter de perdre du poids, qu'il fasse vraiment de l'embonpoint ou non. La majorité des adolescents canadiens affichent un poids normal (27), et de nombreux adolescents au régime vus en clinique s'inscrivent, en fait, dans une fourchette de poids saine.

De nombreux facteurs individuels différencient ceux qui font des régimes de ceux qui n'en font pas. Dans plusieurs vastes études transversales (4,8,28-31), il a été démontré que l'estime de soi était un facteur marquant distinguant les adolescents adoptant des pratiques malsaines de contrôle de poids de ceux qui

n'en adoptaient pas, même si leur indice de masse corporelle (IMC) était contrôlé. Selon ces mêmes études, d'autres caractéristiques positives, comme un sentiment de contrôle sur sa vie, des liens familiaux étroits, des modèles adultes positifs et une participation positive à l'école protègent les jeunes des régimes malsains. Comme il fallait s'y attendre, les études (32-36) révèlent aussi que des critiques des parents quant au poids de l'enfant, des pressions exercées pour qu'il se mette au régime et un modèle parental de régime s'associent à des taux de régimes plus élevés et à un risque accru de comportements extrêmes à l'égard des régimes.

L'insatisfaction corporelle et des pratiques malsaines de perte de poids sont plus courantes chez les adolescents souffrant d'une maladie chronique (diabète, asthme, trouble déficitaire de l'attention et épilepsie) (37,38). Les jeunes qui présentent des symptômes psychiatriques marqués, notamment la dépression et l'anxiété, sont plus susceptibles d'adopter des pratiques alimentaires extrêmes (11,39). Des antécédents de moqueries reliées au poids sont également prédicteurs d'une insatisfaction à l'égard du corps, de tentatives de perte de poids et d'anomalies alimentaires (24,40). L'influence des pairs a également des répercussions, car les filles dont les copines valorisent la minceur et qui adoptent des stratégies malsaines de perte de poids sont elles aussi plus susceptibles d'adopter ce type de stratégies (16,41,42). Un régime végétarien pendant l'adolescence s'associe à certains choix nutritionnels positifs, comme un apport plus élevé de fruits, de légumes et de fibres. Cependant, les filles végétariennes sont plus susceptibles de faire état d'un régime et de certains comportements alimentaires désordonnés, tels que l'autovomissement et le recours à des laxatifs. Pour certains adolescents, un régime végétarien peut accompagner des comportements d'alimentation malsaine (22,43). Parmi les autres facteurs de risque repérés, soulignons la participation à des sports reliés au poids, tels que la danse et la gymnastique (44), et une puberté précoce (45).

Des études (4,18,31,46) démontrent que les adolescents qui s'adonnent à d'autres activités à risque, y compris la consommation de drogues, les relations sexuelles non protégées et les activités illégales, sont également plus susceptibles d'adopter des stratégies de perte de poids compromettantes pour la santé. Une

étude prospective (47) indique également que les adolescentes qui se préoccupent de leur poids ou qui font des régimes sont plus susceptibles de se mettre à fumer. Ces données laissent supposer qu'une alimentation désordonnée à l'adolescence s'accompagne d'autres comportements compromettants pour la santé.

TABLEAU 1
Corrélatés de régimes et de comportements malsains relativement au poids chez les adolescents

Facteurs individuels

- Sexe féminin
- Embonpoint et obésité
- Insatisfaction envers le schéma corporel et distorsion du schéma corporel
- Mauvaise estime de soi
- Sentiment de peu contrôler sa vie
- Symptômes psychiatriques: dépression et anxiété
- Alimentation végétarienne
- Puberté précoce

Facteurs familiaux

- Peu de liens familiaux
- Absence de modèles adultes positifs
- Régime d'un parent
- Promotion du régime ou encouragement au régime
- Critiques du poids de l'enfant par les parents

Facteurs environnementaux

- Moqueries liées au poids
- Mauvaise participation à l'école
- Promotion des régimes par le groupe de pairs
- Participation à des sports liés au poids

Autres facteurs

- Certaines maladies chroniques, notamment le diabète
- Présence d'autres comportements à risque, tels que le tabagisme, la consommation de drogues, les relations sexuelles non protégées

Les conséquences des régimes

Bien que les adolescents qui font des régimes puissent faire des choix positifs, les changements sont souvent temporaires. Il faut donc envisager les effets physiologiques et psychologiques néfastes possibles des régimes, notamment à la lumière des données probantes selon lesquelles les régimes sont peu susceptibles de réussir à assurer une perte de poids soutenue. La majorité des adolescents qui se mettent au régime le font sans séquelles apparentes, mais ils risquent peut-être des conséquences désagréables et peu de possibilités de bénéfice tangible. Malheureusement, peu d'études traitent des conséquences négatives éventuelles des régimes, parce qu'à l'adolescence, la plupart des régimes ne sont pas structurés et que les décisions sur les moyens de perdre du poids relèvent du hasard et sont souvent de courte durée. Plusieurs analyses (48,49) ont traité des conséquences des régimes, mais malheureusement, leurs conclusions concernent les adultes, qui ne subissent pas de changements physiques et psychologiques rapides.

Les conséquences physiques

Les régimes s'associent à des conséquences au potentiel négatif pour la santé. Des carences nutritionnelles, de fer et de calcium, notamment, peuvent poser des risques à court et à long terme. Chez les enfants et les adolescents en pleine croissance, une diminution même marginale de l'apport énergétique peut s'accompagner d'une décélération de la croissance (50-52). Selon plusieurs études transversales (53-56), une alimentation désordonnée, même en l'absence de perte de poids substantielle, s'associe à une irrégularité menstruelle, y compris une aménorrhée secondaire. Le risque à long terme d'ostéopénie et d'ostéoporose chez les filles au régime, même en l'absence d'aménorrhée, est également fort inquiétant (54,57). Les complications médicales de tout comportement purgatif, tel que l'autovomissement ou l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques, sont bien établies, tout comme les risques liés aux médicaments qui stimulent la perte de poids.

Les conséquences psychologiques

Les effets psychologiques à court et à long terme des régimes et des restrictions alimentaires sur les ado-

lescents sont en grande partie inconnus. Des études (58) sur les adultes laissent supposer qu'un régime chronique s'associe à divers symptômes, y compris une préoccupation alimentaire, l'inattention, l'irritabilité, la lassitude, une tendance à trop manger et même une frénésie alimentaire. On ne sait pas si ces effets s'avèrent aussi chez les enfants et les jeunes, mais ces symptômes pourraient avoir de graves répercussions chez l'adolescent immature qui vit un rapide processus de développement social et psychologique. De nombreuses habitudes de vie se fixent à l'adolescence, et des modifications aux habitudes alimentaires des enfants et des adolescents pourraient se traduire par une alimentation dysfonctionnelle jusqu'à la fin de leurs jours.

Il est entendu que les adolescents ayant peu d'estime de soi sont plus susceptibles de se mettre au régime, souvent dans une tentative pour se sentir mieux s'ils réussissent à perdre du poids. Le processus des régimes peut empirer la situation et nuire encore plus à l'estime de soi du jeune, parce que pendant l'enfance et l'adolescence, l'estime de soi se définit en partie par des réussites et des échecs. Une étude (59) portait sur l'estime de soi d'enfants avant et après leur participation à un programme structuré de perte de poids et concluait qu'une diminution de l'estime de soi et de la perception se produisait. Par ailleurs, une étude chez des adolescents (60) révèle que la participation à un programme multidisciplinaire de perte de poids pour les adolescents obèses nuisait à l'estime de soi. Ces études étaient à petite échelle, et il est impossible d'en tirer des conclusions, mais on devrait envisager les répercussions négatives des régimes, notamment lorsqu'ils échouent, sur l'estime de soi d'un jeune. Il n'existe aucune donnée sur les répercussions des régimes autogérés sur l'estime de soi des jeunes.

L'une des questions les plus inquiétantes demeure le lien entre les régimes, l'alimentation désordonnée et les troubles de l'alimentation. Les régimes pendant l'adolescence représentent l'antécédent habituel d'anorexie nerveuse et de boulimie. Dans le cadre d'études prospectives (12,14), les régimes s'associaient à un risque de cinq à 18 fois plus élevé de troubles de l'alimentation. Cependant, on ne sait pas si les régimes causent ou suscitent la maladie ou s'ils représentent une première étape (prodrome) de la maladie. De plus, le lien entre les régimes et les frénésies alimentaires demeure controversé. En 2000, le National Task Force on the Prevention and Treat-

ment of Obesity concluait que chez les adultes obèses ou faisant de l'embonpoint, les régimes ne s'associaient pas à des symptômes de troubles de l'alimentation, y compris les frénésies alimentaires (61). L'analyse (61) portait principalement sur des adultes participant à un programme de perte de poids structuré et ne traitait pas du recours généralisé aux régimes autogérés ou aux répercussions des régimes chez les enfants et les adolescents. Plusieurs autres études (10,46,62) documentent le risque de frénésie alimentaire chez les adolescents au régime, et une analyse (58) des conséquences psychologiques de la privation alimentaire chez les adultes révélait une tendance à trop manger et même à avoir des frénésies alimentaires.

Enfin, on craint de plus en plus que les régimes chez les préadolescents et les adolescents aient l'effet paradoxal d'entraîner un gain de poids excessif dans le temps (60,63). Dans le cadre d'une récente étude à vaste échelle (63) portant sur plus de 15 000 enfants (de neuf à 14 ans) suivis pendant trois ans, on a observé que les enfants au régime prenaient beaucoup plus de poids que les sujets témoins appariés qui n'en faisaient pas. Les auteurs ont conclu qu'au sein de ce groupe d'âge, les régimes autogérés étaient non seulement inefficaces, mais qu'ils pouvaient favoriser la prise de poids.

Sommaire et recommandations aux cliniciens

L'insatisfaction par rapport au poids est fréquente chez les adolescents d'Amérique du Nord. Les comportements de contrôle du poids sont monnaie courante. Il en existe toute une gamme, de « sain » à potentiellement dangereux. Les principaux facteurs de risque de contrôle malsain du poids sont une insatisfaction par rapport au poids, l'obésité et une mauvaise estime de soi. Les jeunes qui adoptent des régimes malsains sont vulnérables à d'autres comportements compromettant la santé, y compris la consommation de drogues, le tabagisme et les relations sexuelles non protégées. La plupart des régimes chez les adolescents ne s'associent pas à des conséquences négatives, mais il faut tenir compte des séquelles physiques et psychologiques, y compris les troubles de l'alimentation, les frénésies alimentaires et une mauvaise estime de soi. Les adolescents au régime risquent de prendre trop de poids au fil du temps.

Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie s'énoncent comme suit :

- Chez les adolescents d'un poids normal ou faisant de l'embonpoint, favorisez une alimentation conforme au guide alimentaire canadien pour manger sainement (64). Déconseillez les régimes chocs, le jeûne, le fait de sauter des repas et l'ajout de suppléments alimentaires pour perdre du poids. Conseillez aux adolescents d'être critiques de toute proposition de perdre du poids qui vise à leur vendre quelque chose, qu'il s'agisse de comprimés, d'injections de vitamines ou de substituts de repas.
- Chez les adolescents d'un poids normal ou faisant de l'embonpoint, favorisez l'activité selon l'âge conformément aux lignes directrices d'une vie active saine (65). Apprenez aux adolescents qu'il existe diverses raisons de faire de l'exercice, et qu'elles ne se limitent pas au contrôle du poids.
- Étant donné la prévalence élevée de comportements reliés à des régimes chez les adolescentes, le dépistage devrait s'intégrer aux soins de santé systématiques. Ce dépistage peut aisément être incorporé à l'entrevue souvent utilisée pour les adolescents, qui tient compte du domicile, de l'éducation, des activités, des drogues, des régimes, de l'innocuité, de la sexualité et du suicide et de la dépression (entrevue HEADSSS) (66).
- Les adolescents qui s'inquiètent de leur poids ou de leur silhouette devraient être informés de la différence entre un « poids santé » et un « poids désirable d'un point de vue esthétique ». Pour les adolescents, ces deux types de poids peuvent différer énormément, car de nombreux adolescents veulent être plus minces qu'ils en ont besoin pour rester en bonne santé. Les jeunes devraient être incités à accepter un poids réaliste. Le calcul de l'IMC comparé aux courbes percentiles d'IMC constitue le moyen le plus efficace d'évaluer si le poids de l'adolescent se situe dans une fourchette saine (67).

- Les cliniciens devraient savoir que bien des tentatives pour perdre du poids chez les adolescents ne sont ni nécessaires ni justifiées pour une meilleure santé et qu'elles reflètent peut-être d'autres problèmes dans la vie de l'adolescent, tels qu'une mauvaise estime de soi, des moqueries reliées au poids, des pressions familiales pour atteindre un certain idéal ou une maladie psychiatrique grave comme un trouble de l'alimentation. Pour de nombreux adolescents au régime, le poids n'explique pas vraiment ces comportements.
- Dans le cas des adolescents qui adoptent des pratiques de perte de poids plus rigoureuses, le dépistage de troubles de l'alimentation devrait être effectué rapidement, et des aiguillages rapides devraient être prescrits en vue d'une évaluation (68,69).
- Il faut informer les adolescents au régime des risques pour la santé de l'autovomissement, de l'usage de diurétiques et de laxatifs, d'agents amaigrissants et de régimes.
- Il existe peu de données sur les interventions efficaces auprès des adolescents obèses, mais les évaluations et les interventions devraient être prescrites conformément aux lignes directrices corroborées par des faits probants et par des lignes directrices des meilleures pratiques (70-72). Rien n'indique que les programmes commerciaux de perte de poids soient sûrs ou efficaces pour les enfants ou les adolescents. Lorsque c'est possible, une orientation vers un programme multidisciplinaire sur l'obésité pédiatrique pourrait être bénéfique.

Références

1. Morris AM, Katzman DK. The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2003;8:287-9.
2. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *CMAJ* 2001;165:547-52.
3. Schur EA, Sanders M, Steiner H. Body dissatisfaction and dieting in young children. *Int J Eat Disord* 2000;27:74-82.
4. McCreary Centre Society. Mirror Images: Weight Issues among BC youth. Adolescent Health Survey II Fact Sheet 1998. <www.mcs.bc.ca/pdf/weight.pdf> (version à jour le 4 août 2004).
5. Maloney MJ, McGuire J, Daniels SR, Specker B. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics* 1989;84:482-9. Erratum in: 1999;85:814.
6. Middleman AB, Vazquez I, Durant RH. Eating patterns, physical activity and attempts to change weight among adolescents. *J Adolesc Health* 1998;22:37-42.
7. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Perry CL, Irving LM. Weight-related

- concerns and behaviors among overweight and non-overweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:171-8.
8. Croll J, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *J Adolesc Health* 2002;31:166-75.
 9. Krowchuk DP, Kreiter SR, Woods CR, Sinal SH, DuRant RH. Problem dieting behaviors among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:884-8.
 10. Story M, Rosenwinkel K, Himes JH, Resnick M, Harris LJ, Blum RW. Demographic and risk factors associated with chronic dieting in adolescents. *Am J Dis Child* 1991;145:994-8.
 11. Patton GC, Carlin JB, Shao Q et coll. Adolescent dieting: Healthy weight control or borderline eating disorder? *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:299-306.
 12. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999;318:765-8.
 13. Grigg M, Bowman J, Redman S. Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. *Prev Med* 1996;25:748-56.
 14. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London school girls – a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med* 1990;20:383-94.
 15. Daele A, Robinson P, Lawson M, Turpin JA, Gregory B, Tobias JD. Psychologic and physiologic effects of dieting in adolescents. *South Med J* 2002;95:1032-41.
 16. Wertheim EH, Paxton SJ, Schutz HK, Muir SL. Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *J Psychosom Res* 1997;42:345-55.
 17. Neumark-Sztainer D, Jeffery RW, French SA. Self-reported dieting: How should we ask? What does it mean? Associations between dieting and reported energy intake. *Int J Eat Disord* 1997;22:437-49.
 18. Neumark-Sztainer D, Story M, Dixon LB, Murray DM. Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviours: Are they at risk for other health-compromising behaviors? *Am J Public Health* 1998;88:952-5.
 19. Neumark-Sztainer D, Story M, French SA. Covariations of unhealthy weight loss behaviors and other high-risk behaviors among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:304-8.
 20. Boutelle K, Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick M. Weight control behaviors among obese, overweight, and non-overweight adolescents. *J Pediatr Psychol* 2002;27:531-40.
 21. Neumark-Sztainer D, Story M, Falkner NH, Beuhring T, Resnick MD. Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: Who is doing what? *Prev Med* 1999;28:40-50.
 22. Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick MD, Blum RW. Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey. *J Am Diet Assoc* 1998;98:1449-56.
 23. French SA, Story M, Neumark-Sztainer D, Downes B, Resnick M, Blum R. Ethnic differences in psychosocial and health behaviour correlates of dieting, purging and binge eating in a population-based sample of adolescent females. *Int J Eat Disord* 1997;22:315-22.
 24. Van den Berg P, Wertheim EH, Thompson JK, Paston SJ. Development of body image, eating disturbance and general psychological functioning in adolescent females: A replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *Int J Eat Disord* 2002;32:46-51.
 25. Barker M, Robinson S, Wilman C, Barker DJ. Behaviour, body composition and diet in adolescent girls. *Appetite* 2000;35:161-70.
 26. Gruber AJ, Pope HG Jr, Lalonde JK, Hudson JL. Why do young women diet? The roles of body fat, body perception, and body ideal. *J Clin Psychiatry* 2001;62:609-11.
 27. Tremblay MS, Wilms JD. Secular trends in the body mass index of Canadian children. *CMAJ* 2000;163:1429-33. Erratum in: 2001;164:970.
 28. Pesa J. Psychosocial factors associated with dieting behaviours among female adolescents. *J Sch Health* 1999;69:196-201.
 29. French SA, Leffert N, Story M, Neumark-Sztainer D, Hannan P, Benson PL. Adolescent binge/purge and weight loss behaviors: Associations with developmental assets. *J Adolesc Health* 2001;28:211-21.
 30. Hill AJ, Pallin V. Dieting awareness and low self-worth: Related issues in 8-year-old girls. *Int J Eat Disord* 1998;24:405-13.
 31. Fisher M, Schneider M, Pegler C, Napolitano B. Eating attitudes, health-risk behaviours, self-esteem, and anxiety among adolescent females in a suburban high school. *J Adolesc Health* 1991;12:377-84.
 32. Paxton SJ, Wertheim EH, Pilawski A, Durkin S, Holt T. Evaluations of dieting prevention messages by adolescent girls. *Prev Med* 2002;35:474-91.
 33. Dixon R, Adair V, O'Connor S. Parental influences on the dieting beliefs and behaviors of adolescent females in New Zealand. *J Adolesc Health* 1996;19:303-7.
 34. Byely L, Archibald AB, Graber J, Brooks-Gunn J. A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *Int J Eat Disord* 2000;28:155-64.
 35. Baker CW, Whisman MA, Brownell KD. Studying intergenerational transmission of eating attitudes and behaviors: Methodological and conceptual questions. *Health Psychology* 2000;19:376-81.
 36. Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int J Eat Disord* 1999;25:263-71.
 37. Neumark-Sztainer D, Story M, Falkner NH, Beuhring T, Resnick MD. Disordered eating among adolescents with chronic illness and disability: The role of family and other social factors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:871-8.
 38. Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick MD, Garwick A, Blum RW. Body dissatisfaction and unhealthy weight-control practices among adolescents with and without chronic illness: A population-based study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:1330-5.
 39. Johnson JG, Cohen P, Kotler L, Kasen S, Brook JS. Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1119-38.
 40. Neumark-Sztainer D, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Mulert S. Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:123-31.
 41. Dunkley TL, Wertheim EH, Paxton SJ. Examination of a model of multiple socio-cultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence* 2001;36:265-79.
 42. Paxton SJ, Schutz HK, Wertheim EH, Muir SL. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *J Abnorm Psychol* 1999;108:255-66.
 43. Gilbody SM, Kirk SF, Hill AJ. Vegetarianism in young women: Another means of weight control? *Int J Eat Disord* 2000;26:87-90.
 44. Sherwood NE, Neumark-Sztainer D, Story M, Beuhring T, Resnick MD. Weight-related sports involvement in girls: Who is at risk for disordered eating? *Am J Health Promot* 2002;16:341-4, ii.
 45. Koff E, Rierdan J. Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. *J Adolesc Health* 1993;14:433-9.
 46. French SA, Story M, Downes B, Resnick MD, Blum RW. Frequent dieting among adolescents: Psychosocial and health behavior correlates. *Am J Public Health* 1995;85:695-701.
 47. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: A prospective study. *Am J Public Health* 1994;84:1818-20.
 48. French SA, Jeffery RW. Consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health. *Health Psychol* 1994;13:195-212.
 49. Howard CE, Porzilius LK. The role of dieting in binge eating disorder: Etiology and treatment implications. *Clin Psychol Rev* 1999;19:25-44.
 50. Lifshitz F, Moses N, Cervantes C, Ginsberg L. Nutritional dwarfing in adolescents. *Semin Adolesc Med* 1987;3:255-66.
 51. Pugliese M, Lifshitz F, Grad G, Fort P, Marks-Katz M. Fear of obesity. A cause of short stature and delayed puberty. *N Engl J Med* 1983;309:513-8.
 52. Dietz WH Jr, Hartung R. Changes in height velocity of obese preadolescents during weight reduction. *Am J Dis Child* 1985;139:705-7.
 53. Selzer R, Caust J, Hibbert M, Bowes G, Patton G. The association between secondary amenorrhea and common eating disordered weight control practices in an adolescent population. *J Adolesc Health* 1996;19:56-61.
 54. Kriepe RE, Forbes GB. Osteoporosis: A new morbidity for dieting female adolescence? *Pediatrics* 1990;86:478-80.
 55. Johnson J, Whitaker AH. Adolescent smoking, weight changes, and binge-purge behavior: Associations with secondary amenorrhea. *Am J Public Health* 1992;82:47-54.
 56. Kreipe RE, Strauss J, Hodgman CH, Ryan RM. Menstrual cycle abnormalities and subclinical eating disorders: A preliminary report. *Psychosom Med* 1989;51:81-6.
 57. Turner JM, Bulsara MK, McDermott BM, Byrne GC, Prince RL, Forbes DA. Predictors of low bone density in young adolescent females with anorexia nervosa and other dieting disorders. *Int J Eat Disord* 2001;30:245-51.
 58. Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc* 1996;96:589-92.
 59. Cameron JW. Self-esteem changes in children enrolled in weight management programs. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1999;22:75-85.
 60. Stice E, Cameron RP, Killen JD, Hayward C, Taylor CB. Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:967-74.
 61. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Dieting and the development of eating disorders in overweight and obese adults. *Arch Intern Med* 2000;160:2581-9.
 62. Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Dieting and binge eating: Which dieters are at risk? *J Am Diet Assoc* 1995;95:586-9.
 63. Field AE, Austin SB, Taylor CB et coll. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics* 2003;112:900-6.
 64. Le guide alimentaire canadien pour manger sainement. http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_f.html (version à jour le 4 août 2004).
 65. Société canadienne de pédiatrie. Comité d'une vie active saine. Une vie active saine pour les enfants et les adolescents. *Paediatr Child Health* 2002;7:351-8.
 66. Sacks D, Westwood M. An approach to interviewing adolescents. *Paediatr Child Health* 2003;8:554-6.
 67. Société canadienne de pédiatrie. Comité de nutrition. L'utilisation des courbes de croissance pour évaluer et surveiller la croissance des nourrissons et des enfants canadiens : Un résumé. *Paediatr Child Health* 2004;9:181-4.
 68. Westwood M, Baltzer F. Eating disorders and the practicing physician. *Paediatr Child Health* 2002;7:313-4.
 69. Société canadienne de pédiatrie. Comité de médecine de l'adolescence. Les troubles de l'alimentation chez les adolescents : Les principes de diagnostic et de traitement. *Paediatr Child Health* 1998;3:193-6.
 70. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. *Pediatrics* 1998;102:e29.
 71. Berall GB. Obesity: Acrisis of growing proportions. *Paediatr Child Health* 2002;7:325-8.
 72. Brown WM, Sibille K, Phelps L, McFarlane KJ. Obesity in children and adolescents. *Clin Fam Practice* 2002;3:603-21.

Tiré du *Paediatrics & Child Health* 2004 9(7):499-503
No de référence : AH04-01

Évolution de la consommation de tabac, d'alcool, et d'autres drogues chez les élèves du secondaire 1985 - 1991 - 1996 - 2002 : Outaouais

Introduction

L'usage et l'abus d'alcool, de tabac et d'autres drogues peuvent entraîner des conséquences sévères, tant sur le plan personnel que social. Par exemple, le tabac est impliqué dans une proportion importante de décès par cancer du poumon et de maladies coronariennes. Quant aux conséquences résultant de la consommation d'alcool et autres drogues, elles sont également nombreuses. Outre les conséquences sur la santé physique (certains cancers, hypertension, maladies du foie et blessures), plusieurs répercussions négatives de nature psychosociale (violence, difficultés avec l'entourage) peuvent également être observées. La consommation de psychotropes est souvent associée aux troubles dépressifs, aux idées suicidaires, aux accidents de la route et aux échecs scolaires (Vitaro et Carbonneau, 2000 ; Kilpatrick et al., 2000 ; Santor et al., 2000 ; Zocolillo et al., 1999).

L'initiation à la cigarette, à l'alcool et aux autres drogues se fait, dans la plupart des cas, durant l'adolescence (Blum, 1998 ; Perry, 1999 ; Loiselle, 2001 ; Loiselle et Perron, 2002 ; Santé Canada, 2001 ; Kann, Kinchen et Williams, 1999). Les risques associés à la consommation de substances sont particulièrement élevés chez les adolescents qui se trouvent à une période importante de leur développement physique et psychologique. Par conséquent, la consommation de substances psychoactives chez les adolescents constitue une préoccupation majeure au niveau socio-politique et socio-sanitaire au Québec comme dans la plupart des pays occidentaux (MSSS, 2003 ; WHO, 2000). Sur le plan régional, cette problématique est également au coeur des priorités retenues par la Régie régionale de la Santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Au Québec, certaines informations sur l'ampleur et l'évolution du tabagisme et de la consommation de

substances chez les adolescents sont disponibles depuis peu grâce aux enquêtes réalisées par l'Institut de la statistique du Québec (Loiselle, 2001 ; Loiselle et Perron, 2002). Cependant, en raison de leur production récente, les résultats ne permettent pas encore de fournir une perspective temporelle de ces phénomènes. De plus, ces enquêtes ne permettent pas d'obtenir des informations sur une base régionale. Les données provenant des enquêtes réalisées dans l'Outaouais représentent donc une source d'information unique sur les changements survenus dans la consommation de substances chez les élèves du secondaire dans l'Outaouais, pour les années 1985, 1991, 1996 et 2002, lesquelles couvrent une période de 17 ans.

La présente enquête, réalisée en 2002, se situe dans le prolongement des trois autres enquêtes. La première étude, réalisée en 1985 par le Département de Santé communautaire en collaboration avec le Pavillon Jellinek, portait exclusivement sur les habitudes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les jeunes du secondaire (Allaire, 1985). Il s'agissait d'une reproduction de l'enquête menée en 1984 par la Commission des écoles catholiques de Montréal auprès d'un échantillon de leurs élèves (Desranlau, 1984).

En 1985, les intervenants de la région de l'Outaouais avaient identifié les problèmes de consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents comme un problème de santé publique prioritaire pour lequel des efforts supplémentaires devaient être consentis afin de prévenir leur apparition et leurs conséquences. L'étude venait ainsi répondre à un besoin de connaissance au sujet des habitudes de consommation chez les adolescents de l'Outaouais. À partir de 1986, plusieurs actions de promotion et de prévention ont été réalisées afin de réduire l'ampleur du phénomène chez cette population. Sur le plan national, le lancement de la Stratégie

canadienne anti-drogue en 1987 est venu renforcer les initiatives locales. L'enquête de 1991 (Deschesnes, 1991) révélait alors des résultats fort encourageants puisque, par rapport à la première enquête de 1985, une diminution importante de la consommation d'alcool et des autres drogues était observée. Toutefois, les résultats de l'enquête de 1996 montraient un revirement abrupt de la situation qui nous ramenait aux niveaux de consommation de 1985 pour plusieurs des substances recensées (Deschesnes, 1996). Sans pouvoir établir une relation causale entre d'une part les actions socio-sanitaires et politiques et d'autre part la consommation de substance chez les adolescents, on peut toutefois souligner que la période de 1991 à 1996 a été caractérisée par l'adoption de mesures sociales qui n'allaient pas toujours dans le sens d'une réduction de la consommation de certaines de ces substances, comme dans le cas du tabac (ex.: baisse du prix des cigarettes).

Étant donné que les comportements des jeunes peuvent changer assez radicalement sur une période de temps relativement courte (Johnston, O'Malley et Bachman, 2002 ; Kann et al., 1999 ; Santé Canada, 2001 ; Adlaf et Paglia, 2001 ; Deschesnes 1991, 1996), il est essentiel d'obtenir des informations fiables et à jour qui permettent de suivre l'évolution de ces réalités à travers le temps, parallèlement aux changements qui se produisent sur le plan social et parallèlement aux efforts qui sont déployés pour réduire l'ampleur de ces phénomènes chez les jeunes du secondaire.

Au printemps 2002, une quatrième enquête a donc été réalisée auprès d'un échantillon d'élèves du secondaire afin de documenter à nouveau leurs habitudes de consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues, de même que leur réalité dans plusieurs domaines de leur vie. Bien que depuis 1991, l'enquête couvre plusieurs dimensions de la vie des adolescents, l'enquête de 1985 ne portait que sur la consommation des substances mentionnées ci-dessus. Par conséquent, les résultats présentés dans ce document se limitent au volet portant sur les comparaisons des habitudes de consommation entre les quatre moments d'observation. De plus, étant donné que la population visée en 1985 est plus restreinte que celle des autres enquêtes, les comparaisons concernent le segment de la population qui est commun aux quatre enquêtes. Celui-ci

correspond essentiellement aux élèves des écoles publiques francophones de la région de l'Outaouais.

Le présent document brosse à grands traits les tendances observées concernant les habitudes de consommation chez les élèves du secondaire depuis 1985. Les résultats sont présentés par sexe et par groupe d'âge, pour chacune des six catégories de substances considérées dans les quatre enquêtes: le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, la colle et les produits « chimiques »¹ (médicaments non prescrits et hallucinogènes). Le phénomène de la polyconsommation est également rapporté pour chacune des quatre années d'observation. Les résultats portant sur les autres dimensions de l'enquête font l'objet d'un autre rapport.

Résumé et conclusion

Parmi les produits recensés (tous types de consommateurs confondus) dans cette enquête, l'alcool est toujours la substance consommée par le plus fort pourcentage d'élèves, autant chez les garçons que chez les filles. Cette observation est la même depuis 1985. Les autres produits consommés sont par ordre décroissant d'importance : le cannabis, la cigarette, le « chimique », la cocaïne et la colle. Pour la première fois depuis 1985, l'usage du cannabis est plus fréquent que celui de la cigarette : en 2002, 34 % des élèves disent consommer du cannabis contre 28 % qui fument la cigarette.

Si l'on tient compte d'une consommation régulière, la cigarette, prise sur une base quotidienne, arrive au 1er rang (20 %), suivie *ex aequo* du cannabis (16 %) et de l'alcool (15 %), lesquels sont consommés sur une base hebdomadaire. Quant aux autres produits, leur consommation est plutôt occasionnelle (chaque mois ou moins souvent). Mentionnons que dans le cas de la cocaïne et de la colle, il s'agit de produits consommés par une très faible proportion d'élèves, soit 2 % et 0,6 % respectivement.

En 2002, comme pour les enquêtes précédentes, on remarque une augmentation de la consommation de tous les produits en fonction de l'âge, à l'exception de la colle où les différences sont peu perceptibles en raison des faibles nombres. Ce constat est consistant à travers les différentes enquêtes menées dans l'Outaouais et dans d'autres études canadiennes

et américaines. Les résultats de 2002 montrent également que le profil de consommation selon le sexe varie en fonction du type de produit et de leur fréquence. Ainsi, lorsqu'il est question de la consommation actuelle (régulière ou occasionnelle) de produits comme l'alcool et le cannabis, aucune différence ne ressort entre les garçons et les filles. Cependant, lorsqu'on considère uniquement leur consommation régulière (hebdomadaire), celle-ci est plus souvent rapportée par les garçons que par les filles. La consommation de substances telles que le « chimique » (hallucinogènes et médicaments non prescrits) est également plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Le seul produit qui est consommé plus fréquemment par les filles que les garçons, et ce, autant dans son usage régulier qu'occasionnel, est la cigarette. Quant à la cocaïne et la colle, bien que les pourcentages soient légèrement plus élevés chez les garçons que les filles, les faibles nombres ne nous permettent pas de conclure à des différences statistiquement significatives.

Les principaux changements observés dans la consommation de substances au cours de la dernière période 1996-2002

Les produits qui sont en baisse :

La cigarette est le seul produit dont la consommation a connu une baisse au cours de la dernière période, et ce, dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes. Cette diminution constitue l'élément le plus positif de ce portrait. La proportion de fumeurs actuels a chuté de 37 % à 28 % alors que celle des fumeurs réguliers est passée de 27 % à 20 %. Dans cette tendance à la baisse, l'écart entre les garçons et les filles se maintient. Ainsi, les filles sont toujours proportionnellement plus nombreuses à fumer que les garçons et elles sont également plus nombreuses à s'initier à la cigarette avant l'âge de 13 ans ; en 2002, une fille sur deux déclare avoir commencé à fumer avant l'âge de 13 ans alors que chez les garçons, cette proportion est d'environ un garçon sur trois.

Les produits qui sont restés stables :

La consommation d'alcool, régulière ou occasionnelle, est demeurée relativement stable au cours de la dernière période, et ce, chez les deux sexes et pour les différents groupes d'âge. Comparativement

à 1996, la proportion de consommateurs d'alcool qui disent avoir commencé à boire avant l'âge de 13 ans est légèrement plus faible en 2002. Cette diminution est observable chez les deux sexes. Globalement, ce pourcentage était de 23 % en 1996 alors qu'il est de 19 % en 2002.

La cocaïne et la colle sont des substances dont la consommation a peu varié au cours de la dernière période. Les faibles nombres ne nous permettent pas de conclure à des différences statistiquement significatives entre les deux moments d'observation.

Les produits qui sont en augmentation :

Entre 1996 et 2002, on note une forte augmentation de la consommation de cannabis, qu'elle soit régulière (hebdomadaire) ou occasionnelle, et ce, dans tous les groupes d'âge et pour les deux sexes. Ainsi, la consommation actuelle (régulière ou occasionnelle) est passée de 25 % à 34 % au cours de cette période alors que la consommation régulière est passée de 10 % à 16 %. L'augmentation de la consommation régulière de cannabis a toutefois été plus marquée chez les garçons que chez les filles. Le seul élément positif ici est que la proportion de consommateurs qui disent en faire usage avant de se rendre à l'école a diminué au cours de cette période, passant de 50 % à 36 %.

Les produits « chimiques » (hallucinogènes et médicaments non prescrits) ont également connu une augmentation au cours de la période 1996-2002. La proportion de consommateurs de « chimiques » est passée de 10 % à 16 %. La hausse est plus marquée chez les élèves plus âgés (16 à 18 ans) et chez les garçons. Alors que les pourcentages observés chez les garçons et les filles étaient assez semblables en 1996, un écart est maintenant observable. En 2002, ces pourcentages sont respectivement de 18 % chez les garçons et de 14 % chez les filles.

Les polyconsommateurs :

L'indice de polyconsommation permet de déterminer que le tiers des élèves en 2002 ne fait usage d'aucune drogue (incluant la cigarette et l'alcool). Ce pourcentage est peu différent de celui observé en 1996 (36 %). Par ailleurs, l'indice permet d'identifier les jeunes dont la consommation peut comporter un

risque pour leur santé en raison du nombre et de la fréquence des produits consommés. Ceux qui se classent comme « moyens » ou « gros » polyconsommateurs appartiennent à cette catégorie. Au cours de la dernière période, on observe une augmentation de la proportion de « moyens et gros polyconsommateurs » chez les deux sexes. En 2002, cette proportion est de 12 % chez les garçons et de 11 % chez les filles. Si l'on tient compte du groupe d'âge, cette augmentation est exclusivement observable chez les 16 à 18 ans. La proportion d'élèves de 16 à 18 ans qui appartiennent à cette catégorie a plus que doublé entre 1996 (7 %) et 2002 (17 %). Ce résultat est concordant avec les observations faites pour chacun des produits pris individuellement. Ainsi, la consommation de plusieurs produits a augmenté de façon substantielle chez les 16 à 18 ans au cours de la dernière période : l'alcool (moins prononcé), le cannabis, les produits « chimiques » et la cocaïne.

Les tendances évolutives de la consommation depuis 1985

Les résultats obtenus pour les quatre moments d'observation montrent des variations importantes dans la consommation de substances chez les élèves du secondaire en Outaouais. Alors qu'on pouvait observer une diminution importante dans la consommation de la plupart des substances au cours de la période 1985-1991, on observe depuis le début des années 90 une remontée dans la consommation de plusieurs des produits. Les hausses les plus importantes touchent le cannabis et les produits « chimiques » qui regroupent ici les hallucinogènes et les médicaments non prescrits.

Bien que l'alcool, le cannabis, les produits « chimiques » aient tous augmenté de façon relativement constante depuis 1991, le taux observé en 1985 concernant la consommation d'alcool reste toutefois nettement supérieur à ceux observés par la suite. Il en est autrement pour le cannabis et les produits « chimiques » dont les taux actuels dépassent largement ceux de 1985.

Quant à l'usage de la cigarette, son évolution entre les quatre moments d'observation prend la forme de dents de scie. Ainsi, une diminution avait également été observée entre 1985 et 1991 de même qu'une remontée au cours de la période qui a suivi. Dans ce cas-ci toutefois, l'augmentation ne s'est pas

poursuivie jusqu'en 2002, l'usage de la cigarette ayant diminué au cours de la dernière période. Les pourcentages de fumeurs en 2002 sont moins élevés que ceux de 1985 mais restent cependant au-dessus de ceux observés en 1991. L'écart entre les filles et les garçons quant à la consommation de tabac s'est maintenu au cours des 17 dernières années, ce qui signifie que les filles fument toujours plus que les garçons.

Dans cette évolution à plus long terme, les résultats les plus encourageants se situent au niveau de la consommation de cocaïne et de colle. Ces deux produits ont connu la même diminution que les autres produits entre 1985 et 1991 mais contrairement à ces derniers, leur consommation est restée relativement stable depuis 1991. Les pourcentages obtenus en 2002 sont presque identiques à ceux de 1991, lesquels sont environ trois fois moins élevés que ceux de 1985. Cette tendance est très semblable pour les garçons et les filles bien que les pourcentages de consommateurs soient toujours un peu plus élevés chez les garçons.

Le pourcentage de consommateurs qui s'initient aux différents produits avant l'âge de 13 ans est resté relativement stable depuis 1985 pour chacun des produits, à l'exception du cannabis dont le pourcentage a légèrement augmenté. En 2002, c'est 44 % des élèves qui commencent à fumer la cigarette avant l'âge de 13 ans alors que ce pourcentage est de 24 % pour le cannabis, de 19 % pour l'alcool et de 15 % pour les produits « chimiques ». Dans l'ensemble, les variations enregistrées dans la consommation des différents produits au cours des quatre enquêtes suivent des patrons d'évolution assez semblables dans les différents groupes d'âge et pour les deux sexes, bien que les changements soient parfois plus prononcés pour l'un ou l'autre de ces sous-groupes.

Comparaisons des résultats avec ceux provenant d'autres enquêtes

Malgré la difficulté de comparer les résultats provenant de sources variées en raison des différences dans les méthodologies utilisées et les populations visées, il est tout de même important de pouvoir estimer la consistance générale des résultats, en ce qui a trait à leur importance relative et leur patron d'évolution à plus long terme. Pour fins de

comparaison, le *Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario, 2001* réalisé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (Adlaf et Paglia, 2001), s'avère la source d'information la plus pertinente dans ce cas-ci en raison de la population visée (élèves fréquentant les écoles publiques secondaires), des instruments utilisés, de la période couverte et des années de collecte qui correspondent assez bien à celles des enquêtes menées dans l'Outaouais. Cependant, le fait que certains produits ne soient pas présentés ou regroupés de la même façon dans les deux enquêtes nous empêche ici de les comparer (hallucinogènes et médicaments non prescrits). Il faut également noter que la population visée par l'enquête ontarienne est un peu plus âgée (14 à 19 ans) que celle de l'Outaouais (12 à 18 ans), ce qui peut occasionner des différences dans l'ampleur de la consommation des produits puisque celle-ci augmente généralement avec l'âge. Les comparaisons entre les résultats de l'Enquête ontarienne et celle de l'Outaouais sont présentées à l'annexe 2.

La baisse enregistrée pour l'Outaouais dans la consommation de la plupart des substances recensées dans les années 80 jusqu'au début des années 90, de même que leur remontée par la suite (pour plusieurs d'entre elles) correspondent à une tendance observée ailleurs au Canada (Kann et al., 1999 ; Santé Canada, 2001 ; Adlaf et Paglia, 2001) et aux États-Unis (Johnston et al., 2002). Pour plusieurs de ces produits, les patrons d'évolution enregistrés au cours de la période couverte (1985 à 2002) ne sont donc pas uniques à l'Outaouais. Les données ontariennes provenant du Centre de toxicomanie et de santé mentale montrent des tendances évolutives semblables à celles observées en Outaouais, en ce qui a trait au tabac, à l'alcool et au cannabis.

Malgré les tendances semblables entre les résultats provenant des deux enquêtes depuis 1985, quelques différences existent quant à l'ampleur de la consommation de certains produits. De façon assez constante à travers le temps, on observe ainsi une consommation un peu plus élevée de tabac en Outaouais qu'en Ontario, à l'exception de l'année 1991 où les pourcentages étaient très semblables. Ainsi, en 2001, 22 % des élèves ontariens sont considérés comme des fumeurs actuels alors que cette proportion est de 28 % chez les élèves de l'Outaouais en 2002. Contrairement à l'Ontario où aucune

différence sexuelle n'est observée en 2001 en ce qui a trait à l'usage de la cigarette, l'Outaouais se distingue ici puisqu'il existe une prévalence plus élevée chez les filles que chez les garçons. Cette différence sexuelle a également été mise en évidence dans l'Enquête québécoise sur le tabagisme, menée en l'an 2000 par l'Institut de la Statistique du Québec (Loiselle, 2001). Dans cette enquête, le pourcentage de fumeurs actuels chez les élèves est de 22 % chez les filles contre 16 % chez les garçons. Selon ces différents résultats, il semble y avoir un excès de tabagisme chez les élèves du secondaire dans l'Outaouais lorsque nous comparons nos résultats à ceux de l'Ontario et ceux du Québec en général.

La consommation de cannabis, qui était très semblable en 1985 entre l'Outaouais et l'Ontario et dont la tendance évolutive a suivi la même direction par la suite, montre toutefois une croissance plus accentuée en Outaouais qu'en Ontario à partir de 1991. En 2001/2002, les proportions de consommateurs de cannabis sont respectivement de 29 % en Ontario et de 34 % en Outaouais. La prévalence québécoise pour l'année 2000 en ce qui a trait au cannabis semble toutefois la plus élevée, soit 41 % (Loiselle et Perron, 2002). Alors que la consommation actuelle de cannabis pour l'Ontario et l'Outaouais en 2001/2002 ne varie pas selon le sexe, il semble en être autrement au Québec où les garçons sont proportionnellement plus nombreux à consommer du cannabis que les filles (43 % vs 38 %).

Quant à la proportion de buveurs actuels en Outaouais, elle a également suivi une tendance évolutive similaire à celle de l'Ontario bien que les variations semblent encore une fois un peu plus marquées en Outaouais entre les quatre moments d'observation. La prévalence de buveurs actuels en Ontario en 2001 (63 %) est légèrement supérieure à celle observée dans l'Outaouais en 2002 (59 %). Les prévalences ontarienne (2001) et outaouaise (2002) de buveurs actuels sont moins élevées que celle enregistrée pour le Québec dans son ensemble pour l'année 2000 (71 %). Il en est de même de la consommation de cocaïne pour laquelle on observe des prévalences de 2 % en Outaouais, de 3,8 % en Ontario et de 5,2 % au Québec.

Mentionnons enfin que l'évolution de la consommation de cocaïne et de colle a été légèrement différente entre l'Outaouais et l'Ontario au cours de la période 1985-1991-1996 et 2001/2002. Alors que la consommation de ces produits en Ontario comme en Outaouais a chuté entre 1985 et 1991, elle a connu une légère hausse en Ontario à partir de 1991 alors qu'en Outaouais, leur consommation est plutôt restée stable. Dans les deux enquêtes, les pourcentages de consommateurs de cocaïne en 2001/ 2002 sont inférieurs de ceux observés en 1985.

Comment expliquer ces changements dans le temps

Comme on peut le constater, des changements importants dans la consommation de substances chez les jeunes peuvent se produire rapidement. Les causes sous-jacentes à ces changements sont multiples et par conséquent, il est difficile de pouvoir cerner le réseau complexe des influences responsables de la consommation de substances chez les jeunes, de même que la contribution de tel ou tel facteur en particulier. Aussi, les éléments proposés ici ne constituent que quelques hypothèses pouvant expliquer les tendances observées depuis 1985.

Tout d'abord, en 1991, en constatant la baisse substantielle de la consommation de drogues chez les élèves, certains auteurs avaient suggéré que la baisse de popularité de ces substances au cours des années 80 était reliée au climat général qui encourageait les jeunes à adopter de saines habitudes de vie et à faire des choix responsables en ce qui a trait à la consommation de substances (Santé et bien-être social Canada, 1990). C'est également au cours de cette période que fut lancée la Stratégie canadienne anti-drogue. Le caractère novateur des campagnes de sensibilisation menées dans le cadre de la Stratégie nationale, conjugué à la diversité des actions entreprises localement dans plusieurs domaines de la vie des jeunes représentait un contexte favorisant l'adoption de comportements responsables vis-à-vis de l'alcool et des autres drogues. Il semble qu'au cours de cette période, plusieurs influences aient convergé de façon à encourager les jeunes à ne pas fumer et à ne pas consommer de drogues. À partir des données provenant de l'Ontario, Adlaf, Smart et Walsh (1993) ont également montré une corrélation entre la présence des programmes d'éducation portant sur le tabac, l'alcool et les autres drogues et le niveau de consommation de ces substances, pour la période

s'étendant entre 1979 et 1991. Cette association était particulièrement marquée chez les jeunes du secondaire 1 et en ce qui concerne la consommation d'alcool. D'autres études évaluatives ont également montré que les programmes de prévention du tabagisme et des toxicomanies chez les jeunes pouvaient avoir des effets bénéfiques à court terme sur les attitudes et les comportements des jeunes (NHMRC, 1996). Cependant, ces interventions ne produisent pas toujours les effets recherchés. Celles qui s'avèrent les plus efficaces sont basées sur des modèles psychosociaux et interactionnistes qui font appel à la participation des jeunes (Hurrelmann, Leppin et Nordlohne, 1995 ; St. Leger et Nutbeam, 2000). De plus, seuls les programmes ayant un niveau d'implantation adéquat en terme d'intensité et de durée semblent produire des effets quelque peu substantiels (Allensworth et al., 1997 ; Botvin et al., 1995). Les effets positifs des programmes d'éducation seraient également plus importants lorsque ceux-ci sont jumelés à des programmes dans la communauté, lesquels tiennent compte de l'influence de la famille, des politiques, des médias, des normes sociales, etc. (Perry, 1999 ; Flynn et al., 1994 ; Birch, 1994 ; Mullen et al., 1995).

Bien que nous ne puissions établir de relation causale entre les mesures socio-sanitaires et les habitudes de consommation chez les élèves du secondaire, il est possible que les programmes d'éducation sur le tabac, l'alcool et les autres drogues, en conjonction avec d'autres actions ou mesures prises à différents niveaux (national et régional) aient contribué à la diminution de la consommation de plusieurs produits au cours des années 80 au Canada.

Entre le début et le milieu des années 90, la situation entourant la consommation de substances s'est modifiée de façon importante. Au cours des années 90, les campagnes de sensibilisation et d'éducation concernant l'alcool et les autres drogues, n'ont certes pas eu l'envergure des campagnes des années 80.

De plus, au milieu des années 90, on a enregistré une baisse du prix des cigarettes et une présence plus grande des compagnies de tabac lors d'événements sportifs et culturels, par le biais des commandites. Ce contexte pourrait avoir contribué à la hausse de l'usage du tabac chez les élèves. En ce qui a trait plus

spécifiquement aux programmes de prévention des toxicomanies, il est toutefois plus difficile de se prononcer puisque l'information quant à l'ampleur, la nature et l'intensité de ces interventions n'est pas disponible.

Par ailleurs, les auteurs de l'enquête américaine « *Monitoring the future* » (Johnston et al., 2002) et ceux de l'enquête « *Ontario Student Drug Use Survey* » (Adlaf et Paglia, 2001) ont tenté d'examiner les liens entre certaines variables telles que les normes sociales, l'accessibilité et la consommation de substances psychoactives, pour la période qui couvre les années 80 et 90. Selon ces auteurs, il semble que les élèves aient actuellement une vision plus libérale de l'usage de drogues que leurs prédécesseurs, particulièrement en ce qui a trait au cannabis et à certaines drogues plus récentes comme l'ecstasy. De plus, les jeunes d'aujourd'hui considéreraient qu'il est maintenant plus facile de se procurer du cannabis que dans le passé. Ainsi, les résultats provenant de ces enquêtes sur une période de plus de vingt ans ont mis en évidence le fait que l'évolution de la consommation du cannabis, substance en nette augmentation depuis le début des années 90, est associée à la désapprobation individuelle et sociale (par les parents et les pairs), à la perception d'un risque pour la santé et à l'accessibilité des substances (Johnston et al., 2001 ; Adlaf et Paglia, 2001). Ainsi, lorsque les jeunes perçoivent moins de risque pour leur santé en lien avec la consommation de cannabis, qu'ils perçoivent moins de désapprobation de leur entourage et une plus grande accessibilité à se procurer de cette substance, ils sont plus nombreux à en consommer. La relation entre le risque perçu et l'évolution de la consommation de cannabis est particulièrement révélatrice puisque le changement dans la perception du risque précéderait d'environ un an le changement dans la consommation (Johnston et al., 2001). En lien avec l'accessibilité du cannabis, certains auteurs américains rapportent également que son prix a diminué de moitié entre 1992 et 1998 (Carlisle-Maxwell et Liu, 1998), mettant en parallèle la baisse de prix du cannabis et l'augmentation de la consommation de cette substance au cours de la même période.

Les quelques éléments d'explication proposés, de même que la littérature portant sur les déterminants associés à la consommation de substances et celle portant sur l'efficacité des programmes de prévention

et de promotion de la santé, font ressortir l'importance d'agir simultanément sur les facteurs personnels et sociaux (ex. : politiques sociales) dans l'optique de favoriser l'adoption de comportements responsables à l'égard des drogues chez les adolescents. Ceci implique que les actions destinées aux jeunes d'âge scolaire devraient leur fournir les connaissances et les compétences leur permettant d'effectuer des choix éclairés et de surmonter les difficultés qu'ils rencontrent, sans qu'ils aient besoin de recourir aux drogues. Sur le plan social, les politiques et mesures législatives devraient être élaborées en tenant compte de leur impact sur la santé des jeunes. De plus, les actions sociales devraient permettre aux jeunes d'évoluer dans des milieux de vie qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, qui encouragent leur participation, leur responsabilité individuelle et qui leur offrent des occasions de s'épanouir selon leur âge et selon leurs intérêts.

Référence

- Adlaf, E.M. & Paglia, A. (2001). *Drug Use Among Ontario Student 1977-2001. Findings from OSDUS*. Centre for Addiction and Mental Health. CAMH Research Document Series No. 10, Toronto : Addiction Research Foundation.
- Adlaf, E.M., Smart, R.G. & Walsh, G.W. (1993). Declining drug use in relation to increased drug education: a trend study 1979-1991. *Journal of Drug Education*, 23 (2), 125-132.
- Ahmed, S.W. (1991). Issues Arising in the Application of Bonferroni Procedures in Federal Surveys. *American Statistical Association* : Proceeding of the Section on Survey Research Methods. URL : <http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/>
- Allaire, B.G. (1985). *Étude sur la toxicomanie chez les jeunes de la région de l'Outaouais (07)*, DSC de l'Outaouais, Hull.
- Allensworth, D.D., Wyche, J., Lawson, E., Nicholson, L. & Wyche, J. (Eds.). (1997). *Schools and Health : Our Nation's Investment. Comprehensive School Health Programs in Grades K-12*. Institute of Medicine. Washington D.C. : National Academy Press.
- Birch, D. (1994). Involving Families in School Health Education : An Essential Partnership. Dans : P. Cortese & K. Middleson (Eds.), *The Comprehensive School Health Challenge : Promoting Health through Education*, 2 volumes (pp. 687-707). Santa Cruz.
- Blum, R. (1998). Adolescent Health : Priorities for the next millenium. *Maternal and Child Health Journal*, 22, 368-375.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L. & Botvin, E.M. (1995). Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in A White Middle Class Population. *Journal of Behavioral Medecine*, 273 (14), 1106-1112.
- Carlisle-Maxwell, J. & Liu, L.Y. (1998). *1998 Texas School Survey of Substance Use among Students : Grades 7-12*.

- Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse and Public Policy Research Institute, Texas.
- Deschesnes, M. (1996). *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire en Outaouais (1985-1991-1996)*. RRSSS de l'Outaouais, Direction de la santé publique, Hull.
- Deschesnes, M. (1991). *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire en Outaouais (1985-1991)*. DSC de l'Outaouais, Hull.
- Desranlau, C. (1984). *La consommation de drogues chez les jeunes du secondaire en 1984*, Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal.
- Flynn, B.S., Worden, J.K., Secker-Walker, R.H., Pirie, P.L., Badger, G.J., Carpenter, J.H. & Geller, B.M. (1994). Mass Media And School Interventions for Cigarette Smoking Prevention : Effets 2 Years After Completion. *American Journal of Public health*, 84 (7), 1148-1150.
- Hurrelman, K., Leppin, A. & Nordlohne, E. (1995). Promoting Health in Schools : The German Example. *Health promotion International*, 10 (2), 121-131.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. & Bachman, J.G. (2002). *Monitoring the Future, National Results on Adolescent Drug Use. Overview of key findings, 2001*. National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. & Bachman, J.G. (2001). *Monitoring the Future. National Survey Results on Drug Use, 1975-2000 : Volume 1, Secondary School Students. NIH Publication No. 01-4924*. Bethesda, MD : National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services. 21
- Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J. & Kolbe, L. J. (1999). *Youth Risk Behavior Surveillance, United States, 1999*. Centers for Disease Control and Prevention. Maryland : United States Department of Health and Social Services. URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss4905a1.htm>
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. & Schnurr, P. P. (2000). Risk Factors for Adolescent Substance Abuse and Dependence: Data from a National Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19-30.
- Loiselle, J. & Perron, B. (2002). *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000. Volume 2*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Loiselle, J. (2001). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000. Volume 1*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2003). *Programme national de santé publique, 2003-2012*. Gouvernement du Québec, Québec.
- Mullen, P.D., Evans, D., Forster, J., Gottlieb, N.H. & al. (1995). Setting as an Important Dimension in Health Education/Promotion Policy, Programs, and Research. *Health Education Quarterly*, 22 (3), 329-345.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1996). *Effective School Health Promotion. Towards Health Promoting Schools*. NHMRC Health Advancement Standing Committee. Canberra : Australian Government Publishing Service.
- Perry, C.L. (1999). *Creating Health Behavior Change. How to Develop Community-Wide Programs for Youth*. Thousand Oaks : Sage Publication.
- Santé Canada. (2001). *La santé des jeunes : tendances au Canada*. Gouvernement du Canada, Ottawa.
- Santé et bien-être social Canada. (1990). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues: Points saillants (1989)*. Révision effectuée par Marc Eliany et al., Canada.
- Santor, D.A., Messervey, D. & Kusumakar, V. (2000). Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls : Predicting school performance, sexual attitudes and substance abuse. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 163-182.
- St. Leger, L. & Nutbeam D. (2000). A model for Mapping Linkages Between Health and Education Agencies to Improve School Health. *Journal of School Health*, 70 (6), 257-259.
- Vitaro, F. & Carbonneau, R. (2000). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. Dans Vitaro et Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II : les problèmes externalisés* (p.p. 335-369). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *Health and Health Behaviour among Young People. A WHO cross-National Study (HBSC)*. International Report. Copenhagen.
- Zocollilo, M., Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (1999). Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 900-907.

Tiré de "Évolution de la consommation de tabac, d'alcool, et d'autres drogues chez les élèves du secondaire 1985 - 1991 - 1996 - 2002" publié par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par :

téléphone : (819) 776-7660, poste 7485
télécopieur : (819) 777-0271
courriel : colette.cloutier@ssss.gouv.qc.ca
la poste :
Direction de santé publique de l'Outaouais, RRSSSO
104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7
Coût : 10 \$

Le présent document est également disponible dans le site Internet de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais : www.rrsss07.gouv.qc.ca

Style des vie des jeunes du secondaire en Outaouais 1991 - 1996 - 2002

La présente enquête se situe dans le prolongement des trois autres enquêtes qui ont eu lieu à intervalles réguliers dans la région de l'Outaouais depuis 1985. Les résultats obtenus à partir des enquêtes précédentes ont montré des variations importantes dans l'ampleur de certains phénomènes, tels que le tabagisme et la consommation de substances psychoactives chez les élèves, sur une période de quinze ans. Étant donné que les comportements des jeunes peuvent changer radicalement sur une période de temps relativement courte,^{5,6,13,14} l'accès à des informations fiables et à jour permettant d'en suivre l'évolution à travers le temps s'avère essentiel. De plus, l'existence de nouveaux phénomènes pouvant comporter un risque pour la santé des jeunes nécessite une meilleure connaissance de leur ampleur et de leur corrélation avec d'autres caractéristiques ou problématiques chez les jeunes. Ces informations sont importantes afin de nous aider à mieux cerner les réalités des jeunes, ce qui permettra ensuite de définir et de réorienter au besoin les actions mises en oeuvre par les différents secteurs de la société qui ont un impact sur la qualité de vie et le bien-être des jeunes.

À l'instar de la plupart des enquêtes de population, internationales et nationales, la présente enquête adopte une perspective psychosociale plutôt que purement bio-médicale, c'est-à-dire qu'elle retient un large éventail de déterminants personnels et sociaux comme facteurs pouvant influencer l'état de santé psychosocial ou le bien-être de la population adolescente.^{5,6,15,16} Cette perspective considère le développement de l'adolescent comme le résultat d'une série d'interactions dynamiques entre le jeune et ses milieux de vie, lesquelles forment progressivement son identité et ses comportements.¹⁷ À cet égard, l'enquête est orientée de telle sorte qu'elle permet d'étudier les variations dans les comportements liées à la santé et les expériences de vie, du début jusqu'à la fin de l'adolescence (c'est-à-dire de 12 à 18 ans).

Une première étude, réalisée auprès des jeunes de l'Outaouais en 1985, avait circonscrit la situation régionale en matière de consommation d'alcool et de drogues, dans les écoles publiques francophones.¹⁸ À partir de la seconde étude, réalisée en 1991, l'enquête a élargi son cadre de référence afin de connaître divers aspects de la vie des jeunes tels que leurs préoccupations, leurs habitudes et expériences, certaines conditions de vie ainsi que les principales difficultés auxquelles ils font face, et ce, dans toutes les écoles de la région (publiques et privées, francophones et anglophones).¹⁹ Dans la foulée des études précédentes, une quatrième enquête a été réalisée en 2002 auprès d'un échantillon représentatif des élèves du secondaire afin de documenter à nouveau ces dimensions, de même que de nouvelles réalités. L'évolution de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues chez les élèves du secondaire pour les années 1985, 1991, 1996 et 2002 a déjà fait l'objet d'une publication.²⁰ Conséquemment, les données de 1985 ne sont pas considérées dans le portrait qui suit.

De 2100 à 2500 adolescents des écoles publiques et privées de l'Outaouais ont participé à ces études en 1991, 1996 et 2002.

Les dimensions de la vie des jeunes retenues dans une enquête populationnelle sont évidemment partielles car la durée pour compléter le questionnaire doit correspondre à la capacité d'attention des jeunes. Le portrait qui est présenté est par conséquent incomplet. Il se concentre principalement sur les dimensions psychosociales de la santé et du bien-être des jeunes. De façon à pouvoir suivre les tendances au fil des ans, un même noyau de questions que pour les enquêtes précédentes a été conservé. Toutefois, de nouvelles dimensions ont également été prises en considération afin de tenir compte des phénomènes en émergence qui sont susceptibles de représenter de nouvelles problématiques en santé publique. Les dimensions retenues sont présentées à la figure 1. Celles qui sont nouvelles en 2002 sont dotées d'un astérisque (*).

Les résultats qui suivent décrivent l'ampleur et l'évolution de plusieurs aspects de la vie des jeunes entre 1991, 1996 et 2002. Ils sont présentés en fonction de l'âge, du sexe et pour chacun des territoires de la région. Les résultats du présent rapport concernent exclusivement les élèves du secteur d'enseignement secondaire général, âgés de 12 à 18 ans, pour ces années.

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Les comportements des jeunes peuvent changer assez radicalement sur une période de temps relativement courte. Cette enquête a été réalisée afin de pouvoir suivre l'évolution de ces réalités à travers le temps, parallèlement aux changements qui se produisent au niveau social et parallèlement aux efforts qui sont déployés pour améliorer le bien-être des jeunes. Dans l'optique d'améliorer nos pratiques et nos modes d'intervention pour répondre aux besoins essentiels des jeunes d'aujourd'hui, la présente enquête fournit des informations permettant : 1- d'établir la prévalence de plusieurs phénomènes psychosociaux et conditions de vie chez les élèves du secondaire de la région de l'Outaouais, pour les garçons et les filles, pour les différents groupes d'âge et pour chacun des territoires de la région; 2- de comparer les résultats de 2002 à ceux de 1996 et 1991 (pour l'ensemble des phénomènes retenus dans les trois enquêtes); 3- d'obtenir une meilleure connaissance des phénomènes psychosociaux en émergence et; 4- d'identifier les groupes les plus vulnérables au regard de ces réalités.

La situation des jeunes de même que l'ampleur de certaines difficultés ont connu certains changements au cours des dix dernières années. Les résultats montrent que certaines caractéristiques des milieux de vie des adolescents se sont améliorées, de même que certains indicateurs de leur santé mentale et psychosociale. Les résultats de l'enquête de 2002 montrent que la majorité des jeunes fréquentant le secteur secondaire ne présentent aucun problème majeur et évoluent dans des milieux de vie qui les soutiennent et les encouragent. Presque tous les jeunes (98 %) affirment d'ailleurs pouvoir compter sur leur entourage pour les soutenir en cas de problème. Cependant, comme par les années passées,

on remarque que certaines difficultés restent bien présentes pour certains groupes de jeunes et que plusieurs de ces difficultés se distribuent différemment selon l'âge et le sexe. Les principales variations observées au cours de la dernière décennie, de même que les résultats obtenus spécifiquement en 2002 sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

Estime de soi et efficacité personnelle

Selon les résultats obtenus en 2002 à l'indice d'**estime de soi**, la plupart des jeunes se perçoivent positivement et se disent satisfaits de qui ils sont (87 %). En ce qui a trait à l'**efficacité personnelle**, une forte proportion d'entre eux (80 %) se sentent capables de relever les défis qui se présentent et dans 70 % des cas, ils disent faire preuve de persévérance lorsqu'ils ne réussissent pas du premier coup ce qu'ils entreprennent. ⇒ **Entre 1996 et 2002**, on observe une *amélioration de l'estime de soi générale chez les filles ainsi qu'une proportion plus élevée d'entre elles qui se disent satisfaites de leur apparence physique. On observe également une amélioration des compétences personnelles chez les deux sexes.* ⇒ De façon générale, les garçons s'évaluent plus positivement que les filles à l'indice d'estime de soi. Il semble toutefois que dans des domaines tels que les relations interpersonnelles, aucune différence ne ressorte entre les garçons et les filles. Les garçons rapportent aussi plus fréquemment un niveau élevé d'efficacité personnelle que les filles.

Situation familiale

La situation familiale des jeunes s'est modifiée et améliorée à certains égards au cours de la dernière décennie. En 2002, près des deux tiers (63 %) des jeunes vivent dans une famille intacte, avec leurs deux parents d'origine, ce qui représente une diminution constante depuis 1991 alors que ce pourcentage était de 72 %. En 2002, 20 % des jeunes vivent avec leur mère, dans une famille monoparentale ou recomposée, 5 % vivent dans ce type de famille avec leur père et 8 % vivent en garde partagée. ⇒ On observe également une hausse constante entre 1991, 1996 et 2002, de la proportion de mères qui détiennent un

diplôme universitaire; cette proportion est passée de 20 % à 28 % entre 1991 et 2002. ⇒ La proportion de mères qui travaillent a également augmenté au cours de la même période alors que cette proportion chez les pères a connu une augmentation au cours de la dernière période seulement. En 2002, la plupart des jeunes ont indiqué que leurs parents avaient un travail rémunéré. Selon cette donnée, *la situation financière des parents en 2002, en terme d'accès au marché du travail, est meilleure qu'en 1996.*

Par ailleurs, les résultats montrent également que les jeunes profitent pour la plupart d'un niveau élevé de **soutien parental**. Quel que soit le moment d'observation, on observe que les mères s'impliquent davantage que les pères auprès des jeunes, quoique *les pères s'investissent de plus en plus si on en juge par l'augmentation constante depuis 1991 de la proportion de pères qui se montrent affectueux et attentionnés envers leur adolescent et par la diminution, au cours de la dernière période, de la proportion de ceux qui affichent des comportements de contrôle abusif.*

En 2002, les résultats permettent de cerner certains aspects relatifs à la **supervision parentale**. On observe que la plupart des jeunes (91 %) doivent respecter un couvre-feu les jours de semaine bien que cette proportion diminue avec l'âge. Entre 16 et 18 ans, 17 % des jeunes disent qu'ils n'ont aucune limite quant aux heures de sortie durant la semaine. À partir de 14 ans, les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à mentionner la présence d'un couvre-feu durant la semaine. Pendant les fins de semaine, les limites imposées sont rapportées par une plus faible proportion de jeunes. Près du tiers des jeunes indiquent qu'ils peuvent sortir aussi tard qu'ils le veulent, et cette proportion atteint 54 % chez les 16 à 18 ans. De plus, les résultats montrent que moins de la moitié (42 %) des jeunes croient que leurs parents essaient vraiment de savoir qui sont leurs amis. Cette proportion est encore plus faible quand il s'agit de savoir où ils vont après l'école (32 %) ou ce qu'ils font dans leur temps libre (24 %). Les filles font également plus souvent mention d'une supervision parentale que les garçons relativement à ces énoncés.

La présence **d'antécédents familiaux**, en termes d'abus d'alcool, de drogues ou de médicaments et en ce qui a trait aux troubles psychologiques, est restée constante au cours des trois enquêtes. Un jeune sur cinq (20 %) fait mention de la présence d'un antécédent chez l'un de ses parents alors qu'un jeune sur quatorze (7 %) en rapporte chez ses deux parents.

La plupart des jeunes ne sont ni témoins ni victimes de **violence familiale**. *Le pourcentage de jeunes qui sont témoins de violence familiale en 2002 (22 %) est inférieur à celui de 1991 (26 %).* On observe également une *diminution constante de la proportion de jeunes qui se disent victimes de violence physique de la part de leurs parents.* Alors que cette proportion était de 17 % en 1991, elle est de 10 % en 2002. Cette diminution est plus prononcée chez les filles que chez les garçons. Les jeunes qui sont victimes de violence physique subissent principalement des gestes comme des gifles et de la bousculade. La violence entre les parents de même que le fait d'être victime de violence sont rapportés plus fréquemment par les filles que les garçons, bien que l'écart soit moins grand en 2002 que pour les enquêtes précédentes, en raison de la diminution observée chez les filles au cours des dix dernières années.

En ce qui concerne le **volet scolaire**, une très forte proportion des jeunes (96 %) considèrent toujours que l'école est nécessaire pour obtenir un emploi et se sentent encouragés par leurs parents à poursuivre leurs études (98 %). ⇒ La plupart (95 %) des jeunes affirment que les résultats scolaires sont importants pour eux et 71 % aspirent à des études supérieures, de niveau collégial ou universitaire. Cette proportion diminue toutefois avec l'âge des répondants. De plus, on retrouve moins fréquemment de garçons (49 %) que de filles (58 %) qui aspirent à des études universitaires.

En ce qui a trait aux performances scolaires dans les deux matières de base, les résultats de 2002 montrent qu'environ un jeune sur quatre est en situation d'échec (résultats inférieurs à 55 %) ou à risque de l'être (résultats entre 55 % et 65 %). Les garçons sont

Figure1 Thèmes retenus pour l'enquête "Styles de vie des jeunes" (1991-1996-2002)

Facteurs personnels	Facteurs contextuels	Comportements à risque et difficulté psychosociales
<p>Socio-démographiques : âge, sexe, langue parlée territoire de résidence</p> <p>Psychosociale : estime de soi compétences sociales et académiques sentiment d'efficacité personnelle</p> <p>Expériences de vie : travail rémunéré* emploi du temps (télévision et jeux vidéos, Internet, "party-rave", activités physiques)* modification corporelle*</p> <p>Événements préoccupants : (items ajoutés concernant stress lié aux études)*</p>	<p>Famille : structure familiale scolarité des parents occupation des parents qualité des relations parents-enfants supervision parentale* violence familiale antécédents parentaux</p> <p>École : liens professeurs-élèves attitude face à l'école (items ajoutés)* niveau d'accord avec les parents concernant choix de carrière, aspirations scolaires et études en général* difficultés scolaires et risque de décrochage scolaire</p> <p>Soutien social : présence de confidents grandeur du réseau de soutien et sources d'aide*</p>	<p>Comportements violent entre jeunes</p> <p>Habitudes de consommation (tabac, alcool, autres drogues) Items ajoutés concernant tabac et stéroïdes et attitudes des parents face à la consommation de certaines substances*</p> <p>Conséquences reliées à la consommation d'alcool et/ou de drogues</p> <p>Conduites délinquantes</p> <p>Comportements déviants à l'école</p> <p>Jeux de hasard*</p> <p>Détresse psychologique</p> <p>Idées suicidaires et tentatives de suicide</p>

*Thèmes ou aspects spécifiques à l'enquête de 2002

plus nombreux que les filles à se trouver dans cette situation. Les résultats de 2002 montrent également que plus du quart des jeunes ont déjà redoublé, le pourcentage de garçons (30 %) étant plus élevé que celui des filles (24 %).

En 2002, près d'un jeune sur deux considère que ses parents ont des attentes trop élevées en ce qui a trait à ses études et 40 % affirment avoir souvent des conflits avec eux au sujet des résultats scolaires. Dans

les deux cas, les garçons sont plus nombreux que les filles à en faire état.

L'intérêt des jeunes pour les matières à l'étude a diminué de façon constante depuis 1991. En 2002, la proportion de garçons démontrant un intérêt pour les matières scolaires est toujours plus faible que celle des filles. Les jeunes sont également toujours nombreux à mettre en doute les capacités des enseignants à stimuler leur intérêt et leur goût d'apprendre. Ainsi, en 2002, seulement 56 % des

jeunes considèrent que la plupart de leurs enseignants leur donnent le goût d'apprendre.

Comme on peut le constater, les différences entre les garçons et les filles en ce qui a trait au vécu scolaire sont présentes à plusieurs niveaux. Conséquemment, lorsqu'on considère les résultats obtenus à l'indice du risque de décrochage scolaire, qui tient compte de plusieurs des dimensions abordées ci-dessus, on observe que les garçons seraient plus fréquemment à risque de décrocher (41 %) que les filles (29 %).

Par ailleurs, les résultats montrent que *les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à se sentir respectés (70 %) et encouragés (56 %) par leurs professeurs en 2002 qu'ils ne l'étaient en 1991*. Cependant, seulement 40 % des jeunes ont le sentiment d'être compris par leurs professeurs; chez les filles, cette proportion a diminué au cours de la dernière période, passant de 42 % en 1996 à 36 % en 2002.

Les événements préoccupants

Quelle que soit l'année d'observation, environ la moitié des jeunes affirment avoir été très préoccupés par certains événements ou situations de vie au cours des six mois précédant l'enquête. Globalement, les filles mentionnent davantage de préoccupations que les garçons, bien qu'on observe une légère augmentation chez les garçons au cours de la dernière période. En 2002 comme en 1991 et en 1996, les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à rapporter trois événements préoccupants et plus. ⇒ Les principales sources de préoccupation chez les jeunes sont sensiblement les mêmes que pour les enquêtes précédentes bien que deux changements méritent d'être soulignés. Tout d'abord, l'événement qui a préoccupé le plus grand nombre de jeunes en 2002 réfère aux résultats scolaires (40 %). Cet événement ne faisait pas partie de la liste des événements proposés en 1991 et 1996. Les autres sources de préoccupation les plus prévalentes sont toujours les peines d'amour, la solitude, les relations avec les parents et la sexualité. Deuxième changement, *la situation économique familiale est rapportée*

moins fréquemment par les élèves en 2002 qu'en 1996 alors qu'il était le seul événement à avoir connu une augmentation entre 1991 et 1996. Ce dernier aspect est concordant avec la situation de l'emploi des parents dont il a été fait mention précédemment.

Emploi du temps des jeunes

Le travail rémunéré

L'enquête de 2002 révèle que 40 % des jeunes ont travaillé pour de l'argent au cours du mois précédant l'enquête, ce qui représente une diminution importante en comparaison avec les autres enquêtes, alors que ce pourcentage était de 65 % en 1991 et de 62 % en 1996. ⇒ Cependant, bien qu'ils soient moins nombreux dans l'ensemble à occuper un emploi rémunéré, la proportion de jeunes qui travaillent plus de 11 heures par semaine a augmenté au cours des cinq dernières années, passant de 12 % à 17 %. Le nombre d'heures travaillées par semaine augmente avec l'âge. Chez les jeunes qui travaillent 15 heures et plus par semaine, le pourcentage est de 3 % et 5 % respectivement pour les 12-13 ans et les 14-15 ans alors qu'il atteint 22 % chez les 16 à 18 ans. ⇒ Le travail rémunéré a des répercussions négatives chez un certain nombre de jeunes. Ainsi, un jeune sur sept ressent souvent de la fatigue et un jeune sur trois affirme que leur travail affecte leur vie scolaire (ex. : manque de concentration, omission de ses travaux scolaires) et qu'il a des effets négatifs sur leur humeur : 30 % se sentent plus irritables et 24 % déprimés. ⇒ Parmi les principales raisons évoquées par les jeunes pour justifier leur décision de travailler, mentionnons le désir de s'acheter les choses dont ils ont envie (88 %) ou besoin (80 %) et le fait de vouloir prendre de l'expérience sur le marché du travail (74 %). Seulement un jeune sur cinq (19 %) travaille par nécessité, c'est-à-dire pour aider financièrement ses parents.

Les travaux scolaires

La majorité des jeunes (60 %) consacrent entre une et cinq heures par semaine à leurs travaux scolaires alors

que 19% y consacrent entre 6 et 10 heures et 11 % plus de 10 heures par semaine. On observe une différence entre les garçons et les filles au sujet du temps consacré aux travaux scolaires. Alors que 14 % des garçons ne consacrent pas de temps aux travaux scolaires, cette proportion est de 6 % chez les filles. Par ailleurs, chez les jeunes qui y consacrent plus de 10 heures, on n'observe aucune différence entre les sexes.

Les « party rave »

En 2002, la participation à des « *party rave* », phénomène culturel relativement nouveau, a été documentée pour la première fois. Un jeune sur cinq a fréquenté un « *rave* » sans supervision policière depuis le début de son année scolaire (9 mois) alors que 15 % en ont fréquenté un avec supervision.

Les médias électroniques

En 2002, on observe que plusieurs jeunes consacrent plusieurs heures par semaine à écouter de la *musique*, à regarder la *télévision* et à jouer à des *jeux vidéos*. Chez les plus gros consommateurs de télévision, c'est-à-dire qui la regardent plus de 20 heures par semaine, on observe qu'il y a deux fois plus de garçons (13 %) que de filles (6 %). De façon générale, les garçons sont également de plus grands amateurs de jeux de vidéos que les filles. Ainsi, ils sont trois fois plus nombreux que les filles à jouer plus de 5 heures par semaine (40 % c. 14 %). Lorsqu'on se limite à ceux qui en jouent plus de 20 heures par semaine, l'écart est encore plus prononcé, soit 13 % chez les garçons contre 2 % chez les filles). Quant à l'écoute de la musique, la situation est inversée puisque ce sont surtout des filles (22 % c. 17 %) qui en consomment plus de 20 heures par semaine.

La plupart (81 %) des jeunes disent également utiliser *Internet* régulièrement à toutes les semaines. Un jeune sur deux l'utilise tous les jours. Il y a peu de différence entre les garçons et les filles quant à la fréquence d'utilisation d'Internet. La moitié des jeunes qui utilisent Internet à des fins de loisir y

consacrent en moyenne moins d'une heure durant la semaine alors que 30 % y passent plus de deux heures par semaine. Le même nombre d'heures est observé en moyenne la fin de semaine. Les activités les plus populaires qui sont pratiquées par les jeunes sont le courrier électronique, le CHAT (conversation en ligne), les extraits vidéos et les jeux vidéos en direct. Des différences entre les sexes existent quant à ces activités, les filles faisant plus usage de courrier électronique et de CHAT alors que les garçons utilisent davantage Internet pour tirer des extraits vidéos ou de la musique et pour jouer en direct à des jeux vidéos. Les garçons sont également beaucoup plus nombreux que les filles à déclarer avoir visité des sites à caractère sexuel au cours du mois précédant l'enquête (47 % chez les garçons contre 8 % chez les filles) et à avoir eu des conversations à caractère sexuel en direct (25 % c. 19 %). Les résultats montrent également que 43 % des jeunes disent avoir été souvent exposés à des annonces à caractère sexuel alors qu'ils naviguaient dans Internet.

Malgré une utilisation fréquente d'Internet chez les jeunes et d'une exposition à des situations indésirables dans certains cas, la supervision parentale à l'égard de l'utilisation d'Internet par les jeunes est inexistante pour une forte proportion des jeunes utilisateurs. Ainsi, 87 % de ceux qui utilisent Internet indiquent que leurs parents ne surveillent pas, ou surveillent rarement ce qu'ils font et les trois quarts disent n'avoir aucune limite de temps quant à son utilisation.

L'activité physique

En 2002, le pourcentage de jeunes qui pratiquent une activité physique vigoureuse au moins 3 fois par semaine est de 69% alors que pour ceux qui font 7 séances d'activité physique par semaine, ce pourcentage est de l'ordre de 60%. La pratique quotidienne d'activité physique est réalisée par une plus faible proportion de jeunes, soit 46%.

Pour les trois indicateurs qui précèdent, on observe que la proportion de garçons actifs physiquement est environ une fois et demi (1,5) plus élevée que

celle des filles. ⇒ Si l'on tient compte des recommandations du Comité scientifique de Kino-Québec, trop peu de jeunes pratiquent des **activités physiques** de manière suffisante pour qu'elles puissent avoir un effet bénéfique sur leur santé. Ainsi, les jeunes devraient pratiquer une activité physique vigoureuse au moins 3 fois par semaine en plus de pratiquer une activité tous les jours ou faire au moins 7 séances d'activités par semaine. Sur la base de ces recommandations, environ un jeune sur deux dans notre région satisfait à ces conditions. De plus, on observe une baisse dans la pratique d'activités physiques à partir de 16 à 18 ans.

Le tatouage et le perçage corporel

La modification corporelle connaît actuellement une popularité croissante dans les sociétés occidentales, surtout chez les jeunes. ⇒ Les résultats de l'enquête de 2002 indiquent que 8 % des jeunes de la région ont déjà eu un tatouage et que 27 % ont déjà eu un perçage corporel autre que sur le lobe de l'oreille.

Dans les deux cas, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir recours à ces techniques corporelles. Dans le cas du perçage, la proportion observée chez les filles est 4 fois plus élevée que chez les garçons. Parmi les jeunes qui se font tatouer ou percer, les perçages multiples (3 et plus) sont deux fois plus élevés chez les filles que chez les garçons alors que dans le cas des tatouages, les garçons sont trois fois plus nombreux à en rapporter trois et plus.

Selon les raisons évoquées par les jeunes pour vouloir un tatouage ou un perçage, il semble que les motifs soient surtout d'ordre esthétique et identitaire (être différent, se sentir indépendant, marquer son appartenance sexuelle).

La plupart des jeunes ont eu recours à des professionnels de studios pour obtenir leur premier tatouage ou perçage, les garçons étant plus nombreux que les filles à faire appel à des amateurs ou à pratiquer eux-mêmes ces techniques.

Plusieurs jeunes rapportent des complications suite à leur tatouage ou perçage, dont les plus fréquentes sont les infections du site, les irritations de la peau, les saignements inhabituels et les allergies. Les complications sont plus souvent associées au perçage corporel qu'au tatouage et sont plus souvent rapportées par les garçons que les filles. La moitié des jeunes qui ont eu un perçage corporel ont reçu de l'information verbale et écrite sur la façon d'en prendre soin alors que cette proportion est de 60% dans le cas du tatouage.

Les trois quarts des jeunes ayant un perçage corporel ou un tatouage ont affirmé qu'ils avaient la permission de leurs parents pour se faire tatouer ou percer.

Habitudes de consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues

Parmi les produits recensés, l'*alcool* est toujours la substance consommée par le plus fort pourcentage de jeunes, autant chez les garçons que chez les filles. Les résultats montrent que la consommation d'alcool chez les jeunes depuis 1991 a connu peu de changement. ⇒ En 2002, un peu plus d'un jeune sur deux (55 %) en consomme et lorsqu'on ne considère que la consommation hebdomadaire, cette proportion est de 14 %. La consommation hebdomadaire d'alcool est plus fréquente chez les garçons (17 %) que chez les filles (11 %). ⇒ On constate que la proportion de jeunes qui se sont enivrés la dernière fois qu'ils ont pris de l'alcool (5 consommations et plus en une seule occasion) a peu varié depuis 1991. En 2002, cette proportion est de 29 %. On observe que ce phénomène touche plus les garçons (32 %) et les jeunes de 16 à 18 ans (42 %). ⇒ Les résultats montrent cependant que la *quantité d'alcool consommée par les jeunes au cours des 7 jours précédant l'enquête a diminué légèrement entre 1996 et 2002*. Ainsi, la proportion de consommateurs qui ont pris 5 consommations ou plus au cours de la dernière semaine est passée de 17 % à 12 %.

Les autres produits consommés sont par ordre décroissant d'importance: le cannabis, la cigarette, les hallucinogènes, les médicaments non prescrits, la

cocaïne et la colle. Pour la première fois, en 2002, l'usage du cannabis est plus fréquent que celui de la cigarette. En 2002, c'est 30 % des élèves qui disent consommer du cannabis contre 25 % qui fument la cigarette. Par contre, si l'on tient compte d'une consommation plus régulière, la cigarette, prise sur une base journalière, arrive au 1er rang (17 %), suivie *ex æquo* du cannabis (14 %) et de l'alcool (14 %), lesquels sont consommés sur une base hebdomadaire. Quant aux autres produits, leur consommation est davantage occasionnelle (chaque mois ou moins souvent). Mentionnons que dans le cas de la cocaïne et de la colle, il s'agit de produits consommés par une très faible proportion d'élèves, soit 1,7 % et 0,9 % respectivement. ⇒ En 2002, comme pour les enquêtes précédentes, on remarque une augmentation de la consommation de tous les produits en fonction de l'âge.

La cigarette est le seul produit dont la consommation a connu une baisse au cours de la dernière période. La hausse la plus importante depuis 1991 touche le cannabis. On observe également une augmentation de la consommation de médicaments prescrits et non prescrits entre 1996 et 2002. Alors qu'une augmentation de la consommation d'hallucinogènes avait été enregistrée entre 1991 et 1996, elle est restée inchangée au cours de la dernière période.

La baisse dans l'usage de la cigarette au cours de la dernière période est observée dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes. La proportion de fumeurs actuels est passée de 33 % à 25 % alors que celle des fumeurs réguliers a chuté de 23 % à 17 %. ⇒ Dans cette tendance à la baisse, l'écart entre les garçons et les filles se maintient. Ainsi, les filles sont toujours proportionnellement plus nombreuses à fumer que les garçons (29 % c. 20 %). Il faut toutefois souligner que parmi la population de fumeurs, les garçons sont souvent de plus gros fumeurs que les filles. Ainsi, 28 % des garçons fument 11 cigarettes et plus par jour alors que cette proportion est de 17 % chez les fumeuses. ⇒ Les deux tiers des jeunes qui fument ont fait au moins une tentative pour cesser de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête et 18 % en ont fait quatre ou plus. ⇒ Près de la moitié des

jeunes fumeurs indiquent qu'ils ont la permission de fumer de leurs parents. Quant à la permission de fumer sur le terrain de l'école, les deux tiers des élèves affirment qu'ils en ont la permission.

Depuis 1991, on note une augmentation constante de la consommation de **cannabis**, qu'elle soit régulière (hebdomadaire) ou occasionnelle, et ce, dans tous les groupes d'âge et pour les deux sexes. Ainsi, la consommation actuelle (hebdomadaire ou moins souvent) est passée de 23 % à 30 % au cours de la dernière période alors que la consommation hebdomadaire est passée de 9 % à 14 %. Les garçons sont surtout des consommateurs hebdomadaires de cannabis (17 % c. 11 %) alors que les filles sont davantage des consommatrices occasionnelles (18 % c. 14 %) Environ un élève sur dix (10 %) dit en faire usage avant de se rendre à l'école. Cette proportion est restée constante depuis 1991 malgré la hausse de consommateurs.

La prévalence de consommation d'**hallucinogènes** est demeurée inchangée depuis 1996, ce qui signifie que le pourcentage de consommateurs est toujours deux fois plus élevé qu'en 1991. L'évolution de la consommation est toutefois différente selon les groupes d'âge. Ainsi, entre 1996 et 2002, on observe une diminution de la consommation chez les groupes les plus jeunes (entre 12 et 15 ans) et une augmentation chez les jeunes de 16 à 18 ans. Dans ce cas, la proportion de consommateurs d'hallucinogènes est passée de 10 % à 15 %. La consommation d'hallucinogènes est plus élevée chez les garçons (10 %) que chez les filles (6 %).

Les **médicaments (stimulants et tranquillisants) prescrits et non prescrits** ont connu une augmentation significative au cours de la dernière période. La proportion de consommateurs de stimulants est passée de 4 % à 8 % alors que celle des tranquillisants est passée de 2 % à 4 %. Ces hausses sont observées chez les deux sexes et dans tous les groupes d'âge.

La cocaïne et la colle sont des produits dont la consommation demeure marginale et stable depuis 1991. Cette tendance est très semblable pour les

garçons et les filles bien que les pourcentages de consommateurs soient toujours un peu plus élevés chez les garçons que chez les filles.

Quel que soit le produit considéré, les garçons perçoivent plus fréquemment que les filles une attitude permissive chez leurs parents face à une consommation de leur part. Ainsi, ils sont plus nombreux à affirmer que leurs parents seraient indifférents ou d'accord s'ils apprenaient qu'ils consomment l'une de ces substances, ou encore, qu'ils ne savent pas qu'elle serait leur réaction.

La polyconsommation

L'indice de polyconsommation permet de déterminer qu'un peu plus du tiers (36 %) des élèves en 2002 ne fait usage d'aucune drogue (y compris la cigarette et l'alcool). Ce pourcentage est peu différent de celui observé en 1996 (34 %). Par ailleurs, l'indice permet d'identifier les jeunes dont la consommation peut comporter un risque pour leur santé en raison du nombre et de la fréquence des produits consommés. Ceux qui se classent comme « moyens » ou « gros » polyconsommateurs appartiennent à cette catégorie. Depuis 1991, on observe une augmentation de la proportion de « moyens » et « gros » polyconsommateurs. En 2002, cette proportion est de 10% alors qu'elle était de 8 % en 1996 et de 5 % en 1991. Cette tendance à la hausse est observée autant chez les garçons et les filles. Cependant, l'augmentation observée au cours de la dernière période se concentre exclusivement chez les 16 à 18 ans, alors que la proportion de « moyens » et « gros » polyconsommateurs dans cette catégorie d'âge est passée de 10% en 1996 à 16 % en 2002.

Les jeux de hasard

Ce phénomène a été documenté pour la première fois en 2002. Les résultats montrent que 44 % des jeunes ont participé à une activité de jeu de hasard au cours des douze mois précédant l'enquête. On retrouve plus de joueurs parmi les garçons (47 %) que les filles (41 %). ⇒ Les activités les plus populaires sont les billets

de loterie (27 %), les jeux de carte (20 %), les paris sportifs (18 %) et les jeux d'adresse (14 %). Mis à part le bingo, le « pile ou face » et les dés, la participation aux différentes activités de jeu augmente avec l'âge. Les trois quarts des joueurs qui ont participé à une activité de jeu de hasard au cours des 12 derniers mois ont parié 10 \$ ou moins en une seule journée alors que 6 % ont parié 50 \$ ou plus. ⇒ Sur la base de certains problèmes reliés au jeu, nous pouvons estimer que la prévalence d'élèves qui se classent dans la catégorie des *joueurs pathologiques* serait de 2,4 % et que celle des élèves pouvant être considérés comme *joueurs à risque* serait de 2,8 %. Les joueurs récréatifs représenteraient 35 % de la population totale. Le jeu pathologique est un phénomène plus fréquemment observé chez les garçons (3,7 %) que chez les filles (1 %). Les résultats montrent enfin que le nombre d'activités de jeu, la fréquence de jeu et les montants pariés en une journée augmentent à mesure que le niveau de problème associé au jeu s'accroît.

Les conduites délinquantes

En 2002, comme pour les deux enquêtes précédentes, un peu moins de la moitié (47 %) des jeunes disent avoir commis une activité délinquante ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête. ⇒ La proportion d'élèves ayant commis trois activités délinquantes et plus est demeurée stable depuis la dernière enquête bien qu'elle demeure toujours plus élevée qu'en 1991. Les garçons sont trois fois plus souvent impliqués dans trois activités délinquantes et plus que les filles. En 2002, ces proportions sont respectivement de 17 % et de 6 %. Les activités les plus fréquemment rapportées par les jeunes sont toujours les agressions physiques et les vols de moins de 100 \$. ⇒ Les principaux changements au cours de la dernière période concernent deux activités. La première, relative aux agressions physiques, a augmenté de façon significative au cours de la dernière période et se concentre chez les garçons seulement. La deuxième, qui correspond aux vols avec effraction, a connu une baisse au cours de la même période, et comme pour la première activité, cette variation n'est observée que pour les garçons.

La violence entre les jeunes

Les résultats de l'enquête de 2002 font également ressortir que la violence verbale et physique entre les jeunes, lorsqu'ils sont à l'école, sont des phénomènes assez courants puisque trois jeunes sur cinq (61 %) affirment avoir déjà été injuriés, un jeune sur quatre (28 %) rapporte s'être déjà fait menacer ou intimider et une même proportion (26 %) dit avoir déjà été frappé. Un jeune sur dix affirme également avoir déjà porté une arme sur lui. Mis à part les attouchements sexuels non voulus qui sont plus fréquemment rapportés par les filles, la prévalence des gestes violents, subis et perpétrés, est plus élevée chez les garçons. Ces résultats sont semblables à ceux observés en 1996.

La détresse psychologique

Si les garçons se rangent au premier rang quant aux activités délinquantes, aux activités de jeu et à la violence entre jeunes, les filles sont plus nombreuses que les garçons à faire mention d'un niveau élevé de détresse psychologique. Alors que 12 % des garçons appartiennent à cette catégorie, ce pourcentage est de 22 % chez les filles. ⇒ Il faut toutefois souligner une *diminution notable de la proportion de filles qui présentent un niveau élevé de détresse depuis la dernière enquête*, ce qui réduit l'écart entre les garçons et les filles puisque cette diminution n'est observée que chez les filles : de 29 % en 1996, cette proportion est passée à 22 % en 2002. Il s'agit de la plus faible proportion observée depuis 1991. Chez les garçons, la situation semble également s'être améliorée au cours de la dernière période bien que cette amélioration se situe davantage dans la réduction de la proportion de ceux qui ont un niveau modéré de détresse. La diminution dans les proportions de jeunes qui rapportent un niveau élevé de détresse psychologique est observée dans tous les groupes d'âge bien qu'elle soit plus prononcée chez les jeunes de 14-15 ans. Les résultats de 2002, tout comme ceux de 1996, révèlent que près des deux tiers des jeunes ayant un score élevé de détresse psychologique présentent ces symptômes depuis deux mois ou plus et que ces symptômes ont affecté

les relations avec leur entourage ou qu'ils ont nui à leurs études.

Les idées et tentatives de suicide

La prévalence des *idées et des tentatives de suicide* est également supérieure chez les filles. Selon les résultats de 2002, on peut estimer à 15 % la proportion d'élèves ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête et cette proportion est deux fois plus élevée chez les filles (20 %) que chez les garçons (10 %). Parmi ces jeunes, la moitié d'entre eux avaient prévu une façon et un moment pour s'enlever la vie. Si l'on tient compte de ce critère pour définir les *idées suicidaires sérieuses*, on constate que 11 % des filles et 4 % des garçons ont entretenu des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois. *La prévalence de « tentatives de suicide à vie » observée en 2002 est de 5 %, ce qui représente une baisse importante depuis 1996 alors qu'elle était de 10 %.* Cette baisse s'est produite pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge. ⇒ Lors d'une tentative de suicide, les jeunes consultent peu les professionnels de la santé ou les cliniques d'urgence. Cette proportion est plus élevée chez les filles (39 %) que chez les garçons (33 %) et elle augmente avec l'âge. Alors que 13 % des jeunes de 12-13 ans qui ont tenté de se suicider disent avoir consulté un professionnel, ce pourcentage atteint 47 % chez les 16 à 18 ans. Les changements survenus entre 1991, 1996 et 2002 ont affecté de façon plus ou moins similaire l'ensemble des territoires et pour plusieurs des phénomènes retenus, il existe peu de différences entre les différents territoires de la région en 2002, à l'exception de l'un d'entre eux. En effet, le territoire du Pontiac se distingue des autres par une prévalence plus élevée de difficultés psychosociales : consommation plus élevée de tabac, d'alcool et de médicaments non-prescrits, pourcentage plus élevé de « moyens » et « gros » polyconsommateurs, plus forte proportion de jeunes impliqués dans des activités délinquantes et dans des activités de jeu de hasard, plus fort pourcentage de « joueurs pathologiques » ou « à risque de le devenir », plus forte proportion de détresse psychologique et de tentatives de suicide.

LES PRINCIPAUX CHANGEMENTS OBSERVÉS AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE (1991-2002)

Les changements POSITIFS :

La situation des jeunes, tant au niveau de certaines conditions de vie qu'en ce qui a trait à leurs comportements, leurs compétences ou leur état de santé mentale et psychosociale, s'est améliorée à plusieurs égards au cours de la dernière période.

De façon générale, on observe :

- une situation familiale où les mères sont plus scolarisées et où l'accès au marché du travail s'est amélioré pour les mères et les pères;
- une diminution du pourcentage de jeunes qui se disent préoccupés par la situation financière de leurs parents (entre 1996 et 2002);
- des relations parents-enfants plus soutenantes, surtout du côté des pères où l'on observe depuis 1991 une plus forte proportion d'entre eux qui manifeste du soutien affectif à l'égard de leur adolescent tout en faisant moins usage de contrôle abusif;
- une diminution des situations de violence à l'intérieur de la famille : 1) pourcentage moins élevé de jeunes qui sont témoins de violence entre leurs parents entre 1991 et 1996 et cette situation est restée stable au cours de la dernière période; 2) depuis 1991, pourcentage moins élevé de jeunes qui sont victimes de violence physique de la part de leurs parents; 3) pourcentage moins élevé en 2002 qu'en 1996 de jeunes qui manifestent de la violence verbale à l'égard de leurs parents;
- une amélioration, depuis 1991, en ce qui a trait au pourcentage de jeunes qui se sentent respectés et encouragés par leurs professeurs;
- une diminution entre 1996 et 2002 du pourcentage de jeunes qui font usage de la cigarette;

- une consommation marginale et constante depuis 1991 du pourcentage de jeunes qui consomment de la cocaïne et de la colle;
- une diminution entre 1996 et 2002 de la prévalence de détresse psychologique;
- une diminution entre 1996 et 2002 du pourcentage de jeunes qui ont déjà tenté de se suicider.

Plus spécifiquement, on observe...

Chez les filles :

- une amélioration de leur estime de soi en général, entre 1996 et 2002;
- une amélioration de leurs compétences sociales, entre 1996 et 2002;
- une diminution du pourcentage de jeunes qui se disent victime de violence physique de la part de leurs parents (diminution plus forte chez les filles), entre 1996 et 2002;
- depuis 1991, une diminution du pourcentage de filles qui rapportent trois événements préoccupants et plus;
- une diminution du pourcentage de filles qui rapportent un niveau élevé de détresse psychologique entre 1996 et 2002.

Chez les garçons :

- une amélioration de leurs compétences sociales, entre 1996 et 2002;
- une diminution du pourcentage de garçons qui disent avoir porté une arme lorsqu'ils étaient à l'école, entre 1996 et 2002;
- une diminution du pourcentage de garçons ayant commis des vols avec effraction, entre 1996 et 2002;

- une diminution du pourcentage de garçons qui rapportent un niveau modéré de détresse psychologique, entre 1996 et 2002.

Les changements NÉGATIFS :

Malgré plusieurs résultats encourageants observés au cours des dernières années, certaines situations se sont plutôt détériorées.

De façon générale, ces situations réfèrent à :

- une diminution constante depuis 1991 du pourcentage de jeunes qui disent aimer les matières scolaires et, entre 1996 et 2002, de ceux qui disent que leurs professeurs leur donnent le goût d'apprendre (% plus faible de satisfaction chez les garçons);
- une diminution du pourcentage de jeunes qui se disent compris par leurs professeurs entre 1996 et 2002 (% plus faible de satisfaction chez les filles);
- une augmentation du pourcentage de jeunes qui ont un travail rémunéré de 11 heures et plus par semaine entre 1996 et 2002;
- une augmentation constante depuis 1991 du pourcentage de jeunes qui consomment du cannabis et des médicaments non-prescrits;
- une augmentation du pourcentage de « moyens » et « gros » polyconsommateurs depuis 1991;
- une augmentation du pourcentage de garçons qui ont commis des agressions physiques sur une période de 12 mois, entre 1996 et 2002

Des situations préoccupantes?

Plusieurs phénomènes, dont certains relativement nouveaux, ont été documentés pour la première fois en 2002. Il nous est donc impossible de savoir s'ils ont connu des variations à travers le temps. Certains de ces phénomènes peuvent représenter des facteurs contribuant au bien-être ou à la réussite éducative

des jeunes alors que d'autres constituent plutôt des risques potentiels pour leur développement. Ils méritent donc qu'on s'y attarde et qu'on en surveille l'évolution.

De façon générale, on observe que:

- la supervision parentale semble relativement faible pour une proportion élevée de jeunes : une forte proportion de jeunes indiquent que leurs parents ne savent pas où ils sont après l'école et ce qu'ils font de leur temps libre ou encore qu'ils n'imposent aucune limite dans leurs heures de sortie la fin de semaine; la supervision parentale semble faible également en ce qui a trait aux activités et au temps passé dans Internet. Les résultats obtenus montrent que la supervision parentale est plus faible à l'égard des garçons;
- un pourcentage élevé de jeunes rapportent que les résultats scolaires sont une source de conflits entre eux et leurs parents. Les résultats scolaires représentent l'événement ou la situation qui préoccupe le plus grand nombre de jeunes en 2002. Près d'un jeune sur deux affirme que ses parents ont des attentes trop élevées en ce qui concerne leurs études;
- bien qu'un fort pourcentage de jeunes trouvent que les résultats scolaires sont importants, plusieurs d'entre eux sont en situation d'échec ou à risque de l'être dans les deux matières de base; plus du quart a déjà redoublé et plusieurs sont à risque de décrocher;
- en ce qui concerne le vécu scolaire, les garçons sont plus nombreux à avoir des aspirations scolaires et des performances scolaires moins élevées que les filles; ils consacrent moins de temps aux travaux scolaires et sont plus à risque de décrocher;
- le travail rémunéré, comportant un nombre élevé d'heures par semaine (15 heures et plus) a augmenté au cours de la dernière période. Une proportion non négligeable de jeunes rapportent que leur travail leur occasionne de la fatigue et

qu'il a un impact négatif sur leur vie scolaire et leur humeur;

- parmi les jeunes qui consacrent 20 heures ou plus par semaine à regarder la télévision ou à jouer à des jeux vidéo, on retrouve beaucoup plus de garçons que de filles. Les filles sont toutefois un peu plus nombreuses que les garçons à écouter de la musique 20 heures ou plus par semaine;
- un pourcentage relativement élevé de jeunes visitent des sites à caractère sexuel ou ont des conversations à caractère sexuel lorsqu'ils utilisent Internet et 43 % disent être souvent exposés à des annonces à caractère sexuel;
- seulement un jeune sur deux répond aux recommandations du Comité scientifique de Kino-Québec concernant l'activité physique. Les filles sont moins actives physiquement que les garçons. L'activité physique connaît une baisse chez le groupe des 16 à 18 ans;
- la modification corporelle est présente chez plusieurs jeunes (8 % possèdent au moins un tatouage alors que 27 % des jeunes ont un perçage autre que sur le lobe d'oreille). La modification corporelle est adoptée surtout pour des raisons esthétiques et identitaires. Les complications de santé rapportées, bien que la plupart mineures, sont présentes chez un pourcentage élevé de jeunes;
- un fort pourcentage de jeunes s'adonnent aux jeux de hasard (billets de loterie, jeux de carte, paris sportifs, etc.). Bien que la plupart des joueurs soient des joueurs récréatifs, pour un certain nombre d'entre eux, leurs habitudes de jeu peuvent être considérées comme pathologiques ou « à risque » et entraîner une dépendance qui peut affecter divers domaines de leur vie ou de celle de leur entourage. Selon les critères utilisés dans l'enquête, 5 % des jeunes pourraient être considérés comme des joueurs pathologiques ou à risque de le devenir.

Références

- 1 Crockett LJ, Petersen AC. 1993. Adolescent development: health risks and opportunities for health promotion. Dans: Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO, éditeurs. Promoting the health of adolescents: New Directions for the Twenty-first Century. New-York: Oxford University Press. p 13-37.
- 2 Blum R. 1998. Adolescent health : Priorities for the next millenium. *Maternal and Child Health Journal* 22: 368-375.
- 3 Perry CL. 1999. Creating Health Behavior Change. How to Develop Community-Wide Programs for Youth. Thousand Oaks: Sage Publication.
- 4 Loiselle J. 1999. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998. Sainte Foy : Institut de la statistique du Québec.
- 5 Santé Canada. 1999. La santé des jeunes : tendances au Canada. Gouvernement du Canada, Approvisionnement et Services Canada.
- 6 Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum J, Kolbe LJ. 1999. Youth Risk Behavior Surveillance -United States, 1999. Centers for Disease Control and Prevention. Maryland : Unied States Department of Health and Social Services.
- 7 Hurrelmann K. 1989. Adolescents as productive processors of reality: methodological perspectives. Dans: Hurrelmann K, Engel U, éditeurs. The social world of adolescents: international perspectives. Berlin: Walter de Gruyter. p 107-18.
- 8 Fréchette M, Leblanc M. 1987. Conduites délinquantes et délinquants. Chicoutimi: Gaétan Morin Éditeur.
- 9 Thibault C. 1992. La prévention du suicide chez les jeunes... C'est d'abord une question de vie. *Santé Mentale au Canada* 2: 2-7.
- 10 Perry CL, Kelder SH, Komro KA. 1993. The social world of adolescents : family, peers, schools, and the

community. Dans: Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO, éditeurs. Promoting the health of adolescents: New Directions for the Twenty-first Century. New-York: Oxford University Press. p 13-37.

11 Frappier JY (éditeur). 1997. Forum sur le développement social. Publication officielle de l'Association canadienne pour la santé des adolescents 6 (2): 8-18.

12 Kelder SH, Perry CL, Klepp KI, Lytle LL. 1994. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. American Journal of Public Health 84 (7): 1121-6.

13 Adlaf E, Paglia A, Ivis F. 1999. Ontario Student Drug Use Survey. Addiction Research Foundation. Toronto : Center for Addiction and Mental Health.

14 Deschenes M, Schaefer C, Couture, D. 1997. Styles de vie des jeunes du niveau secondaire. Hull : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Centres jeunesse de l'Outaouais.

15 Aubin J, Lavallée C, Camirand J, Audet N. 2002. Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois 1999. Québec: Institut de la statistique du Québec.

16 World Health Organization [WHO]. 2000. Health and Health Behavior among Young People. A WHO cross-National Study (HBSC). International Report. Copenhague.

17 Jessor R. 1993. Successful Adolescent Development Among Youth in High Risk Settings. American Psychologist 48 (2):117-126.

18 Allaire BG. 1985. Étude sur la toxicomanie chez les jeunes dans la région de l'Outaouais (07). Hull: DSC de l'Outaouais et Fondation Jellinek.

19 Deschesnes M. 1992. Le vécu psychosocial des élèves du secondaire dans la région de l'Outaouais. Hull: Département de santé communautaire.

20 Deschesnes M, Finès P. 2003. Évolution de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues chez les élèves du secondaire dans la région de l'Outaouais, 1985-1991-1996-2002. Hull : Direction de la santé publique, RRSSS de l'Outaouais.

Pour plus d'informations vous pouvez contacter :
Marthe Deschesnes, Ph.D.
Chercheure à la Direction de santé publique,
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de l'Outaouais
Téléphone: (819) 777-3871
Télécopie: (819) 777-0271
Courriel: marthe.deschesnes@SSSS.gouv.qc.ca

Ce document est également disponible sur le site
Internet de la Direction de santé publique de
l'Outaouais, à la section Publications :
<http://www.santepublique-outaouais.qc.ca>

Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être

L'enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (enquête HBSC) est menée au Canada tous les quatre ans depuis 1990 par le Groupe d'évaluation des programmes sociaux de l'Université Queen's en partenariat avec Santé Canada. L'enquête HBSC est parrainée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et elle est réalisée par des équipes de chercheurs de 35 pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

Les chercheurs qui ont mené l'enquête de 2001-2002 ont utilisé le modèle axé sur la santé de la population. Ce modèle, préconisé par l'OMS et Santé Canada, tient compte d'une grande variété de déterminants de la santé et de comportements liés à la santé chez les enfants et les adolescents. L'enquête a été menée auprès de jeunes de trois groupes d'âge (11, 13 et 15 ans) considérés comme représentatifs des périodes critiques du début du développement des adolescents. Plus de 7 000 élèves de cinq niveaux scolaires (6^e, 7^e, 8^e, 9^e et 10^e années) ont été sélectionnés pour représenter ces trois groupes d'âge au Canada. L'enquête HBSC avait principalement pour objet d'examiner les caractéristiques des déterminants de la santé de ces élèves chez ces groupes d'âge ainsi que certaines tendances concernant leurs comportements et attitudes liés à la santé. Les principales conclusions de l'enquête sont présentées ci-dessous.

Les inégalités socio-économiques

Les inégalités socio-économiques sont associées à diverses observations relatives à la santé chez les jeunes Canadiens. Dans l'échantillon de l'enquête HBSC, plus de la moitié des élèves interrogés ont indiqué que leur famille était à l'aise sur le plan financier. La proportion des élèves qui ont donné cette réponse diminue toutefois dans les classes des niveaux supérieurs. Par ailleurs, 13 p. 100 des élèves en moyenne ont indiqué qu'il leur arrivait parfois d'aller au lit sans avoir mangé à leur faim parce qu'il

n'y a pas assez de nourriture à la maison. Les élèves dont la famille est assez riche ou très riche étaient plus nombreux à considérer que leur santé est bonne et à être satisfaits de leur vie, ce qui fait ressortir le lien entre les facteurs socio-économiques, l'évaluation que font les jeunes de leur état de santé et la mesure dans laquelle ils sont satisfaits de leur vie.

Le foyer

On observe des différences évidentes entre les garçons et les filles en ce qui concerne les relations des élèves avec leurs parents.

L'adolescence est une période durant laquelle la connexité familiale - les liens étroits qui unissent la famille - diminue (Resnick, 2000), tandis que les camarades prennent de plus en plus d'importance (Collins et Russel, 1991; Larson et Richards, 1991; Fulgini, Eccles, Barber et Clements, 2001). Cependant, le soutien des parents demeure essentiel au développement positif des adolescents (Nada-Raja, McGee et Stanton, 1992), notamment pour les protéger contre les comportements antisociaux et la délinquance (Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Nada-Raja et coll., 1992; Dornbusch, Erickson, Laird et Wong, 2001). Ce soutien s'exprime par des rapports chaleureux et protecteurs, par l'établissement d'un lien d'attachement positif et par une surveillance parentale des activités des adolescents (Dekovic, 1999).

Les filles sont plus nombreuses à avoir des relations difficiles avec leurs parents. Ainsi, les filles plus âgées ont indiqué dans une proportion plus élevée que les garçons de leur âge ou les filles plus jeunes qu'elles ont du mal à parler à leur père, qu'elles n'ont pas l'impression que leurs parents les comprennent et qu'elles sont assez peu satisfaites de leur vie à la maison. Les filles sont aussi plus nombreuses à se disputer avec leurs parents et à vouloir partir de la

maison. Par ailleurs, tant chez les garçons que chez les filles, le fait d'avoir de bonnes relations avec ses parents est associé à une plus grande satisfaction à l'égard de sa vie et à une moins grande propension à prendre des risques, notamment en ce qui concerne l'usage du tabac et la consommation d'alcool et de marijuana. De plus, les élèves dont la famille est moyennement ou très aisée sur le plan financier sont plus nombreux non seulement à considérer que leurs parents leur apportent l'aide dont ils ont besoin à l'école, mais aussi à être tout à fait satisfaits de leur vie à la maison.

Le groupe de camarades

Les amitiés sont essentielles au développement des adolescents.

L'établissement de liens d'amitié est essentiel au développement des adolescents. Le passage de la préadolescence à l'adolescence s'accompagne d'un changement dans la nature des relations avec les camarades. Les amitiés, pour mieux répondre aux nouveaux besoins sociaux, deviennent plus intimes et les amis deviennent des confidents (Buhrmester, 1996). Cette intimité fait en sorte que les adolescents communiquent facilement avec leurs camarades et se sentent à l'aise de parler avec eux de leurs problèmes et de leurs préoccupations. Le fait d'avoir de bons amis est associé à une bonne santé émotionnelle et à une bonne adaptation sociale. Les enfants qui ont de bons amis réussissent mieux à l'école et sont moins nombreux à se livrer à la délinquance et à abandonner prématurément l'école que ceux qui n'ont pas de tels amis auxquels ils peuvent se confier et sur lesquels ils peuvent compter s'ils ont besoin d'aide (Parker et Asher, 1987).

Les garçons, plus particulièrement dans les classes des niveaux inférieurs, trouvent plus difficile que les filles de communiquer ou de parler des choses qui les tracassent avec leurs amis du même sexe. Les jeunes en viennent par ailleurs à communiquer plus facilement avec leurs camarades du sexe opposé à mesure qu'ils vieillissent et prennent de l'assurance. Le temps que les jeunes passent avec leurs amis ou amies est un bon indicateur de l'importance qu'ils accordent à l'amitié. À cet égard, les garçons avaient

tendance à passer plus de temps que les filles avec leurs camarades, tant après l'école que durant la soirée.

Les élèves qui sont bien intégrés socialement et qui sont influencés positivement par leurs camarades ont tendance à être davantage satisfaits de leur vie et à avoir moins de comportements à risque que les élèves qui sont mal intégrés socialement et qui subissent l'influence négative de leurs camarades.

La vie à l'école

Les adolescents passent une partie importante de leur vie à l'école. Tout ce temps qu'ils passent à l'école a une incidence importante - positive et négative - sur leur intégration sociale, leur santé émotionnelle et leur développement (Wells, 2000). Plus particulièrement, il existe un lien entre les comportements des élèves liés à la santé et les opinions qu'ils ont de leur propre personne et leur vie à l'école (Anderman, 1999). L'école n'est pas seulement un lieu d'apprentissage scolaire pour les adolescents. C'est l'endroit où ils établissent des rapports sociaux qui ont souvent des répercussions durables dans leur vie. Pour la plupart des adolescents, l'école est un lieu où ils vivent des expériences enrichissantes avec leurs enseignants et leurs camarades, expériences qui les aident à développer des liens affectifs forts et à acquérir de l'assurance. Cependant, pour certains jeunes, l'école est un lieu hostile et désagréable. Les adolescents qui se sentent isolés ou rejetés à l'école ou qui ont l'impression qu'on y est trop exigeant envers eux ont tendance à se désintéresser de l'école. Ces adolescents sont enclins à s'associer à d'autres jeunes qui ont les mêmes attitudes négatives qu'eux, une association qui peut les inciter à avoir des comportements présentant des risques pour la santé (Connop et King, 1999).

La plupart des élèves canadiens interrogés dans le cadre de l'enquête HBSC de 2002 ont indiqué qu'ils aiment l'école mais, après avoir atteint un sommet en 1994, la proportion d'élèves qui disent aimer l'école a diminué progressivement. Les élèves du secondaire sont plus nombreux que ceux du primaire, et les

garçons plus nombreux que les filles, à avoir une opinion généralement négative de l'école.

Les élèves qui sont heureux à l'école sont plus souvent ceux qui ont la perception d'avoir de bons enseignants qui les traitent équitablement, qui peuvent compter sur l'aide de ces enseignants et qui sont relativement autonomes en classe. Les élèves des classes des niveaux supérieurs ont l'impression qu'ils ont peu à dire sur le déroulement des cours. Plus de garçons que de filles trouvent difficile le travail scolaire. Pourtant, les garçons consacrent moins de temps à leurs devoirs et ils sont plus nombreux à considérer que leurs enseignants sont trop exigeants envers eux. Une des constatations importantes de ce volet de l'enquête est que les élèves dont la vie à l'école est positive sont moins susceptibles d'avoir des comportements dangereux pour la santé, notamment de fumer, de boire de l'alcool et de consommer de la marijuana.

Les comportements dangereux pour la santé

L'usage du tabac et la consommation d'alcool et de drogues durant l'adolescence sont des activités parfois considérées comme non normatives et antisociales. Pourtant, c'est le désir d'indépendance des jeunes et leur curiosité à l'égard du monde dans lequel ils vivent qui les amènent à expérimenter le tabac, l'alcool et la marijuana. Bon nombre d'entre eux ne vont pas plus loin que la phase de l'expérimentation, mais d'autres continuent d'avoir des habitudes de vie qui les exposent à divers risques du point de vue de la santé. L'adoption de comportements qui présentent des risques sur le plan sanitaire est la principale cause de morbidité et de mortalité chez les adolescents. Ces comportements ont tendance à coexister chez les jeunes, ce qui crée un style de vie nuisible à la santé ayant des répercussions sur le plan physique (Pickett, Boyce, Garner et King, 2002)

Il est encourageant de constater que les pourcentages de filles plus âgées et d'élèves de 8^e année qui fumaient chaque jour en 2002 ont diminué par rapport

aux pourcentages observés dans les enquêtes HBSC précédentes.

Au Canada, les jeunes font l'expérience de l'alcool tôt dans leur vie et leur consommation d'alcool augmente de façon notable entre 12 et 14 ans. Fait intéressant, les filles sont presque aussi nombreuses que les garçons à consommer une quantité excessive d'alcool, ce qui indique que les « beuveries » sont peut-être un attrait des soirées auxquelles participent les adolescents. La consommation de marijuana avait toujours beaucoup d'adeptes parmi les adolescents en 2002, leur nombre ayant même augmenté chez les garçons de 10^e année. Les élèves qui consommaient de la marijuana étaient plus nombreux à fumer du tabac, à boire de l'alcool, à avoir des comportements sexuels à risque, à avoir des relations difficiles avec leurs parents et à avoir une perception défavorable de l'école.

Il ressort en outre de l'enquête qu'un peu plus du quart des élèves de 10^e année avaient déjà eu des rapports sexuels. Cependant, seulement les deux tiers des élèves actifs sexuellement ont indiqué qu'ils avaient utilisé le condom la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles et un peu moins de la moitié d'entre eux qu'ils avaient utilisé la pilule contraceptive.

Le mode de vie sain

De bonnes habitudes alimentaires, l'hygiène dentaire et l'activité physique favorisent la santé et le bien-être des jeunes, tant sur le plan physique qu'affectif. À cet égard, les adolescents adoptent certains comportements pouvant laisser à désirer parce qu'ils dépendent moins de leurs parents pour certains repas, passent plus de temps à l'extérieur du foyer et consomment de plus grandes quantités d'aliments-minute et de grignotines (Neumark-Sztainer et coll., 1998; 2003).

Par activité physique, on entend à la fois les sports et les passe-temps organisés et les activités non structurées associées à une vie active. Celle-ci a été définie comme un mode de vie intégré favorisant un

état général de bien-être physique, mental, spirituel et émotionnel (Frankish, Milligan et Reid, 1998). En vertu de cette notion, les personnes interagissent avec leur environnement par la pratique d'activités physiques relativement non structurées, par exemple, lorsqu'elles jouent dehors, patinent, font du ski, de la planche à roulettes ou de la bicyclette (Stewart, 1995). Les adolescents peuvent tirer de nombreux avantages de la pratique régulière d'une activité physique car celle-ci peut leur permettre d'atteindre et de maintenir leur poids santé, de renforcer leur ossature, d'améliorer la qualité de leur sommeil et de développer leur amour-propre. Par contre, si elle est pratiquée de manière déraisonnable, l'activité physique peut également provoquer des blessures. Les adolescents s'abstiennent de faire de l'exercice ou ils en font peu parce qu'ils consacrent plus de temps à des activités de loisir passives, comme regarder la télévision ou jouer à des jeux électroniques. La durée et le genre d'activités de loisir sédentaires influent sur le degré d'intégration sociale et ont été associés à certains comportements à risques.

Dans l'échantillon de l'enquête HBSC, les filles étaient plus nombreuses que les garçons à manger des aliments nutritifs comme les fruits et les légumes. Cependant, plus de filles que de garçons ont indiqué qu'elles ne prenaient pas de petit déjeuner et qu'elles suivaient un régime ou faisaient quelque chose d'autre pour perdre du poids, surtout celles des classes des niveaux supérieurs. Par ailleurs, les garçons étaient plus nombreux que les filles à consommer des aliments qui contiennent beaucoup de sucre, de sel ou de caféine, par exemple des boissons gazeuses, des boissons gazeuses diète, des croustilles, des frites et des pâtisseries.

Les constatations de l'enquête concernant le temps que les élèves consacrent à l'activité physique sont encourageantes; toutefois, de façon étonnante, ils n'en font pas beaucoup à l'école. Fait intéressant, les garçons consacrent pas mal plus de temps que les filles à l'activité physique, tant à l'école qu'à l'extérieur de l'école, ce qui montre, d'une part, que les sports sont, encore aujourd'hui, avant tout une affaire de garçons et, d'autre part, que les écoles

pourraient faire davantage pour intéresser les filles aux activités physiques. Une proportion élevée d'élèves ont répondu qu'ils consacraient plusieurs heures par jour ou plus à regarder la télévision. Les élèves passaient aussi pas mal de temps à se distraire avec leur ordinateur, plus des deux tiers des élèves plus âgés ayant indiqué qu'ils consacraient au moins une heure chaque jour de semaine à s'amuser avec des jeux électroniques.

L'intimidation et les bagarres

Plus de 20 p. 100 des élèves ont indiqué qu'ils avaient commis des actes d'intimidation ou qu'ils avaient été victimes de tels actes. Cependant, la proportion des élèves qui disent avoir été victimes d'actes d'intimidation est plus élevée que celle de ceux qui disent avoir intimidé des camarades de classe. Cet écart montre que les jeunes qui sont victimes d'actes d'intimidation perçoivent ces actes différemment de ceux qui les commettent. C'est pourquoi il faudrait expliquer, dans le cadre des programmes d'éducation, les différentes formes d'agression et leurs conséquences néfastes. Il ressort par ailleurs de l'enquête HBSC que le nombre de filles qui sont victimes de harcèlement sexuel augmente avec l'âge et atteint un sommet en 9^e année. Les garçons ont indiqué dans une plus forte proportion que les filles qu'on les avait harcelés à cause de leur race, de leur origine ethnique ou de leur religion. Les garçons avaient aussi plus tendance à en venir aux coups et ils se battaient plus souvent que les filles. Les garçons se battent le plus souvent avec des amis ou d'autres personnes qu'ils connaissent tandis que les filles se battent aussi souvent avec un frère ou une soeur.

Les blessures

Les blessures figurent parmi les plus importants problèmes de santé des jeunes durant la période où ils fréquentent l'école. Elles sont la principale cause de décès chez les jeunes (Institute of Medicine Committee on Injury Prevention and Control, 1999), et environ une hospitalisation sur six mettant en cause

des jeunes est attribuable à une blessure (Lescohier et Scavo-Gallagher, 1996). Les blessures non mortelles se produisent au moins mille fois plus souvent que les blessures mortelles (Lescohier et Scavo-Gallagher, 1996), et elles ont des répercussions considérables du point de vue du traitement, de la réadaptation et de l'incapacité permanente (Rivara, Grossman et Cummings, 1987).

Diverses stratégies ont été mises au point afin d'empêcher que les jeunes ne se blessent, entre autres celles qui visent à atténuer la prise de risques et à promouvoir des comportements axés sur la sécurité. Les campagnes polyvalentes incitant les cyclistes à porter un casque qui conjuguent la réglementation et les efforts éducatifs illustrent bien ce type de stratégie (Henderson, 1995; Irvine, Rowe et Sahai, 2002). Parmi les autres stratégies courantes, signalons celles qui portent sur l'application des règles et des règlements régissant la conduite d'un véhicule automobile, comme les campagnes sur le port de la ceinture de sécurité et les programmes RIDE centrés sur la prévention de l'ivresse au volant (Grossman et Garcia, 1999; Evans et coll., 2001); et les stratégies techniques visant à bannir autant que faire se peut tout danger de l'environnement des jeunes, par exemple, grâce à l'élaboration de normes relatives au matériel de terrains de jeu (Association canadienne de normalisation, 1990). Même si toutes ces stratégies peuvent être efficaces dans la pratique, il n'en reste pas moins que les données fondamentales sur la nature des blessures que subissent les jeunes facilitent la planification et l'évaluation des conséquences des interventions.

Les blessures que subissent les jeunes ne doivent pas être considérées comme des « accidents » car elles sont à la fois prévisibles et évitables. En analysant les conditions dans lesquelles certaines blessures se produisent à maintes reprises, on peut démontrer leur caractère prévisible et cerner les possibilités d'intervention

Pas moins de la moitié des élèves canadiens ont indiqué qu'ils avaient subi, au cours de la dernière année, une blessure exigeant les soins d'un médecin ou d'une infirmière. Ces blessures vont des entorses et des foulures aux déchirures, aux ecchymoses, aux fractures et aux blessures à la tête. Généralement, les

garçons se blessent plus souvent que les filles; c'est en 8^e année que les garçons aussi bien que les filles se blessent en plus grand nombre.

La très grande majorité des blessures causées par la pratique d'un sport et des autres blessures surviennent à des endroits où un contrôle s'exerce, notamment à la maison, à l'école et dans des installations sportives. Fait intéressant, la proportion des blessures qui surviennent durant des activités organisées augmente de façon appréciable dans les classes des niveaux supérieurs.

La santé émotionnelle

La santé émotionnelle devrait préoccuper tous les Canadiens. Environ 20 p. 100 des habitants du Canada contracteront une maladie mentale quelconque dans leur vie (la dépression, la schizophrénie, la psychose, etc.). On estime que 2,5 millions de Canadiens de plus de 18 ans souffriront de troubles dépressifs (Association canadienne pour la santé mentale, 2002). De plus, une proportion élevée (66 p. 100) du phénomène des sans-abri (Association canadienne pour la santé mentale, 2002) et des suicides (Moscicki, 1999) au Canada est liée à une piètre santé émotionnelle. Malgré ces pourcentages élevés, l'importance réelle du problème peut être sous-estimée, puisque les gens peuvent ne pas toujours être disposés à admettre qu'ils souffrent de problèmes affectifs. Cette proportion relativement élevée de personnes souffrant de problèmes affectifs s'accompagne de coûts financiers et sociétaux. Un récent rapport soulignait qu'on consacre 14,4 milliards de dollars par année au traitement des maladies mentales au Canada (Joubert et Stephens, 2001). Ils prévoient même que ce montant augmentera au point où la maladie mentale représentera la principale dépense en santé au pays d'ici à 2020 (Association des psychiatres du Canada, 2001).

Les problèmes de santé émotionnelle qui surviennent à l'adolescence ne persistent pas nécessairement toute la vie (Elder et Crosnoe, 2002). La plupart des individus peuvent mener une vie saine et productive moyennant un traitement approprié, tel que le soutien psychologique individuel et/ou collectif ou des médicaments appropriés (Diverty et Beaudet, 1997).

Il est donc essentiel de comprendre l'ampleur et l'origine des troubles émotifs chez les adolescents canadiens de façon qu'ils puissent être traités convenablement.

La plupart des élèves interrogés dans le cadre de l'enquête ont une bonne santé émotionnelle. Cependant, entre 20 p. 100 et 30 p. 100 d'entre eux ont indiqué qu'ils avaient un problème émotionnel ou psychosomatique quelconque. Les filles ont été plus nombreuses que les garçons à indiquer qu'elles sont déprimées et qu'elles ont des maux de tête, leur nombre augmentant avec l'âge. Un moment critique pour les filles survient à la fin de la 7^e année, lorsqu'elles ont besoin de plus d'aide pour faire face aux changements qui surviennent dans leur vie et dans leur corps. D'une manière générale, les élèves qui avaient moins de symptômes psychosomatiques étaient davantage satisfaits de leur vie.

Les adolescents qui ont indiqué que leurs parents les aidaient beaucoup étaient plus nombreux à être satisfaits de leur vie et à considérer être en bonne santé. Le fait d'avoir un réseau étendu d'amis a un effet favorable sur l'équilibre émotionnel des jeunes, mais cet effet n'est pas aussi important que celui de l'aide apportée par les parents.

Les implications

Dans une perspective de santé de la population, les principaux déterminants de la santé physique et émotionnelle des jeunes qui ressortent clairement de l'enquête HBSC de 2002 sont liés au sexe, au degré

d'aisance de la famille sur le plan financier, à la vie à l'école ainsi qu'à l'influence des camarades sur les risques qu'ils prennent.

De toute évidence, il faudra mettre en place des stratégies d'intervention diversifiées pour agir sur ces déterminants. Les responsables des administrations fédérale, provinciales, territoriales et municipales ainsi que les professionnels et les représentants du monde des affaires doivent discuter ouvertement de la santé de la prochaine génération avec les jeunes eux-mêmes. Tous ces intervenants n'ont pas, jusqu'à maintenant, accordé suffisamment d'attention aux jeunes, en partie à cause du caractère transitoire de l'adolescence et de la poursuite de l'indépendance qui caractérise cette période de la vie. Il faut faire plus d'efforts relatifs aux initiatives axées sur les adolescents pour assurer leur participation à l'élaboration des politiques et des programmes qui les visent. L'établissement d'un plan d'action inclusif intersectoriel pour les préadolescents et les adolescents contribuerait à la visibilité et à la viabilité des stratégies d'intervention et pourrait aussi permettre de rallier l'appui et d'assurer la participation de nombreux jeunes aux initiatives.

William F. Boyce Ph.D
Groupe d'évaluation des programmes sociaux
Université Queen's
Kingston (Ontario)
<http://educ.queensu.ca/~speg/>

Publications

Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention

L'idée que l'alcoolisme parental puisse avoir un effet néfaste sur le développement des enfants n'est pas récente. Un certain nombre d'études ont montré que les enfants de parents alcooliques affichaient un taux élevé de problèmes d'adaptation. Selon les données disponibles au Québec, on estime qu'environ 25 % des enfants de 18 ans ou moins pourraient être touchés par la dépendance ou l'abus de substances psychotropes de la part d'au moins un de leurs parents. Cependant, ce ne sont pas tous les enfants de parents aux prises avec une dépendance qui développent des problèmes d'adaptation et ce, en dépit de leur exposition à des facteurs de risques. On parle alors d'enfants résilients.

Cette nouvelle étude aide à mieux comprendre ce qui permet à ces enfants de se développer sans problème d'adaptation. Dans un premier temps, elle décrit les problèmes d'adaptation des enfants dont l'un des parents est aux prises avec soit l'alcoolisme, la toxicomanie ou le jeu pathologique. Par la suite, elle met en relief les caractéristiques et les expériences qui semblent soutenir une saine adaptation des enfants ne présentant pas de problèmes d'adaptation en dépit de situations personnelles et sociofamiliales défavorables. Finalement, elle dégage ensuite certaines leçons pour l'intervention préventive.

Au plan de la prévention, l'étude préconise la mise sur pied de programmes, de concert avec les intervenants des CLSC et des milieux scolaires, afin d'intervenir précocement auprès des enfants de parents alcooliques ou toxicomanes dont plusieurs afficheront, dès leur jeune âge, des signes avant-coureurs de problèmes d'adaptation à l'adolescence et à l'âge adulte.

Les auteurs :

Frank Vitaro, Ph.D., professeur titulaire à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal et membre de l'unité bio-psychosociale du Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine ;

Jean-Marc Assaad, chercheur postdoctoral au sein du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant de l'Université McGill ; René Carbonneau, professeur agrégé de l'École de criminologie de l'Université de Montréal et membre de l'unité bio-psycho-sociale du Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine.

Le CPLT Juin 2004, volume 7 numero 2

Cette publication est disponible en format PDF sur le site www.cplt.com, section Publication

La communication professionnelle en santé

Claude Richard, Ph.D. (Candidat), M.A. Psychologue
Marie-Thérèse Lussier, MD, M.Sc. Psychologie

Un ouvrage écrit par et pour des professionnels. Un ouvrage traitant de la communication entre vous et vos patients. Ce livre est le fruit de la collaboration de plus de 40 professionnels québécois, français, belge et suisses oeuvrant dans le milieu de la santé; ils ont mis en commun leurs connaissances en santé et en communications pour vous offrir ce document unique.

Vous y trouverez des conseils concrets permettant d'adapter votre communication selon les particularités de chaque patient : enfant, adolescent, personne âgée, toxicomane, etc. Vous serez mieux à même d'expliquer à vos patients vos diagnostics et les traitements que vous leur prescrivez. Un enjeu majeur et quotidien de votre carrière!

Considérant qu'une bonne communication est également importante entre les divers intervenants, les auteurs traitent des relations entre médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmières et infirmiers et autres intervenants.

Disponible aux Éditions du renouveau pédagogique inc. (ERPI)

5757, rue Cypihot
 Saint-Laurent QC H4S 1R3
 Tel : (514) 334-2690
 Fax : (514) 334-847
 Courriel : information@erpi.com

L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation

Francine Duquet,
Professeure département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Comment poursuivre le travail d'éducation à la sexualité auprès des jeunes, malgré le retrait progressif du programme de formation personnelle et sociale de la grille-matières, dans le contexte de la réforme de l'éducation?

C'est pour répondre à cette préoccupation que le ministère de l'Éducation, en concertation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, met à la disposition des intervenants scolaires et de leurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, un outil offrant des éléments d'information et des pistes d'action bien concrètes, qui permet la mise en place de situations d'apprentissage arrimées au Programme de formation de l'école québécoise ainsi qu'aux nouvelles orientations en matière de services complémentaires.

Le document intitulé *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation* vise les élèves de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire.

Il a été produit dans la foulée de l'entente de complémentarité des services conclue entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux.

Disponible à l'adresse suivante
http://www.meq.gouv.qc.ca/lancement/eudcation_sexualite/

Réseau canadien de la santé

www.reseau-canadien-sante.ca

Ici le Réseau Canadien de la Santé!

Le RCS est un service d'information-santé bilingue, pancanadien et non commercial. Offert par l'entremise d'Internet, il vise à aider les Canadiennes et Canadiens à trouver l'information dont ils ont besoin pour demeurer en santé et prévenir la maladie. Pour ce faire, il mise sur la collaboration d'un réseau vaste et dynamique qui alimente sa collection internet dont Santé Canada, des organismes pancanadiens, provinciaux et territoriaux sans but lucratif, des universités, des hôpitaux, des bibliothèques ainsi que des organismes communautaires.

Le RCS se veut un moyen d'aider les Canadiennes et les Canadiens à faire des choix éclairés à propos de leur santé en mettant à leur disposition des informations-santé pratiques et fiables. Le RCS a pour objectifs, entre autres, de présenter de l'information de qualité, pratique, digne de confiance et selon différentes perspectives; d'assurer le respect de la diversité et d'être un exemple d'éthique et d'intégrité. Il vise à devenir votre tout premier choix pour obtenir de l'information-santé utile et digne de confiance à partir d'Internet.

Le RCS offre :

- des liens menant à plus de 12,000 ressources Internet, en anglais et en français, qui respectent de rigoureux critères établis pour faire en sorte que l'information présentée soit exacte et pertinente;
- de l'information détaillée concernant près de 26 groupes d'âge ou sujets de santé (enfants, adolescents, alimentation, violence, santé mentale, etc.);
- de l'information-santé canadienne de grande qualité et des ressources régionales provenant des provinces, des territoires et des collectivités locales de l'ensemble du Canada;
- des réponses aux questions posées par les canadiens sur la santé.

Le RCS offre plusieurs méthodes de recherche permettant d'explorer, en anglais ou en français, sa volumineuse collection. Le RCS aide également ses visiteurs à jeter un regard critique sur d'autres sites Web portant sur la santé en mettant à leur disposition les outils nécessaires pour évaluer la pertinence de ces sites et leur subjectivité, le cas échéant.

L'adresse internet du site RCS est: www.reseau-canadien-sante.ca

La section « adolescents » du site RCS

Un consortium de plusieurs organismes recherche constamment de nouveaux documents et voit à l'amélioration de la collection de documents pour cette section du site RCS. Le consortium développe aussi des documents pour cette section en plus de répondre aux questions posées par les internautes, jeunes ou vieux. Ce consortium est composé de: l'Association canadienne pour la santé des adolescents et de la section de médecine de l'adolescence de l'hôpital Ste-Justine, Montréal, qui dirige le consortium ; McCreary Center Society, Vancouver ; Kids Help Phone, Toronto ; Adolescent Division of the Toronto Sick Children Hospital ; TeenNet, University of Toronto.

La section du RCS sur l'adolescence veut répondre aux besoins d'informations des adolescents et des jeunes adultes, de leurs parents et des adultes qui travaillent auprès d'eux. Une fois branché sur le site du RCS, on peut cliquer sur « adolescents » dans la liste des groupes d'âge offerts pour consultation (enfants, hommes, femmes, personnes âgées, etc.).

La section « adolescents » du site RCS offre plus de 350 documents en français et plus de 700 en anglais. Certains documents décrivent un problème ou sa prévention, d'autres constituent des accès directs à des sites internet intéressants. On trouve une zone « foire aux questions » sur des thèmes comme l'alimentation, la santé mentale, les relations amoureuses, etc. Dans la zone « recherche guidée », on a accès à tous les documents de la collection ou on peut choisir un thème parmi une liste de plus de 15 thèmes variés et avoir accès aux documents pertinents sur ce thème, comme sexualité, violence, vie active, santé mentale, abus de substances, etc. Il y a aussi une zone pour la recherche par mot-clé et une autre zone pour des recherches express qui donnent accès aux ressources portant sur des thèmes plus précis, par exemple, les adolescents et l'alcool, les adolescents et les handicaps, les adolescents et la puberté, etc.

Comment pouvez-vous nous aider

Le consortium « adolescents » vise à développer la collection de documents et à amener les adolescents, leurs parents et les professionnels à consulter cette collection sur le site RCS. À cet effet, nous développons présentement une entrée spéciale sur le site, pour les adolescents, avec des adolescents. En effet, le site du RCS n'est pas vraiment adapté aux adolescents internautes des années 2000 et pour les amener à consulter le site, il faut penser à une approche qui leur sera spécifique. Cette section spéciale du site RCS contiendrait des documents uniquement destinés aux jeunes et présentés sous une forme jeune. On prévoit sa mise en opération à la fin de 2005.

Nous vous encourageons à visiter la section adolescents du site du RCS. Vous pouvez recommander le site à vos collègues, aux parents et aux adolescents, entre autres pour les travaux scolaires ou la recherche d'info santé. Nous croyons qu'un tel site est important pour les adolescents, pour leurs parents et les professionnels qui travaillent avec les adolescents.

Nous espérons que vous deviendrez nos partenaires pour faire connaître ce site et le faire progresser en fonction des besoins de adolescents, de leurs parents et de vos besoins. Donc, si vous avez des commentaires à formuler sur la section adolescents du site RCS ou si les adolescents avec qui vous travaillez ont des commentaires, n'hésitez pas à nous les communiquer soit par télécopieur (514) 345-4778, par courriel : acsacaah@globetrotter.net ou par la poste : Association canadienne pour la santé des adolescents, CHUME Ste-Justine, 3175 Côte Ste-Catherine, Montréal QC H3T 1C5