

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

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

William Boyce



Santé
Canada Health
Canada



Les comportements
de santé des jeunes d'âge scolaire

Une étude multinationale de l'Organisation mondiale de la santé

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Boyce, William F. (William Francis), 1949-

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

Données recueillies en 2000-2001.

Also available in English under the title : Young people in Canada, their health and well-being.

« HBSC : Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, une étude multi-nationale de l'Organisation mondiale de la santé ».

Comprend des références bibliographiques.

1. Habitudes sanitaires chez l'adolescent – Canada.
 2. Jeunesse – Santé et hygiène – Canada.
 3. Santé publique – Enquêtes – Canada.
- I. Canada. Santé Canada.
II. Titre.

RJ47.53B69 2004 614.4'2'08350971 C2004-980158-9

Les analyses et opinions présentées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position ou les politiques de Santé Canada.

Il est permis de reproduire de façon non commerciale ce document à des fins éducatives ou de planification des services, pourvu que la source soit clairement citée.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Localisateur postal : 0900C2
Ottawa, Ontario
Tél. : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366
Courriel : Info@www.hc-sc.gc.ca

Imprimé au Canada

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre de Santé Canada, 2004

ISBN 0-662-76590-7
N° de cat. H39-498/2004F
Numéro d'entrepôt 1221

Disponibilité

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Les tableaux contenant toutes les variables sélectionnées des données canadiennes de l'Étude sur les Comportements de santé des jeunes d'âge scolaire pour ce rapport sont disponibles sur le site Web de la Section de la politique stratégique et de la coordination des systèmes :
http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/7-18yrs-ans/hbschealth_e.html

Table des matières

Tableaux et figures.....	vii	Chapitre 7 : Un mode de vie sain.....	69
Préface.....	xiii	Les habitudes alimentaires.....	70
Résumé.....	xv	Les fruits et les légumes.....	70
Remerciements.....	xix	Les produits laitiers.....	71
Chapitre 1 : Introduction.....	1	Les pains à grains entiers et les céréales.....	72
Les questionnaires.....	3	Les aliments à haute teneur en sucre, en sel ou en caféine.....	73
L'échantillon.....	4	Les habitudes alimentaires et le poids corporel.....	75
La présentation des résultats.....	5	L'hygiène dentaire.....	77
Les échelles.....	5	L'activité physique et les loisirs.....	78
L'organisation du rapport.....	8	Les facteurs associés à l'activité physique.....	82
Chapitre 2 : Les inégalités socio-économiques.....	9	Asthme.....	83
Le statut socio-économique – L'emploi des parents.....	10	La consommation de médicaments.....	84
Le statut socio-économique – Le revenu.....	11	Principales constatations.....	86
Principales constatations.....	15	Chapitre 8 : L'intimidation et les bagarres.....	87
Chapitre 3 : Le foyer.....	17	Les préoccupations soulevées par l'intimidation.....	88
La structure familiale.....	18	L'ampleur du problème de l'intimidation au Canada.....	89
La communication avec les parents.....	18	Les tactiques d'intimidation des jeunes.....	91
La vie de famille et les relations avec les parents.....	19	Les comportements belliqueux.....	94
L'échelle des relations avec les parents.....	22	Principales constatations.....	96
L'échelle d'aisance des parents et les relations avec les parents.....	22	Chapitre 9 : Les blessures.....	97
Principales constatations.....	24	L'importance du problème des blessures chez les jeunes.....	98
Chapitre 4 : Le groupe de camarades.....	25	Activités associées à la survenue des blessures.....	99
Les amitiés entre jeunes du même sexe.....	26	Les endroits où se produisent les blessures.....	101
Les amitiés entre jeunes de sexe opposé.....	27	Le moment où les blessures se produisent.....	102
Les meilleurs amis.....	29	Le préjudice corporel découlant d'une blessure.....	103
Le temps passé avec les amis.....	30	Les tendances quant au traitement des blessures.....	104
Les comportements à risque des camarades et leur consommation d'alcool et de drogues.....	32	Les blessures découlant de comportements à risque.....	105
L'intégration sociale et l'influence des camarades.....	33	Principales constatations.....	107
Principales constatations.....	34	Chapitre 10 : La santé émotionnelle.....	109
Chapitre 5 : La vie à l'école.....	35	Les indicateurs psychosomatiques de la santé émotionnelle.....	110
Le rendement scolaire.....	38	Les maux de tête.....	111
La satisfaction à l'égard de l'école.....	41	Les maux de dos.....	112
Les relations avec les enseignants et l'atmosphère en classe.....	42	La dépression (avoir le cafard).....	113
Les relations avec les autres élèves.....	44	L'irritabilité ou la mauvaise humeur.....	114
Les parents et l'école.....	45	Un profil d'ensemble de la santé émotionnelle.....	115
Les pressions pour que les élèves réussissent.....	47	La satisfaction au regard de la vie.....	115
Principales constatations.....	49	La perception de l'état de santé.....	118
Chapitre 6 : Les comportements à risque chez les jeunes sur le plan de la santé.....	51	Principales constatations.....	119
Le tabagisme.....	52	Chapitre 11 : Conclusions.....	121
L'alcool.....	55	Sources bibliographiques.....	129
La consommation de drogues.....	58		
Le comportement sexuel.....	63		
L'initiation au risque.....	66		
Principales constatations.....	68		

Tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1.1	Répartition des élèves de chaque niveau scolaire pour l'enquête HBSC de 2001-2002	4
Tableau 3.1	Facteurs associés à l'échelle des relations (positives) avec les parents pour les élèves de 10 ^e année	22
Tableau 4.1	Facteurs associés au degré (élevé ou faible) d'intégration sociale (IS) et à l'influence des camarades (IC) (%).....	33
Tableau 5.1	Facteurs associés au fait que les élèves pensent que leur rendement scolaire est supérieur (coefficients de corrélation).....	40
Tableau 5.2	Facteurs associés au fait que les élèves sont davantage satisfaits de l'école (coefficients de corrélation)	42
Tableau 5.3	Facteurs associés au fait que les élèves ont des relations positives avec leurs enseignants (coefficients de corrélation).....	44
Tableau 5.4	Facteurs associés au fait que les élèves n'éprouvent pas trop de pression pour qu'ils obtiennent de bons résultats à l'école (coefficients de corrélation).....	48
Tableau 6.1	Facteurs associés à la consommation de marijuana chez les élèves de 10 ^e année au cours des 12 derniers mois.....	59
Tableau 6.2	Corrélation entre le tabagisme et les épisodes d'ivresse chez les élèves de 9 ^e et de 10 ^e année	63
Tableau 7.1	Facteurs associés au fait d'avoir été actif physiquement pendant 60 minutes par jour au cours des sept derniers jours (coefficients de corrélation).....	82
Tableau 8.1	Personnes avec lesquelles les élèves se sont bataillées (%)	95
Tableau 10.1	Facteurs associés à l'opinion positive qu'ont les élèves de leur vie (coefficients de corrélation)	116
Tableau 10.2	Facteurs associés à une perception positive de l'état de santé (coefficients de corrélation)	118

Figures

Chapitre 2

Figure 2.1	Pères ayant un emploi : genre de travail, tous les élèves (%)	10
Figure 2.2	Pères sans emploi : raison de l'inactivité économique, tous les élèves (%)	10
Figure 2.3	Mères ayant un emploi : genre de travail, tous les élèves (%)	11
Figure 2.4	Mères sans emploi : raison de l'inactivité économique, tous les élèves (%)	11
Figure 2.5	Élèves qui ont répondu que leur famille est très à l'aise ou assez à l'aise (%)	12
Figure 2.6	Élèves qui vont au lit sans avoir mangé à leur faim parce qu'il n'y a pas assez de nourriture à la maison (%)	12
Figure 2.7	Élèves qui ont leur propre chambre à coucher (%)	12
Figure 2.8	Élèves dont la famille possède au moins une voiture, une wagonnette ou une camionnette (%)	13
Figure 2.9	Élèves qui ont fait un voyage d'agrément (vacances) avec leur famille au cours des 12 derniers mois (%)	13
Figure 2.10	Élèves dont la famille possède un ou des ordinateurs, tous les élèves, (%) ..	13
Figure 2.11	Indice d'aisance de la famille (IAF) (%)	14
Figure 2.12	Élèves qui sont très satisfaits de leur vie, selon l'IAF (%)	14
Figure 2.13	Élèves qui se considèrent en excellente santé, selon l'IAF (%).....	14

Chapitre 3

Figure 3.1	Structure familiale (%)	18
Figure 3.2	Élèves qui trouvent qu'il est facile de parler à leur père (%)	18
Figure 3.3	Élèves qui trouvent qu'il est facile de parler à leur mère (%)	18
Figure 3.4	Élèves qui pensent qu'il fait bon vivre dans un foyer heureux (%)	19
Figure 3.5	Élèves qui disent avoir des parents qui les comprennent (%)	19
Figure 3.6	Élèves qui disent avoir des parents qui leur font confiance (%)	19

Figure 3.7	Élèves qui se chicanent souvent avec leurs parents (%).....	20
Figure 3.8	Élèves auxquels il arrive parfois de vouloir partir de la maison (%)	20
Figure 3.9	Élèves qui disent accorder beaucoup d'importance à ce que leurs parents pensent d'eux (%)	20
Figure 3.10	Élèves qui pensent que leurs parents sont trop exigeants envers eux (%) ...	21
Figure 3.11	Élèves qui pensent que leurs parents sont trop exigeants à l'égard de leurs résultats scolaires (%)	21
Figure 3.12	Relations avec les parents, selon l'échelle d'aisance des parents, pour les garçons (%).....	22
Figure 3.13	Relations avec les parents, selon l'échelle d'aisance des parents, pour les filles (%).....	23
Figure 3.14	Parents qui sont prêts à aider leurs enfants lorsqu'ils ont des problèmes à l'école, selon l'échelle d'aisance des parents (%).....	23
Figure 3.15	Élèves qui ont indiqué avoir une vie familiale heureuse, selon l'échelle d'aisance des parents (%).....	23

Chapitre 4

Figure 4.1	Garçons qui ont trois bons amis ou plus de sexe masculin (%)	26
Figure 4.2	Filles qui ont trois bonnes amies ou plus de sexe féminin (%)	26
Figure 4.3	Élèves qui trouvent qu'il est facile ou très facile de parler à leurs amis ou amies du même sexe des choses qui les tracassent vraiment (%)	26
Figure 4.4	Garçons qui trouvent qu'il est facile ou très facile de parler à leurs amis de sexe masculin des choses qui les tracassent vraiment, selon l'année de l'enquête (%)	27
Figure 4.5	Filles qui trouvent qu'il est facile ou très facile de parler à leurs amies de sexe féminin des choses qui les tracassent vraiment, selon l'année de l'enquête (%)	27
Figure 4.6	Garçons qui ont trois amies ou plus de sexe féminin (%)	28
Figure 4.7	Filles qui ont trois amis ou plus de sexe masculin (%)	28
Figure 4.8	Élèves qui trouvent qu'il est facile ou très facile pour eux de parler à leurs amis ou amies du sexe opposé des choses qui les tracassent vraiment (%).....	28

Figure 4.9	Garçons qui trouvent qu'il est facile ou très facile pour eux de parler à leurs amies de sexe féminin des choses qui les tracassent, selon l'année de l'enquête (%).....	29
Figure 4.10	Filles qui trouvent qu'il est facile ou très facile pour elles de parler à leurs amis de sexe masculin des choses qui les tracassent, selon l'année de l'enquête (%)	29
Figure 4.11	Élèves qui trouvent qu'il est facile ou très facile pour eux de parler à leur meilleur ami ou amie des choses qui les tracassent, selon l'année de l'enquête (%)	29
Figure 4.12	Élèves qui voient leurs amis ou amies quatre ou cinq jours par semaine tout de suite après l'école (%).....	30
Figure 4.13	Garçons qui voient leurs amis ou amies quatre ou cinq jours par semaine tout de suite après l'école, selon l'année de l'enquête (%)	30
Figure 4.14	Filles qui voient leurs amis ou amies quatre ou cinq jours par semaine tout de suite après l'école, selon l'année de l'enquête (%).....	30
Figure 4.15	Élèves qui voient leurs amis ou amies cinq soirées par semaine ou plus (%).....	31
Figure 4.16	Garçons qui voient leurs amis ou amies cinq soirées par semaine ou plus, selon l'année de l'enquête (%) ..	31
Figure 4.17	Filles qui voient leurs amis ou amies cinq soirées par semaine ou plus, selon l'année de l'enquête (%)	31
Figure 4.18	Élèves qui ont répondu que la plupart de leurs amis ou tous leurs amis fument (%)	32
Figure 4.19	Élèves qui ont répondu que la plupart de leurs amis ou tous leurs amis se droguent dans le but de se « geler » (%).....	32
Figure 4.20	Élèves qui ont répondu que la plupart de leurs amis ou tous leurs amis se sont déjà enivrés (%)	32

Chapitre 5

Figure 5.1	Structure organisationnelle des écoles au Canada, par province et territoire	36
Figure 5.2	Élèves qui ont répondu que, selon eux, leurs enseignants pensent que leur rendement scolaire est bon ou très bon comparativement à celui de leurs camarades (%)	38

Figure 5.3	Élèves qui consacrent deux heures ou plus par jour à leurs devoirs les jours de semaine (%).....39	Figure 6.10	Garçons qui fument tous les jours et ceux qui ne fument pas qui sont satisfaits de leur vie (%).....54
Figure 5.4	Élèves qui consacrent deux heures ou plus par jour à leurs devoirs les jours de fins de semaine (%).....39	Figure 6.11	Filles qui fument tous les jours et celles qui ne fument pas qui sont satisfaites de leur vie (%)55
Figure 5.5	Élèves qui aiment beaucoup l'école, selon l'année de l'enquête (%)41	Figure 6.12	Élèves qui fument tous les jours et qui fument souvent avec leurs amis ou amies (%)55
Figure 5.6	Élèves qui aiment les activités à l'école (%)41	Figure 6.13	Élèves qui boivent une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine (%)55
Figure 5.7	Élèves qui pensent que leurs enseignants s'intéressent à eux en tant que personne (%)43	Figure 6.14	Élèves qui boivent de la bière au moins une fois par semaine, selon l'année de l'enquête (%).....56
Figure 5.8	Élèves qui pensent que la plupart de leurs enseignants sont gentils (%)43	Figure 6.15	Élèves qui boivent du vin au moins une fois par semaine, selon l'année de l'enquête (%)56
Figure 5.9	Élèves qui estiment qu'ils ont leur mot à dire sur le déroulement des cours (%).....43	Figure 6.16	Élèves qui boivent des spiritueux au moins une fois par semaine, selon l'année de l'enquête (%).....57
Figure 5.10	Élèves qui pensent que les élèves de leurs cours sont gentils et prévenants (%)45	Figure 6.17	Élèves qui ont déjà pris assez d'alcool pour être « vraiment ivres » au moins deux fois (%).....57
Figure 5.11	Élèves qui pensent que les autres élèves les acceptent comme ils sont (%).....45	Figure 6.18	Élèves de 10 ^e année qui ont déjà pris de la marijuana, selon l'année de la l'enquête (%)58
Figure 5.12	Élèves qui ont répondu que leurs parents les encouragent à avoir de bons résultats scolaires (%)46	Figure 6.19	Fréquence de consommation de marijuana chez les élèves de 9 ^e année au cours des 12 derniers mois (%)58
Figure 5.13	Élèves qui éprouvent de la pression à cause du travail scolaire qu'ils ont à faire, selon l'année de l'enquête (%).....47	Figure 6.20	Fréquence de consommation de marijuana chez les élèves de 10 ^e année au cours des 12 derniers mois (%)58
Figure 5.14	Élèves qui estiment que leurs enseignants sont trop exigeants envers eux (%)47	Figure 6.21	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris de la marijuana, selon l'année de l'enquête (%)59
Chapitre 6		Figure 6.22	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris de l'Ecstasy, selon l'année de l'enquête (%)59
Figure 6.1	Élèves qui fument chaque jour (%) ...52	Figure 6.23	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris des amphétamines, selon l'année de l'enquête (%)60
Figure 6.2	Garçons qui fument chaque jour, selon l'année de l'enquête (%)52	Figure 6.24	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris de la cocaïne, selon l'année de l'enquête (%)60
Figure 6.3	Filles qui fument chaque jour, selon l'année de l'enquête (%)52	Figure 6.25	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris de l'héroïne, de l'opium ou de la morphine, selon l'année de l'enquête (%).....60
Figure 6.4	Garçons qui ont déjà fumé, selon que leur mère fume ou pas (%)53	Figure 6.26	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris du LSD, selon l'année de l'enquête (%)60
Figure 6.5	Garçons qui ont déjà fumé, selon que leur père fume ou pas (%)53	Figure 6.27	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont inhalé de la colle ou des solvants, selon l'année de l'enquête (%)61
Figure 6.6	Filles qui ont déjà fumé, selon que leur mère fume ou pas (%)53		
Figure 6.7	Filles qui ont déjà fumé, selon que leur père fume ou pas (%)53		
Figure 6.8	Garçons qui ont déjà fumé, selon que leur meilleur ami ou amie fume ou pas (%)54		
Figure 6.9	Filles qui ont déjà fumé, selon que leur meilleur ami ou amie fume ou pas (%)54		

Figure 6.28	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris des médicaments d'ordonnance pour se droguer, selon l'année de l'enquête (%)61	Figure 7.6	Élèves qui mangent du pain brun cinq jours ou plus par semaine (%)...72
Figure 6.29	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris du Ritalin pour se droguer (%)...62	Figure 7.7	Élèves qui mangent du pain blanc cinq jours ou plus par semaine (%)...72
Figure 6.30	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont pris des stéroïdes anabolisants, selon l'année de l'enquête (%)62	Figure 7.8	Élèves qui mangent des céréales cinq jours ou plus par semaine (%)72
Figure 6.31	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année qui ont déjà eu des relations sexuelles (%)63	Figure 7.9	Élèves qui boivent du Coca-Cola ou d'autres boissons gazeuses contenant du sucre et de la caféine cinq jours ou plus par semaine (%)73
Figure 6.32	Moyens de contraception utilisés par les élèves de 9 ^e année sexuellement actifs la dernière fois où ils ont eu des relations sexuelles (%)64	Figure 7.10	Élèves qui boivent du Coca-Cola diète ou d'autres boissons gazeuses diète cinq jours ou plus par semaine (%)...73
Figure 6.33	Moyens de contraception utilisés par les élèves de 10 ^e année sexuellement actifs la dernière fois où ils ont eu des relations sexuelles (%)64	Figure 7.11	Élèves qui mangent des croustilles deux fois ou plus par semaine (%)73
Figure 6.34	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année actifs et non actifs sexuellement qui fument tous les jours (%)65	Figure 7.12	Élèves qui mangent des frites deux fois ou plus par semaine (%)74
Figure 6.35	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année actifs et non actifs sexuellement qui ont consommé de la marijuana plus de trois fois (%)65	Figure 7.13	Élèves qui mangent des sucreries (bonbons ou chocolat) cinq jours ou plus par semaine (%)74
Figure 6.36	Élèves de 9 ^e et de 10 ^e année actifs et non actifs sexuellement qui se sont enivrés plus de quatre fois (%)65	Figure 7.14	Élèves qui mangent des gâteaux ou des pâtisseries cinq jours ou plus par semaine (%)74
Figure 6.37	Âge qu'avaient les élèves de 9 ^e et de 10 ^e année la première fois qu'ils ont bu de l'alcool (%)66	Figure 7.15	Élèves qui déjeunent (en plus d'un verre de lait ou d'un jus de fruits) les cinq jours de la semaine (%)74
Figure 6.38	Âge qu'avaient les élèves de 9 ^e et de 10 ^e année la première fois qu'ils se sont enivrés (%)67	Figure 7.16	Élèves qui suivent un régime ou qui font quelque chose d'autre pour perdre du poids (%)75
Figure 6.39	Âge qu'avaient les élèves de 9 ^e et de 10 ^e année la première fois qu'ils ont fumé une cigarette (%)67	Figure 7.17	Élèves qui ont commencé un régime amaigrissant, qui ont modifié leurs habitudes alimentaires ou qui ont fait autre chose pour contrôler leur poids au cours des 12 derniers mois (%)76
Figure 6.40	Âge qu'avaient les élèves de 9 ^e et de 10 ^e année la première fois qu'ils ont eu des relations sexuelles (%)68	Figure 7.18	Indice de masse corporelle chez les garçons (%)76
Chapitre 7		Figure 7.19	Indice de masse corporelle chez les filles (%)76
Figure 7.1	Élèves qui mangent des fruits cinq jours ou plus par semaine (%)70	Figure 7.20	Élèves qui se brossent les dents deux fois ou plus par jour (%)77
Figure 7.2	Élèves qui mangent des légumes cinq jours ou plus par semaine (%)...70	Figure 7.21	Élèves qui se brossent les dents deux fois ou plus par jour, selon l'année de l'enquête (%)78
Figure 7.3	Élèves qui boivent du lait écrémé ou partiellement écrémé cinq jours ou plus par semaine (%)71	Figure 7.22	Élèves qui ont été physiquement actifs au moins 60 minutes par jour pendant cinq jours ou plus au cours des sept derniers jours (%)78
Figure 7.4	Élèves qui boivent du lait entier cinq jours ou plus par semaine (%)...71	Figure 7.23	Élèves qui ont été physiquement actifs au moins 60 minutes par jour pendant cinq jours ou plus au cours d'une semaine habituelle (%)79
Figure 7.5	Élèves qui mangent du fromage cinq jours ou plus par semaine (%)...71	Figure 7.24	Élèves qui consacrent cinq heures ou plus par semaine à une activité physique vigoureuse durant les heures de classe, à l'école (%)79

Figure 7.25	Élèves qui consacrent cinq heures ou plus par semaine à une activité physique vigoureuse dans leurs temps libres, à l'école (%)79	Figure 7.40	Élèves qui ont pris des médicaments parce qu'ils avaient des problèmes de nervosité une fois ou plus par semaine au cours du dernier mois (%).....85
Figure 7.26	Élèves qui consacrent cinq heures ou plus par semaine à une activité physique vigoureuse lorsqu'ils participent à des leçons ou des sports d'équipe, à l'extérieur de l'école (%) ...80	Chapitre 8	
Figure 7.27	Élèves qui consacrent cinq heures ou plus par semaine à une activité physique vigoureuse lorsqu'ils participent à des activités non organisées, à l'extérieur de l'école (%)80	Figure 8.1	Élèves qui ont été victimes d'intimidation, mais qui n'ont pas intimidé d'autres élèves (%)89
Figure 7.28	Élèves qui participent au moins une fois par semaine aux activités d'un club ou d'une organisation (%).....80	Figure 8.2	Élèves qui ont intimidé d'autres élèves, mais qui n'ont pas été victimes d'intimidation (%)90
Figure 7.29	Nombre d'heures par jour que les élèves passent à regarder la télévision les jours de semaine (%)81	Figure 8.3	Élèves qui ont intimidé d'autres élèves et qui ont aussi été victimes d'intimidation (%).....90
Figure 7.30	Élèves qui passent une heure par jour ou plus à faire leurs devoirs les jours de semaine (%).....81	Figure 8.4	Élèves disant avoir été intimidés par des taquineries (%)91
Figure 7.31	Nombre d'heures par jour que les élèves passent à faire leurs devoirs les jours de semaine (%)81	Figure 8.5	Élèves victimes d'intimidation qui disent qu'on les tient à l'écart ou qu'on lance des rumeurs ou qu'on dit des mensonges à leur sujet (%)91
Figure 7.32	Élèves qui utilisent un ordinateur une heure ou plus par jour pour jouer les jours de semaine (%)82	Figure 8.6	Élèves victimes d'intimidation qui disent qu'on les a agressés physiquement (%).....91
Figure 7.33	Élèves auxquels le docteur a déjà dit qu'ils étaient asthmatiques (%)83	Figure 8.7	Élèves victimes d'intimidation qui disent qu'on a fait des blagues, des commentaires ou des gestes à caractère sexuel à leur endroit (%)92
Figure 7.34	Élèves qui ont eu des épisodes de respiration sifflante au cours des 12 derniers mois (%)83	Figure 8.8	Élèves ayant dit avoir été intimidés à cause de leur race ou de la couleur de leur peau (%)92
Figure 7.35	Élèves qui ont souffert d'une toux sèche durant la nuit (alors qu'ils n'avaient pas le rhume) au cours des 12 derniers mois (%)84	Figure 8.9	Élèves ayant dit avoir été intimidés à cause de leur religion (%)92
Figure 7.36	Élèves qui ont consulté un médecin à une clinique ou à l'urgence pour un problème de respiration sifflante le mois dernier (%)84	Figure 8.10	Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes en les taquinant (%)93
Figure 7.37	Élèves qui ont pris des médicaments contre la toux une fois par semaine ou plus au cours du dernier mois (%).....85	Figure 8.11	Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes en les tenant à l'écart ou en lançant des rumeurs ou en disant des mensonges à leur sujet (%).....93
Figure 7.38	Élèves qui ont pris des médicaments contre les maux de tête une fois ou plus par semaine au cours du dernier mois (%).....85	Figure 8.12	Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes en les agressant physiquement (%)....93
Figure 7.39	Élèves qui ont pris des médicaments parce qu'ils avaient de la difficulté à dormir une fois ou plus par semaine au cours du dernier mois (%)85	Figure 8.13	Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes à cause de leur race ou de la couleur de leur peau (%)93
		Figure 8.14	Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes à cause de leur religion (%)94

Figure 8.15	Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes en faisant des blagues, des commentaires ou des gestes à caractère sexuel à leur endroit (%)94
Figure 8.16	Nombre de fois que les élèves ont pris part à une bataille au cours des 12 derniers mois (%)95

Chapitre 9

Figure 9.1	Nombre de blessures nécessitant l'intervention d'un médecin ou d'une infirmière au cours de l'année précédente (%)98
Figure 9.2	Élèves qui ont répondu avoir manqué une journée ou plus d'école ou autres activités habituelles à cause d'une blessure au cours de l'année précédente (%)99
Figure 9.3	Activité précédant la blessure : 6 ^e année (%)99
Figure 9.4	Activité précédant la blessure : 8 ^e année (%)100
Figure 9.5	Activité précédant la blessure : 10 ^e année (%)100
Figure 9.6	Activités organisées par opposition aux activités non organisées associées à la survenue des blessures (%)101
Figure 9.7	Endroit où étaient les élèves de 6 ^e année quand ils se sont blessés (%)101
Figure 9.8	Endroit où étaient les élèves de 8 ^e année quand ils se sont blessés (%)101
Figure 9.9	Endroit où étaient les élèves de 10 ^e année quand ils se sont blessés (%)102
Figure 9.10	Mois durant lesquels les élèves ont subi leur blessure la plus grave, tous les niveaux scolaires (%)102
Figure 9.11	Nature des blessures subies par les élèves durant la pratique d'un sport ou à l'entraînement (%)103
Figure 9.12	Nature des blessures subies par les élèves pendant qu'ils marchaient ou couraient (%)103
Figure 9.13	Nature des blessures subies par les élèves pendant qu'ils roulaient à vélo (%)103
Figure 9.14	Endroit où les élèves ont reçu des soins, 6 ^e année (%)104
Figure 9.15	Endroit où les élèves ont reçu des soins, 8 ^e année (%)104
Figure 9.16	Endroit où les élèves ont reçu des soins, 10 ^e année (%)104

Figure 9.17	Élèves qui ont subi une blessure nécessitant les soins d'un médecin ou d'une infirmière au cours de la dernière année, selon le nombre de comportements à risque pour la santé (CRS) (%)105
Figure 9.18	Élèves qui ont subi une blessure nécessitant les soins d'un médecin ou d'une infirmière au cours de la dernière année, selon le nombre de comportements à risque pour la santé (CRS), pour différents pays (% , enquête HBSC de 1998)106

Chapitre 10

Figure 10.1	Élèves qui ont souffert de maux de tête au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois (%) ..111
Figure 10.2	Élèves qui ont souffert de maux de tête au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois, selon l'année de l'enquête (%)111
Figure 10.3	Élèves qui ont souffert de maux de dos au moins une fois par mois au cours des six derniers mois (%) ..112
Figure 10.4	Élèves qui ont souffert de maux de dos au moins une fois par mois au cours des six derniers mois, selon l'année de l'enquête (%)112
Figure 10.5	Élèves qui ont été déprimés (qui ont eu le cafard) au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois (%)113
Figure 10.6	Élèves qui ont été déprimés (qui ont eu le cafard) au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois, selon l'année de l'enquête (%)113
Figure 10.7	Élèves qui ont été irritables ou de mauvaise humeur au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois (%)114
Figure 10.8	Élèves qui ont été irritables ou de mauvaise humeur au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois, selon l'année de l'enquête (%)114
Figure 10.9	Opinion qu'ont les élèves de leur vie sur une échelle de 0 à 10115
Figure 10.10	Nombre moyen de symptômes psychosomatiques, selon l'opinion qu'ont les élèves de leur vie sur une échelle de 0 à 10117
Figure 10.11	Élèves qui se considèrent en bonne ou en excellente santé (%) ..118

Préface

L'état de la santé et du bien-être des jeunes du Canada a des répercussions importantes sur l'avenir du pays. Au cours des dernières années, la recherche et les enquêtes ont révélé de plus en plus et de façon constante que les expériences que nous vivons tôt dans notre vie, particulièrement aux stades de développement importants, comme la première année de vie et l'adolescence, influent sur notre santé et notre bien-être plus tard dans nos vies. Nous commençons aussi à comprendre le large éventail de facteurs qui ont un effet sur les attitudes et les comportements des jeunes en ce qui concerne la santé et le mode de vie. Les coûts pour les individus, et plus généralement pour la société dans son ensemble, peuvent être importants lorsque les jeunes n'arrivent pas à atteindre leur développement optimal, et ne deviennent donc pas des adultes sains, résistants, engagés et responsables socialement.

L'attention portée à la santé et au bien-être des enfants et des jeunes continue d'être élevée, et plusieurs secteurs ont un intérêt dans les besoins des enfants et ont la responsabilité de les satisfaire. Le Plan d'action national pour les enfants (1997) et l'Accord sur le développement de la petite enfance (2000) démontrent un engagement commun entre l'administration fédérale et les administrations provinciales et territoriales consistant à investir dans les enfants pendant leur petite enfance et à tirer parti de cet investissement au moment de la transition importante de l'enfance à l'adolescence. L'intérêt envers le suivi de la santé des jeunes et la surveillance de l'étendue avec laquelle les politiques et les programmes de santé en milieu scolaire sont en place dans tout le pays s'est accru. De plus, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont soutenu la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains et un ensemble de mesures générales pour jeter les bases de la promotion de choix positifs concernant les pratiques personnelles de

santé telles que manger sainement, ne pas fumer, se constituer un cercle social et demeurer actif physiquement. La Stratégie tiendra compte des enfants et des jeunes en se consacrant aux conditions générales qui créent la santé, en partie grâce à notre travail avec le secteur de l'enseignement et le milieu scolaire.

L'enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (enquête HBSC) est un instrument utile pour surveiller la santé des jeunes ainsi que les tendances et les comportements relatifs à la santé des enfants au fil du temps. Même si le rapport porte principalement sur les résultats des jeunes Canadiens, l'enquête est fondée sur une recherche multinationale effectuée par un réseau international d'équipes de recherche en collaboration avec le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il nous permet donc de comparer les problèmes du Canada avec ceux des 35 pays participants et de promouvoir la recherche interdisciplinaire en matière de santé et de modes de vie des jeunes. Des chercheurs de l'Angleterre, de la Finlande et de la Norvège ont fait la première enquête en 1982. Depuis, un nombre croissant de pays et de régions se sont joints au réseau de l'enquête HBSC. En 1983-1984, l'OMS a effectué la première *Étude multinationale sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire*, et cinq autres ont été menées depuis.

Le Canada a participé au cycle de l'enquête HBSC pour la première fois en 1989-1990 à titre de membre associé, avec 11 autres pays d'Europe, et a produit le rapport *Nos jeunes, leur santé* (1992). Le Canada a ensuite été accepté comme membre à part entière de l'équipe et a participé à trois autres enquêtes en 1993-1994, en 1997-1998 et en 2001-2002. Le dernier rapport sur les résultats du Canada, *La santé des jeunes : tendances au Canada (1999)*, fait le résumé des données du Canada au cours des trois cycles de l'enquête (1989-1990, 1993-1994 et 1997-1998)

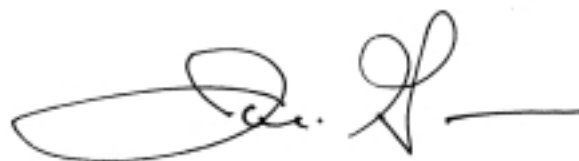
et, sur des sujets choisis, compare les résultats du Canada avec ceux de neuf pays européens et les États-Unis. Ce rapport examine les déterminants de la santé des jeunes Canadiens en 2002 et les tendances de leur santé au fil du temps.

L'enquête utilise l'approche de la santé publique comme cadre et considère la santé des jeunes dans son sens le plus large en examinant comment le statut socio-économique, la famille, les pairs et l'école forment la santé et le bien-être des enfants de trois groupes d'âge (11, 13 et 15 ans). Les données montrent plusieurs résultats révélateurs tels que l'importance d'être bien intégré socialement pour la satisfaction de vivre et les comportements de prise de risques. Elles révèlent aussi l'importante influence que certains déterminants, comme le sexe et le statut socio-économique peuvent avoir sur la vie des adolescents, et l'importance des expériences positives à l'école pour atteindre et conserver la santé et le bien-être. Bien que je sois heureux de signaler qu'il y a eu une certaine amélioration des attitudes et des comportements sains des jeunes depuis la dernière enquête, notamment la réduction du tabagisme chez certains groupes de jeunes adultes et les niveaux accrus d'activités physiques, certains résultats sont préoccupants, tels que le haut taux d'usage de la marijuana, l'obésité et les comportements sédentaires ainsi que l'insatisfaction envers les écoles, particulièrement parmi certains groupes vulnérables. Ces résultats indiquent qu'il reste beaucoup à faire dans le domaine de la promotion de la santé des jeunes, et des mesures ont déjà été mises en place pour y arriver.

L'échange d'information sur les comportements sains des jeunes, les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation ainsi que sur les déterminants sociaux et économiques de ces comportements dans le milieu où ils vivent, apprennent et jouent, peut fournir des renseignements utiles pour appuyer nos efforts de réduction des comportements qui menacent la santé, tant au niveau national qu'international. La recherche dans ces domaines continuera d'être utile à bien des

secteurs, notamment aux éducateurs en matière de santé, aux élaborateurs de politiques de la santé et aux concepteurs de programmes ainsi qu'aux chercheurs en santé des jeunes. Cela nous permettra de comparer les jeunes Canadiens à ceux qui vivent dans des milieux semblables, comme aux États-Unis et en Europe, et de tirer profit de la collaboration avec nos collègues d'autres pays à des activités de recherche et d'élaboration de politiques. Plus important encore, les enquêtes comme celle-ci nous permettent de savoir si nos propres initiatives de politiques de la santé et de programmes fonctionnent et si nous obtenons des résultats positifs pour la santé et le bien-être des jeunes Canadiens.

La promotion de la santé demeurera une priorité des politiques internationales et nationales. Au moment où nous nous efforçons de mieux comprendre les interactions entre les déterminants sociaux et économiques de la santé des jeunes Canadiens et d'améliorer les attitudes et les comportements sains des jeunes au fil du temps, nous devons aussi continuer à travailler en collaboration avec un grand nombre d'intervenants. Les connaissances des secteurs de la santé et de l'enseignement, de même que la recherche et les enquêtes effectuées pour former notre base de données probantes seront très utiles à mesure que nous irons de l'avant. Il faudra aussi s'efforcer de continuer de faire participer les jeunes au processus, à la fois à la surveillance des tendances comportementales et au processus stratégique, pendant que nous continuons d'élaborer des plans pour améliorer leurs résultats sur la santé.



Ian Green
Sous-ministre
Santé Canada

Résumé

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. 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. 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

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

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

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 sœur.

Les blessures

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 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/>

Remerciements

Le présent rapport expose les résultats du quatrième cycle de l'enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (enquête HBSC) au Canada. C'est le point culminant de la collaboration d'équipes de chercheurs de 35 pays d'Europe ainsi que du Canada et des États-Unis.

La réalisation de l'enquête HBSC et l'établissement du présent rapport ont été rendus possibles grâce au soutien financier de la Division de l'enfance et de l'adolescence de Santé Canada. Des remerciements spéciaux sont adressés à Lesley Doering et à Patricia Walsh, analystes principales de la recherche à la Section de la recherche et de la politique stratégique de la Division de l'enfance et de l'adolescence, à Mary Johnston, gestionnaire de l'Équipe du syndrome de l'alcoolisme fœtal, ainsi qu'à Christine Stanford, analyste principale de recherche, pour leur précieux concours tout au long de la planification de l'étude et de la rédaction du rapport.

Le groupe de chercheurs qui ont rédigé le rapport comprend :

Will Boyce, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's;
 Wendy Craig, Département de psychologie, Université Queen's;
 John Freeman, Département d'éducation, Université Queen's;
 Matthew King, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's;
 Don Klinger, Département d'éducation, Université Queen's;
 Mark Lee, Département d'éducation, Université Trent;
 Will Pickett, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Queen's;
 Hana Saab, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's.

Le Groupe d'évaluation des programmes sociaux de l'Université Queen's s'est occupé de la collecte et de l'analyse des données sous la supervision de Matthew King, chargé de projet. Helen Connop, Lee Fisher-Goodchild, Amanda Moir et Beverly Coles devaient pour leur part contacter les écoles participantes et coordonner l'administration de l'enquête. Angela Severson était chargée de l'organisation des travaux d'introduction des données, dont s'est chargé avec enthousiasme un groupe d'étudiants formé de Andrew Burns, Amy Lang, Broze Steggle, Tanya Whittaker et Angelina Young.

Diane Earle, Keenan Hunt et Diane Yocum ont fait preuve d'une infinie patience au regard de la préparation et de la révision des figures ainsi que de la mise à jour des versions modifiées et révisées des différents chapitres.

Kirsteen McLeod et Charlotte Duchenne ont corrigé le manuscrit, et Marie Tappin, des services de production et de conception, s'est occupée de la conception et de la mise en page du report. Delta Printers s'est chargée de la production du rapport.

Jean-Pierre Doyon et Jean-Charles Daoust ont traduit en français les différents documents composant le rapport.

Enfin, nous désirons remercier de façon particulière les élèves, qui ont accepté de nous faire part de leur expérience, ainsi que les directeurs d'école, les enseignants, les conseils scolaires et les parents, qui ont rendu l'enquête possible.

1

Introduction

William Boyce et
Matthew King

La première enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (enquête HBSC) a été menée en 1982 par un petit groupe de chercheurs de trois pays : l'Angleterre, la Finlande et la Norvège. L'objectif était d'examiner un certain nombre de comportements des adolescents en rapport avec la santé ainsi que diverses variables sociales et variables relatives au milieu. Quatre ans plus tard, le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a commencé à parrainer l'enquête, qui englobait désormais 11 pays. Le groupe de recherche international de l'enquête HBSC a invité l'Université Queen's à participer, en partenariat avec Santé Canada, à l'enquête de 1989-1990 en tant que membre associé. Par la suite, le Canada a participé, en tant que membre à part entière, à trois autres enquêtes HBSC, soit celles de 1993-1994, 1997-1998 et 2001-2002. Les enquêtes HBSC sont maintenant menées tous les quatre ans auprès d'un échantillon représentatif de jeunes de 11, 13 et 15 ans, dans 35 pays participants¹.

L'enquête HBSC s'appuie sur la méthode axée sur la santé de la population élaborée par l'OMS et Santé Canada. Cette méthode tient compte de toute une série de déterminants des



Hana Saab

comportements de santé des enfants et des adolescents, notamment les facteurs sociaux, économiques et politiques, les facteurs psychologiques, génétiques et biologiques, le sexe, les pratiques individuelles liées à la santé, les ressources communautaires et le milieu physique (Santé Canada, 1994 et 1996). Ces déterminants n'agissent pas indépendamment les uns des autres. Ils interagissent plutôt d'une façon complexe pour influencer sur la santé des personnes et des collectivités (Santé Canada, 2000). C'est pourquoi on tient compte de toute

¹ L'enquête de 2002 a été menée en Autriche, en Belgique (flamande), en Belgique (francophone), au Canada, en Croatie, en République tchèque, au Danemark, en Angleterre, en Estonie, en Finlande, en France, en Allemagne, en Grèce, au Groenland, en Hongrie, en Irlande, en Israël, en Italie, en Lettonie, en Lituanie, en Macédoine, à Malte, aux Pays-Bas, en Norvège, en Pologne, au Portugal, en Russie, en Écosse, en Slovénie, en Espagne, en Suède, en Suisse, en Ukraine, aux États-Unis et au Pays de Galles.

une série de facteurs individuels, sociaux et environnementaux pour définir l'état de santé de la population ainsi qu'élaborer des programmes et des politiques pour améliorer la santé.

Dans le modèle axé sur la santé de la population et dans le cadre théorique qui guide la conception des questionnaires des enquêtes HBSC, l'adolescence est considérée comme une étape de développement naturelle. Dans ce contexte, le suivi des changements qui se produisent à chaque étape de développement est un élément essentiel de l'enquête HBSC. Ce suivi est effectué par une méthode transversale à passages répétés, plutôt que par une méthode longitudinale, qu'il aurait été difficile d'utiliser pour des raisons de coût et d'organisation. Trois groupes d'âge (11, 13 et 15 ans) considérés comme représentatifs des périodes critiques du développement des adolescents ont été établis et des enquêtes ont été menées auprès d'échantillons nationaux de jeunes de ces âges tous les quatre ans. Plusieurs des questions obligatoires du questionnaire de l'enquête HBSC sont demeurées essentiellement les mêmes année après année, ce qui permet aux chercheurs d'examiner les différences à chaque étape de développement ainsi que les tendances quant à la santé des jeunes au fil des ans. L'ajout périodique de nouvelles questions, par exemple les variables destinées à évaluer le comportement sexuel dans l'enquête de 2001-2002, étend le champ de la recherche, assure l'intégration de questions scientifiquement éprouvées et acceptées, et permet aux chercheurs d'examiner les sujets d'étude sous l'angle de diverses disciplines. De plus, l'utilisation de blocs de questions facultatifs HBSC et de questions pour le Canada seulement permet d'adapter l'enquête HBSC aux besoins du Canada.

Le présent rapport vise principalement à examiner les déterminants de la santé des jeunes Canadiens en 2002. Il vise aussi à examiner les tendances concernant la santé des jeunes Canadiens au fil du temps. L'enquête HBSC n'a pas pour but d'évaluer l'incidence de change-

ments précis dans les systèmes sociaux, le milieu et les systèmes de santé sur la santé des jeunes, mais seulement de relever si des changements se sont opérés concernant leur état de santé et les déterminants de cet état de santé.

Ainsi, les efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies déployés au Canada se sont étendus à de nombreux groupes d'âge ainsi qu'à des éléments tels que la promotion de l'activité physique, l'alimentation santé et les programmes scolaires polyvalents. Les campagnes antitabac et antidrogue visant les jeunes se sont aussi intensifiées. Les conclusions du présent rapport donnent une idée vague du succès de ces initiatives.

Les conclusions pour le Canada des enquêtes HBSC précédentes sont présentées dans quatre rapports. Le premier de ces rapports, *Nos jeunes, leur santé* (King et Coles, 1992), a été publié par Santé Canada. On y comparait les résultats obtenus au Canada dans l'enquête de 1990 à ceux obtenus dans 10 autres pays et on y examinait leur pertinence en regard des politiques et des programmes du Canada. Le deuxième rapport, *The Health of Youth* (King, Tudor-Smith et Harel, 1996), a été publié par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS. On y examinait les résultats de l'enquête de 1994 dans 23 pays. Le troisième rapport, *La Santé des jeunes : tendances au Canada* (King, Boyce et King, 1999), a été publié par Santé Canada. On y examinait les tendances quant à la santé des jeunes Canadiens entre 1990 et 1998. On y comparait également les résultats obtenus au Canada dans l'enquête de 1998 à ceux obtenus dans plus de 25 pays. Le rapport intitulé *Health and Health Behaviour Among Young People* (Currie, Hurrelman, Settertobulte, Smith et Todd, 2000) a été publié par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS.

Les questionnaires

Le questionnaire obligatoire HBSC est distribué à des élèves de 11, 13 et 15 ans des 35 pays qui participent à l'enquête HBSC, pour qu'ils le remplissent en classe. Au Canada, la plupart de ces élèves sont en 6^e, 8^e et 10^e année (ou les classes équivalentes au Québec). D'autres questions sur des sujets précis (posées dans certains pays, mais pas dans tous) ainsi que des questions propres à des pays peuvent s'y ajouter. Le questionnaire est élaboré en collaboration par les chercheurs HBSC, puis il est ratifié à l'occasion de réunions semestrielles. On s'est efforcé de conserver un même noyau de questions à chaque enquête de façon à faciliter le suivi des tendances au fil des ans.

Issus de divers pays et de diverses disciplines et privilégiant différents cadres théoriques, les chercheurs qui participent à l'enquête HBSC ont néanmoins convenu de deux grands impératifs concernant l'orientation de la recherche. Le premier était de tenir compte du développement des jeunes, afin de pouvoir examiner les changements qui surviennent dans les attitudes et les comportements liés à la santé, depuis la seconde enfance jusqu'au milieu de l'adolescence. Le second de ces impératifs était d'établir les indicateurs de la santé et les facteurs susceptibles d'influer sur ces changements. Ces indicateurs comprennent des comportements comme l'usage de tabac, la consommation d'alcool et le niveau d'activité physique, des états psychologiques tels que le bonheur et la solitude ainsi que des problèmes tels que les blessures, les maux de tête et le fait d'être victime d'actes d'intimidation. Les facteurs qui influencent la santé, qu'on appelle aussi les déterminants, sont notamment l'école, les parents, les camarades et les inégalités sociales. Étant donné les possibilités d'interaction entre les indicateurs et les déterminants, ils sont interchangeables dans les analyses.

Des questions ont été ajoutées au questionnaire pour chacune des quatre enquêtes HBSC menées au Canada. Des questions concernant l'estime de soi, les relations avec les parents et la consommation de drogue (9^e et 10^e année seule-

ment) ont toujours été posées. Pour l'enquête de 2001-2002, on a ajouté au questionnaire de l'enquête HBSC menée au Canada des questions destinées à pousser l'analyse concernant le capital social, l'usage de tabac, les actes d'intimidation, les blessures et la vie à l'école. Le questionnaire utilisé au Canada comprenait aussi des questions sur les incapacités, l'asthme et la consommation de médicaments. On a aussi fait remplir par les directions d'école, au Canada, un questionnaire concernant la composition et les politiques de leur établissement.

Les enquêtes ont été menées auprès de classes d'élèves choisies au moyen de méthodes systématiques d'échantillonnage et elles ont été conçues pour que les jeunes puissent y répondre pendant un cours de 40 minutes. Il y avait une ou deux questions ouvertes, mais un choix de réponse était proposé dans presque tous les cas. On garantissait l'anonymat aux élèves et on demandait aux enseignants de suivre rigoureusement des instructions précises concernant le consentement actif des intéressés et la façon de faire remplir le questionnaire.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe des différences fondamentales entre les pays HBSC participants en ce qui concerne la langue et d'autres aspects culturels. Bien que ces différences soient plus manifestes sur le plan des habitudes alimentaires, elles interviennent également dans le cas de concepts comme l'intimidation, pour lesquels il est difficile de trouver des équivalences exactes dans toutes les langues requises. Il a donc fallu faire des compromis qui ont influé sur la congruence de certaines questions pour tous les pays. Il a aussi fallu faire des compromis pour pouvoir à la fois utiliser les mêmes questions dans chaque enquête, afin de permettre le suivi des changements, et améliorer la qualité de certaines questions obligatoires suivant les normes internationales. De fait, la formulation de certaines questions obligatoires de l'enquête de 2001-2002 a été modifiée afin d'en accroître la validité et la fiabilité. Ces modifications sont signalées dans le texte.

Tableau 1.1

Répartition des élèves de chaque niveau scolaire pour l'enquête HBSC de 2001-2002

	6 ^e année	7 ^e année	8 ^e année	9 ^e année	10 ^e année
Garçons	980 (47,5 %)	694 (49,5 %)	647 (46,7 %)	525 (42,8 %)	511 (44,2 %)
Filles	1083 (52,5 %)	709 (50,5 %)	738 (53,3 %)	703 (57,2 %)	645 (55,8 %)
Total	2 063 (100 %)	1 403 (100 %)	1 385 (100 %)	1 228 (100 %)	1 156 (100 %)

L'échantillon

Pour l'enquête menée au Canada, on a utilisé le procédé d'échantillonnage systématique en grappes, la grappe étant la classe. Dans un premier temps, on a estimé le nombre de classes de 6^e, 7^e, 8^e, 9^e et 10^e année dans les écoles du Canada et on a établi une liste de ces écoles. Comme l'échantillon devait être autopondéré, il a fallu tenir compte de plusieurs caractéristiques de la population canadienne pour grouper les écoles dans la liste de l'échantillon. Ces caractéristiques étaient la province, la langue d'enseignement, l'emplacement géographique, la taille de la localité (urbaine/rurale) et le genre d'école (publique/catholique romaine). La liste a été systématiquement échantillonnée en supposant qu'il y avait 25 élèves par classe. Environ 80 classes par niveau scolaire ont été sélectionnées afin de parvenir à la taille visée de l'échantillon, soit 4 600 élèves pour le fichier de données international HBSC, nombre qui tient compte des refus. On a alors communiqué avec les administrations scolaires sélectionnées, puis avec les écoles, pour solliciter leur participation. On a aussi sélectionné des écoles de remplacement suivant les mêmes critères. Le pourcentage global de consentement des parents et des élèves a été de 74 p. 100.

Les procédés d'échantillonnage utilisés variaient légèrement selon les structures scolaires et les ressources financières des différents pays HBSC participants. Toutefois, l'échantillon de base était essentiellement le même, devant permettre de choisir un groupe d'âge qui pour-

rait être comparé dans chaque pays et entre les pays. Dans certains pays, où l'âge d'admission à l'école et la progression d'une classe à l'autre sont normalisés, presque tous les groupes d'âge ciblés se trouvaient dans la même classe. Dans d'autres pays, où beaucoup d'élèves redoublent pour des raisons scolaires, les groupes d'âge requis pouvaient être répartis dans deux ou même trois classes.

Pour les enquêtes menées au Canada en 1998 et en 2002, on a utilisé un procédé d'échantillonnage systématique par grappes pour les cinq classes (6^e, 7^e, 8^e, 9^e et 10^e année), afin d'assurer une représentation plus fidèle des trois groupes d'âge (11, 13 et 15 ans). L'enquête de 2002 a été réalisée plus tard dans l'année que les deux enquêtes précédentes, soit de janvier à mai plutôt que de novembre à mars. Cela a pour conséquence que les échantillons intragroupe pour les 6^e, 8^e et 10^e année en 2002 sont composés d'élèves qui sont en moyenne deux mois plus âgés que les groupes comparables en 1994 et en 1998. Cette différence de période administrative, qui pourrait avoir une incidence sur des comportements et sur des éléments comme l'usage de tabac et la consommation de drogue, les activités de loisir (sports d'hiver plutôt que sports plutôt pratiqués au printemps) et les blessures, doit être prise en considération dans l'interprétation des résultats.

La présentation des résultats

La plupart des résultats sont présentés sous forme de diagrammes à barres selon la classe, le sexe et l'année d'enquête. Comme il était impossible de présenter tous les résultats de l'enquête HBSC dans le présent rapport, nous avons choisi les questions et les thèmes principaux. Dans de nombreux cas, un seul choix de réponse ou une combinaison de choix de réponse pouvait représenter un thème. Le choix de réponse pouvait correspondre à la proportion d'élèves qui étaient d'accord avec un énoncé particulier comme « J'aime aller à l'école »; ou qui ont répondu « Chaque jour » à une question comme « Combien de fois fumes-tu du tabac présentement? »; ou qui ont répondu « tous ou presque tous » à un énoncé comme « Combien de tes amis fument du tabac? ». C'est ainsi qu'une grande quantité de données importantes ont dû être mises de côté. Lorsqu'il y a lieu, ces données manquantes sont signalées. Il est toutefois possible d'obtenir les tableaux comprenant toutes les questions et réponses en s'adressant à Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/pdfa-zfrançais.html#t18>).

On ne doit pas accorder une trop grande importance aux différences de trois points de pourcentage ou moins dans les comparaisons selon le groupe d'âge et le sexe. Cependant, les petites différences qui s'inscrivent manifestement dans une tendance sont signalées dans le présent rapport. Le procédé d'échantillonnage a été conçu pour produire des limites de confiance de plus ou moins 3 p. 100 à un niveau de probabilité de 90 p. 100. Cela signifie que 9 fois sur 10, l'échantillon se situera à plus ou moins trois points de pourcentage des valeurs indiquées. Plusieurs facteurs de conception, notamment le procédé d'échantillonnage en grappes, les différences entre les systèmes scolaires ainsi que les différences culturelles et linguistiques, doivent également être pris en considération dans les analyses comparatives.

Étant donné que l'unité retenue dans le procédé d'échantillonnage était la classe, il est possible que les personnes formant la grappe partagent un certain nombre de comportements ou d'attitudes. Elles peuvent, par exemple, avoir accès à la même nourriture à la cafétéria ou partager la même opinion concernant un enseignant ou leur école. En revanche, les élèves d'une même classe sont moins susceptibles de présenter des caractéristiques communes pour des éléments tels que les relations avec les parents ou le fait d'avoir des maux de tête ou de prendre des médicaments. Il est donc légitime d'accorder plus de poids à de petites différences concernant des éléments qui risquent peu d'être influencés du fait que les élèves de l'échantillon proviennent de la même classe.

Comme il est souhaitable d'examiner les liens entre les déterminants de la santé, les comportements et les observations relatives à la santé, des renseignements supplémentaires sont présentés sous la forme du coefficient de corrélation de Pearson entre les variables examinées (l'usage de tabac, par exemple) et d'autres facteurs. Un coefficient de corrélation signalé comme étant significatif indique qu'il existe un lien réel entre les éléments évalués. Si le coefficient de corrélation est inférieur à 0,20, le lien est considéré comme faible. S'il se situe entre 0,21 et 0,39, le lien est modéré. S'il est de 0,40 ou plus, le lien est fort.

Les échelles

Douze échelles ou mesures composites ont été établies, afin de mesurer les concepts généraux concernant la santé des adolescents ainsi que de faciliter l'examen des liens entre ces concepts. Les échelles peuvent correspondre à des mesures types antérieurement validées, comme c'est le cas de l'échelle d'aisance de la famille, de l'échelle des relations avec les parents et de l'échelle psychosomatique. D'autres échelles ont été établies spécialement pour la présente

recherche au moyen d'un examen de la validité apparente, d'une analyse factorielle et d'une analyse de fiabilité. Toutes ces échelles sont présentées ci-après. Les choix de réponse pour ces échelles sont indiqués dans le rapport.

L'échelle d'aisance de la famille (alpha = 0,39) est composée des variables suivantes : (a) Ta famille possède-t-elle une voiture, une camionnette ou une wagonnette? (b) As-tu ta propre chambre à coucher? (c) Combien d'ordinateurs ta famille possède-t-elle? (d) Au cours des 12 derniers mois, as-tu fait un voyage d'agrément avec ta famille (vacances)?

L'échelle des relations avec les parents (alpha = 0,84) est composée des variables suivantes : (a) Mes parents me comprennent; (b) J'ai une vie familiale heureuse; (c) Mes parents sont trop exigeants envers moi; (d) Mes parents me font confiance; (e) Je me chicane souvent avec mes parents; (f) Il y a des jours où je voudrais partir de la maison; (g) Ce que mes parents pensent de moi est important; (h) Mes parents sont trop exigeants envers mes résultats scolaires.

L'échelle d'intégration sociale (alpha = 0,58) est composée des variables suivantes : (a) Dans quelle mesure est-il facile pour toi de parler à ton meilleur ami ou à ta meilleure amie des choses qui te tracassent vraiment? (b) Dans quelle mesure est-il facile pour toi de parler à tes amis ou amies du même sexe des choses qui te tracassent vraiment? (c) Dans quelle mesure est-il facile pour toi de parler à tes amis ou amies du sexe opposé des choses qui te tracassent vraiment? (d) À l'heure actuelle, combien de très bons amis as-tu? (e) À l'heure actuelle, combien de très bonnes amies as-tu? (f) Combien de fois par semaine vois-tu tes amis ou amies après l'école?

L'échelle de l'influence des camarades (alpha = 0,73) est composée des variables suivantes : (a) Mes amis ou amies fument la cigarette; (b) Mes amis ou amies aiment l'école; (c) Mes amis ou amies considèrent qu'il est important d'obtenir de bonnes notes; (d) Mes amis ou amies s'entendent bien avec leurs parents; (e) Mes amis ou amies portent des armes (des couteaux, par exemple); (f) Mes amis ou amies se droguent; (g) Mes amis ou amies se sont déjà enivrés ou enivrées.

L'échelle du soutien des parents à l'école (alpha = 0,86) est composée des variables suivantes : (a) Si j'ai un problème à l'école, mes parents sont prêts à m'aider; (b) Mes parents sont prêts à se rendre à l'école pour parler à mes professeurs; (c) Mes parents m'encouragent à avoir de bons résultats scolaires; (d) Mes parents s'intéressent à ce qui m'arrive à l'école; (e) Mes parents sont prêts à m'aider avec mes devoirs.

L'échelle de satisfaction à l'égard de l'école (alpha = 0,88) est composée des variables suivantes : (a) Que penses-tu de l'école en ce moment? (b) Notre école est un endroit où il fait bon vivre; (c) J'ai un sentiment d'appartenance envers mon école; (d) Je me sens en sécurité à mon école; (e) J'ai hâte d'aller à l'école; (f) J'aime être à l'école; (g) Il y a beaucoup de choses que je n'aime pas à propos de l'école; (h) J'aimerais bien ne pas avoir à aller à l'école; (i) J'aime les activités à l'école.

L'échelle de l'atmosphère à l'école (alpha = 0,84) est composée des variables suivantes : (a) Les règles de l'école sont justes; (b) Mon ou mes professeurs m'encouragent à exprimer mon point de vue en classe; (c) Nos professeurs nous traitent équitablement; (d) Lorsque j'ai besoin d'aide supplémentaire, je peux l'obtenir; (e) Mes professeurs s'intéressent à moi en tant que personne; (f) La plupart de mes professeurs sont gentils.

L'échelle de l'autonomie des élèves à l'école (alpha = 0,72) est composée des variables suivantes : (a) À notre école, les élèves participent à l'adoption des règles de l'école; (b) Les élèves peuvent travailler à leur propre rythme; (c) Les élèves peuvent choisir leurs partenaires pour le travail en équipe; (d) Les élèves ont leur mot à dire sur le déroulement des cours; (e) Les élèves ont leur mot à dire sur les activités auxquelles ils participent; (f) Les professeurs décident quels élèves pourront travailler ensemble.

L'échelle du soutien entre élèves à l'école (alpha = 0,77) est composée des variables suivantes : (a) Les élèves de mes cours sont heureux d'être ensemble; (b) La plupart des élèves de mes cours sont gentils et prévenants; (c) Les autres élèves m'acceptent comme je suis; (d) Lorsqu'un élève de la classe est déprimé, un autre élève essaie de lui remonter le moral.

L'échelle du rendement scolaire (alpha = 0,80) est composée des variables suivantes : (a) Selon toi, que pensent ton ou tes professeurs de ton

rendement scolaire comparativement à ceux de tes camarades? (b) J'ai de la difficulté avec mon travail scolaire; (c) Je pense que je suis aussi intelligent ou intelligente que les autres élèves de mon âge; (d) J'ai de la difficulté à finir mon travail scolaire à temps; (e) Je réussis très bien le travail pendant les cours; (f) J'ai de la difficulté à trouver les réponses en classe; (g) Je pense que je suis assez intelligent ou intelligente.

L'indice des comportements à risques multiples est composé de quatre questions : (a) As-tu déjà bu suffisamment d'alcool pour être vraiment ivre? (b) Combien de fois fumes-tu du tabac présentement? (c) À combien de reprises as-tu pris part à des actes d'intimidation ou de taxage à l'école contre un élève ou des élèves au cours des derniers mois? (d) À quelle fréquence boucles-tu ta ceinture de sécurité lorsque tu es en voiture? Les réponses des élèves à ces questions ont été classées en deux catégories selon 1) *la présence d'un facteur de risque*, quand un élève a eu un comportement à risque au moins une fois, sauf pour ce qui concerne l'utilisation de la ceinture de sécurité, où seules les réponses rarement, jamais ou parfois sont considérées comme équivalant à un facteur de risque, et 2) *l'absence d'un facteur de risque*, quand un élève n'a jamais eu de comportement à risque, sauf pour l'utilisation de la ceinture de sécurité, où les élèves qui ont répondu qu'ils bouclaient habituellement leur ceinture sont considérés comme n'ayant pas de comportements à risque.

L'échelle psychosomatique (alpha = 0,80) est composée des variables suivantes : Au cours des six derniers mois, as-tu souffert des malaises suivants? (a) maux de tête; (b) maux d'estomac; (c) maux de dos; (d) avoir le cafard (être déprimé); (e) irritabilité ou mauvaise humeur; (f) nervosité; (g) difficulté à s'endormir; (h) étourdissements.



L'organisation du rapport

Le présent rapport s'articule autour des grands thèmes liés à la santé de la population. La plupart des chapitres débutent par un bref examen des écrits pertinents, suivi d'un examen plus poussé des résultats obtenus pour des questions particulières et des tendances au fil du temps. Pour terminer, on signale les principaux liens observés entre les variables et les échelles, et on attire l'attention sur les constatations les plus importantes du chapitre.

Le chapitre 2 porte sur les inégalités sociales, dans une perspective plus globale que celle de l'analyse des inégalités socio-économiques traditionnelles. On y examine les variables relatives aux inégalités sociales des adolescents, notamment le degré d'aisance de la famille sur le plan financier, le travail des parents et la pauvreté ainsi que les perceptions des jeunes quant à la richesse. Certains liens entre la situation socio-économique et les observations relatives à la santé des jeunes sont signalés. Dans les chapitres 3, 4 et 5, on examine les trois principaux systèmes sociaux dans lesquels vivent les adolescents – la maison, le groupe de camarades et l'école – ainsi que les liens entre l'attachement pour ces systèmes sociaux et les émotions, les comportements liés à la santé et le rendement scolaire des adolescents. Dans le chapitre 6, l'examen se porte sur l'usage de tabac, la consommation d'alcool et la consommation de drogue par les adolescents ainsi que sur les comportements sexuels des adolescents et sur les conséquences de ces comportements. Dans le chapitre 7, nous présentons les résultats du volet de l'enquête concernant la santé physique chez les jeunes, notamment les habitudes alimentaires, l'hygiène dentaire et les activités physiques et de loisirs. Il y est aussi question de l'asthme et de la consommation de médicaments courants. Le chapitre 8 porte sur la violence et l'intimidation entre les jeunes Canadiens ainsi que sur l'ampleur de ces comportements. Le chapitre 9 traite des blessures courantes et de

leurs conséquences ainsi que de l'utilisation par les jeunes de la ceinture de sécurité en voiture et du casque à vélo. Dans le chapitre 10, nous examinons la santé émotionnelle des adolescents ainsi que des facteurs comme l'estime de soi, qui permettent aux jeunes de composer avec les tensions de l'adolescence. On y examine aussi les problèmes liés au stress, notamment les symptômes psychosomatiques. Le rapport se termine par un bref chapitre sur l'incidence des résultats obtenus du point de vue des grandes orientations à établir.

2

Les inégalités socio-économiques

Mark Lee

Les inégalités sociales sont associées à divers indicateurs, dont la perception de sa santé, la mortalité, la morbidité et la maladie psychosomatique (Machenbach, Kunst et Cavelaars, 1997; Kennedy, Kawachi et Prothrow-Stith, 1998). Certaines inégalités comme celles liées au sexe, à la race et aux incapacités déterminent les conditions de vie de base et les chances d'épanouissement des personnes.

Les inégalités socio-économiques s'accroissent partout dans le monde (Atkinson, Rainwater et Smeeding, 1995), s'étendant à des facteurs tels que le revenu, la richesse, l'éducation et le prestige (Currie, Samdal, Boyce et Smith, 2001). Bien que ces facteurs socio-économiques aient été associés au bien-être des enfants et des adultes, leur incidence sur les adolescents prête à controverse (Bergman et Scott, 2001). Ainsi, l'examen du lien entre les variables socio-économiques et le fonctionnement de la famille a abouti à des résultats différents (Baer, 1999), comme on le voit au chapitre 3 (Le foyer) du présent rapport.

Dans le cadre de l'étude HBSC, les éléments d'évaluation du statut socio-économique étaient le travail des parents et le revenu familial



Hana Saab

tels qu'ils sont établis par la richesse matérielle, la perception du degré d'aisance de la famille sur le plan financier et la pauvreté (sous forme de la faim). L'échelle d'aisance de la famille a été utilisée pour rendre compte des réponses des élèves concernant les biens et la richesse matérielle de leurs familles (Currie, Todd et Platt, 1997; Mullan et Currie, 2000).

Dans le présent chapitre, nous examinons divers aspects des inégalités sociales évaluées sous l'angle de l'aisance de la famille et d'autres éléments d'évaluation du statut socio-économique, puis nous décrivons les liens entre le degré d'aisance de la famille et les observations relatives à la santé des jeunes.

Figure 2.1

Pères ayant un emploi : genre de travail, tous les élèves (%)

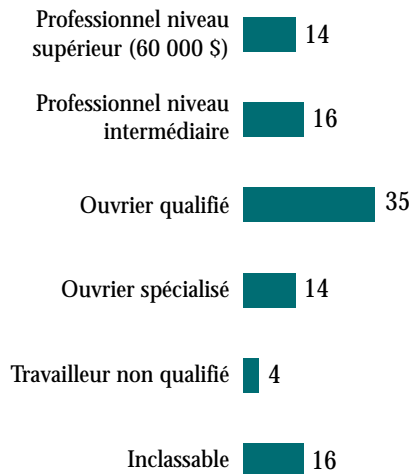
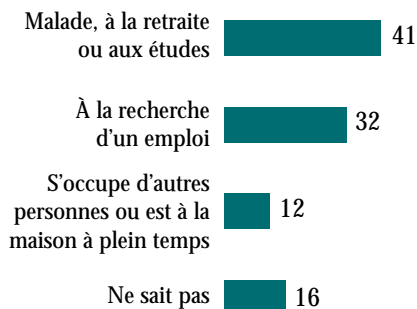


Figure 2.2

Pères sans emploi : raison de l'inactivité économique, tous les élèves (%)



Le statut socio-économique – L'emploi des parents

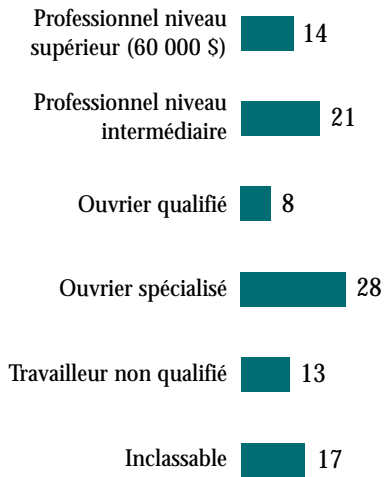
Comme beaucoup de jeunes ne peuvent pas fournir de renseignements précis sur les revenus de leur famille (Duncan et Brooks-Gunn, 2000), on évalue souvent plutôt le statut socio-économique des jeunes d'après le type d'emploi de leurs parents. Pour la présente étude, on a donc demandé aux élèves quel travail faisaient leurs parents. Les élèves dont les parents ne travaillaient pas étaient invités à en indiquer la raison.

Environ 90 p. 100 des élèves de la 6^e à la 10^e année ont indiqué que leur père travaillait. Près du tiers des pères qui travaillaient exerçaient une profession et un peu plus du tiers d'entre eux étaient des travailleurs qualifiés, par exemple des plombiers, des électriciens ou des agents de la paix (figure 2.1). Seulement le tiers des élèves dont le père était sans emploi ont indiqué que ce dernier se cherchait du travail; 41 p. 100 d'entre eux ont répondu que leur père ne travaillait pas parce qu'il était malade, à la retraite ou aux études, et seulement 12 p. 100 parce qu'il s'occupait d'autres personnes à temps plein à la maison (figure 2.2).



Figure 2.3

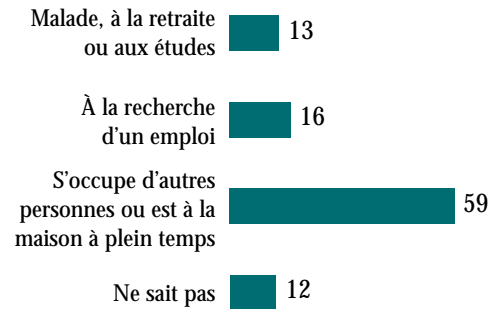
Mères ayant un emploi : genre de travail, tous les élèves (%)



Les élèves devaient aussi répondre à des questions sur la situation d'emploi de leur mère. Environ 80 p. 100 des élèves ont indiqué que leur mère avait un emploi. Comme on le voit à la figure 2.3, une proportion importante (28 p. 100) des mères occupaient des emplois spécialisés et 21 p. 100 d'entre elles exerçaient une profession de niveau intermédiaire; 8 p. 100 des mères, soit une proportion moindre que les pères, étaient des ouvrières qualifiées. Parmi celles qui n'avaient pas d'emploi, la raison de loin la plus souvent invoquée était qu'elles devaient s'occuper d'autres personnes à la maison (figure 2.4).

Figure 2.4

Mères sans emploi : raison de l'inactivité économique, tous les élèves (%)



Le statut socio-économique – Le revenu

L'examen qu'ont fait Abernathy, Webster et Vermeulen des données de l'enquête nationale sur la santé de la population des États-Unis en 2002 révèle qu'il existe un lien marqué entre le revenu et la santé des jeunes. Bien que les enfants et les adolescents soient conscients de l'inégalité socio-économique (Jensen et Jensen, 2002), rares sont les études dans lesquelles on examine les liens entre l'inégalité socio-économique et la santé des adolescents (Currie, Todd et Platt 1997; Abernathy, Webster et Vermeulen, 2002).

Figure 2.5
Élèves qui ont répondu que leur famille est très à l’aise ou assez à l’aise (%)

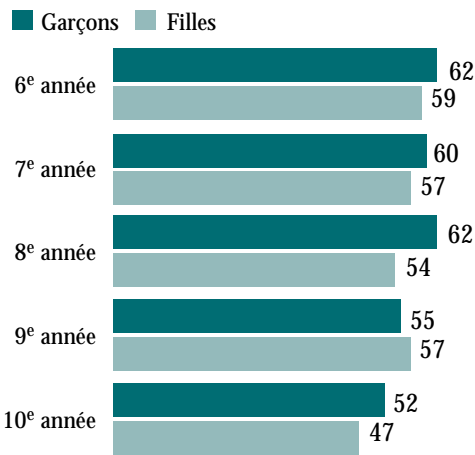
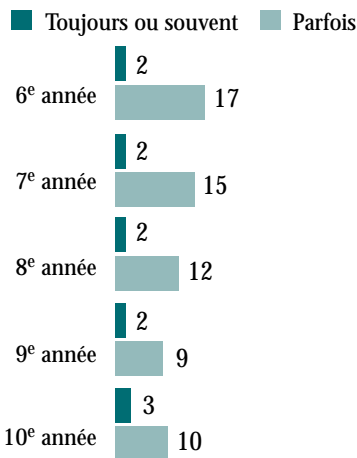
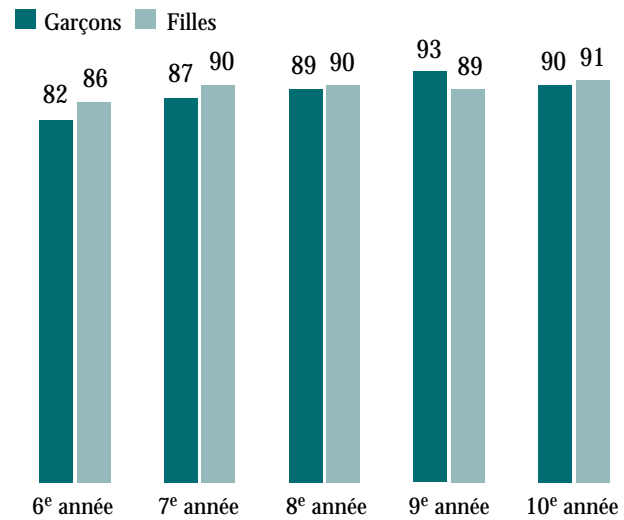


Figure 2.6
Élèves qui vont au lit sans avoir mangé à leur faim parce qu’il n’y a pas assez de nourriture à la maison (%)



Le revenu familial est un indicateur important du statut socio-économique. L'enquête HBSC contenait des questions concernant la perception des élèves à l'égard du degré d'aisance de leur famille. Comme on le voit à la figure 2.5, un peu plus de la moitié des élèves canadiens interrogés percevaient que leur famille était très à l'aise ou assez à l'aise sur le plan financier; le pourcentage diminue toutefois chez les élèves plus âgés, peut-être parce qu'en

Figure 2.7
Élèves qui ont leur propre chambre à coucher (%)



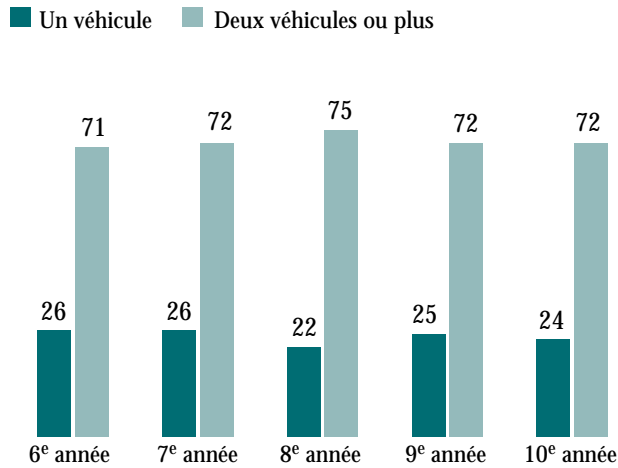
vieillissant, les jeunes sont plus à même de se rendre compte des limites financières de leur famille. Par ailleurs, les garçons étaient un peu plus nombreux que les filles à dire que leur famille était très à l'aise ou assez à l'aise sur le plan financier.

L'enquête a aussi permis de recueillir de l'information sur la pauvreté, en demandant aux élèves s'il leur arrive souvent d'aller au lit sans avoir mangé à leur faim parce qu'il n'y a pas assez de nourriture à la maison. Comme on le voit à la figure 2.6, un pourcentage important d'élèves, surtout parmi les plus jeunes, ont répondu qu'ils allaient parfois au lit sans avoir mangé à leur faim. Ainsi, 17 p. 100 des élèves de 6^e année, par rapport à 10 p. 100 des élèves de 10^e année, ont donné cette réponse. Un pourcentage beaucoup moindre d'élèves ont indiqué qu'ils allaient toujours ou souvent au lit sans avoir mangé à leur faim.

Afin de recueillir plus de renseignements sur le revenu des familles, on a posé aux élèves des questions concernant les biens matériels et la richesse disponible des familles. Comme on le voit à la figure 2.7, seulement 10 p. 100 des élèves ont indiqué qu'ils n'avaient pas leur propre chambre, le pourcentage global des élèves ayant leur propre chambre augmentant entre la

Figure 2.8

Élèves dont la famille possède au moins une voiture, une wagonnette ou une camionnette (%)



6^e et la 10^e année. Par ailleurs, près des trois quarts des élèves ont indiqué que leur famille possédait deux véhicules ou plus (figure 2.8). Environ 4 p. 100 des élèves interrogés ont dit que leur famille ne possédait aucun véhicule. Afin de déterminer si les familles avaient les moyens de partir en vacances, on a demandé aux élèves combien de fois ils étaient allés en vacances avec leur famille au cours de la dernière année (figure 2.9). Les adolescents plus jeunes ont été plus nombreux à répondre qu'ils avaient fait plus de deux voyages avec leurs parents durant l'année précédente. Il est toutefois possible qu'un certain nombre d'élèves plus âgés aient préféré rester à la maison et, par conséquent, n'aient pas tenu compte de certains voyages effectués par la famille dans leur réponse.

La possession d'un ou de plusieurs ordinateurs a aussi été retenue comme indicateur du degré d'aisance de la famille. Comme on le voit à la figure 2.10, environ la moitié des élèves ont répondu que leur famille possédait un ordinateur; 41 p. 100 des élèves ont indiqué que leur famille en possédait deux ou plus. Par ailleurs, environ 85 p. 100 des élèves de toutes les classes ont indiqué qu'ils avaient accès à Internet à la maison (données non présentées).

Figure 2.9

Élèves qui ont fait un voyage d'agrément (vacances) avec leur famille au cours des 12 derniers mois (%)

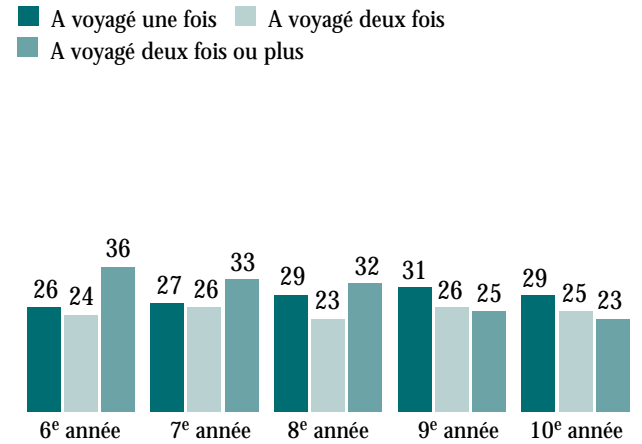
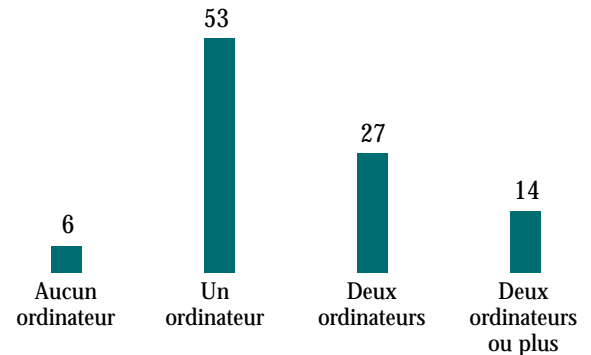


Figure 2.10

Élèves dont la famille possède un ou des ordinateurs, tous les élèves (%)



Les quatre indicateurs de la richesse – a) avoir sa propre chambre; b) possession d'une voiture, d'une camionnette ou d'une wagonnette; c) aller en vacances/en voyage; d) possession d'un ordinateur – ont été intégrés dans une échelle de l'aisance de la famille (Currie, Samdal, Boyce et Smith, 2001; Mullan et Currie, 2000). Les adolescents ont été répartis selon quatre catégories d'aisance (figure 2.11). Le degré d'aisance des familles varie peu d'un

Figure 2.11
Indice d'aisance de la famille (IAF) (%)

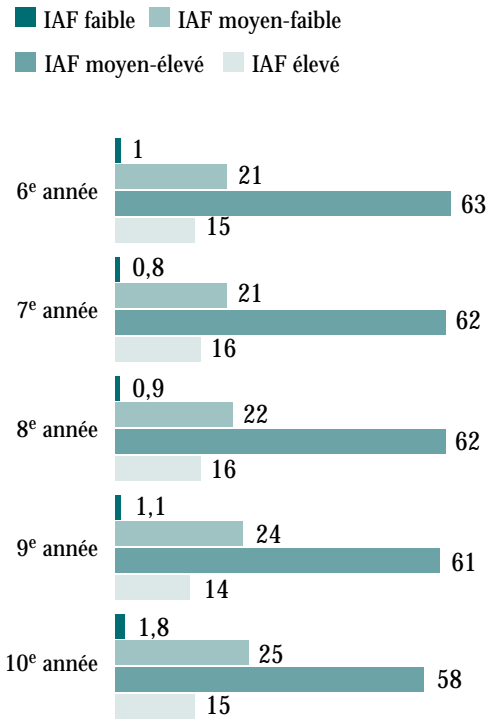


Figure 2.13
Élèves qui se considèrent en excellente santé, selon l'IAF (%)

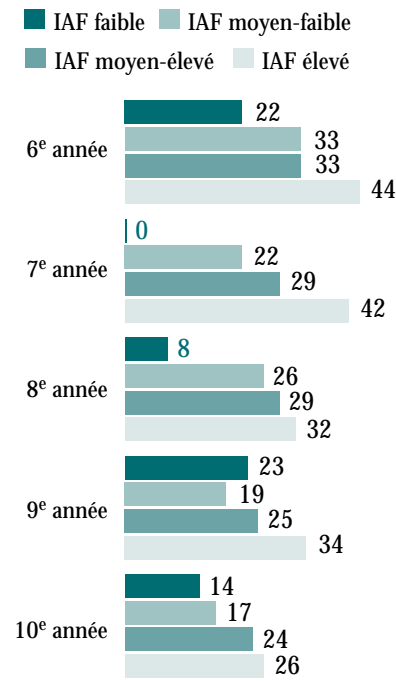
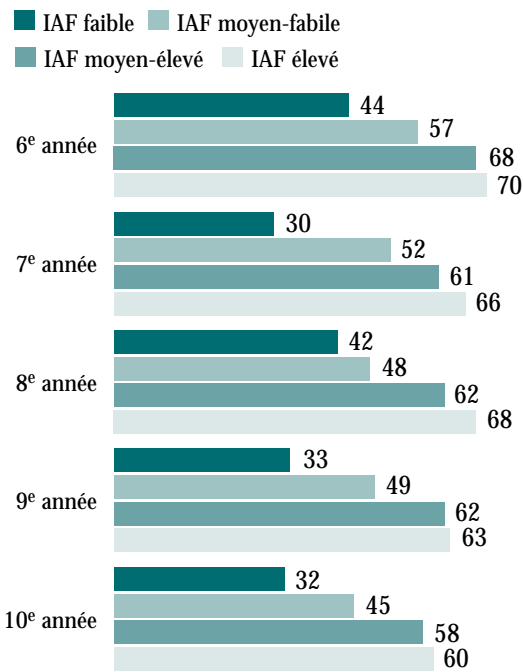


Figure 2.12
Élèves qui sont très satisfaits de leur vie, selon l'IAF (%)



niveau scolaire à l'autre : plus de 60 p. 100 des élèves se situent dans la moyenne ou dans la partie supérieure de l'échelle d'aisance de la famille, tandis que très peu d'élèves se situent dans la partie inférieure de l'échelle.

Selon Abernathy, Webster et Vermeulen (2002), les variables en rapport avec le statut socio-économique telles que les mesures de l'aisance de la famille présentent une bonne corrélation avec les observations relatives à la santé des adolescents, par exemple la satisfaction à l'égard de sa vie et la perception qu'on a de sa santé. Les liens entre l'aisance de la famille et ces observations relatives à la santé sont illustrés aux figures 2.12 et 2.13.

Il existe une corrélation positive claire entre le degré d'aisance de la famille et les résultats importants dans les classes de tous les niveaux. Ainsi, plus l'aisance familiale grandit, plus grande est la proportion d'étudiants qui rapportent être très satisfaits de leur vie. De même, il existe une corrélation claire entre l'aisance de la famille et le fait de rapporter soi-même être en excellente santé.

Principales constatations

- Environ 10 p. 100 des pères et 20 p. 100 des mères des élèves interrogés étaient sans emploi.
- Entre 50 et 60 p. 100 des élèves ont indiqué que leur famille était à l'aise, bien que la proportion d'élèves qui ont donné cette réponse diminue avec l'âge des répondants.
- Entre 9 et 17 p. 100 des élèves ont indiqué qu'ils allaient (au moins parfois) au lit sans avoir mangé à leur faim parce qu'il n'y a pas assez de nourriture à la maison.
- Près de 95 p. 100 des élèves vivaient dans des familles possédant au moins un ordinateur.
- Il existe une corrélation positive entre le degré d'aisance de la famille sur le plan financier et le fait d'être satisfait de sa vie et de se considérer en bonne santé.

3

Le Foyer

Hana Saab

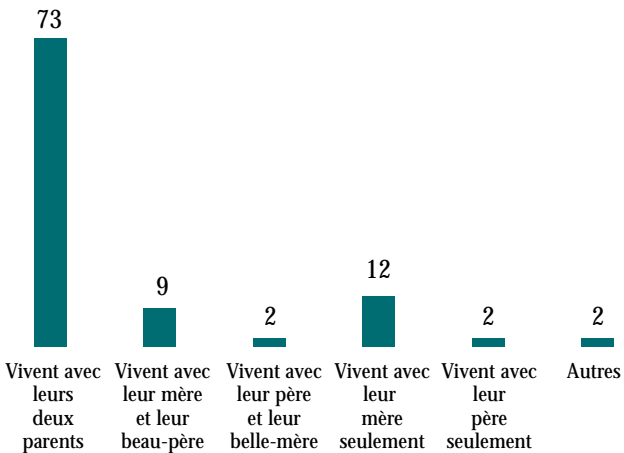


Hana Saab

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).

Dans le présent chapitre, nous examinons les relations des élèves de la 6^e à la 10^e année avec leurs parents. Pour ce faire, nous avons demandé aux adolescents dans quelle mesure il était facile pour eux de communiquer avec leurs parents, dans quelle mesure ils considéraient que leurs parents les comprenaient et leur faisaient confiance et s'il y avait des conflits entre eux et leurs parents.

Figure 3.1
Structure familiale (%)



La structure familiale

Il convient de signaler que la structure des familles canadiennes a changé et que les élèves interrogés ne vivaient pas tous dans une famille nucléaire unique. Selon l'enquête HBSC, 73 p. 100 d'entre eux vivaient avec leurs deux parents, 11 p. 100 dans des familles reconstituées, 12 p. 100 avec leur mère seulement et 2 p. 100 avec leur père seulement. Un autre 2 p. 100 des élèves vivaient dans des conditions autres que celles mentionnées.

La communication avec les parents

La communication efficace est la clé des bonnes relations parents-enfants (Jackson, Bijstra, Oostra et Bosma, 1998). Tant chez les garçons que chez les filles de l'échantillon HBSC, le nombre d'élèves qui disaient pouvoir se confier facilement à leur mère était supérieur à celui des élèves qui pouvaient se confier à leur père (figures 3.2 et 3.3). La proportion des élèves qui trouvent facile de parler à l'un et l'autre de leurs parents diminue toutefois progressivement dans les classes des niveaux supérieurs. Globalement, les filles sont moins à l'aise de parler à leur père tout au long de l'adolescence. Ainsi, seulement

Figure 3.2
Élèves qui trouvent qu'il est facile de parler à leur père (%)

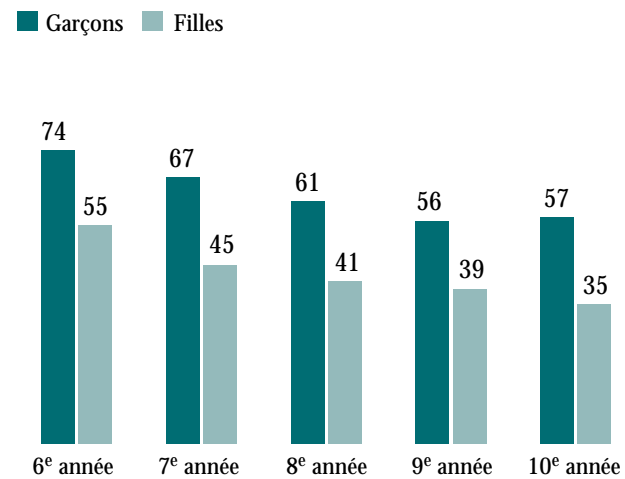
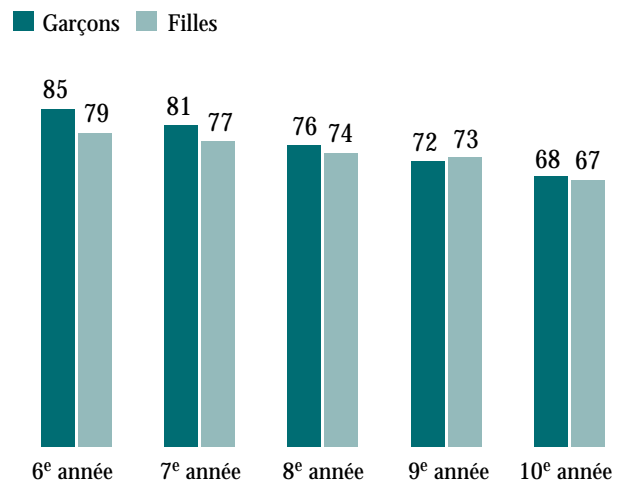


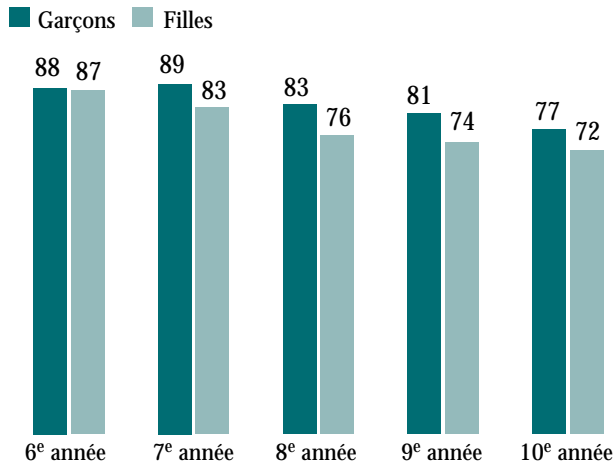
Figure 3.3
Élèves qui trouvent qu'il est facile de parler à leur mère (%)



le tiers des filles de 10^e année trouvent qu'il est facile de parler à leur père des choses qui les tracassent, alors que plus de la moitié des garçons disent pouvoir le faire. Ces constatations correspondent à celles d'autres études publiées qui montrent que les mères ont plus de facilité que les pères à parler à leurs enfants et à discuter avec eux de questions à forte charge émotionnelle (Leaper, Anderson et Sanders, 1998; Fivush, Brotman, Buckner et Goodman, 2000).

Figure 3.4

Élèves qui pensent qu'il fait bon vivre dans un foyer heureux (%)



La vie de famille et les relations avec les parents

Les résultats de l'enquête HBSC indiquent clairement que la plupart des élèves interrogés considèrent vivre dans un foyer heureux (figure 3.4). Cependant, les élèves des classes des niveaux supérieurs sont moins nombreux à être de cet avis, cette courbe décroissante étant plus marquée chez les filles. Ainsi, 15 p. 100 de moins de filles de 10^e année que de 6^e année ont dit être heureuses au foyer, alors que l'écart correspondant n'est que de 11 p. 100 chez les garçons. La nécessité pour les adolescents et adolescentes plus âgés d'acquiescer une plus grande autonomie et indépendance a tendance à créer des tensions dans les relations avec les parents, ce qui peut les inciter à exprimer certaines réserves concernant le plaisir qu'ils ont à vivre dans leur foyer (Bergman et Scott, 2001).

Il existe une différence manifeste entre les garçons et les filles interrogés en ce qui concerne les relations avec les parents. Globalement, les garçons ont indiqué dans une plus forte proportion que leurs parents les comprenaient, et ce, de la 6^e à la 10^e année (figure 3.5). Par ailleurs, la majorité des élèves des cinq niveaux estimaient

Figure 3.5

Élèves qui disent avoir des parents qui les comprennent (%)

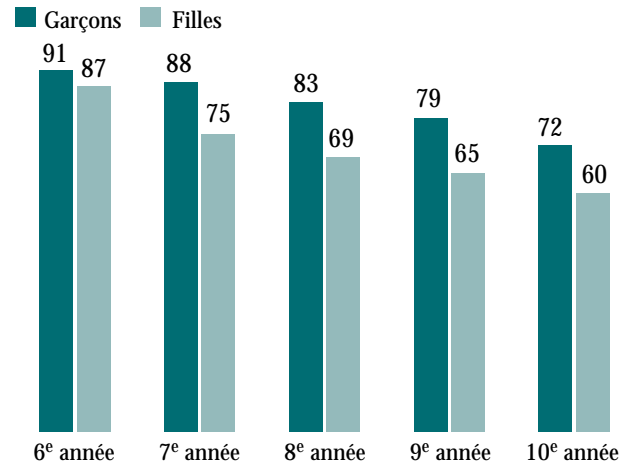
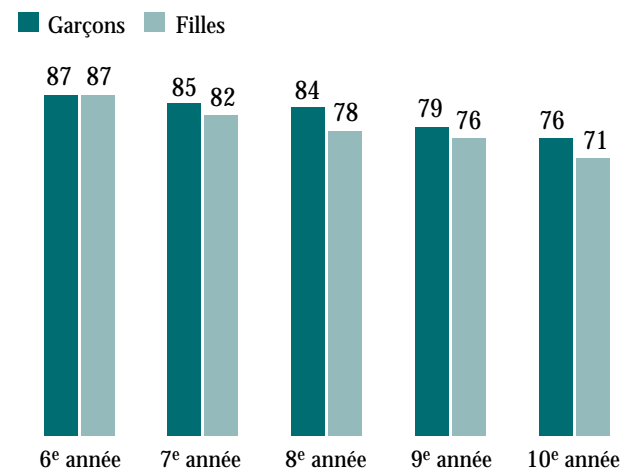


Figure 3.6

Élèves qui disent avoir des parents qui leur font confiance (%)



que leurs parents leur font confiance (figure 3.6). Il est à noter qu'on observe des écarts à cet égard entre garçons et filles en 8^e année. Les filles de la 8^e à la 10^e année ont été plus nombreuses à dire qu'elles se chicanaient souvent avec leurs parents (figure 3.7) et qu'il y a des jours où elles voudraient partir de la maison (figure 3.8).

Figure 3.7

Élèves qui se chicanent souvent avec leurs parents (%)

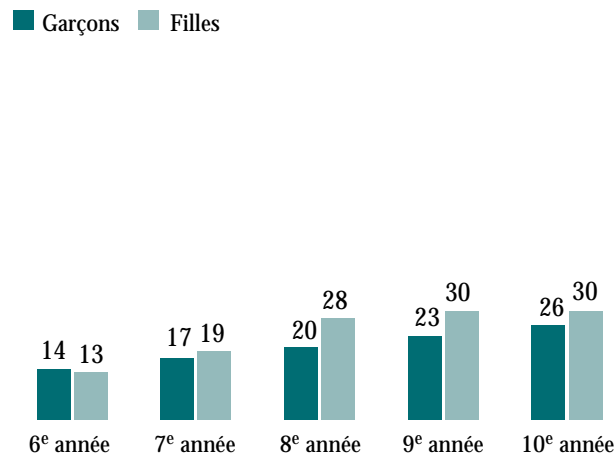
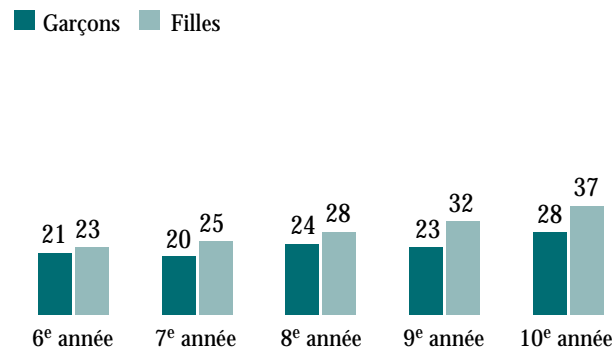


Figure 3.8

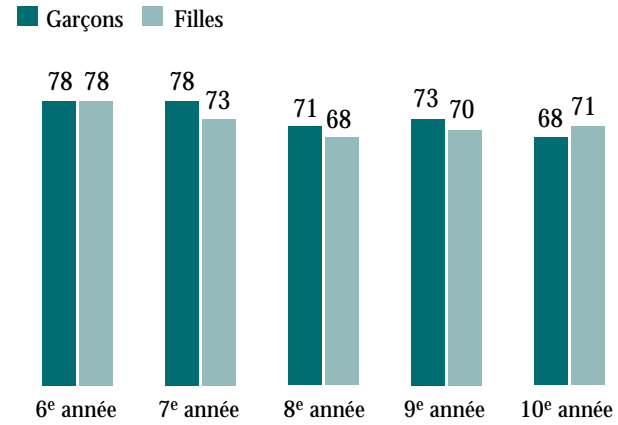
Élèves auxquels il arrive parfois de vouloir partir de la maison (%)



Les conflits avec les parents font apparemment partie intégrante du développement normal des jeunes au début de l'adolescence (Baer, 1999). Ces conflits ont le plus souvent pour objet les amis, l'argent, la télévision, l'utilisation du téléphone, les sorties, le temps consacré aux devoirs, les tâches ménagères et les bagarres entre frères et sœurs (Barber et Delfabbro, 2000). Les différences entre les sexes sur le plan des relations avec les parents constatées dans l'étude HBSC pourraient être une indication que la transition vers l'adolescence ne se passe pas de la même manière pour les garçons et pour les filles pour ce qui concerne les sorties en couple,

Figure 3.9

Élèves qui disent accorder beaucoup d'importance à ce que leurs parents pensent d'eux (%)

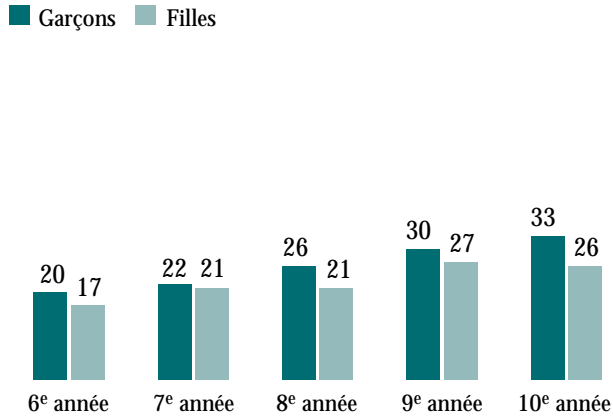


l'heure du couvre-feu et le choix des camarades. Ainsi, il est ressorti de la récente *Étude sur la jeunesse, la santé sexuelle et le VIH/sida au Canada*, que les deux parents étaient plus favorables aux sorties en couple de leurs fils que de leurs filles (Boyce, Doherty, MacKinnon et Fortin, 2003).

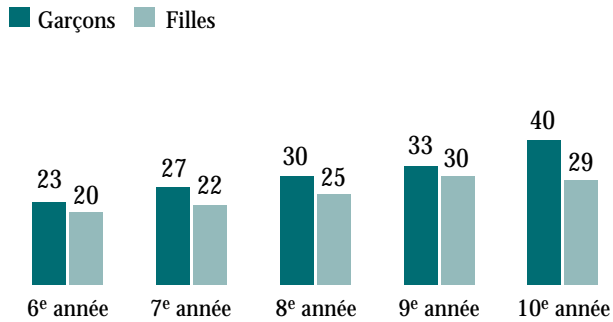
La majorité des élèves accordent de l'importance à ce que leurs parents pensent d'eux et cherchent leur approbation. Les élèves de 6^e année étaient plus préoccupés que tous les autres de l'opinion de leurs parents à leur endroit. La proportion des élèves qui disent attacher beaucoup d'importance à ce que leurs parents pensent d'eux diminue de près de 10 p. 100 en 8^e année, puis se stabilise par la suite (figure 3.9).

Figure 3.10

Élèves qui pensent que leurs parents sont trop exigeants envers eux (%)

**Figure 3.11**

Élèves qui pensent que leurs parents sont trop exigeants à l'égard de leurs résultats scolaires (%)



Les élèves qui ne répondent pas aux attentes de leurs parents peuvent avoir des relations particulièrement difficiles avec ces derniers pour cette raison (Noack et Puschner, 1999). Plus de garçons que de filles considéraient que leurs parents étaient, d'une manière générale, trop exigeants envers eux (figure 3.10), plus particulièrement en ce qui concerne l'école (figure 3.11), surtout entre la 8^e et la 10^e année. Près du tiers de tous les élèves interrogés ont indiqué que leurs parents étaient trop exigeants à l'égard de leurs résultats scolaires. Des recherches portant sur les jeunes Canadiens révèlent que, parce qu'elles mûrissent plus vite que les garçons, les filles sont généralement plus réceptives à l'influence sociale et, par conséquent, ont tendance à mieux accepter que leurs parents interviennent dans leurs activités scolaires (Deslandes et Cloutier, 2002).

Barber (1997) pense qu'il faut trouver un juste équilibre entre une attitude parentale trop axée sur le contrôle et les interdictions, qui ne laisse à l'enfant que très peu de possibilité de décider lui-même de certaines choses, et une attitude relâchée, sans aucun contrôle de la part des parents. Des attentes élevées qui sont considérées comme un contrôle parental rigoureux aident les élèves à être motivés et à réussir, si elles s'accompagnent du soutien affectif et des encouragements nécessaires (Noack et Puschner, 1999).

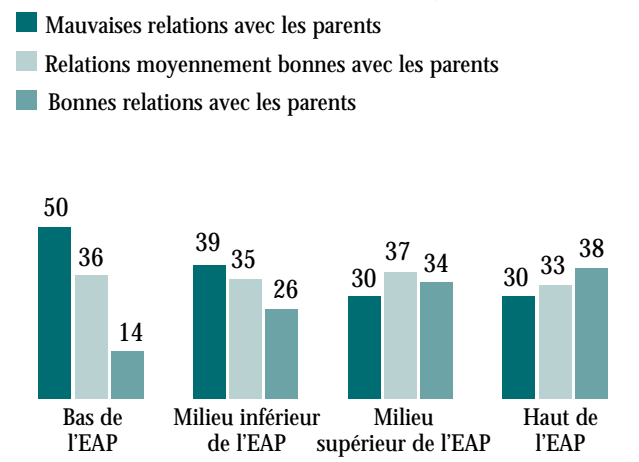


Tableau 3.1
Facteurs associés à l'échelle des relations (positives) avec les parents pour les élèves de 10^e année

Comportements des jeunes et satisfaction à l'égard de leur vie	Coefficient de corrélation*
Sont satisfaits de leur vie	0,50
Leurs amis n'ont pas de comportements à risque	0,44
Ne fument pas	0,28
Ne boivent pas de bière	0,25
Ne boivent pas de spiritueux	0,29
S'envirent moins souvent	0,29
N'ont pas consommé de marijuana au cours des 12 derniers mois	0,30
N'ont pas eu de rapports sexuels	0,23

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40).

Figure 3.12
Relations avec les parents, selon l'échelle d'aisance des parents, pour les garçons (%)



L'échelle des relations avec les parents

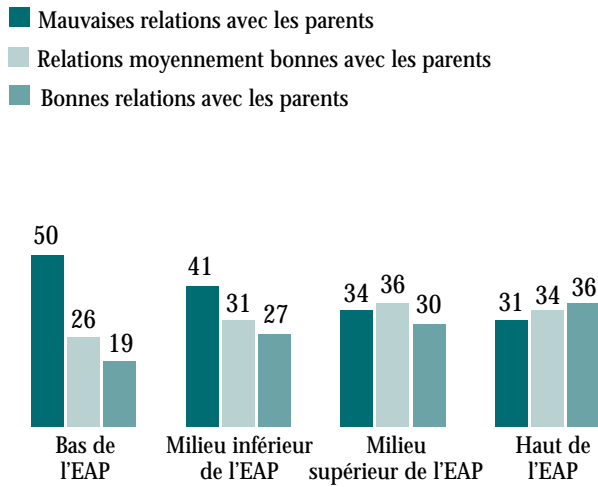
On a établi une échelle des relations avec les parents à partir d'un certain nombre de questions de l'enquête. Les corrélations entre cette échelle et certaines variables de l'enquête HBSC indiquent la mesure dans laquelle les relations des élèves avec leurs parents sont liées à d'autres aspects de la vie des élèves (tableau 3.1). Ainsi, les élèves de 10^e année qui avaient de meilleures relations avec leurs parents étaient plus susceptibles d'être satisfaits de leur vie. Les élèves qui avaient de meilleures relations avec leurs parents étaient en revanche moins susceptibles de fumer, de boire de l'alcool, de consommer de la marijuana et d'avoir des amis qui ont des comportements à risque. Ces mêmes élèves étaient aussi un peu moins susceptibles d'avoir des relations sexuelles.

L'échelle d'aisance des parents et les relations avec les parents

On a étudié le lien entre l'échelle d'aisance des parents (une mesure du statut socio-économique dont on a parlé au chapitre 2 traitant des inégalités socio-économiques) et l'échelle des relations avec les parents (figures 3.12 et 3.13). La moitié des élèves, garçons et filles, au bas de l'échelle d'aisance des parents (EAP) avaient de mauvaises relations avec leurs parents par rapport au tiers des élèves au haut de la même échelle. Plus d'élèves au haut de l'EAP ont indiqué qu'ils avaient de bonnes relations avec leurs parents.

Figure 3.13

Relations avec les parents, selon l'échelle d'aisance des parents, pour les filles (%)



Les élèves qui se situent au bas de l'échelle d'aisance des parents (EAP) ont été moins nombreux que ceux qui se situent au haut de l'EAP à dire que leurs parents étaient prêts à les aider lorsqu'ils avaient un problème à l'école (figure 3.14). Fait intéressant, 70 p. 100 des filles au bas de l'EAP ont indiqué qu'elles pouvaient compter sur l'aide de leurs parents si elles avaient des problèmes à l'école par rapport à seulement 59 p. 100 des garçons se situant dans la même partie de l'échelle.

Il semble aussi avoir un lien entre le fait de vivre dans une famille aisée et celui d'avoir une vie familiale heureuse (figure 3.15). Un peu plus de la moitié des élèves au bas de l'EAP ont en effet indiqué qu'ils avaient une vie familiale heureuse par rapport à plus de 80 p. 100 de ceux qui se situent au milieu supérieur et au haut de cette même échelle.

Figure 3.14

Parents qui sont prêts à aider leurs enfants lorsqu'ils ont des problèmes à l'école, selon l'échelle d'aisance des parents (%)

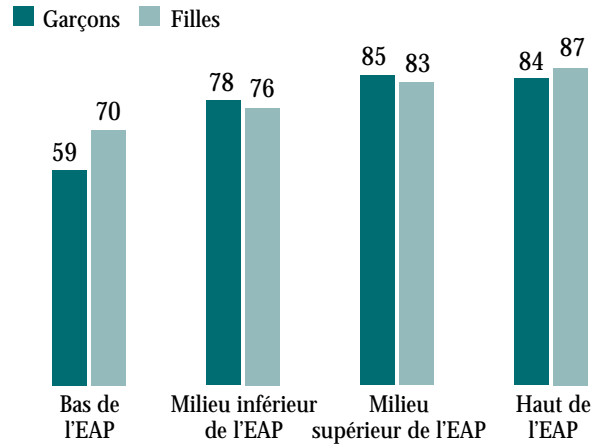
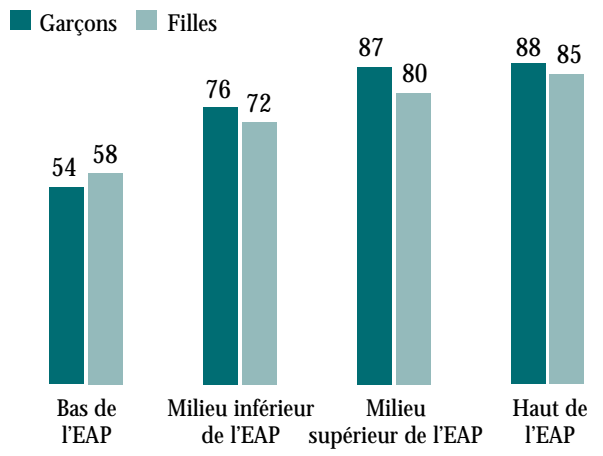


Figure 3.15

Élèves qui ont indiqué avoir une vie familiale heureuse, selon l'échelle d'aisance des parents (%)



Principales constatations

- Les élèves plus âgés, surtout parmi les filles, trouvent plus difficile de parler à leur père.
- Les filles plus âgées sont moins nombreuses à penser que leurs parents les comprennent et leur font confiance ainsi qu'à être satisfaites de leur vie à la maison.
- Les filles plus âgées sont plus nombreuses à se chicaner avec leurs parents ainsi qu'à vouloir parfois partir de la maison.
- Il n'y a pas de différence entre les élèves, de tous âges et garçons et filles, concernant l'importance accordée à l'approbation des parents à leur endroit.
- Plus de garçons que de filles pensent que leurs parents sont trop exigeants envers eux.
- Il existe un lien entre le fait d'avoir de bonnes relations avec ses parents et celui d'être plus satisfait de sa vie.
- Il existe un lien entre le fait d'avoir de mauvaises relations avec ses parents et celui d'avoir des comportements à risque.
- Le degré d'aisance de la famille influe sur les relations parents-enfants, l'appui des parents à l'école et la satisfaction des élèves quant à leur vie de famille.

4

Le groupe de camarades

Hana Saab

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).



Hana Saab

La nature des relations des adolescents avec leurs camarades, le nombre d'amis et le degré d'association à un groupe de jeunes de leur âge évoluent au cours de l'adolescence et peuvent influencer sur la mesure dans laquelle les adolescents adoptent des comportements favorables ou nuisibles à la santé (Sieving, Perry et Williams, 2000). Dans le présent chapitre, nous examinons les amitiés que les adolescents entretiennent avec des jeunes du même sexe et du sexe opposé ainsi que l'incidence qu'ont sur eux les comportements nuisibles à la santé de leurs amis.

Figure 4.1

Garçons qui ont trois bons amis ou plus de sexe masculin (%)

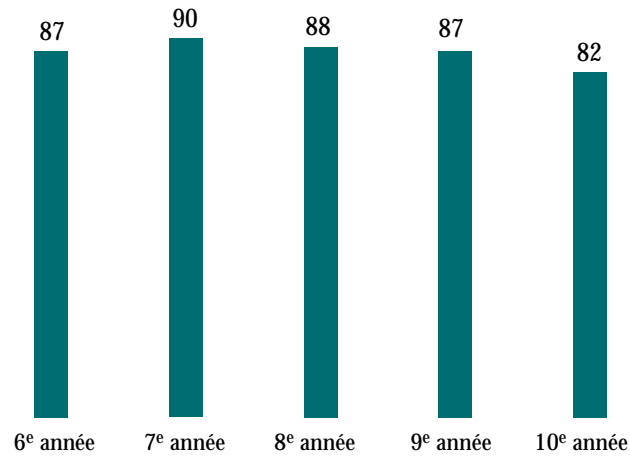
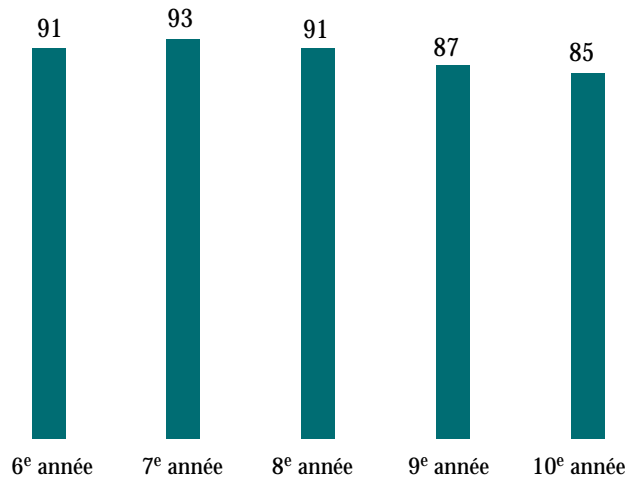


Figure 4.2

Filles qui ont trois bonnes amies ou plus de sexe féminin (%)

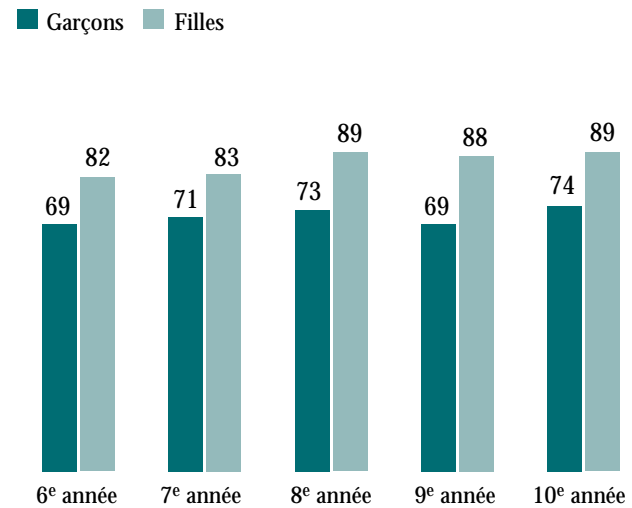


Les amitiés entre jeunes du même sexe

La plupart des élèves interrogés dans le cadre de l'enquête HBSC ont indiqué qu'ils avaient trois bons amis ou plus; bien que ce chiffre diminue légèrement autant chez les garçons que chez les filles de 10^e année (figures 4.1 et 4.2).

Figure 4.3

Élèves qui trouvent qu'il est facile ou très facile de parler à leurs amis ou amies du même sexe des choses qui les tracassent vraiment (%)



On observe fréquemment des différences entre garçons et filles quant à leurs relations avec des amis du même sexe. Les filles ont habituellement des rapports de nature plus personnelle avec leurs amies, se confiant davantage les unes aux autres et s'entraidant plus volontiers sur le plan affectif, tandis que les garçons attachent plus d'importance, dans leurs rapports avec leurs amis, à « l'amélioration de leur prestige personnel » (Maccoby, 1990, p. 168) et aux choses qu'ils font ensemble (Wright, 1982).



Parmi les élèves interrogés dans le cadre de l'enquête HBSC, plus de filles que de garçons, tous âges confondus, trouvaient facile de parler aux amis du même sexe qu'eux des choses qui les tracassent (figure 4.3). Cette constatation concorde avec les recherches qui ont démontré que les garçons mettaient plus de temps que les filles à se faire de bons amis auxquels ils acceptent de se confier (Sharabany, Gershoni et Hofman, 1981). Ainsi, les amitiés des garçons avec d'autres garçons sont moins axées sur les aspects affectifs de la relation et ont une fonction plus directement pratique, répondant par exemple à des besoins précis et concrets et leur permettant de s'aider les uns et les autres en cas d'ennui. Les amitiés des filles avec d'autres filles, en revanche, sont centrées sur le soutien, l'aide et les conseils ainsi que sur les gestes familiers.

La facilité de parler à leurs amis de sexe masculin diminue chez les garçons de 6^e et de 8^e année entre la première et la troisième enquête HBSC, mais on note une légère amélioration à cet égard dans l'enquête de 2002 par rapport à celle de 1998 (figure 4.4). Parmi les garçons de 10^e année, qui peuvent parler facilement à leurs amis masculins, on remarque une légère diminution au cours des quatre enquêtes. En ce qui concerne les filles, la proportion de celles qui disent pouvoir parler facilement à leurs amies est plus faible en 6^e année, dans les enquêtes de 1994 et de 1998, et en 10^e année, dans l'enquête de 2002 (figure 4.5).

Les amitiés entre jeunes de sexe opposé

C'est souvent au cours de la période de l'adolescence qu'apparaissent les caractéristiques des rapports intimes de l'âge adulte. Les amitiés avec des personnes du sexe opposé sont considérées comme une forme d'amitié plus intime que les amitiés avec des personnes du même sexe et comme une étape d'apprentissage des relations sexuelles entre adultes (Sharabany et coll., 1981). Il est indispensable à la socialisation des adolescents d'établir des relations avec des amis

Figure 4.4

Garçons qui trouvent qu'il est facile ou très facile de parler à leurs amis de sexe masculin des choses qui les tracassent vraiment, selon l'année de l'enquête (%)

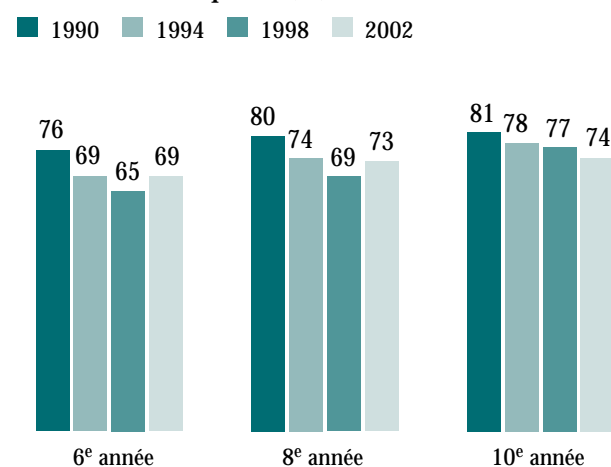
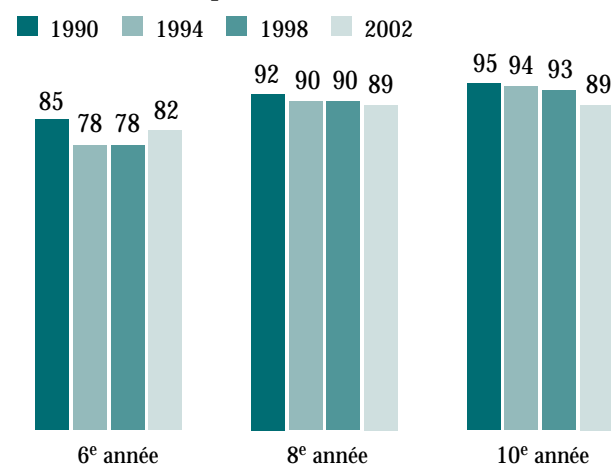


Figure 4.5

Filles qui trouvent qu'il est facile ou très facile de parler à leurs amies de sexe féminin des choses qui les tracassent vraiment, selon l'année de l'enquête (%)



ou amies du sexe opposé pour s'affranchir de la dépendance de leurs parents et assumer leurs rôles d'adultes (Buhrmester, 1990; Kuttler, La Greca et Prinstein, 1999).

Par opposition à ce que l'on observe pour les amitiés avec des personnes du même sexe, la proportion des garçons qui ont répondu avoir trois amies ou plus de sexe féminin augmente

Figure 4.6

Garçons qui ont trois amies ou plus de sexe féminin (%)

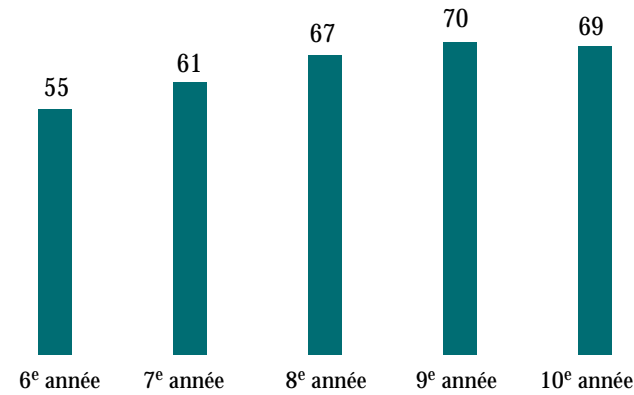
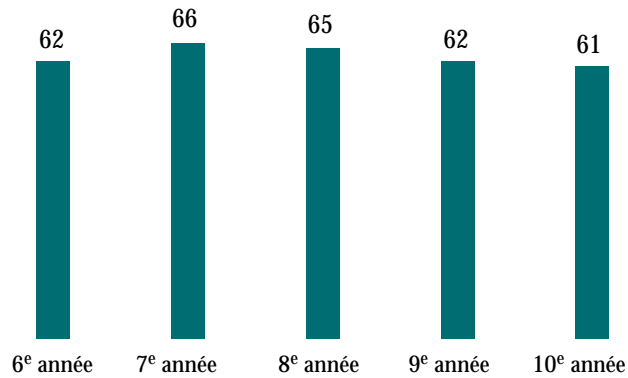


Figure 4.7

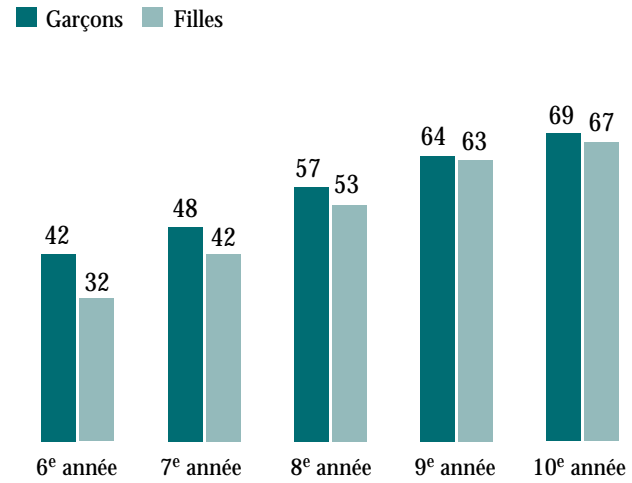
Filles qui ont trois amis ou plus de sexe masculin (%)



avec l'âge. Près de 70 p. 100 des garçons de 9^e et de 10^e année avaient ainsi trois bonnes amies ou plus, par rapport à seulement 55 p. 100 des garçons de 6^e année (figure 4.6). Chez les filles, en revanche, on n'observe pas d'écarts importants entre les cinq niveaux considérés concernant les amitiés avec les garçons (figure 4.7).

Figure 4.8

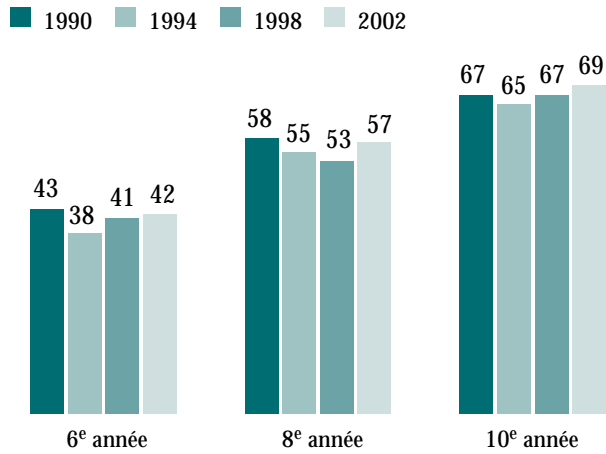
Élèves qui trouvent qu'il est facile ou très facile pour eux de parler à leurs amis ou amies du sexe opposé des choses qui les tracassent vraiment (%)



Il importe que les jeunes développent des relations d'intimité qui leur permettent d'apprendre à communiquer et à parler plus aisément de leurs émotions, qu'il s'agisse de joies ou d'inquiétudes. À l'instar d'autres recherches qui montrent que les garçons aussi bien que les filles ont plus de facilité à avoir des rapports avec les jeunes de leur sexe (McBride et Field, 1997), les résultats de l'enquête HBSC révèlent que tant les garçons que les filles trouvent les amitiés avec des personnes du sexe opposé (figure 4.8) plus difficiles que les amitiés avec des personnes de leur sexe (figure 4.3). Plus particulièrement, les filles trouvent moins facile de parler des choses qui les tracassent à des garçons qu'à d'autres filles. Les écarts entre garçons et filles en ce qui concerne la communication avec le sexe opposé s'amenuisent toutefois avec l'âge. Ainsi, presque autant de garçons que de filles de 9^e et de 10^e année ont indiqué qu'ils trouvaient facile de parler à leurs amis ou amies du sexe opposé des choses qui les tracassent. Par ailleurs, près du tiers des élèves de 10^e année ont indiqué qu'il était difficile pour eux de faire de même. Au fur et à mesure que les garçons et les filles vieillissent, ont davantage

Figure 4.9

Garçons qui trouvent qu'il est facile ou très facile pour eux de parler à leurs amis de sexe féminin des choses qui les tracassent vraiment, selon l'année de l'enquête (%)



confiance en eux et se libèrent de leurs inhibitions, leurs relations avec le sexe opposé deviennent plus faciles (Lundy, Tiffany, McBride, Field et Lergie, 1998). La proportion d'élèves qui trouvent facile la communication avec leurs amis ou amies du sexe opposé reste stable au cours des quatre enquêtes chez les garçons (figure 4.9), mais elle diminue chez les filles de 6^e et de 8^e année (figure 4.10).

Les meilleurs amis

Il ressort de l'enquête qu'il est plus facile pour les filles que pour les garçons de parler à leur meilleur ami des choses qui les tracassent (figure 4.11). La proportion de jeunes qui peuvent ainsi facilement parler à leur meilleur ami augmente toutefois avec l'âge, tant chez les garçons que chez les filles. Les recherches montrent que des changements importants surviennent concernant la nature et l'importance des liens d'amitié durant l'adolescence. Ces changements prennent particulièrement la forme d'une plus grande intimité entre amis, qui multiplie alors les échanges, les confidences et les gestes de soutien affectif (Buhrmester, 1990).

Figure 4.10

Filles qui trouvent qu'il est facile ou très facile pour elles de parler à leurs amis de sexe masculin des choses qui les tracassent vraiment, selon l'année de l'enquête (%)

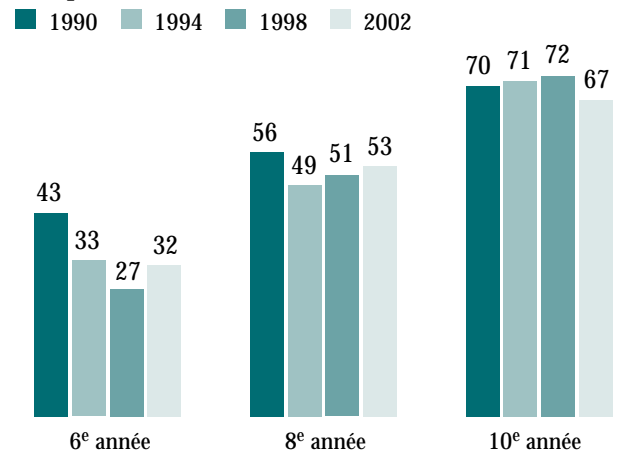


Figure 4.11

Élèves qui trouvent qu'il est facile ou très facile pour eux de parler à leur meilleur ami ou amie des choses qui les tracassent, selon l'année de l'enquête (%)

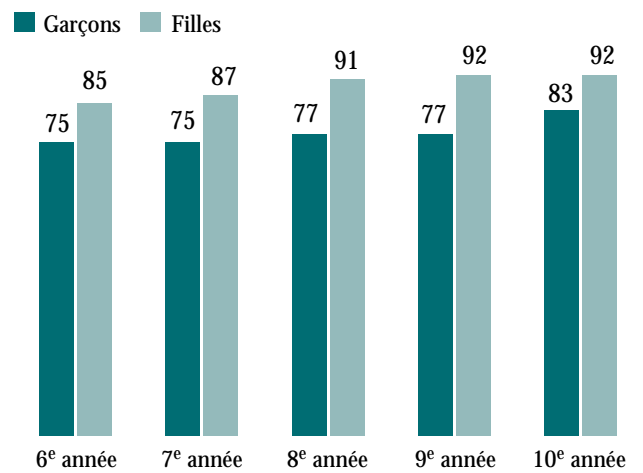


Figure 4.12

Élèves qui voient leurs amis ou amies quatre ou cinq jours par semaine tout de suite après l'école (%)

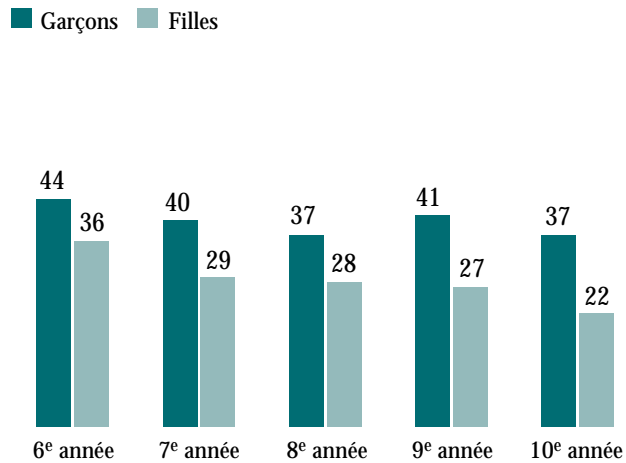


Figure 4.14

Filles qui voient leurs amis ou amies quatre ou cinq jours par semaine tout de suite après l'école, selon l'année de l'enquête (%)

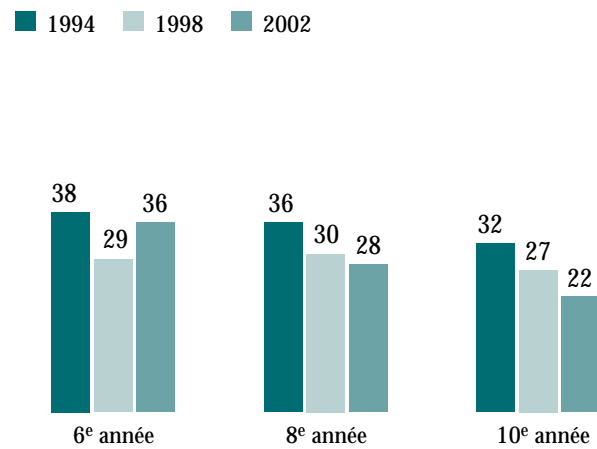
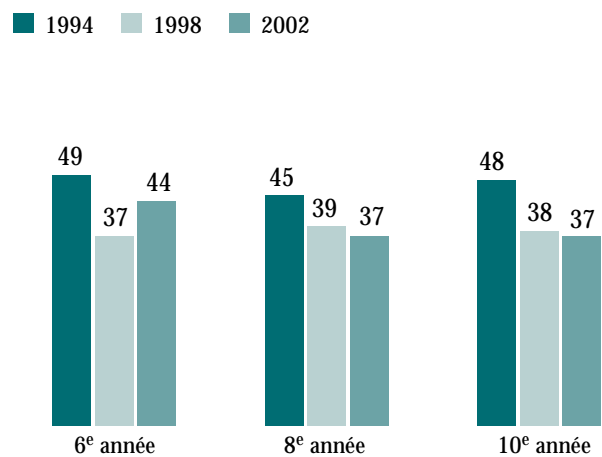


Figure 4.13

Garçons qui voient leurs amis ou amies quatre ou cinq jours par semaine tout de suite après l'école, selon l'année de l'enquête (%)



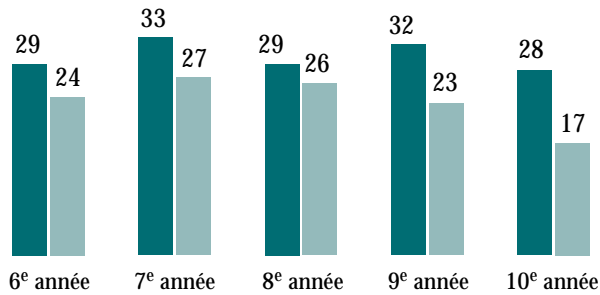
Le temps passé avec les amis

« Jouer ensemble », « se réunir » et « faire des choses ensemble » comptent parmi les plus importantes caractéristiques des amitiés entre jeunes (Savin-Williams et Berndt, 1990). Le temps que passent les adolescents avec leurs amis est une bonne indication de la mesure dans laquelle ils adhèrent à leur groupe d'amis. Dans l'enquête HBSC, le temps que les garçons passent avec leurs amis après l'école (figure 4.12) ou en soirée (figure 4.15) était stable à travers les niveaux scolaires. En revanche, les filles des classes des niveaux supérieurs passent moins de temps avec leurs amis tout de suite après l'école (figure 4.12) et voient leurs amis moins de soirées par semaine (figure 4.15) que celles des classes des niveaux inférieurs. Cette diminution de la fréquence à laquelle les filles voient leurs amis en vieillissant pourrait être due aux restrictions qu'imposent les parents à leurs filles quand elles avancent en âge ou au fait que les filles consacrent plus de temps à leurs travaux scolaires, à un emploi à temps partiel ou à d'autres activités à la maison. On observe par ailleurs une tendance à la diminution de la proportion des élèves qui voient leurs amis quatre

Figure 4.15

Élèves qui voient leurs amis ou amies cinq soirées par semaine ou plus (%)

■ Garçons ■ Filles



ou cinq jours par semaine tout de suite après l'école ou cinq soirées ou plus par semaine depuis l'enquête de 1994, particulièrement chez les filles de 10^e année (figures 4.13 et 4.14; figures 4.16 et 4.17).

Figure 4.16

Garçons qui voient leurs amis ou amies cinq soirées par semaine ou plus, selon l'année de l'enquête (%)

■ 1994 ■ 1998 ■ 2002

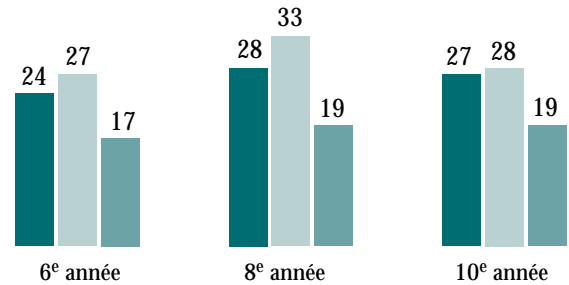


Figure 4.17

Filles qui voient leurs amis ou amies cinq soirées par semaine ou plus, selon l'année de l'enquête (%)

■ 1994 ■ 1998 ■ 2002

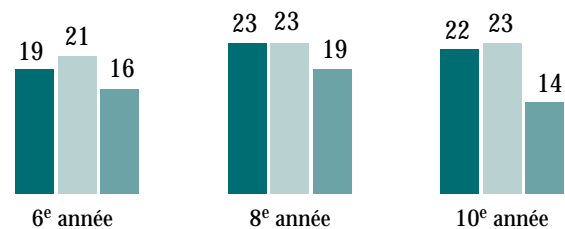


Figure 4.18

Élèves qui ont répondu que la plupart de leurs amis ou tous leurs amis fument (%)

■ Garçons ■ Filles



Figure 4.20

Élèves qui ont répondu que la plupart de leurs amis ou tous leurs amis se sont déjà enivrés (%)

■ Garçons ■ Filles

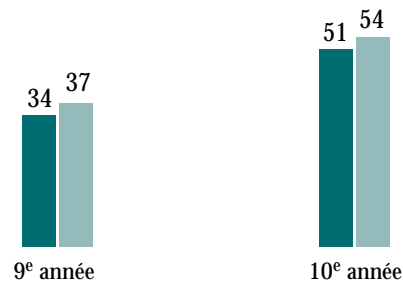


Figure 4.19

Élèves qui ont répondu que la plupart de leurs amis ou tous leurs amis se droguent dans le but de se « geler » (%)

■ Garçons ■ Filles



Les comportements à risque des camarades et leur consommation d'alcool et de drogues

Dans la présente section, nous évaluons l'usage de tabac ainsi que la consommation d'alcool et de drogue des amis des élèves interrogés et l'influence de ces comportements à risque des amis sur les propres comportements à risque de ces élèves. Bien que plus de filles que de garçons de 9^e année aient dit avoir des amis ou amies qui fument, on note la situation inverse en 10^e année, mais l'écart est faible (figure 4.18). La situation est sensiblement la même pour ce qui concerne la consommation de drogues par les amis ou amies. La proportion de garçons de 10^e année dont les amis ou amies se droguent dans le but de se geler est toutefois notablement plus élevée que celle des filles (figure 4.19). C'est l'inverse en ce qui concerne la consommation occasionnelle excessive d'alcool : un peu plus de filles que de garçons ont répondu avoir des amis ou amies qui se sont enivrés au moins une fois (figure 4.20).

L'intégration sociale et l'influence des camarades

Afin de mieux expliquer le lien entre les comportements relatifs à la santé des élèves et ceux de leurs camarades, nous avons établi deux échelles englobant les aspects fondamentaux des relations des adolescents avec leurs camarades. La première échelle, servant à évaluer le degré d'intégration sociale (IS), est composée des éléments suivants : a) le nombre de bons amis des deux sexes; b) les rapports avec les autres (le nombre de fois par semaine que les jeunes voient leurs amis ou amies après l'école, l'utilisation du téléphone et du courrier électronique, etc.); c) la

facilité de parler aux amis ou amies. La seconde échelle, destinée à mesurer l'influence des camarades (IC), est composée des facteurs suivants : a) la mesure dans laquelle les amis ou amies des élèves interrogés ont des comportements à risque; b) l'attitude des amis ou amies à l'égard des parents et de l'école. En combinant les parties supérieures et inférieures de ces deux échelles, on a défini les quatre catégories d'élèves de 9^e et de 10^e année suivantes : 1) IS élevée et IC positive; 2) IS élevée et IC négative; 3) IS faible et IC positive; 4) IS faible et IC négative.

Les liens entre chacune de ces quatre catégories d'élèves et les attitudes, la santé émotionnelle et les facteurs possibles de risque pour la

Tableau 4.1

Facteurs associés au degré (élevé ou faible) d'intégration sociale (IS) et à l'influence des camarades (IC) (%)

	Catégorie 1 IS élevée IC positive	Catégorie 2 IS élevée IC négative	Catégorie 3 IS faible IC positive	Catégorie 4 IS faible IC négative
Ont une vie familiale heureuse	83*	70	72	53
Sont satisfaits de leur vie	66	52	47	32
Voudraient parfois partir de la maison	20	42	30	60
Éprouvent un sentiment d'appartenance à leur école	70	51	54	35
Pensent que leur école est un bon endroit où il fait bon vivre	74	48	53	30
Aiment les activités à l'école	73	55	55	39
Se sentent souvent seuls	15	20	31	47
Ont souvent l'impression d'être délaissés	17	18	31	46
Se sont enivrés plus de quatre fois	13	40	5	34
Fument des cigarettes	34	72	21	60
Ont consommé du cannabis plus de trois fois au cours des 12 derniers mois	11	47	7	39
Boivent de la bière au moins une fois par semaine	8	27	5	27
Ont pris de l'Ectasy plus de trois fois	0,3	4	0	13
Ont pris des amphétamines plus de cinq fois	0,4	6	0	14
Ont pris de l'héroïne, de l'opium ou de la morphine plus de cinq fois	0,6	2,8	0	10
Ont pris des médicaments pour se droguer plus de cinq fois	0,9	8	1	14
Ont pris de la cocaïne plus de trois fois	0,3	4	0	10
Ont inhalé de la colle ou des solvants plus de trois fois	0,3	4	0	11
Ont pris du ritalin pour se droguer plus de trois fois	0,5	6	0,5	7
Ont pris du LSD plus de trois fois	0,3	4	0	9
Ont pris des stéroïdes anabolisants	0,6	2	0	1,4
Ont eu des rapports sexuels	14	39	4	32

* Par exemple, 83 % des élèves dont l'IS est élevée et dont l'IC est positive ont indiqué qu'ils avaient une vie familiale heureuse.

santé sont présentés au tableau 4.1. Les élèves qui ne sont pas bien intégrés socialement et qui subissent la mauvaise influence de leurs camarades (4^e catégorie) sont moins satisfaits de leur vie et ont une vie familiale moins heureuse, et ils sont plus susceptibles de vouloir parfois partir de la maison. Ils sont aussi moins susceptibles d'aimer être à l'école et d'avoir un sentiment d'appartenance à leur école et plus susceptibles de se sentir souvent seuls et d'avoir souvent l'impression d'être délaissés. Cependant, le fait de subir une influence positive des camarades améliore l'état émotionnel des élèves qui ne sont pas bien intégrés socialement (3^e catégorie) ainsi que leur attachement pour la maison et l'école. Ainsi, bien que 31 p. 100 des élèves de cette 3^e catégorie aient indiqué qu'ils se sentaient seuls et avaient l'impression d'être délaissés, près de la moitié (47 p. 100) d'entre eux étaient satisfaits de leur vie, sur une échelle de 0 à 10, et ils ont indiqué dans une proportion de 72 p. 100 qu'ils avaient une vie familiale heureuse.

Par ailleurs, parmi les élèves bien intégrés socialement (1^{re} et 2^e catégories), ceux qui subissent une mauvaise influence de leurs camarades sont plus susceptibles de fumer, de s'enivrer et de consommer de la marijuana. Cependant, la consommation de drogues dures – la forme la plus extrême d'usage de stupéfiants – est plus fréquente chez les élèves qui sont moins bien intégrés socialement et qui subissent la mauvaise influence de leurs camarades (4^e catégorie) que chez ceux qui sont bien intégrés socialement, mais qui subissent la même mauvaise influence de leurs camarades (2^e catégorie). Cela semble indiquer que les jeunes bien intégrés socialement sont plus nombreux à fumer, à boire de l'alcool et à consommer de la marijuana, peut-être durant les danses, les soirées et les autres occasions où les jeunes se rencontrent, et que ces comportements à risque qu'ils ont en commun peuvent créer des liens d'amitié (Engels et ter Bogt, 2001).

Enfin, les élèves de 9^e et de 10^e année qui sont bien intégrés socialement, mais qui subissent une mauvaise influence de leurs camarades

(2^e catégorie), étaient plus nombreux à avoir eu des relations sexuelles au moins une fois. Les élèves qui sont mal intégrés socialement et qui subissent une mauvaise influence de leurs camarades étaient aussi relativement plus nombreux à avoir déjà eu des relations sexuelles. Les élèves qui sont positivement influencés par leurs camarades étaient en revanche moins nombreux à avoir déjà eu des relations sexuelles, et ce, aussi bien dans le cas des élèves qui sont bien intégrés que de ceux qui sont mal intégrés socialement (1^{re} et 3^e catégories).

Principales constatations

- Plus de garçons que de filles trouvent qu'il est difficile de parler à leurs amis ou amies du même sexe qu'eux.
- La communication entre garçons et filles est plus difficile pour les élèves plus jeunes, et plus particulièrement pour les filles.
- Les garçons – surtout ceux des classes des niveaux inférieurs – ont plus de difficulté à communiquer avec leurs meilleurs amis.
- Les filles plus âgées voient généralement leurs camarades moins souvent aussi bien après l'école que durant la soirée.
- Les élèves qui sont bien intégrés socialement sont davantage satisfaits de leur vie.
- Les élèves qui sont exposés à une influence positive de leurs camarades sont davantage satisfaits de leur vie.
- Les élèves qui subissent une mauvaise influence de leurs camarades ont davantage de comportements à risque.
- Les élèves qui sont bien intégrés socialement ont plus souvent des comportements qui les exposent à des dangers relativement légers.
- Les élèves qui sont mal intégrés socialement ont plus souvent des comportements qui les exposent à des dangers graves (la consommation de drogues dures, par exemple).
- Les jeunes qui subissent la mauvaise influence de leurs camarades sont plus nombreux à avoir des relations sexuelles, qu'ils soient bien ou mal intégrés socialement.

5

La vie à l'école

Don Klinger

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



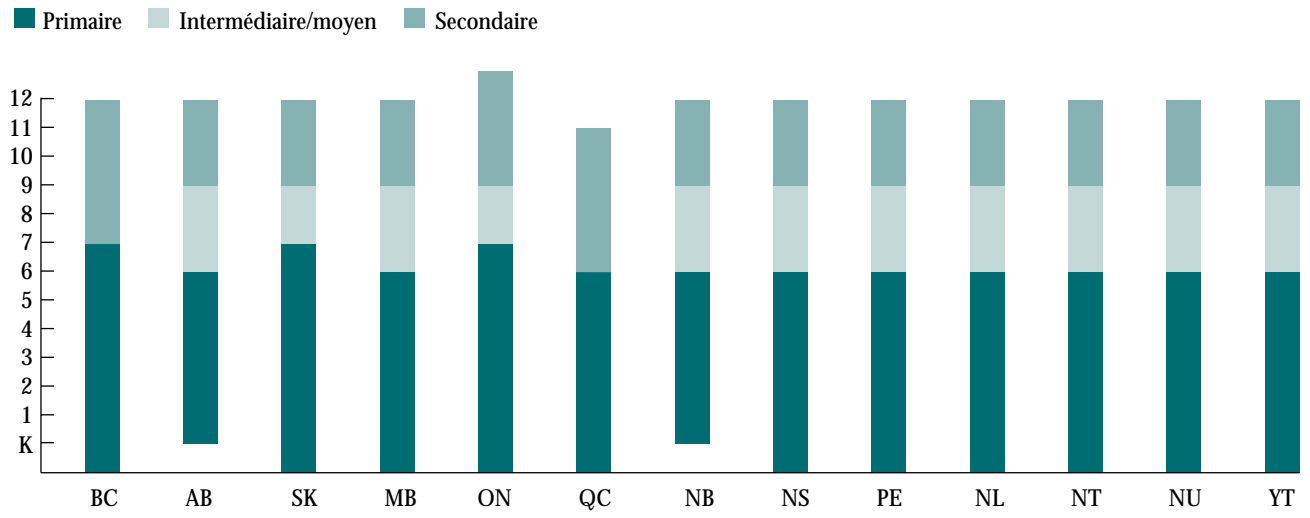
Nathan Tappin

avoir des comportements présentant des risques pour la santé (Connop et King, 1999).

Au Canada, l'éducation relève de la compétence des provinces et des territoires, chaque province et territoire établissant son propre programme d'enseignement, sa structure générale et son organisation (figure 5.1). Bien qu'il n'existe pas de système d'éducation nationale unique, il y a eu certaines tentatives – notamment au moyen du Protocole de collaboration concernant l'éducation de base dans l'Ouest canadien – d'établir des programmes d'enseignement communs à toutes les provinces. À quelques rares exceptions près, l'éducation formelle va, dans la plupart des provinces, de la maternelle à la 12^e année et se divise en deux cycles, le primaire et le secondaire. En Alberta et en Ontario, la fréquentation de la maternelle est facultative. Il existe aussi en Ontario un programme de maternelle de deux ans. Au Québec, le programme d'éducation publique se termine en 11^e année. L'Ontario a fini d'éliminer la 13^e année de son système en juin

Figure 5.1

Structure organisationnelle des écoles au Canada, par province et territoire



2003. Les provinces et les territoires se distinguent également sur le plan du financement des programmes d'éducation parallèles. L'éducation publique est généralement non confessionnelle. Cependant, les administrations scolaires catholiques romaines sont financées entièrement (en Alberta et en Ontario, notamment) ou en partie dans certaines provinces (en Colombie-Britannique, par exemple), mais ne le sont pas du tout dans d'autres (dans les provinces de l'Atlantique, par exemple). À Terre-Neuve et Labrador, on a récemment décidé que toutes les écoles devaient être non confessionnelles, bien que des cours de religion soient offerts à tous les niveaux scolaires dans le réseau public.

Au primaire, les élèves ont essentiellement un seul enseignant pour toutes leurs matières pendant toute l'année. Bien que les études primaires englobent partout la 6^e année, le primaire se termine en 6^e, 7^e ou 8^e année, selon les provinces et les territoires. Au secondaire, les élèves suivent des cours distincts sous la supervision d'enseignants spécialistes d'une discipline. Les élèves ont donc plusieurs enseignants au cours de l'année. Le niveau secondaire est divisé officiellement ou officieusement en des

programmes de premier et deuxième cycle. Les districts scolaires appliquent diverses variantes d'un modèle de base de manière à assurer une utilisation optimale des bâtiments et en fonction des besoins d'une philosophie pédagogique particulière. C'est pourquoi il n'est pas rare que des cycles ou parties de cycle différents soient regroupés dans un même bâtiment. À titre d'exemple, le niveau secondaire de premier cycle peut être offert sous le même toit que le niveau primaire ou le niveau secondaire de deuxième cycle. En ce qui concerne les services de soutien aux élèves, les écoles primaires partagent souvent les services d'orientation avec des écoles primaires voisines. Des services limités d'aide à l'apprentissage sont habituellement accessibles dans les écoles, mais bon nombre de ces services sont offerts par du personnel itinérant. Des services d'orientation et des services plus complets d'aide à l'apprentissage sont plus communément offerts dans les écoles secondaires, mais là aussi ces services sont parfois fournis par des spécialistes itinérants. Le niveau d'aide offert dépend souvent de la taille de l'école ou du district.

Partout au Canada, les élèves inscrits au secondaire ont le choix entre divers programmes d'études, dans les domaines des lettres, des arts, des sciences et de la technologie. Dans la plupart des provinces et territoires, les élèves peuvent aussi s'inscrire à des programmes généraux ou plus spécialisés de préparation à des études supérieures (le plus souvent dans les domaines des arts du langage, des mathématiques et des sciences). On mise aussi de plus en plus sur les programmes d'exploration de carrières et d'expérience pratique de travail pour initier les élèves au monde du travail. La manière dont les programmes d'études sont offerts varie aussi selon les districts et les provinces et même à l'intérieur des différents districts et provinces (par exemple, un programme peut s'étendre sur toute l'année ou sur un seul semestre).

Dans le domaine de l'éducation, au Canada, on a de plus en plus recours aux évaluations à grande échelle pour mesurer l'efficacité des écoles. Le Conseil des ministres de l'Éducation (Canada) parraine le Programme d'indicateurs du rendement scolaire (PIRS) du Canada. Le Canada participe en outre aux programmes d'évaluation internationaux, plus particulièrement dans le domaine des mathématiques et des sciences, par exemple l'Enquête internationale sur l'enseignement des mathématiques et des sciences (EIEMS) et le Programme international pour le suivi des acquis des élèves. Comme beaucoup de provinces se servent de ces programmes pour évaluer un assez grand nombre d'élèves, les résultats de ces évaluations peuvent être comparés directement à ceux d'autres pays.

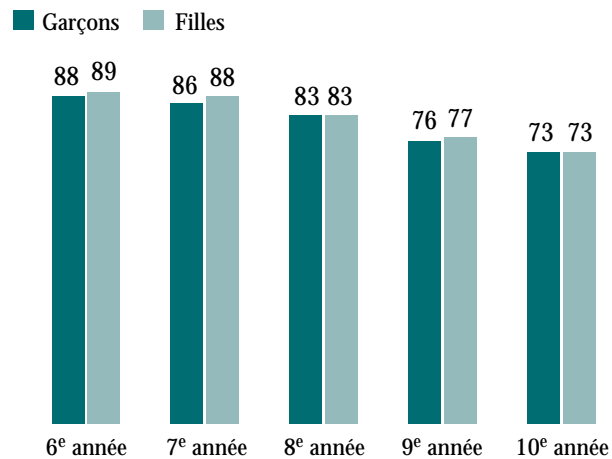
Selon le rapport international du volet mathématiques de l'EIEMS de 1999, le Canada se classe au dixième rang parmi les 40 pays participants pour les résultats obtenus par les élèves de 14 ans à l'épreuve de mathématiques. Les élèves canadiens ont obtenu une note moyenne de 531, soit beaucoup plus que la moyenne internationale de 487 (Mullis et coll., 1999). La

même année, le Canada s'est classé au quatorzième rang pour le volet sciences. Là encore, la note moyenne de 533 des élèves canadiens était bien supérieure à la moyenne internationale, qui était de 488 (Martin et coll., 1999). De même, les élèves canadiens de 15 ans auxquels on a fait passer la plus récente épreuve du Programme international pour le suivi des acquis des élèves se sont très bien classés par rapport aux 31 autres pays participants (Développement des ressources humaines Canada, 2002). Les élèves canadiens se sont classés au deuxième rang en lecture, au sixième rang en mathématiques et au cinquième rang en sciences.

Des études antérieures portant sur les élèves pris séparément examinent le lien entre le rendement scolaire et l'atmosphère à l'école ainsi que l'aide apportée par les parents (Ho et Willms, 1996; Ma et Klingler, 2000). Dans le présent chapitre, nous examinons six aspects de la vie à l'école qui influent sur la progression scolaire et le développement social des jeunes d'âge scolaire ainsi que sur leur santé émotionnelle et physique. Dans ce contexte, nous avons posé aux élèves des questions concernant leur rendement scolaire, leur appréciation de l'école, l'atmosphère à leur école, l'aide que leur apportent leurs enseignants et leurs parents ainsi que les pressions qu'ils subissent pour obtenir de bons résultats scolaires. Dans la mesure du possible, les résultats de ce volet de l'enquête sont présentés par niveau scolaire et par sexe. On examine en outre l'évolution des résultats par rapport aux enquêtes HBSC précédentes ainsi que les liens avec les éléments d'évaluation des risques pour la santé.

Figure 5.2

Élèves qui ont répondu que, selon eux, leurs enseignants pensent que leur rendement scolaire est bon ou très bon comparativement à celui de leurs camarades (%)



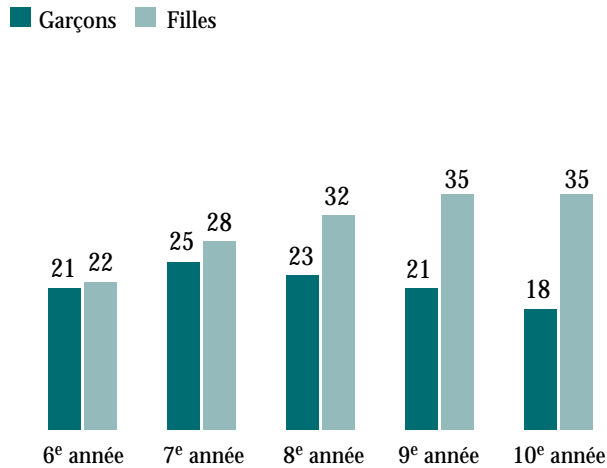
Le rendement scolaire

Les jeunes Canadiens qui participent à des évaluations internationales se classent généralement très bien par rapport à leurs pairs des autres pays. Par ailleurs, les études nationales et internationales constatent systématiquement qu'au second cycle du primaire ainsi qu'au secondaire, les filles surclassent les garçons en lecture et en écriture, tandis que les garçons font généralement mieux que les filles en sciences. En mathématiques, les écarts entre garçons et filles sont moins marqués (Robitaille, Taylor et Orpwood, 1996).

Dans l'enquête HBSC de 2002, on a posé aux élèves des questions concernant leur rendement et leurs aptitudes scolaires. Les pourcentages d'élèves qui ont répondu que, selon eux, leurs enseignants pensent que leur rendement scolaire est bon ou très bon par rapport à celui de leurs camarades sont indiqués à la figure 5.2. Il y avait des différences d'âge, ainsi, les élèves des classes des niveaux inférieurs étaient plus nombreux que ceux des classes des niveaux supérieurs à se placer dans une de ces catégories. Dans les enquêtes HBSC précédentes, les pourcentages d'élèves qui jugeaient bon ou très bon leur rendement scolaire étaient plus élevés, plus particulièrement chez les filles de tous les niveaux scolaires et chez les garçons de 10^e année (King et coll., 1996; 1999). Cela étant, les résultats de la dernière enquête continuent d'indiquer que les élèves Canadiens ont une opinion favorable de la qualité de leur travail à l'école. Les résultats obtenus pour d'autres questions de l'enquête concernant le rendement scolaire, résultats qui ne sont pas présentés dans le présent document, vont dans le sens de cette constatation générale. Ainsi, la majorité des élèves interrogés ont indiqué qu'ils réussissaient très bien le travail pendant les cours (72 p. 100 des garçons et 81 p. 100 des filles de 10^e année). Chez les élèves des classes des niveaux inférieurs, les pourcentages sont encore plus élevés et l'écart entre garçons et filles est moindre. Les

Figure 5.3

Élèves qui consacrent deux heures ou plus par jour à leurs devoirs les jours de semaine (%)

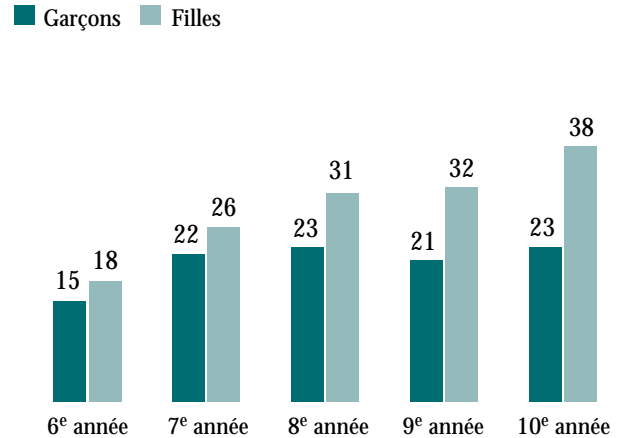


élèves considèrent en outre qu'ils sont intelligents (82 p. 100 des garçons et 78 p. 100 des filles de 10^e année ont indiqué que l'énoncé à savoir qu'ils pensent être aussi intelligents que les autres élèves de leur âge s'appliquaient bien ou assez bien à eux). Les filles sont toutefois légèrement moins nombreuses à porter un tel regard favorable sur leur intelligence, et ce, à tous les niveaux scolaires (les données à cet égard ne sont pas présentées). En revanche, les filles sont aussi nombreuses que les garçons à porter un jugement favorable sur leur travail en classe (figure 5.2).

Selon les réponses des élèves interrogés, les filles consacrent plus de temps à faire leurs devoirs que les garçons, surtout celles des classes des niveaux supérieurs (figures 5.3 et 5.4). En outre, les filles de 9^e et de 10^e année consacrent plus de temps à leurs devoirs que celles des classes des niveaux inférieurs; on n'observe toutefois pas la même croissance chez les garçons.

Figure 5.4

Élèves qui consacrent deux heures ou plus par jour à leurs devoirs les jours de fins de semaine (%)



Le tableau 5.1 indique les corrélations entre une échelle qui mesure la perception qu'ont les élèves de leur rendement scolaire et divers éléments examinés dans le cadre de l'enquête HBSC. Il existe un lien important entre cette perception qu'ont les élèves de leur rendement scolaire et d'autres éléments d'évaluation de la vie à l'école, de la santé émotionnelle et des comportements dangereux pour la santé. Les plus fortes corrélations observées sont celles avec la satisfaction à l'égard de l'école et l'absence de pressions quant au rendement scolaire. Les élèves les plus performants avaient aussi de meilleures relations avec leurs enseignants. Ces mêmes élèves étaient aussi plus nombreux à avoir une bonne estime d'eux-mêmes et à bien s'entendre avec leurs parents. Dans ce dernier cas, toutefois, les pourcentages d'élèves qui ont de bonnes relations avec leurs parents diminuent dans les classes des niveaux supérieurs. On observe également un lien entre le rendement scolaire et le fait d'avoir une perception positive de sa santé et de sa vie en général. Enfin, les élèves qui pensent que leur rendement scolaire est supérieur à la moyenne sont un peu moins susceptibles d'avoir des comportements à risque ou d'avoir des amis qui ont de tels comportements.

Tableau 5.1

Facteurs associés au fait que les élèves pensent que leur rendement scolaire est supérieur (coefficients de corrélation*)

	6 ^e année	8 ^e année	10 ^e année
Satisfaits de l'école**	0,36	0,39	0,40
Relations positives à l'école/avec les enseignants*8	0,24	0,34	0,30
Bon soutien des camarades à l'école**	0,22	0,21	0,17
Autonomie de l'élève à l'école**	0,08	0,11	0,12
Estime de soi positive**	0,41	0,38	0,34
Relations positives avec les parents**	0,40	0,38	0,33
Font partie de clubs ou d'organisations	0,22	0,24	0,19
Se considèrent en bonne santé	0,26	0,28	0,25
Sont satisfaits de leur vie	0,30	0,36	0,29
Ne subissent pas de pression concernant leur rendement**	0,54	0,47	0,47
Ne se sentent pas seuls	0,32	0,23	0,22
N'ont pas de symptômes psychosomatiques**	0,21	0,18	0,24
N'intimident pas les autres	0,13	0,21	0,21
N'ont pas de relations sexuelles	S.O.†	S.O.†	0,17
Ne fument pas	0,11	0,22	0,27
Ne boivent pas d'alcool	0,15	0,19	0,21
Ne consomment pas de marijuana	S.O.†	S.O.†	0,22
N'ont pas d'amis qui fument la cigarette	S.O.†	S.O.†	0,27

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40).

** Notes établies selon une échelle.

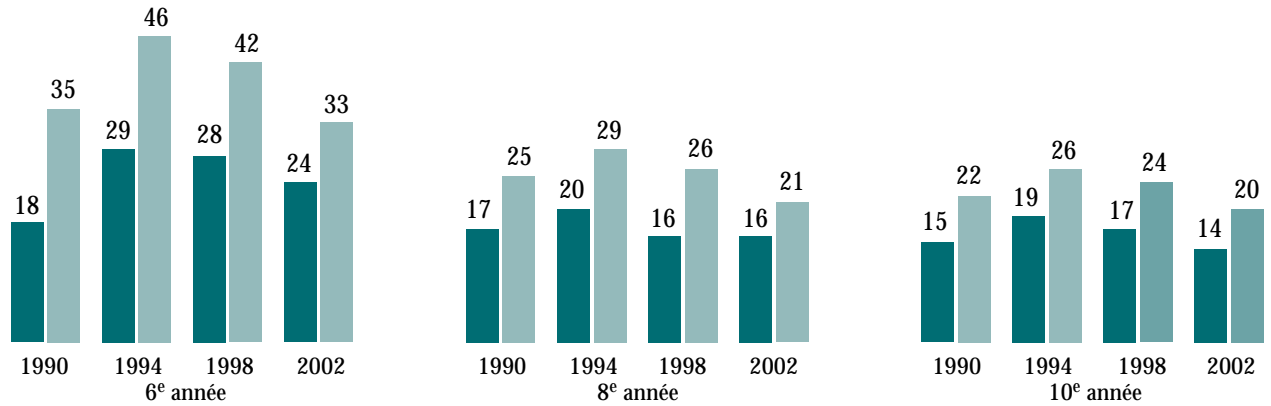
† S.O. : Sans objet (les questions n'ont pas été posées aux élèves des classes des niveaux inférieurs).



Figure 5.5

Élèves qui aiment beaucoup l'école, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles



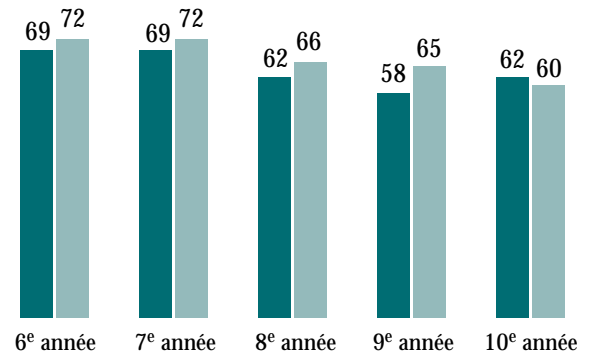
La satisfaction à l'égard de l'école

La satisfaction à l'égard de l'école est un facteur important du lien entre la vie des adolescents à l'école et leurs comportements liés à la santé. Les élèves qui se sentent en sécurité à leur école ou qui ont un sentiment d'appartenance à leur école sont plus susceptibles d'aimer l'école. Dans le cadre de l'enquête HBSC de 2002, on a demandé aux élèves ce qu'ils pensaient de l'école. Les choix de réponse étaient les suivants : « J'aime beaucoup l'école », « J'aime un peu l'école », « Je n'aime pas beaucoup l'école » et « Je n'aime pas du tout l'école ». Les pourcentages d'élèves qui ont répondu qu'ils aimaient beaucoup l'école sont présentés à la figure 5.5 pour chaque année de l'enquête. Après avoir atteint un sommet en 1994, ces pourcentages, comme on le voit, diminuent progressivement. Dans l'enquête de 2002, comme dans les enquêtes précédentes, les filles étaient plus nombreuses que les garçons à aimer l'école, dans les classes de tous les niveaux. Les pourcentages sont les mêmes pour les élèves de 8^e et de 10^e année, lesquels pourcentages sont par ailleurs plus bas que ceux établis pour les élèves de 6^e année. Enfin, les garçons sont plus susceptibles que les filles d'avoir des amis ou amies qui n'aiment pas l'école ou qui considèrent qu'il importe peu d'obtenir de bonnes notes à l'école.

Figure 5.6

Élèves qui aiment les activités à l'école (%)

■ Garçons ■ Filles



Il est à noter concernant la différence qu'on observe dans les pourcentages des élèves du primaire (6^e année) et des élèves du secondaire qui disent aimer l'école que les élèves de 6^e année ont un seul enseignant alors que les élèves des niveaux suivants en ont plusieurs. Cependant, les élèves de 8^e année peuvent avoir un seul ou plusieurs enseignants, selon la province ou le territoire. Ainsi, il n'est pas possible de déterminer si la diminution du nombre d'élèves qui aiment l'école est liée au fait que les élèves ont tout à coup plusieurs enseignants plutôt qu'un seul ou à des facteurs associés aux élèves eux-

Tableau 5.2

Facteurs associés au fait que les élèves sont davantage satisfaits de l'école (coefficients de corrélation*)

	6 ^e année	8 ^e année	10 ^e année
Relations positives à l'école/avec les enseignants**	0,60	0,58	0,54
Bon soutien des camarades à l'école**	0,49	0,46	0,44
Autonomie positive de l'élève à l'école**	0,26	0,33	0,27
Estime de soi positive**	0,37	0,35	0,36
Relations positives avec les parents**	0,38	0,38	0,42
Font partie de clubs ou d'organisations	0,13	0,18	0,26
Se considèrent en bonne santé	0,18	0,24	0,20
Sont satisfaits de leur vie	0,29	0,35	0,33
Ne subissent pas de pression concernant leur rendement**	0,49	0,45	0,44
Ne se sentent pas seuls	0,25	0,25	0,27
N'ont pas de symptômes psychosomatiques	0,19	0,21	0,23
N'intimident pas les autres	0,20	0,26	0,20
N'ont pas de relations sexuelles	S.O.†	S.O.†	0,20
Ne fument pas	0,18	0,17	0,27
Ne boivent pas d'alcool	0,21	0,22	0,25
Ne consomment pas de marijuana	S.O.†	S.O.†	0,27
N'ont pas d'amis qui fument la cigarette	S.O.†	S.O.†	0,25

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40).

** Notes établies selon une échelle.

† S.O. : Sans objet (les questions n'ont pas été posées aux élèves des classes des niveaux inférieurs).

mêmes. Si les pourcentages d'élèves qui aiment beaucoup l'école sont relativement faibles, la majorité des élèves aiment les activités à l'école; les pourcentages à cet égard varient peu entre garçons et filles et ne diminuent que légèrement chez les élèves des classes des niveaux supérieurs (figure 5.6).

Le tableau 5.2 indique les corrélations entre l'échelle de la satisfaction à l'égard de l'école et divers éléments examinés dans le cadre de l'enquête. Les élèves qui sont satisfaits de l'école ont, en général, d'assez bonnes relations avec leurs enseignants, leurs camarades et leurs parents. Les corrélations à cet égard s'observent dans les classes de tous les niveaux scolaires. De plus, comme dans le cas de l'échelle du rendement scolaire, les élèves qui n'ont pas l'impression de subir de pression concernant leur rendement sont plus susceptibles d'être satisfaits de leur vie à l'école. De même, les élèves qui sont satisfaits de l'école ont habituellement une meilleure perception d'eux-mêmes (estime de soi) et de leur état général de santé et sont davantage satisfaits de leur vie. Ici encore, les liens observés

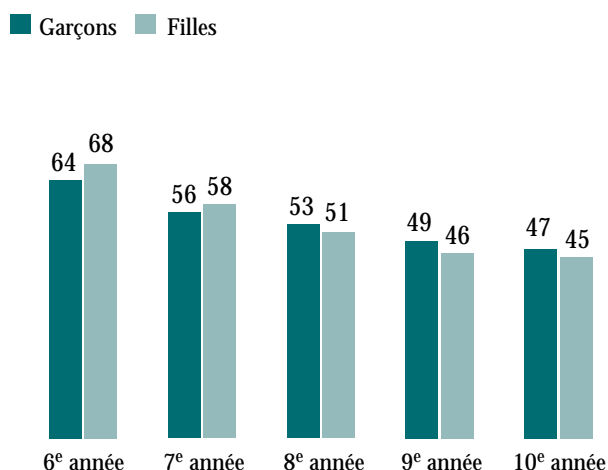
s'appliquent à tous les niveaux scolaires. Les élèves de 10^e année qui sont satisfaits de leur vie à l'école sont moins susceptibles d'être sexuellement actifs ou encore de fumer, de boire de l'alcool ou de consommer de la drogue.

Les relations avec les enseignants et l'atmosphère en classe

Les impressions qu'ont les élèves de leurs cours et de leurs enseignants influent directement sur la vie des élèves à l'école. Les résultats de l'enquête HBSC de 2002 corroborent les conclusions d'autres recherches qui ont montré que les enseignants qui créent dans leur classe une atmosphère favorable sont plus susceptibles d'avoir des élèves qui sont satisfaits de l'école (Samdal, Nutbeam, Wold et Kannas, 1998). Dans le cadre de l'enquête HBSC, on a demandé aux élèves ce qu'ils pensaient de leurs enseignants et de l'atmosphère qui règne dans leur classe. Plus des trois quarts des élèves interrogés de tous les niveaux ont répondu que

Figure 5.7

Élèves qui pensent que leurs enseignants s'intéressent à eux en tant que personne (%)



lorsqu'ils ont besoin d'aide supplémentaire, ils peuvent en obtenir. Par ailleurs, plus ils progressent dans leurs études, moins les élèves sont susceptibles de penser que leurs enseignants s'intéressent à eux en tant que personne (figure 5.7). Cette constatation est valable tant pour les garçons que pour les filles. Cependant, les pourcentages de filles qui étaient d'accord avec l'énoncé en cause ont diminué par rapport à ceux observés dans l'enquête HBSC de 1998. Si, en 2002, les élèves sont moins nombreux à penser que leurs enseignants s'intéressent à eux, ils continuent de considérer, plus particulièrement en 6^e année et en 10^e année, que la plupart de leurs enseignants sont gentils; c'est en 8^e année que les élèves sont les moins nombreux à avoir cette opinion (figure 5.8). Les filles sont plus nombreuses que les garçons à penser que la plupart de leurs enseignants sont gentils.

De la 6^e à la 10^e année, bon nombre d'élèves disent que ce qui se passe en classe relève essentiellement de l'autorité des enseignants et qu'ils ont rarement leur mot à dire sur le déroulement des cours (figure 5.9). Les garçons ont répondu dans une plus forte proportion qu'ils avaient leur mot à dire sur le déroulement des cours, ce qui est intéressant étant donné que les garçons sont moins nombreux à dire qu'ils aiment l'école

Figure 5.8

Élèves qui pensent que la plupart de leurs enseignants sont gentils (%)

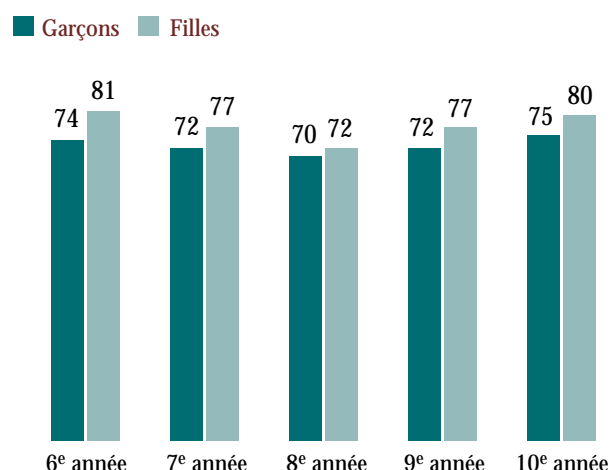
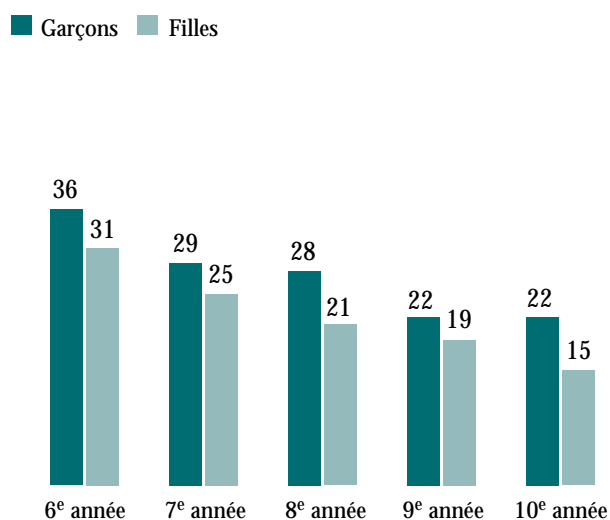


Figure 5.9

Élèves qui estiment qu'ils ont leur mot à dire sur le déroulement des cours (%)



et les activités à l'école (figures 5.5 et 5.6).

Tableau 5.3

Facteurs associés au fait que les élèves ont des relations positives avec leurs enseignants (coefficients de corrélation*)

	6 ^e année	8 ^e année	10 ^e année
Bon soutien des camarades à l'école**	0,43	0,32	0,30
Autonomie positive de l'élève à l'école**	0,38	0,38	0,32
Estime de soi positive**	0,25	0,29	0,26
Relations positives avec les parents**	0,32	0,38	0,40
Font partie de clubs ou d'organisations	0,06	0,07	0,12
Se considèrent en bonne santé	0,16	0,21	0,15
Sont satisfaits de leur vie	0,25	0,30	0,28
Ne subissent pas de pression concernant leur rendement**	0,35	0,34	0,35
se sentent pas seuls	0,15	0,21	0,16
pas de symptômes psychosomatiques**	0,18	0,20	0,20
N'intimident pas les autres	0,18	0,26	0,25
N'ont pas de relations sexuelles	S.O. †	S.O. †	0,14
Ne fument pas	0,12	0,16	0,22
Ne boivent pas d'alcool	0,14	0,20	0,29
Ne consomment pas de marijuana	S.O. †	S.O. †	0,25
N'ont pas d'amis qui fument la cigarette	S.O. †	S.O. †	0,18

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40).

** Notes établies selon une échelle.

† S.O. : Sans objet (les questions n'ont pas été posées aux élèves des classes des niveaux inférieurs).

Le tableau 5.3 indique les corrélations entre l'échelle des relations élèves-enseignants et divers éléments examinés dans le cadre de l'enquête. Les plus fortes corrélations observées sont entre les élèves qui ont de bonnes relations avec leurs enseignants et ceux qui peuvent compter sur l'aide de leurs camarades à l'école ainsi que sur celle de leurs parents. Il est toutefois à noter que la corrélation diminue avec le temps dans le cas de l'aide des camarades alors qu'elle augmente pour ce qui est de l'aide des parents. En revanche, la corrélation entre le rendement scolaire et les relations avec les parents va en diminuant dans les niveaux scolaires supérieurs (tableau 5.1). Par ailleurs, assez naturellement, les élèves qui ont de bonnes relations avec leurs enseignants sont moins susceptibles d'avoir le sentiment de subir des pressions concernant leur rendement scolaire et plus nombreux à être suffisamment autonomes à l'école. Les corrélations entre les relations avec les enseignants et les comportements à risque

(consommation de drogues et d'alcool) sont légèrement plus élevées qu'elles ne le sont pour les éléments d'évaluation de la vie à l'école examinés dans le tableau 5.2. On observe en outre une corrélation négative entre les actes d'intimidation et les bonnes relations avec les enseignants.

Les relations avec les autres élèves

L'adolescence est une période où les jeunes subissent de grands changements. En même temps qu'ils changent d'école, les adolescents changent physiquement et émotionnellement. À part les relations qu'ont les élèves avec leurs parents et leurs enseignants, leurs relations avec leurs camarades sont d'une grande importance dans leur vie. Le fait d'être socialement accepté ou rejeté par ses camarades peut avoir des conséquences considérables sur l'assurance et le sentiment de soi de l'adolescent (Baumeister et

Leary, 1995). Dans l'enquête HBSC de 2002, les bonnes relations avec les camarades sont faiblement liées à l'évaluation que font les élèves de leur rendement scolaire et plus fortement liées au fait d'être satisfait de l'école et d'avoir de bonnes relations avec les enseignants (tableaux 5.1, 5.2 et 5.3).

Les jeunes ont besoin de se sentir acceptés et appuyés par leurs parents, leurs enseignants et leurs camarades. La figure 5.10 indique les pourcentages d'élèves qui sont d'avis que les élèves de leurs cours sont gentils et prévenants. Comme les choix de réponse proposés dans l'enquête de 2002 n'étaient pas les mêmes que dans les enquêtes précédentes, il n'est pas possible de comparer les résultats. La figure 5.11 indique les pourcentages d'élèves qui étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé à savoir que les autres élèves les acceptent comme ils sont. Environ les trois quarts des élèves de tous les niveaux se sentent acceptés par leurs camarades, les pourcentages étant comparables à tous les niveaux tant chez les garçons que chez les filles. Les pourcentages d'élèves qui sont tout à fait d'accord avec l'énoncé « Les autres élèves m'acceptent comme je suis. » diminuent dans les classes des niveaux supérieurs, ce qui semble indiquer que le sentiment d'être accepté serait plus fragile chez les élèves plus âgés (les données ne sont pas présentées dans le présent document). Par ailleurs, environ 10 p. 100 des élèves de tous les niveaux ne se sentent pas acceptés par leurs camarades. Les pourcentages à cet égard sont similaires pour les garçons et pour les filles.

Les parents et l'école

Le rendement et la réussite scolaires des élèves sont liés à l'aide que leurs parents leur apportent (Ho et Willms, 1996; Steinberg, Lamborn, Sanford et Darling, 1992). Les élèves qui ont des parents qui s'intéressent à leur vie à l'école et qui les encouragent constamment à y faire de leur

Figure 5.10

Élèves qui pensent que les élèves de leurs cours sont gentils et prévenants (%)

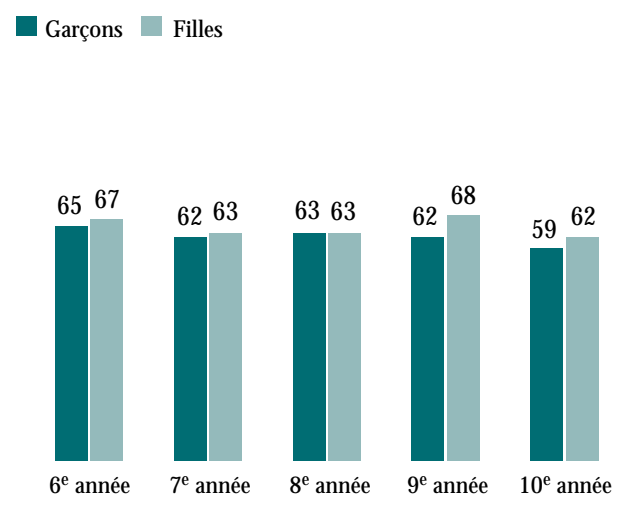
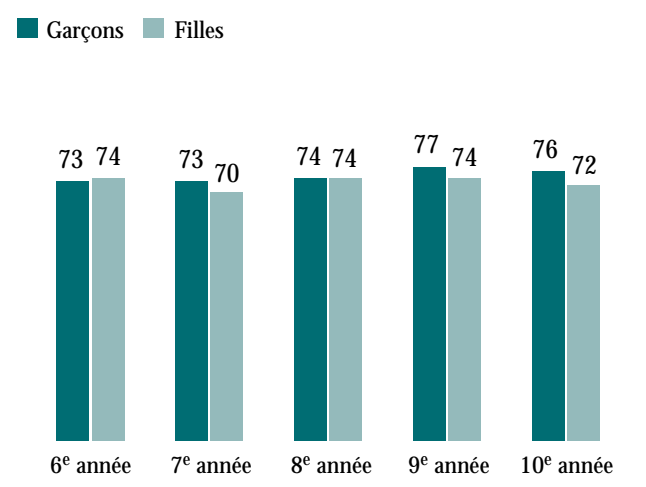


Figure 5.11

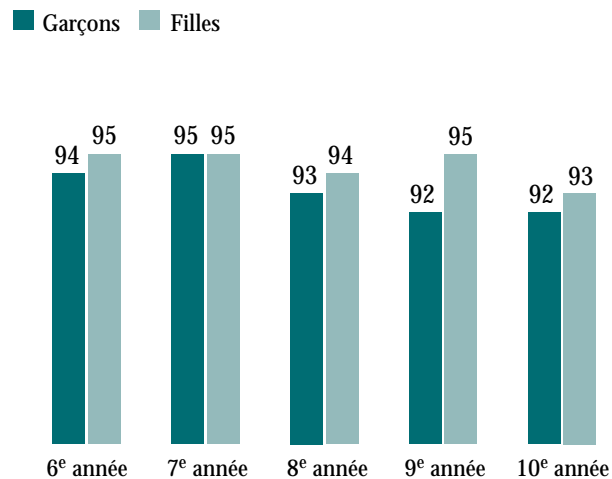
Élèves qui pensent que les autres élèves les acceptent comme ils sont (%)



mieux sont plus susceptibles d'avoir du succès dans leurs études que les élèves qui ont des parents qui ne les encouragent pas ou qui sont indifférents (Wang, Wildman et Calhoun, 1996). Les parents sont appelés à jouer un rôle de plus en plus important dans les systèmes d'éducation, les provinces établissant des mécanismes de participation des parents aux

Figure 5.12

Élèves qui ont répondu que leurs parents les encouragent à avoir de bons résultats scolaires (%)



discussions et aux décisions en matière d'enseignement. Les conseils consultatifs composés de parents se multiplient, et il n'est pas rare que les parents soient représentés au sein des comités de district et d'école.

Il importe que les parents puissent communiquer efficacement avec les enseignants et les administrateurs des écoles que fréquentent leurs enfants. Les écoles de tout le pays ont à cet égard établi des mécanismes qui facilitent cette communication. Ainsi, les parents peuvent discuter avec les responsables de leurs préoccupations et d'autres questions concernant les progrès de leurs enfants. Ils peuvent alors en meilleure connaissance de cause les aider à réussir leurs études et à atteindre leurs objectifs éducatifs. Environ 80 p. 100 des élèves interrogés dans le cadre de l'enquête HBSC de 2002 étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé à savoir que leurs parents sont prêts à se rendre à l'école pour parler à leurs enseignants. Ce pourcentage reste par ailleurs constant pour tous les niveaux scolaires considérés, tant chez les filles que chez les garçons. Malheureusement, comme les choix de réponse proposés en 2002 n'étaient

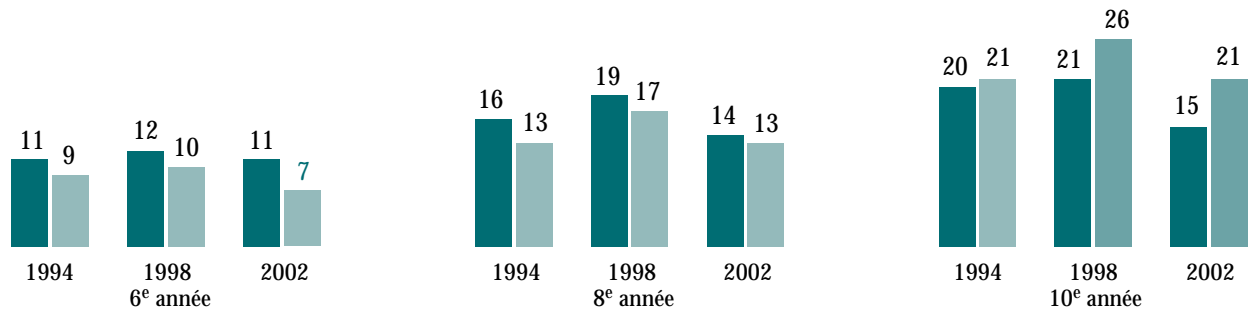
pas les mêmes que dans les enquêtes HBSC précédentes, il n'est pas possible de comparer directement les résultats.

Globalement, les élèves considèrent que leurs parents les aident dans leurs études, plus de 90 p. 100 d'entre eux ayant indiqué qu'ils étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé à savoir que leurs parents les encouragent à avoir de bons résultats scolaires (figure 5.12). Ces résultats s'appliquent tant aux garçons qu'aux filles et dans les classes de tous les niveaux, mais, comme on l'a vu au chapitre 3 (Le foyer), la mesure dans laquelle les parents sont prêts à aider les élèves lorsqu'ils ont un problème à l'école peut être influencée par le degré d'aisance de la famille. Cette constatation que les parents des élèves de toutes les classes sont nombreux à aider leurs enfants en ce qui touche à l'école est encourageante dans la mesure où il était ressorti des enquêtes HBSC précédentes que les parents des élèves du secondaire étaient moins nombreux à aider ces derniers. Ces résultats permettent de croire qu'il est possible de faire en sorte que les parents s'intéressent de près à l'éducation de leurs enfants même après qu'ils ont commencé leurs études secondaires. Il faudrait pousser la recherche pour déterminer si cette augmentation de l'intérêt des parents pour les études de leurs enfants est attribuable au fait qu'ils peuvent de plus en plus facilement intervenir dans les affaires scolaires.

Figure 5.13

Élèves qui éprouvent de la pression à cause du travail scolaire qu'ils ont à faire, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles



Les pressions pour que les élèves réussissent

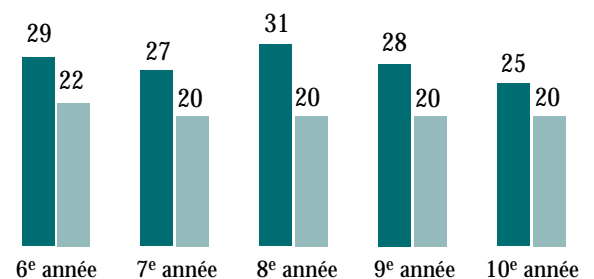
Les pressions exercées sur les élèves pour qu'ils obtiennent de bons résultats à l'école sont une « arme à double tranchant » pour bon nombre de jeunes. Généralement, les élèves qui disent que leurs parents ou leurs enseignants les pressent trop vivement de réussir sont ceux dont les résultats ne répondent pas aux attentes de ces symboles d'autorité. Ainsi, il est tout aussi important que les parents soient en rapport direct avec l'école et que parents, enseignants et élèves aient des attentes réalistes. Cela est important parce que, comme on l'a indiqué plus tôt dans le présent chapitre, les élèves qui ne sont pas exposés à de trop fortes pressions à l'école et de la part de leurs parents pour qu'ils obtiennent de bons résultats sont plus nombreux à considérer qu'ils réussissent bien dans leurs études et à être satisfaits de l'école.

En ce qui concerne le travail scolaire, les élèves participant à l'enquête HBSC de 2002 ont indiqué avoir plus de difficulté avec le travail dans les niveaux scolaires subséquents. De même, les pourcentages d'élèves qui sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils ont trop de travail scolaire augmentent de la 6^e à la 10^e année. Les garçons des classes de tous les

Figure 5.14

Élèves qui estiment que leurs enseignants sont trop exigeants envers eux (%)

■ Garçons ■ Filles



niveaux sont plus susceptibles de dire qu'ils ont de la difficulté avec leur travail scolaire et qu'ils ont trop de travail scolaire (les données ne sont pas présentées). Cette constatation est intéressante parce que les garçons consacrent moins de temps à leurs devoirs que les filles et que le temps qu'ils consacrent à leurs devoirs les jours de semaine diminue légèrement chez les élèves des classes des niveaux supérieurs. Les garçons ont apparemment moins de temps à consacrer à

Table 5.4

Facteurs associés au fait que les élèves n'éprouvent pas trop de pression pour qu'ils obtiennent de bons résultats à l'école (coefficients de corrélation*)

	6 ^e année	8 ^e année	10 ^e année
Bon soutien des camarades à l'école**	0,24	0,12	0,20
Autonomie positive de l'élève à l'école**	0,12	0,17	0,18
Estime de soi positive**	0,51	0,42	0,39
Relations positives avec les parents**	0,58	0,50	0,49
Font partie de clubs ou d'organisations**	0,16	0,13	0,09
Se considèrent en bonne santé	0,19	0,16	0,16
Sont satisfaits de leur vie	0,31	0,25	0,29
Ne se sentent pas seuls	0,41	0,27	0,30
N'ont pas de symptômes psychosomatiques**	0,31	0,31	0,36
N'intimident pas les autres	0,19	0,13	0,21
N'ont pas de relations sexuelles	S.O. †	S.O. †	0,11
Ne fument pas	0,10	0,10	0,18
Ne boivent pas d'alcool	0,22	0,17	0,20
Ne consomment pas de marijuana	S.O. †	S.O. †	0,19
N'ont pas d'amis qui fument la cigarette	S.O. †	S.O. †	0,18

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40).

** Notes établies selon une échelle.

† S.O. : Sans objet (les questions n'ont pas été posées aux élèves des classes des niveaux inférieurs).

leurs devoirs parce qu'ils en consacrent davantage à d'autres activités (voir le chapitre 7, Mode de vie sain).

Outre les questions destinées à évaluer la quantité de travail scolaire, on a posé aux élèves des questions concernant les pressions exercées sur eux en rapport avec ce travail. La figure 5.13 indique les pourcentages d'élèves qui disent éprouver beaucoup de pression à cause du travail scolaire qu'ils ont à faire. Les élèves des classes des niveaux supérieurs sont plus nombreux à éprouver cette pression; bien qu'il y ait un changement à cet égard tant chez les garçons que chez les filles. Chez les élèves de 6^e année, les garçons sont plus nombreux que les filles à éprouver de la pression, tandis que c'est le contraire parmi les élèves de 10^e année. La proportion d'élèves qui ont dit qu'ils éprouvaient de la pression à cause du travail scolaire dans l'enquête de 2002 a diminué par rapport à l'enquête de 1998 et est à peu près la même que celle observée dans l'enquête de 1994. Les attentes et les pressions en rapport avec le rendement scolaire peuvent provenir tant des enseignants que des parents. Les attentes des enseignants ont

tendance à rester les mêmes dans les classes de tous les niveaux, mais les garçons sont plus nombreux que les filles à estimer que leurs enseignants sont trop exigeants envers eux (figure 5.14). Par ailleurs, si les résultats obtenus pour cette question sont constants d'une enquête à l'autre pour les élèves de 10^e année, les pourcentages des élèves de 6^e et de 8^e année qui ont indiqué que leurs enseignants sont trop exigeants envers eux sont plus élevés dans l'enquête de 2002 que dans les enquêtes de 1998 et de 1994 (les données ne sont pas présentées).

Le tableau 5.4 indique les corrélations entre l'échelle qui mesure la perception qu'ont les élèves des pressions qu'ils subissent en rapport avec leurs résultats scolaires et divers éléments examinés dans le cadre de l'enquête. Les éléments présentant la plus forte corrélation avec cette échelle sont l'estime de soi et les bonnes relations avec les parents, à savoir que les élèves qui n'éprouvent pas trop de pression concernant leurs résultats scolaires ont une meilleure estime d'eux-mêmes et de meilleures relations avec leurs parents. Dans les deux cas, la corrélation



Angela Solar

est la plus forte pour les élèves de 6^e année, diminuant en 8^e et en 10^e année. Assez naturellement, les élèves qui subissent moins la pression des attentes de l'école, des enseignants et des parents sont moins nombreux à présenter des symptômes psychosomatiques ou à se sentir seuls. Par ailleurs, les corrélations de cette échelle avec les comportements à risque pour la santé sont comparables à celles observées avec d'autres éléments d'évaluation de la vie à l'école.

Principales constatations

- Les élèves qui font une évaluation positive de leur rendement scolaire ont tendance à ne pas éprouver une trop grande pression pour obtenir de bons résultats à l'école, à être satisfaits de l'école, à avoir de bonnes relations avec leurs parents ainsi qu'à avoir une bonne estime d'eux-mêmes.
- Les élèves qui font une évaluation positive de leur rendement scolaire ont également tendance à considérer que leur santé est bonne, à avoir moins de comportements à risque et à avoir moins d'amis qui ont de tels comportements.
- Globalement, la plupart des élèves aiment l'école. Cependant, après avoir atteint leur sommet dans l'enquête de 1994, les pourcentages des élèves qui disent aimer l'école diminuent progressivement dans les enquêtes suivantes.
- Les élèves qui sont satisfaits de l'école ont tendance à avoir de bonnes relations avec leurs enseignants, leurs camarades et leurs parents, à ne pas éprouver une trop grande pression pour obtenir de bons résultats à l'école, à avoir une bonne estime d'eux-mêmes ainsi qu'à être autonomes à l'école.
- Les élèves qui sont satisfaits de l'école ont aussi tendance à considérer que leur santé est bonne, à avoir moins de comportements à risque et à avoir moins d'amis qui ont de tels comportements.
- Les élèves des classes des niveaux supérieurs sont moins nombreux à considérer qu'ils ont leur mot à dire sur le déroulement des cours. Les élèves qui ont de bonnes relations avec leurs enseignants sont plus nombreux à avoir de bonnes relations avec leurs parents (surtout dans les classes des niveaux supérieurs), à ne pas subir trop de pression pour obtenir

de bons résultats scolaires, à avoir de bonnes relations avec leurs camarades, à être autonomes à l'école et à avoir une bonne estime d'eux-mêmes.

- Les élèves qui ont de bonnes relations avec leurs enseignants ont aussi tendance à avoir moins de comportements à risque et à avoir moins d'amis qui ont de tels comportements.
- Une faible – mais non moins inquiétante – proportion d'élèves ne se sentent pas acceptés de leurs camarades.
- La proportion d'élèves qui disent que leurs parents les encouragent à avoir de bons résultats scolaires a légèrement augmenté par rapport à l'enquête de 1998.
- Plus de garçons que de filles disent avoir de la difficulté avec leur travail scolaire. Pourtant, ils consacrent moins de temps que les filles à leurs devoirs.
- Les garçons disent consacrer moins de temps que les filles à leurs devoirs tout en étant plus nombreux à penser que leurs enseignants sont trop exigeants envers eux.
- Les élèves qui ne subissent pas trop de pression pour obtenir de bons résultats scolaires ont tendance à avoir une bonne estime d'eux-mêmes et à avoir de bonnes relations avec leurs parents.
- Les élèves qui ne subissent pas trop de pression pour obtenir de bons résultats à l'école ont aussi tendance à avoir moins de symptômes de problèmes de santé, à moins se sentir seuls, à avoir moins de comportements à risque et à avoir moins d'amis qui ont des comportements à risque.

6

Les comportements à risque chez les jeunes sur le plan de la santé

Hana Saab



Jad Saab

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). Dans le présent chapitre, nous examinons les habitudes comportementales des adolescents canadiens présentant un risque pour la santé qui sont liés au tabagisme, à la consommation d'alcool et de drogues et aux rapports sexuels, de même que l'évolution de celles-ci au cours des 12 dernières années.

Le tabagisme

Chez les jeunes, le tabagisme est associé à une augmentation de la fréquence et de la gravité des maladies respiratoires, à une diminution du taux de croissance et de capacité pulmonaires et à une élévation de la fréquence cardiaque au repos qui influe sur la performance et l'endurance physiques. Le tabagisme est également un déterminant de la consommation d'alcool et de drogues et il est associé à l'activité sexuelle précoce et à des rapports sexuels non protégés (Centers for Disease Control and Prevention, 1993). Selon l'enquête HBSC de 2002, c'est en

10^e année qu'on trouve le plus grand nombre de jeunes qui fument tous les jours (figure 6.1). Depuis l'enquête de 1998, les taux de tabagisme chez les jeunes Canadiens sont demeurés stables, à l'exception de ceux des garçons et des filles de 8^e année qui ont quelque peu diminué et de celui des filles de 10^e année qui a considérablement fléchi (figures 6.2 et 6.3). Selon les données de Statistique Canada, la prévalence du tabagisme était autrefois plus élevée pour les jeunes filles de 15 à 19 ans que pour les jeunes garçons du même âge (*Rapports sur la santé*, 1999). Ces constatations concordent avec celles des enquêtes HBSC de 1990, 1994 et 1998. Toutefois, parmi les répondants à l'enquête HBSC de 2002, qui étaient un peu plus jeunes que ceux faisant partie de l'échantillon de Statistique Canada étant donné qu'ils appartenaient au groupe d'âge des 12 à 16 ans, 15 p. 100 des garçons de 10^e année fumaient tous les jours, comparativement à seulement 11 p. 100 des filles de la même année (figures 6.2 et 6.3). La diminution du nombre de filles qui fumaient tous les jours, qui est passé de 21 p. 100 en 1998 à 11 p. 100 en 2002 pour les élèves de la 10^e année, représente une variation importante s'accompagnant d'une baisse de l'usage occasionnel du tabac (au moins une fois par semaine, mais pas à tous les jours, et moins d'une fois par semaine) observable également parmi les filles du même âge.

Figure 6.1
Élèves qui fument chaque jour (%)

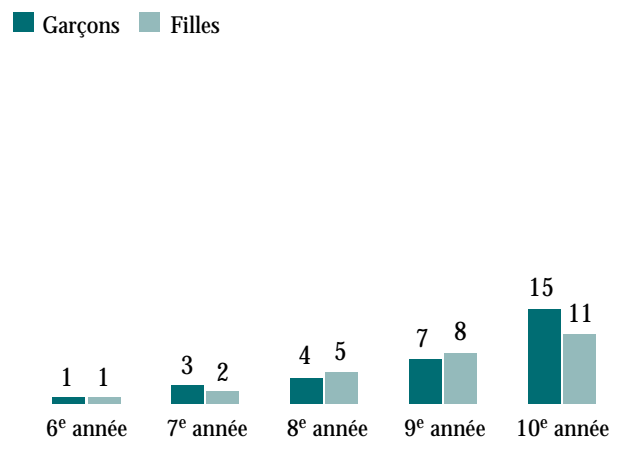


Figure 6.2
Garçons qui fument chaque jour, selon l'année de l'enquête (%)

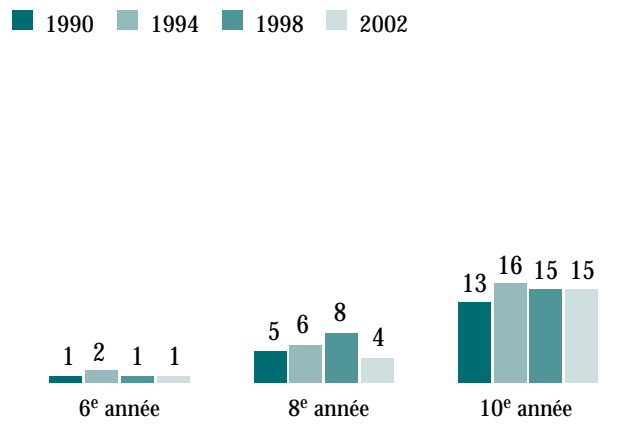


Figure 6.3
Filles qui fument chaque jour, selon l'année de l'enquête (%)

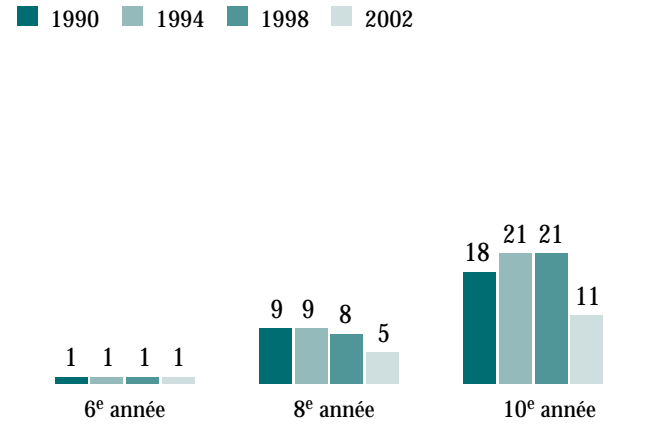


Figure 6.4

Garçons qui ont déjà fumé, selon que leur mère fume ou pas (%)

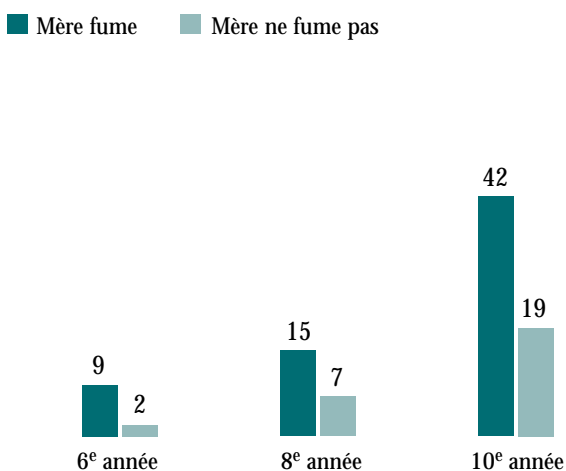


Figure 6.6

Filles qui ont déjà fumé, selon que leur mère fume ou pas (%)

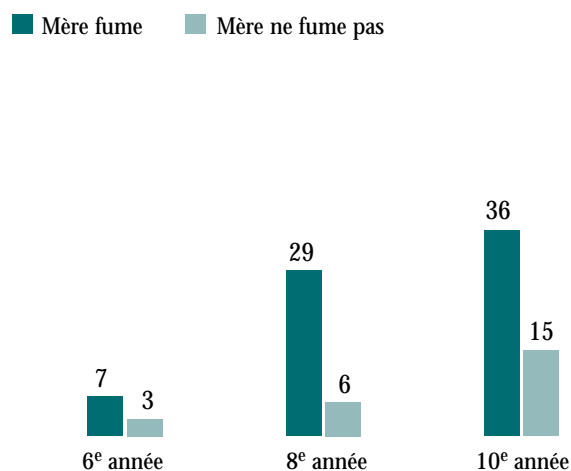


Figure 6.5

Garçons qui ont déjà fumé, selon que leur père fume ou pas (%)

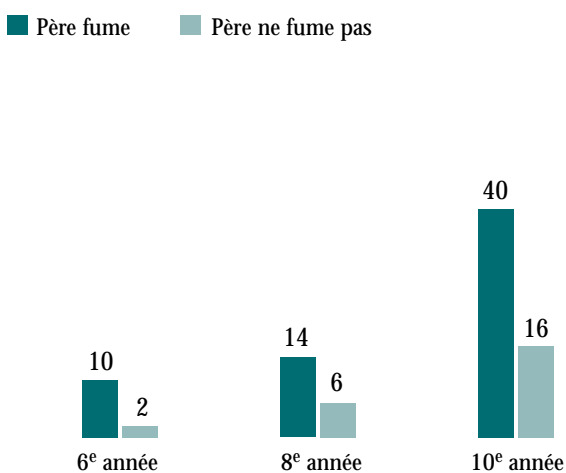
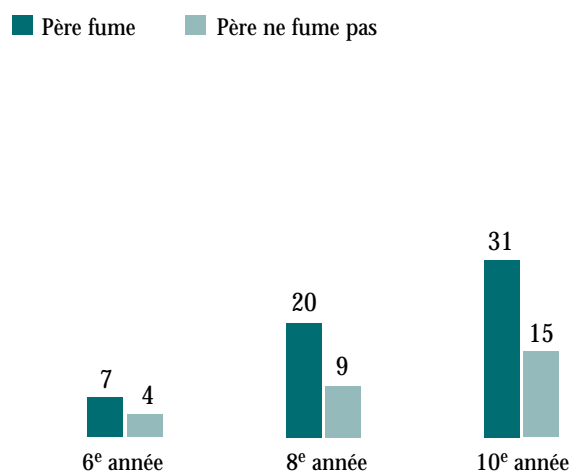


Figure 6.7

Filles qui ont déjà fumé, selon que leur père fume ou pas (%)



Des réductions similaires des taux de tabagisme chez les filles ont été documentées aux États-Unis (Johnston, O'Malley et Bachman, 2002), où l'on a enregistré des diminutions du pourcentage de jeunes filles de 10^e année qui fumaient la cigarette, qui est passé de 16,8 p. 100 en 1998 à 11,9 p. 100 en 2001. Ont contribué à ce déclin la majoration du prix des cigarettes, la restriction de la publicité sur les produits du tabac, le plus grand nombre de campagnes média-

tiques de sensibilisation aux effets nuisibles du tabagisme ainsi que l'évolution des attitudes sociales à l'égard du tabagisme et envers les fumeurs (Johnston et coll., 2002). Ces mêmes facteurs n'ont toutefois pas eu d'incidence sur les taux de tabagisme chez les garçons de 10^e année.

Le fait d'avoir un parent qui fume renforce les chances qu'un adolescent fume. La probabilité que les élèves de 6^e, 8^e et 10^e année, tant les

Figure 6.8

Garçons qui ont déjà fumé, selon que leur meilleur ami ou amie fume ou pas (%)

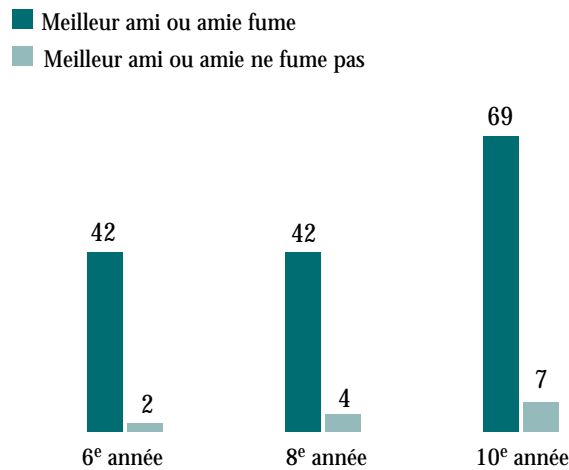
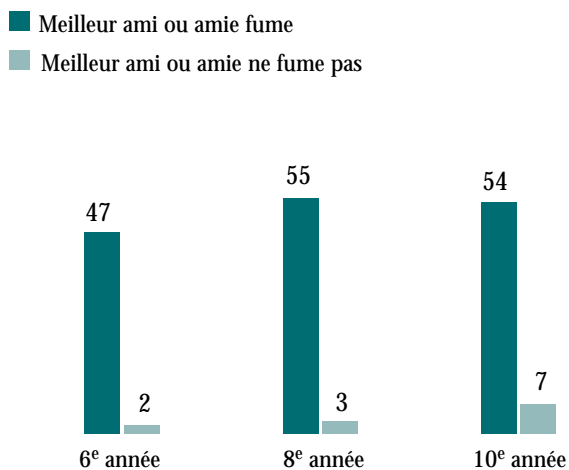


Figure 6.9

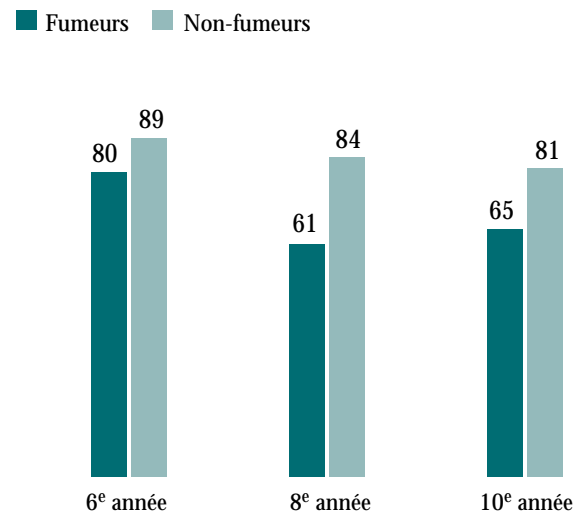
Filles qui ont déjà fumé, selon que leur meilleur ami ou amie fume ou pas (%)



garçons que les filles, fumer est beaucoup plus grande si l'un des parents fume (figures 6.4 à 6.7). Selon d'autres études, le fait que la mère fume a une incidence plus déterminante sur le tabagisme des adolescents que l'exemple du père à cet égard (Kandel et Wu, 1995; Griffin et coll., 1999; Key et Marsh, 2002). Cette constatation n'est vraie que pour les filles de 8^e et de 10^e année faisant partie de l'échantillon de l'enquête HBSC. Qui plus est, les élèves dont le meilleur

Figure 6.10

Garçons qui fument tous les jours et ceux qui ne fument pas qui sont satisfaits de leur vie (%)



ami ou la meilleure amie fume risquent fort de fumer eux-mêmes, cette observation étant valable pour l'ensemble des répondants aux enquêtes HBSC (figures 6.8 et 6.9).

Les élèves qui fument ont plus de chances que leurs camarades d'éprouver des problèmes émotionnels ou psychologiques sous-jacents (Centers for Disease Control and Prevention, 1993) et d'être moins satisfaits de leur vie (Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann et Drane, 2001). Les figures 6.10 et 6.11 indiquent que, pour ce qui est des jeunes faisant partie de l'échantillon de l'enquête HBSC, les non-fumeurs, tant les garçons que les filles, semblaient être plus satisfaits de leur vie à la maison que ceux qui fumaient tous les jours.

Le fait de fumer avec des amis peut être une activité sociale qui symbolise l'appartenance au groupe (Connop et King, 1999). Dans l'échantillon de l'enquête HBSC, la majorité des jeunes qui fumaient tous les jours, en particulier les filles, fumaient souvent avec leurs amis ou amies (figure 6.12), ce qui indique peut-être que le tabagisme répond à un besoin de soutien mutuel.

Figure 6.11

Filles qui fument tous les jours et celles qui ne fument pas qui sont satisfaites de leur vie (%)

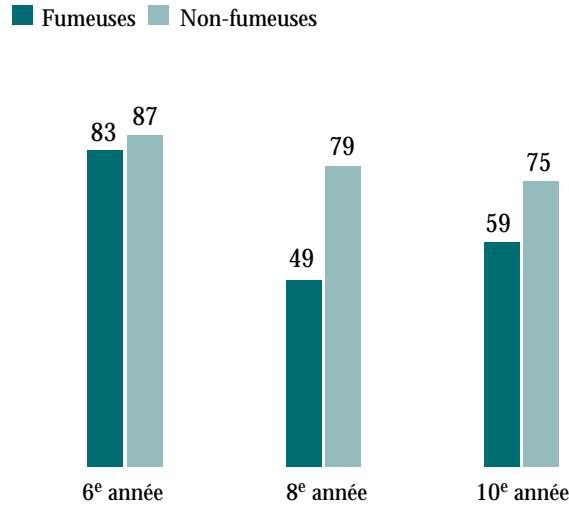
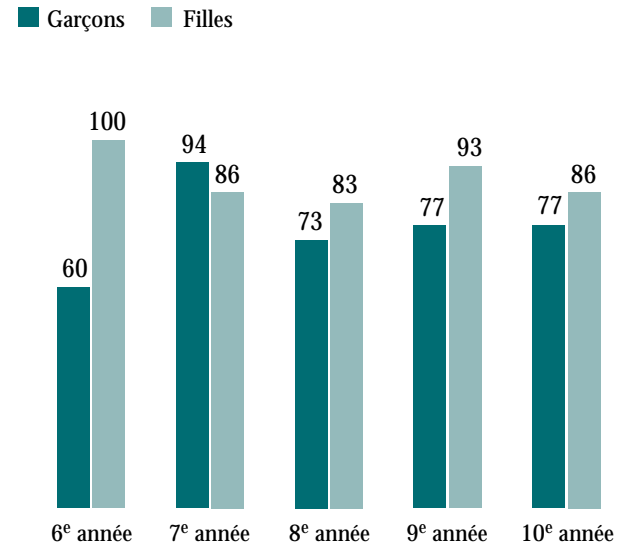


Figure 6.12

Élèves qui fument tous les jours et qui fument souvent avec leurs amis ou amies (%)



L'alcool

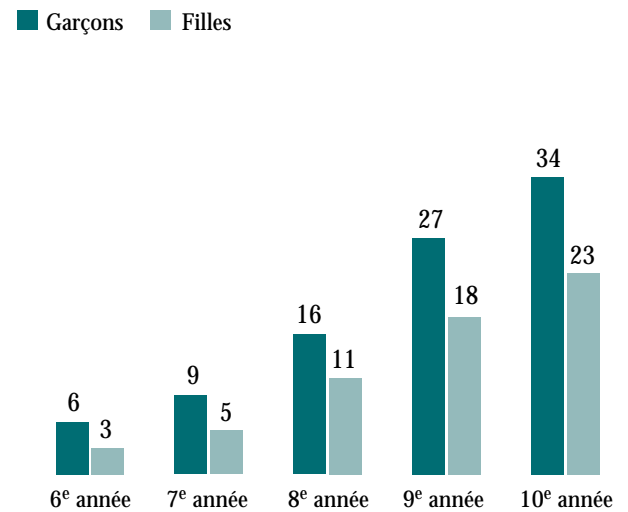
Tous les élèves interrogés dans le cadre de l'enquête HBSC de 2002 n'avaient pas l'âge requis par la loi pour acheter et consommer des boissons alcoolisées dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada.

La consommation d'alcool est l'un des nombreux comportements à risque des adolescents qui tendent à coexister. Elle peut nuire au rendement scolaire, provoquer des troubles psychologiques, amener les adolescents à prendre le risque de conduire un véhicule avec facultés affaiblies et réduire leur capacité de former des idées claires et de faire preuve de discernement (Johnston et coll., 1998). Voici les cinq raisons de boire de l'alcool mentionnées par les adolescents : prendre du bon temps avec des amis; expérimenter la consommation d'alcool et voir ce qu'il en est; éprouver une sensation de bien-être ou se défoncer; faire l'expérience du goût de l'alcool; se détendre et chasser la tension (Johnston et coll., 1998).

La préférence des adolescents va d'ordinaire à l'alcool qui est souvent ce qu'ils essaient en

Figure 6.13

Élèves qui boivent une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine (%)



premier (Andrews, Hops, Ary, Lichtenstein et Tildesley, 1991; Johnston et coll., 1994). La consommation excessive d'alcool est associée à l'usage accru de tabac et de drogues illicites au fil du temps.

Figure 6.14

Élèves qui boivent de la bière au moins une fois par semaine, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles

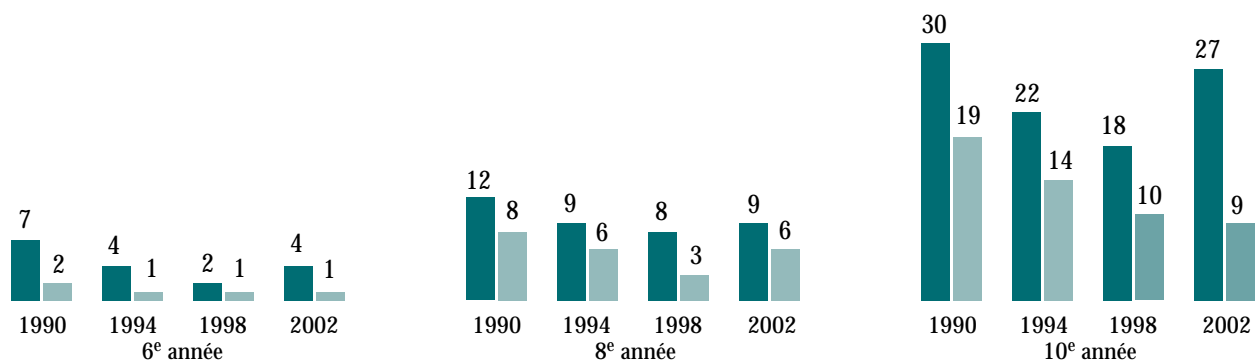
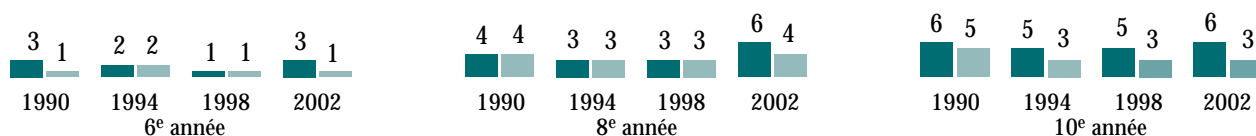


Figure 6.15

Élèves qui boivent du vin au moins une fois par semaine, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles



Selon l'enquête HBSC de 2002, les taux de consommation hebdomadaire d'alcool ont constamment progressé pour les jeunes de la 6^e à la 10^e année, passant de 3 p. 100 à 23 p. 100 dans le cas des filles et de 6 p. 100 à 34 p. 100 dans celui des garçons (figure 6.13).

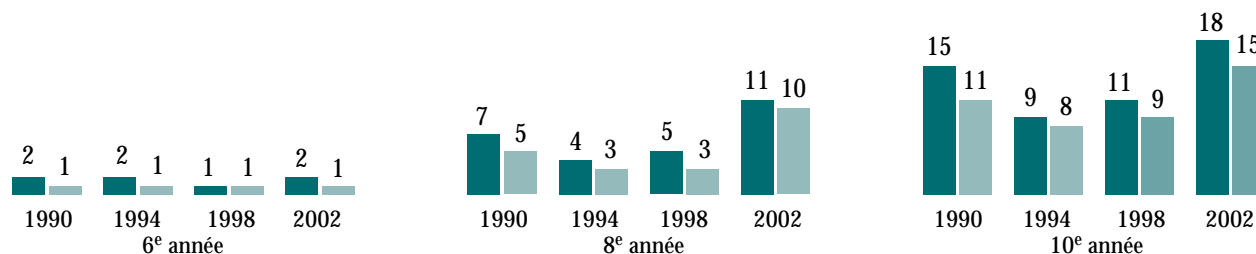
Comme on peut s'y attendre, les taux de consommation d'alcool, en particulier de bière et de spiritueux, étaient beaucoup plus élevés pour les élèves de 10^e année. En 2002, la consommation de spiritueux semblait devenir plus

populaire que celle de bière ou de vin, en particulier chez les plus jeunes adolescents (figures 6.14 à 6.16). Cette hausse peut s'expliquer en partie par la publicité entourant les boissons alcoolisées à saveur sucrée comme les panachés ou les « alcopops », qui plaisent aux filles en particulier; l'industrie de la publicité misant sur les images attrayantes des contenants design de ces boissons alcoolisées (The National Center on Addiction and Substance Abuse, 2003).

Figure 6.16

Élèves qui boivent des spiritueux au moins une fois par semaine, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles



À la mi-adolescence (9^e et 10^e année), on constate une hausse marquée de la consommation d'alcool en quantité suffisante pour s'enivrer. Un pourcentage important (16 p. 100) d'élèves de 8^e année ont déclaré s'être vraiment enivrés au moins deux fois. Pour ce qui est des élèves de 9^e année, cette proportion s'établissait à presque un tiers (figure 6.17). Dans le même ordre d'idées, 44 p. 100 des élèves de 10^e année ont indiqué qu'ils s'étaient enivrés au moins deux fois. Par contre, 23 p. 100 des filles et 34 p. 100 des garçons de 10^e année ont affirmé avoir pris de l'alcool au moins une fois par semaine (figure 6.13). Cette tendance est conforme aux conclusions d'autres recherches effectuées au Canada selon lesquelles les jeunes Canadiens boivent rarement mais, quand cela se produit, ont tendance à consommer une quantité excessive d'alcool (Hewitt, Vinje et MacNeil, 1995). Fait intéressant, aucune différence notable n'a été relevée entre les sexes eu égard à l'ivresse.

Figure 6.17

Élèves qui ont déjà pris assez d'alcool pour être « vraiment ivres » au moins deux fois (%)

■ Garçons ■ Filles

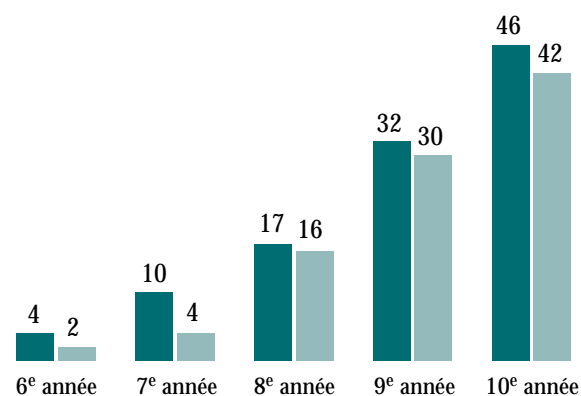
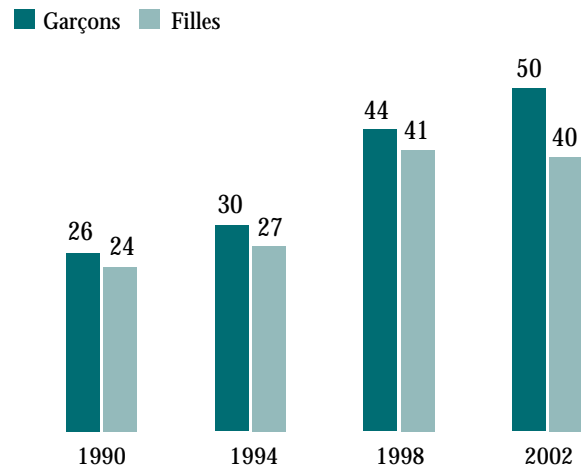
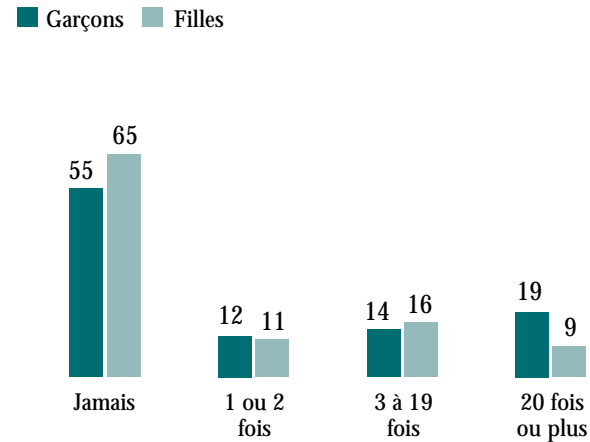


Figure 6.18

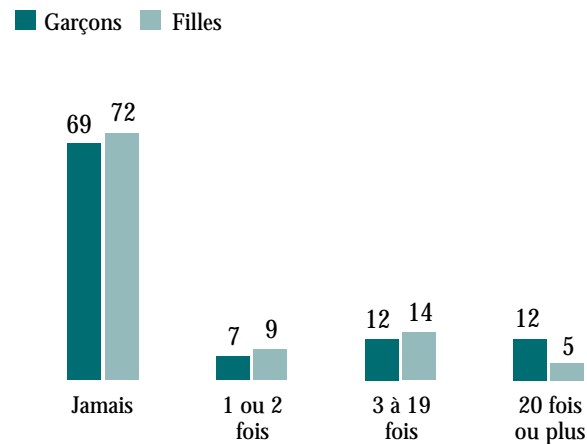
Élèves de 10^e année qui ont déjà pris de la marijuana, selon l'année de l'enquête (%)

**Figure 6.20**

Fréquence de consommation de marijuana chez les élèves de 10^e année au cours des 12 derniers mois (%)

**Figure 6.19**

Fréquence de consommation de marijuana chez les élèves de 9^e année au cours des 12 derniers mois (%)



la cocaïne, l'héroïne ou le LSD (Tashkin, 1993; Zapert, Snow et Tebes, 2002). Précisons que seuls les élèves de 9^e et de 10^e année ont répondu aux questions ayant trait à la consommation de drogues de l'enquête HBSC de 2002.

Les données de l'enquête HBSC recueillies au cours des douze dernières années semblent indiquer que, chez les jeunes de la 10^e année, le taux d'expérimentation de la marijuana a continué d'augmenter dans le cas des garçons (50 p. 100) mais s'est stabilisé dans celui des filles (40 p. 100) (figure 6.18). Des études régionales antérieures réalisées au Canada révèlent qu'environ 40 p. 100 des adolescents avaient fait l'essai de la marijuana avant l'âge de 15 ans (The McCreary Centre Society, 1999). Certains auteurs sont d'avis que la popularité de la marijuana en tant que drogue à caractère social chez les adultes incite les adolescents à s'en procurer et à considérer sa consommation comme une activité de loisirs sécuritaire (Tonkin, 2002). Cependant, des données sur les conséquences à long terme de la consommation de marijuana sur la santé des adolescents ne sont pas encore disponibles. Celles découlant de rapports cliniques ont démontré l'existence d'un lien entre la consommation de marijuana et le fléchissement du rendement scolaire et de la motivation et la progression de l'absentéisme (Tonkin, 2002). Les figures 6.19 et 6.20 indiquent que la consommation de

La consommation de drogues

La consommation de drogues durant l'adolescence peut avoir des répercussions à long terme du point de vue du bien-être des jeunes et de leur participation et leur contribution à la société. On admet généralement que, chez les adolescents, le fait de fumer des cigarettes et de boire de l'alcool est un signe précurseur de la consommation de marijuana; dans le même ordre d'idées, la consommation régulière de marijuana précède presque toujours celle d'autres drogues comme

Tableau 6.1

Facteurs associés à la consommation de marijuana chez les élèves de 10^e année au cours des 12 derniers mois

	Coefficient de corrélation*
S'enivre souvent	0,64
Boit de la bière	0,55
Boit des spiritueux	0,55
Fume du tabac	0,50
A des amis ou amies qui ont des comportements à risque	0,52
A des relations sexuelles	0,46
N'a pas utilisé de condom au moment des ses dernières relations sexuelles	0,45
Passe plus de soirées par semaine avec ses amis ou amies	0,31
A des relations difficiles avec ses parents**	0,30
N'est pas satisfait ou satisfaite de sa vie	0,24
N'aime pas l'école	0,23

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40).

** Note établie selon une échelle

marijuana augmente en fonction de l'année d'études. En 10^e année, un tiers des garçons et un quart des filles avaient consommé de la marijuana trois fois ou plus au cours des 12 derniers mois.

Le tableau 6.1 illustre le lien indiscutable entre la consommation de marijuana et des activités comme s'enivrer, boire de la bière ou des spiritueux, fumer des cigarettes et d'autres facteurs psychosociaux. La consommation de marijuana a été associée avec le fait d'avoir des amis qui ont des comportements à risque et également de ne pas avoir utilisé de condom au moment des dernières relations sexuelles, ce qui accroît le risque de grossesse et de maladies transmissibles sexuellement (MTS), entre autres l'infection par le VIH et le sida. De surcroît, la consommation de marijuana a été plus ou moins associée avec le fait d'avoir des relations difficiles avec ses parents, de ne pas aimer l'école et d'être insatisfait de sa vie. Selon d'autres recherches, les élèves qui ont commencé à consommer de la marijuana ont deux fois plus de chances d'abandonner leurs études secondaires que ceux qui n'ont pas pris cette habitude (Bray, Zarkin, Ringwalt et Junfeng, 2000).

Figure 6.21

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris de la marijuana, selon l'année de l'enquête (%)

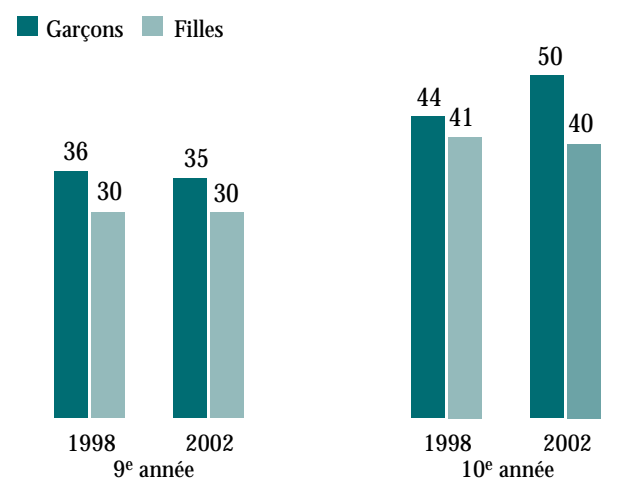
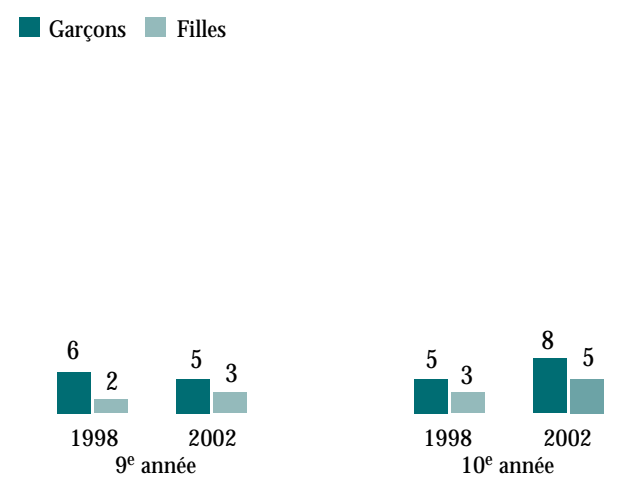


Figure 6.22

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris de l'Ecstasy, selon l'année de l'enquête (%)



Les figures 6.21 à 6.30 montrent la consommation de drogue chez les adolescents pour la période visée par les deux dernières enquêtes HBSC (1998 et 2002). Le nombre de garçons qui consomment de la drogue est un peu plus élevé que celui des filles qui font de même. La consommation de marijuana est beaucoup plus répandue que celle d'autres drogues, comme le LSD, la cocaïne et l'héroïne, l'opium ou la morphine. Toutefois, la consommation de marijuana a peu varié pour la période visée par les deux enquêtes, sauf chez les garçons de 10^e année.

Figure 6.23

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris des amphétamines, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles



Figure 6.25

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris de l'héroïne, de l'opium ou de la morphine, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles



Figure 6.24

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris de la cocaïne, selon l'année de l'enquête (%)

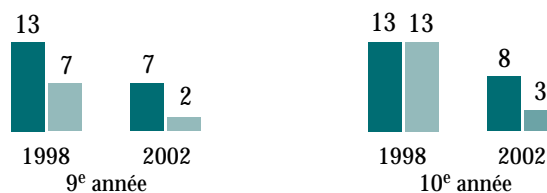
■ Garçons ■ Filles



Figure 6.26

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris du LSD, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles



L'Ecstasy est une drogue synthétique ayant des propriétés stimulantes et hallucinogènes qu'on consomme surtout comme une drogue à usage récréatif et qu'on trouve dans les bars, en particulier à l'occasion de soirées « raves ». Chez les élèves de 10^e année, la consommation d'Ecstasy n'a que très peu augmenté depuis 1998, de 3 p. 100 pour ce qui est des garçons et de 2 p. 100 dans le cas des filles. La consommation d'Ecstasy semble être en hausse aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Allemagne, aux

Pays-Bas et en Espagne (Community Epidemiology Work Group, 2001).

Les amphétamines et la cocaïne font partie de la catégorie des stimulants qui donnent rapidement, quoique temporairement, un regain d'énergie. Pour la période allant de 1998 à 2002, la consommation d'amphétamines a diminué de moitié chez les jeunes filles de 10^e année. La consommation d'amphétamines et celle de cocaïne ont toutes deux quelque peu reculé parmi les garçons et les filles de 9^e année. Une importante

divergence entre les sexes a été relevée quant à la consommation d'amphétamines et de cocaïne chez les élèves de 10^e année, le nombre de garçons qui consommaient ces drogues étant deux fois plus élevé que celui des filles.

La proportion des élèves qui consommaient de l'héroïne, de l'opium ou de la morphine est demeurée inchangée par rapport à celle enregistrée en 1998, le nombre de filles qui prenaient ces drogues étant inférieur à celui des garçons.

Pour ce qui est de la consommation du LSD, qui est un hallucinogène, on a observé une tendance à la baisse pour la période allant de 1998 à 2002; les pourcentages de garçons et de filles ayant déclaré en 2002 qu'ils prenaient du LSD n'atteignant respectivement que la moitié et le quart de ceux enregistrés en 1998. Une tendance similaire quant à la consommation du LSD a été relevée chez les adolescents américains (National Institute on Drug Abuse, 2002).

Les solvants sont des produits qu'on trouve dans bien des bureaux et des foyers. Font partie de cette catégorie, par exemple, le dissolvant pour vernis à ongles, le diluant à peinture, la colle, l'essence et les peintures destinées à être pulvérisées. Ces produits sont licites, relativement peu coûteux et faciles à cacher, et les plus jeunes adolescents peuvent s'en procurer facilement pour obtenir rapidement un effet planant (Johnston, O'Malley et Bachman, 2001). Les produits à inhaler ont un effet anesthésique sur le corps et peuvent provoquer une perte de conscience. Outre des dommages au cœur, aux reins, au cerveau, au foie, à la moelle épinière et à d'autres organes, l'exposition chronique à ces produits entraîne des dommages persistants au cerveau et à d'autres parties du système nerveux. On signale également qu'ils sont à l'origine du syndrome de mort subite après inhalation volontaire (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2001). Selon l'enquête HBSC de 2002, l'inhalation de colle ou de solvants a légèrement diminué par rapport à 1998.

Les données recueillies aux États-Unis donnent à penser que la consommation de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales a augmenté chez les adolescents, en particulier

Figure 6.27

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont inhalé de la colle ou des solvants, selon l'année de l'enquête (%)

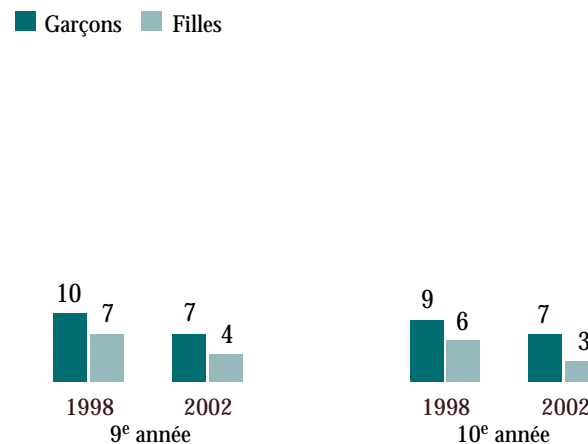
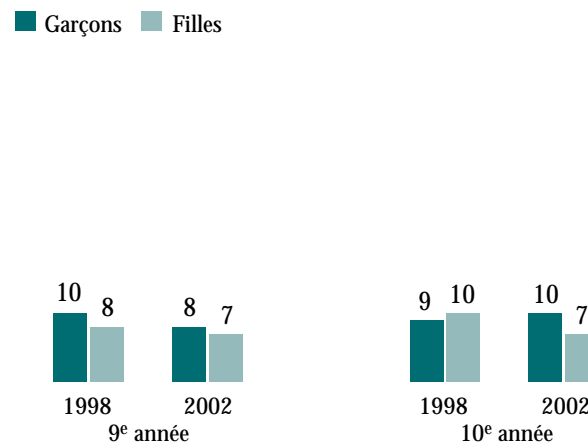


Figure 6.28

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris des médicaments d'ordonnance pour se droguer, selon l'année de l'enquête (%)



chez les jeunes filles (National Institute on Drug Abuse, 2001). Au nombre de ces médicaments, mentionnons le dextrométhorphan (remède contre la toux), les analgésiques, les stimulants comme l'éphédrine ou le Ritalin, les barbituriques, les tranquillisants et les narcotiques licites (National Institute on Drug Abuse, 2001). Toutefois, selon les enquêtes HBSC, la consommation de médicaments d'ordonnance par des élèves qui veulent se défoncez a peu varié au cours de la période comprise entre 1998 et 2002.

Figure 6.29

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris du Ritalin pour se droguer (%)

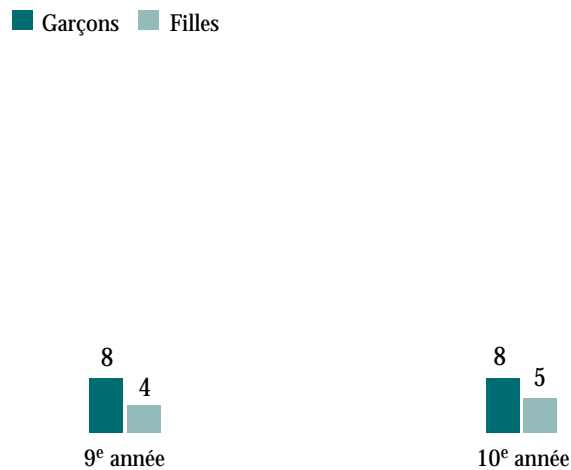
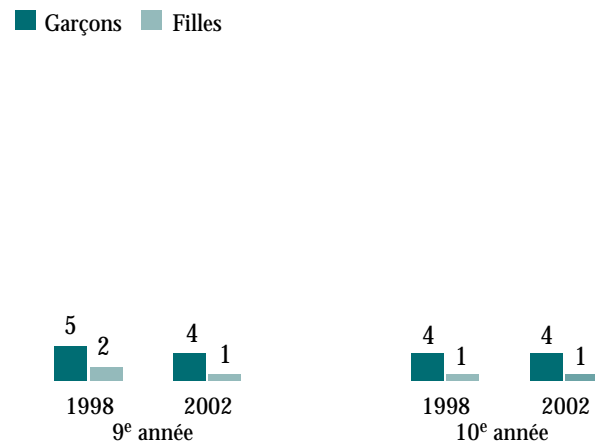


Figure 6.30

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont pris des stéroïdes anabolisants, selon l'année de l'enquête (%)



Le Ritalin est un stimulant du système nerveux central prescrit aux enfants hyperactifs pour son effet calmant. Cependant, certains adolescents prennent du Ritalin comme s'il s'agissait d'une drogue récréative pour rester éveillé, être plus attentifs, avoir moins d'appétit et se sentir euphoriques. Une question sur la consommation de Ritalin a été ajoutée à l'enquête HBSC de 2002. La proportion d'élèves qui prenaient ce

médicament pour en tirer un effet planant était un peu plus forte chez les garçons de 9^e et de 10^e année (8 p. 100) que chez les filles (5 p. 100), comme le montre la figure 6.29. Suivant les résultats d'autres recherches effectuées dans les provinces de l'Atlantique, 8,5 p. 100 des enfants de la 7^e à la 12^e année ont pris du Ritalin à des fins non médicales, comparativement à 5,3 p. 100 des jeunes à qui ce médicament a été prescrit pour des raisons médicales. Sept pour cent des enfants qui prennent du Ritalin pour des raisons médicales ont déclaré qu'ils avaient donné à quelqu'un d'autre une partie de leurs médicaments. (Poulin, 2001).

Les athlètes de sexe masculin consomment depuis longtemps des stéroïdes pour améliorer leur performance sportive. Par contre, d'autres études ont également démontré une hausse du nombre de jeunes garçons qui prenaient des stéroïdes pour améliorer leur apparence physique (Boston University School of Public Health, 2002). Parmi les répondants à l'enquête HBSC, les stéroïdes anabolisants étaient plus populaires auprès des garçons que des filles, mais leur consommation est demeurée faible et inchangée pour la période allant de 1998 à 2002.

Les jeunes qui expérimentent des substances enivrantes, quelles qu'elles soient, au début de l'adolescence risquent davantage de devenir de gros fumeurs plus tard (Griffin et coll., 1999). Selon l'étude HBSC, c'est chez les jeunes de la 8^e à la 10^e année qu'on observe les hausses les plus marquées de l'usage quotidien de tabac et de la consommation régulière d'alcool (figures 6.1 et 6.13), ce qui correspond à la transition de l'école intermédiaire à l'école secondaire dans bien des provinces. Le tableau 6.2 illustre le lien existant entre les épisodes d'ivresse et le tabagisme pour ce qui est des jeunes faisant partie de l'échantillon. Par exemple, 40 p. 100 des élèves de 9^e et de 10^e année qui s'étaient vraiment enivrés plus de dix fois ont déclaré qu'ils fumaient tous les jours, comparativement à seulement 1,4 p. 100 de ceux qui ne s'étaient jamais vraiment enivrés.

Table 6.2

Corrélation entre le tabagisme et les épisodes d'ivresse chez les élèves de 9^e et de 10^e année (%)

	Nombre de fois où les élèves ont été vraiment ivres (%)			
	0	1 à 3	4 à 10	>10
N'ont jamais fumé	96,5	77,5	58,8	40,0
Fument parfois	2,0	13,0	18,5	20,0
Fument tous les jours	1,4	9,5	22,7	40,0

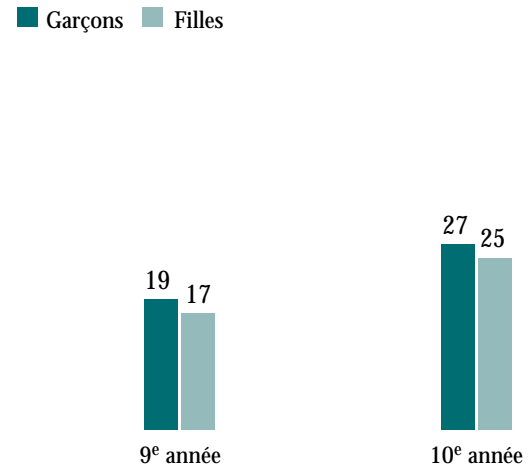
Le comportement sexuel

C'est à l'adolescence que s'affirment les attitudes et les comportements sexuels. Il est donc important qu'on comprenne et qu'on cerne les comportements à risque qui prédisposent les adolescentes à tomber enceintes et qui favorisent la transmission de maladies transmissibles sexuellement, entre autres l'infection par le VIH et le sida.

La chlamydie et la gonorrhée sont des infections bactériennes transmissibles sexuellement, qu'on peut soigner avec des antibiotiques. Ces infections sont toutefois souvent asymptomatiques chez les jeunes femmes. Non soignées, elles sont une importante cause d'infections pelviennes et d'infertilité ultérieure. La présence d'une infection bactérienne transmissible sexuellement accroît en outre le risque qu'une personne contracte et transmette le VIH (Santé Canada, 2002). Des 32 869 cas de chlamydie déclarés chez les filles au Canada en 2000, 40 p. 100 visaient des jeunes

Figure 6.31

Élèves de 9^e et de 10^e année qui ont déjà eu des relations sexuelles (%)



femmes de 15 à 19 ans. Dans ce groupe d'âge, les taux de chlamydie déclarés chez les filles ont augmenté, passant de 1 063 cas par tranches de 100 000 en 1998 à 1 236 cas par tranches de 100 000 en 2000. Des 2 368 cas de gonorrhée déclarés pendant la même période, 41 p. 100 visaient des femmes de 15 à 19 ans.

Parmi les participants à l'enquête HBSC de 2002, seuls les élèves de 9^e et de 10^e année ont été invités à répondre à des questions de santé liées à la sexualité. Un peu moins d'un cinquième des élèves de 9^e année ont indiqué qu'ils avaient eu des relations sexuelles. En 10^e année, environ le quart des élèves ont déclaré avoir eu des relations sexuelles (figure 6.31). Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux déclarés aux États-Unis. Selon les données provenant de la National Youth Risk Behavior Study, 36,9 p. 100 des élèves américains de 9^e année et 66,4 p. 100 de ceux de 12^e année ont déclaré qu'ils avaient eu des relations sexuelles (American Academy of Pediatrics, 1999). Une étude canadienne récente, réalisée sur une grande échelle, a révélé que parmi les élèves de 9^e année, 23 p. 100 des garçons et 19 p. 100 des filles avaient eu des relations sexuelles; cette proportion s'établissant, dans le cas des élèves de 11^e année, à 40 p. 100 des garçons et à 46 p. 100 des filles (Boyce, Doherty, MacKinnon et Fortin, 2003).



Figure 6.32

Moyens de contraception utilisés par les élèves de 9^e année sexuellement actifs la dernière fois où ils ont eu des relations sexuelles (%)

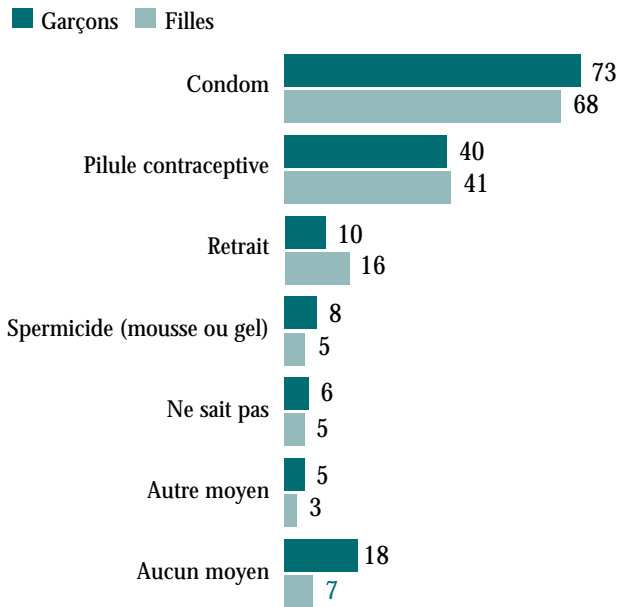
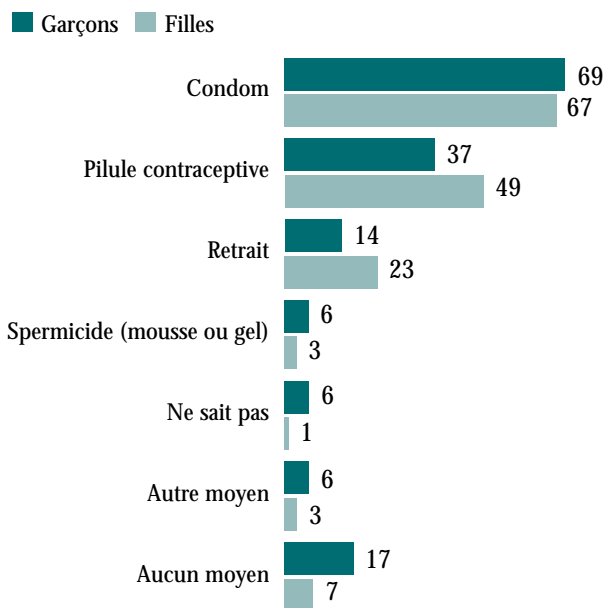


Figure 6.33

Moyens de contraception utilisés par les élèves de 10^e année sexuellement actifs la dernière fois où ils ont eu des relations sexuelles (%)



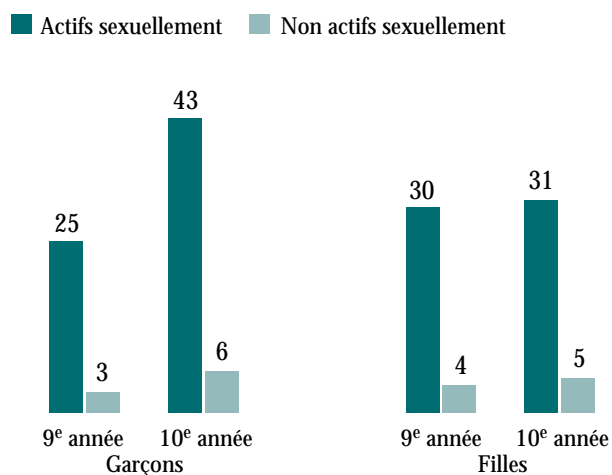
Pour devenir des adultes en santé, les adolescents doivent acquérir la capacité de faire des choix responsables en matière de sexualité. Pour obtenir des estimations des pratiques sexuelles à risque des adolescents, nous avons demandé aux élèves d'indiquer quel genre de protection ou de contraception ils avaient utilisé au moment de leurs dernières relations sexuelles (figures 6.32 et 6.33).

Des jeunes femmes ont déclaré que les méthodes de protection et de contraception qu'elles utilisaient le plus souvent étaient le condom et la pilule contraceptive (Polaneczky, 1998). Suivant l'enquête HBSC, les condoms semblent être le mode de contraception que préfèrent à la fois les garçons et les filles. Presque 70 p. 100 des élèves de 9^e et de 10^e année, tant les garçons que les filles, ont déclaré qu'ils avaient utilisé des condoms la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles. Cependant, la proportion des élèves qui utilisaient constamment des condoms n'a pas fait l'objet d'une évaluation dans le cadre de cette étude.

Pris régulièrement, les contraceptifs oraux ont un taux d'échec de 1 p. 100 pour ce qui est de la prévention des grossesses. Néanmoins, le taux d'échec de ces contraceptifs pourrait atteindre, dans le cas des adolescentes, jusqu'à 15 p. 100 en raison du fait qu'ils sont pris irrégulièrement puisque les jeunes filles qui utilisent ce moyen de contraception omettent en moyenne de prendre trois de ces pilules chaque mois (American Academy of Pediatrics, 1999). Qui plus est, les contraceptifs oraux n'offrent aucune protection contre les infections transmissibles sexuellement et le VIH. Parmi les jeunes faisant partie de l'échantillon HBSC, l'utilisation de la pilule contraceptive était plus répandue chez les jeunes filles de 10^e année (49 p. 100) que chez celles de 9^e année (41 p. 100). Fait remarquable, la même proportion de garçons et de filles de 9^e année ont déclaré qu'ils avaient recours à la pilule contraceptive. Cette constatation est encourageante car elle laisse supposer que certains garçons assument peut-être la responsabilité de se renseigner sur le moyen de contraception qu'utilisent leurs partenaires.

Figure 6.34

Élèves de 9^e et de 10^e année actifs et non actifs sexuellement qui fument tous les jours (%)



Toutefois, les garçons de 10^e année ayant déclaré qu'ils avaient opté pour la pilule contraceptive étaient proportionnellement moins nombreux que les filles de la même année qui ont mentionné ce moyen de contraception.

Chose étonnante, le retrait semble être une pratique commune chez les élèves de ces deux années d'enquêtes. Le nombre de filles ayant signalé qu'elles avaient opté pour ce mode de contraception la dernière fois qu'elles avaient eu des relations sexuelles était supérieur à celui des garçons pour ces deux années d'études (figures 6.32 et 6.33). Cette constatation est inquiétante compte tenu du taux d'échec élevé de cette méthode en matière de prévention des grossesses et du fait qu'elle n'offre aucune protection contre les infections transmissibles sexuellement (American Academy of Pediatrics, 1999).

Une faible proportion d'élèves (variant entre 1 et 6 p. 100) de 9^e et de 10^e année ont indiqué qu'ils ne pouvaient préciser quelle méthode de contraception ils avaient utilisée la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles. Par contre, une importante proportion de garçons de ces deux années d'études (18 p. 100), et une proportion moins grande de filles (7 p. 100), ont indiqué qu'ils n'avaient utilisé aucun moyen de protection ou de contraception au moment de leurs dernières relations sexuelles.

Figure 6.35

Élèves de 9^e et de 10^e année actifs et non actifs sexuellement qui ont consommé de la marijuana plus de trois fois (%)

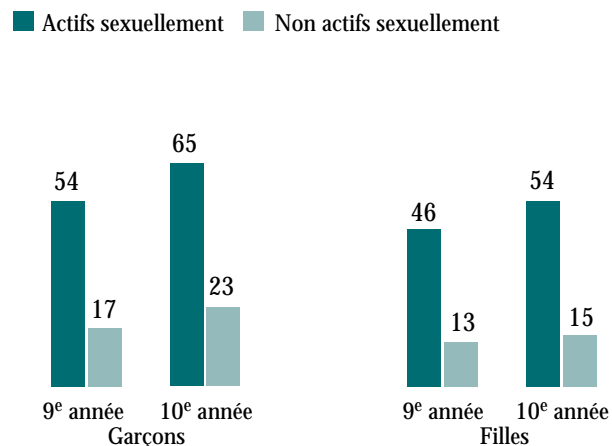
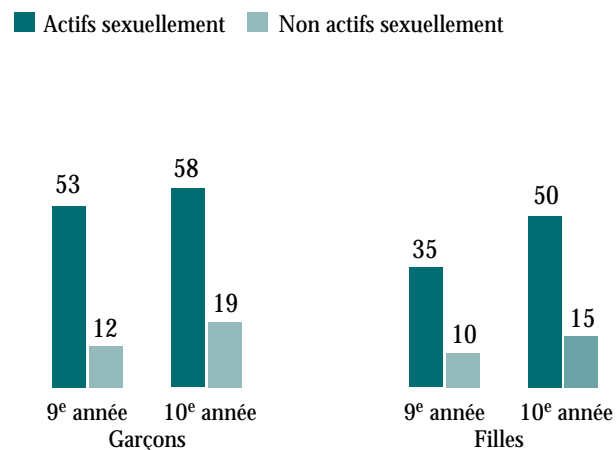


Figure 6.36

Élèves de 9^e et de 10^e année actifs et non actifs sexuellement qui se sont enivrés plus de quatre fois (%)

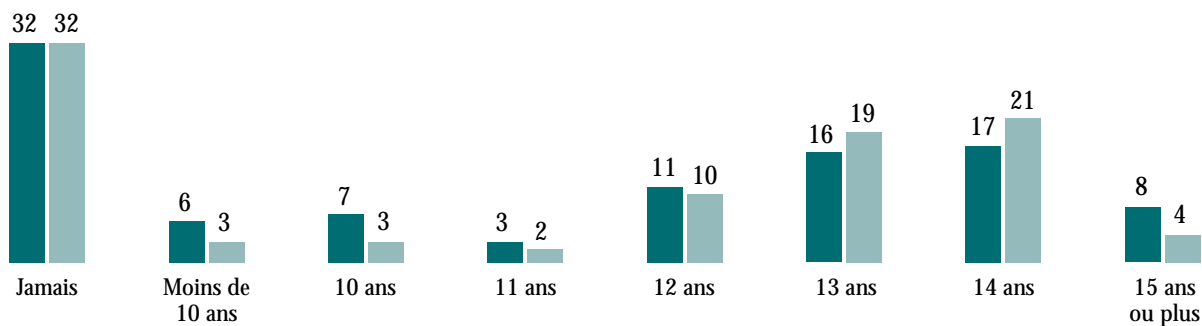


En ce qui a trait aux comportements à risque des adolescents, une distinction peut être établie entre les élèves sexuellement actifs (qui avaient eu des relations sexuelles au moins une fois) et sexuellement non actifs (qui n'avaient jamais eu de relations sexuelles). Le pourcentage des élèves de 9^e et 10^e année sexuellement actifs qui fumaient tous les jours était compris entre le quart et la moitié de ces jeunes, comparative-ment à celui des élèves non encore sexuellement actifs qui était inférieur à 6 p. 100 (figure 6.34).

Figure 6.37

Âge qu'avaient les élèves de 9^e et de 10^e année la première fois qu'ils ont bu de l'alcool (%)

■ Garçons ■ Filles



Des tendances comparables ont été observées quant à la consommation de marijuana chez les élèves de 9^e et de 10^e année faisant partie de l'échantillon (figure 6.35). Parmi les élèves de 9^e et de 10^e année ayant déclaré une consommation modérée de marijuana (plus de trois fois), le nombre de ceux sexuellement actifs était supérieur à celui des jeunes non actifs sur le plan sexuel.

Dans le même ordre d'idées, les garçons sexuellement actifs étaient plus nombreux que ceux sexuellement non actifs à s'être enivrés fréquemment (figure 6.36). Les relations sexuelles non planifiées sous l'influence de l'alcool ont été associées à l'utilisation irrégulière du condom et à la multiplicité des partenaires sexuels (Poulin et Graham, 2001; Boyce et coll., 2003). Parmi les jeunes faisant partie de l'échantillon de l'enquête HBSC, une importante proportion des adolescents sexuellement actifs couraient manifestement le risque d'une grossesse chez les adolescentes et d'infections transmissibles sexuellement en raison de leur consommation excessive d'alcool.

L'initiation au risque

L'initiation à des comportements présentant des risques sur le plan sanitaire est d'ordinaire déterminée d'après les déclarations rétrospectives des élèves. L'âge de l'initiation varie en fonction de celui des membres de l'échantillon visé par l'enquête, la fourchette étant plus large dans le cas des élèves plus vieux. Il semble que les répondants à l'enquête HBSC aient été particulièrement jeunes lorsqu'ils ont bu de l'alcool pour la première fois. L'initiation à l'alcool semble atteindre un sommet à 13 et 14 ans, en particulier pour les filles (figure 6.37). Cette constatation confirme les résultats de recherches sur la santé des adolescents qui révèlent que ceux-ci se tournent d'abord vers l'alcool (Duncan, Duncan et Hops, 1998). La consommation d'alcool est d'ordinaire considérée comme socialement acceptable parmi les adultes, comparativement au tabagisme et à la consommation de drogues. Qui plus est, l'alcool est couramment servi aux repas à la maison et bon nombre de parents tolèrent que leurs enfants d'âge mineur boivent de l'alcool à l'occasion de certaines activités sociales, religieuses ou culturelles. L'âge auquel les jeunes s'enivrent pour la première fois atteint un point culminant entre 13 et 14 ans, le nombre de jeunes filles qui

Figure 6.38

Âge qu'avaient les élèves de 9^e et de 10^e année la première fois qu'ils se sont enivrés (%)

■ Garçons ■ Filles

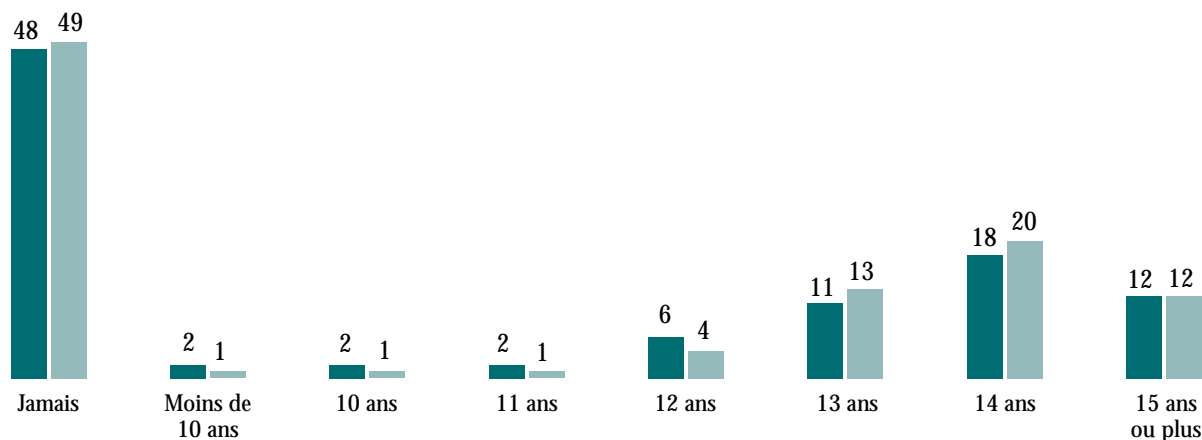
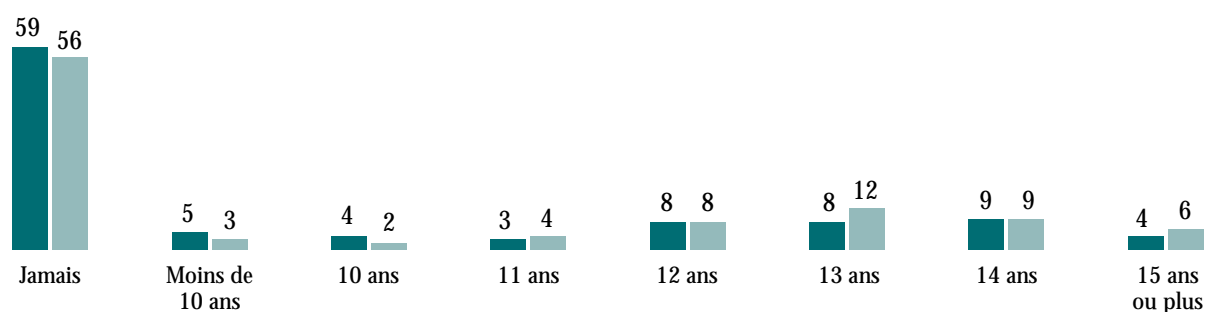


Figure 6.39

Âge qu'avaient les élèves de 9^e et de 10^e année la première fois qu'ils ont fumé une cigarette (%)

■ Garçons ■ Filles



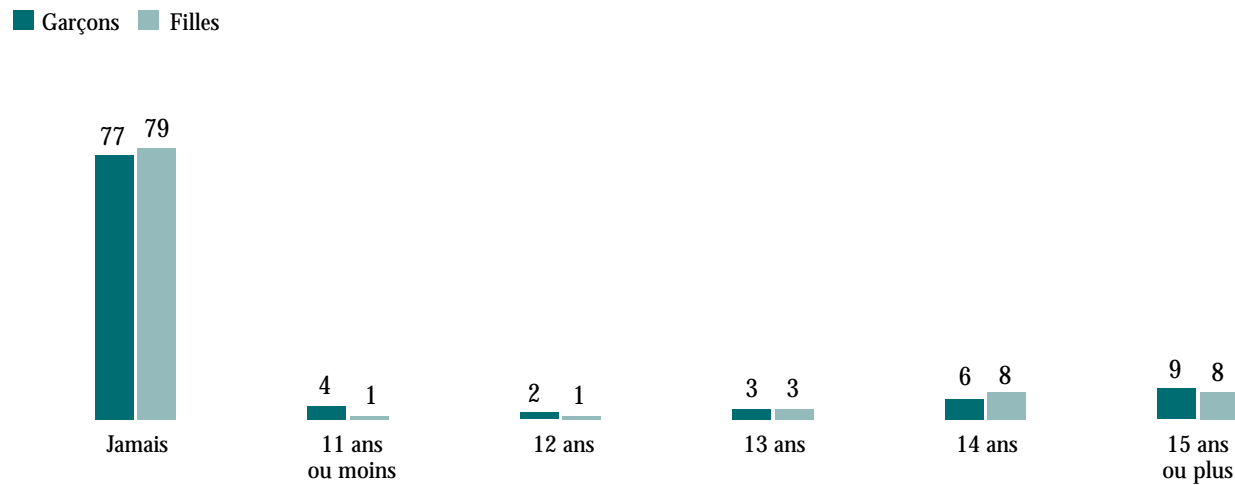
s'enivrent pour la première fois à cet âge dépassant celui des garçons. Une plus forte proportion de garçons s'étaient enivrés avant l'âge de 13 ans (figure 6.38).

La figure 6.39 illustre la répartition de l'âge de l'initiation au tabagisme. Environ un élève sur dix a essayé de fumer des cigarettes avant d'avoir 12 ans. De faibles pourcentages de garçons et de filles ont eu leurs premières relations sexuelles

avant l'âge de 14 ans. La très grande majorité des élèves de 9^e et 10^e année qui avaient eu des relations sexuelles ont toutefois déclaré avoir eu à l'époque 14 ans ou plus (figure 6.40).

Figure 6.40

Âge qu'avaient les élèves de 9^e et de 10^e année la première fois qu'ils ont eu des relations sexuelles (%)



Principales constatations

- On remarque une diminution du tabagisme chez les filles plus âgées et également chez les élèves de 8^e année, selon l'année de l'enquête.
- Manifestement, le nombre d'adolescents plus jeunes qui consomment des boissons riches en alcool était légèrement supérieur, selon l'année de l'enquête.
- Deux élèves de 10^e année sur cinq ont déclaré s'être enivrés au moins deux fois.
- La consommation de drogues a été assez stable, sauf celle de la marijuana qui a augmenté chez les garçons de 10^e année et celle du LSD qui a diminué tant chez les garçons que chez les filles depuis 1998.
- La consommation de marijuana a été associée au tabagisme, à la consommation d'alcool, à des pratiques sexuelles risquées, à des relations difficiles avec les parents et à des sentiments négatifs à l'égard de l'école.
- Le fait de s'enivrer souvent était étroitement lié à l'usage quotidien de tabac.
- Presque 25 p. 100 des élèves de 9^e et de 10^e année ont déclaré avoir eu des relations sexuelles.
- Ces mêmes élèves ont signalé qu'ils avaient souvent, mais non pas systématiquement, eu recours au condom.
- Ils ont indiqué qu'ils utilisaient fréquemment la pilule contraceptive mais non pas de façon soutenue.
- Le fait d'avoir des relations sexuelles était associé à l'usage quotidien du tabac, à la consommation de marijuana et à l'enivrement fréquent.



7

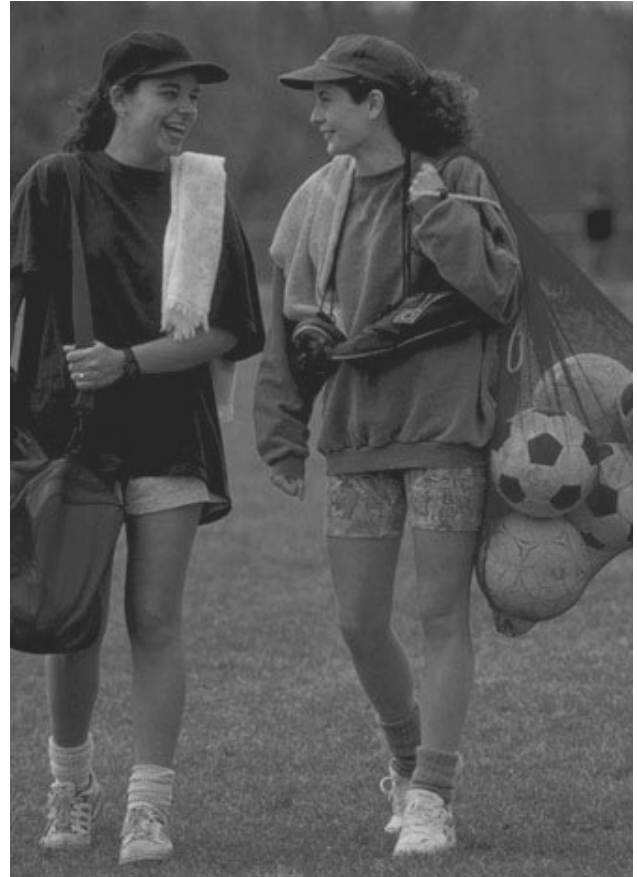
Un mode de vie sain

Mark Lee

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).

On reconnaît que les habitudes alimentaires adoptées durant l'enfance et l'adolescence influent non seulement sur le bien-être immédiat des enfants mais peut-être également sur leur santé à long terme. Qui plus est, les régimes peuvent avoir une incidence sur l'état de santé des adolescents. On se préoccupe beaucoup des régimes excessifs chez les jeunes Canadiennes tout en étant conscient des effets sanitaires à long terme de l'obésité.

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

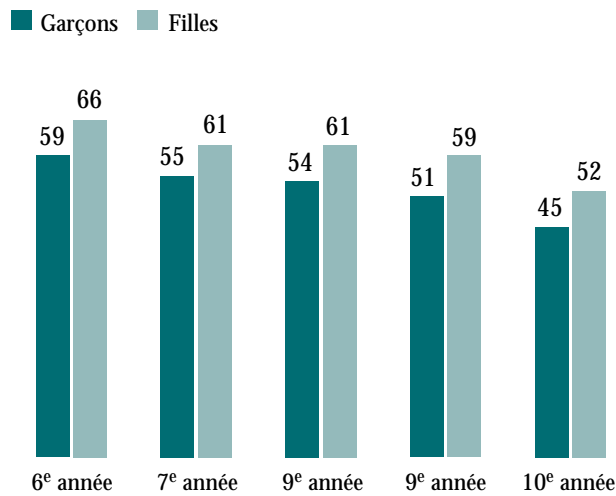


Santé Canada

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.

Figure 7.1

Élèves qui mangent des fruits cinq jours ou plus par semaine (%)



La première partie du présent chapitre porte sur les bonnes et les mauvaises habitudes alimentaires, les régimes et les pratiques d'hygiène dentaire des jeunes Canadiens. Vient ensuite une description des activités physiques et des loisirs que pratiquent les élèves, suivie d'un aperçu de la prévalence de l'asthme chez les adolescents canadiens et de leurs habitudes en matière de consommation de médicaments.

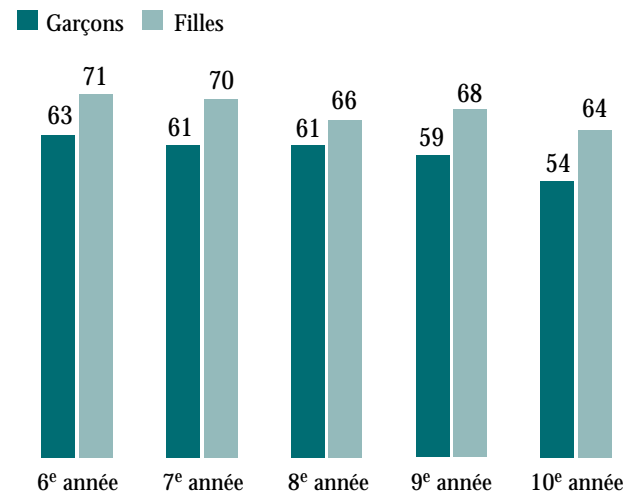
Les habitudes alimentaires

Pour bien nous alimenter, nous devons consommer une variété d'aliments, en particulier des céréales, du pain et d'autres produits céréaliers, des légumes et des fruits, de même que des produits à faible teneur en gras. Une saine alimentation et l'exercice physique sont les éléments essentiels qui nous permettent d'atteindre et de maintenir notre poids santé (Santé Canada, 1990).

L'enquête HBSC comportait des questions sur les habitudes alimentaires des élèves. Chose importante à souligner, celles-ci visaient essentiellement à mesurer la fréquence de consommation plutôt que les quantités consommées. Bien que la consommation fréquente de certains

Figure 7.2

Élèves qui mangent des légumes cinq jours ou plus par semaine (%)



aliments puisse être liée à la quantité globale d'aliments ingérés, les résultats de la présente étude ne permettent pas de conclure directement à l'existence de ce lien.

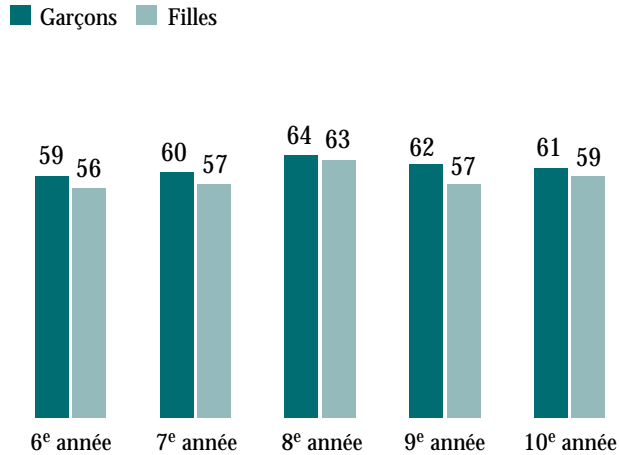
Les fruits et les légumes

On a fait valoir que la disponibilité des fruits et des légumes à la maison influe sur les préférences gustatives et favorise la consommation de ces aliments (Neumark-Sztainer, Wall, Perry et Story, 2003). Une série de questions portaient sur la consommation d'aliments nutritifs, tels que les fruits et les légumes, les céréales et le pain, le lait à faible teneur en matières grasses et d'autres aliments, offrant un choix de réponses allant de « Jamais » à « Plus d'une fois par jour, chaque jour ».

Parmi les élèves de 6^e, 7^e et 8^e année, plus de la moitié des garçons et les deux tiers environ des filles mangeaient des fruits au moins cinq jours par semaine. Chez les élèves des classes des niveaux supérieurs, on constate une diminution de la proportion des garçons et des filles qui mangeaient souvent des fruits (figure 7.1). Même si, pour l'ensemble des classes, beaucoup plus de filles que de garçons mangeaient des

Figure 7.3

Élèves qui boivent du lait écrémé ou partiellement écrémé cinq jours ou plus par semaine (%)



légumes cinq jours ou plus par semaine, la consommation de légumes diminue chez les élèves de 10^e année, à la fois chez les filles et chez les garçons (figure 7.2). En dépit du fléchissement de la consommation de fruits et de légumes chez les élèves de 10^e année, ces derniers préféraient consommer des légumes plutôt que des fruits.

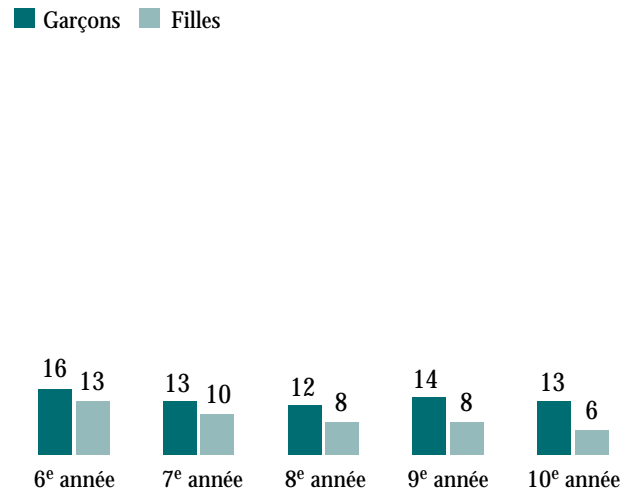
Les produits laitiers

En règle générale, les deux tiers environ des élèves des cinq classes visées buvaient du lait à faible teneur en matières grasses ou écrémé cinq jours ou plus par semaine et aucun écart important n'a été observé entre les sexes (figure 7.3). Moins d'un cinquième des élèves buvaient du lait entier cinq jours ou plus par semaine, mais beaucoup plus de garçons que de filles de 8^e, 9^e et 10^e année buvaient fréquemment du lait entier.

En moyenne, un tiers de tous les élèves des classes des cinq niveaux visés ont déclaré qu'ils mangeaient du fromage cinq jours ou plus par semaine (figure 7.5).

Figure 7.4

Élèves qui boivent du lait entier cinq jours ou plus par semaine (%)

**Figure 7.5**

Élèves qui mangent du fromage cinq jours ou plus par semaine (%)

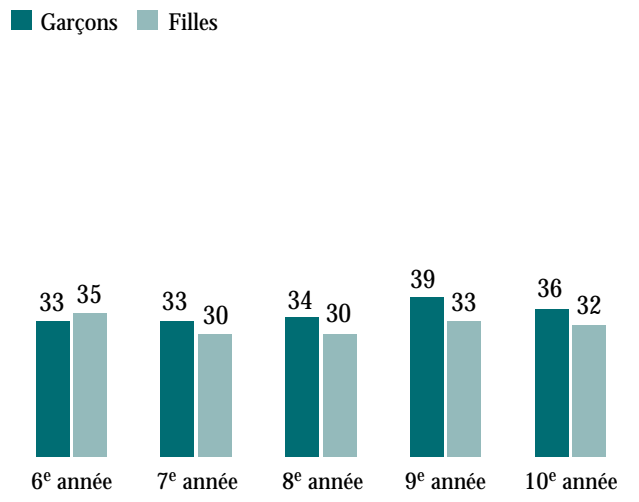


Figure 7.6

Élèves qui mangent du pain brun cinq jours ou plus par semaine (%)

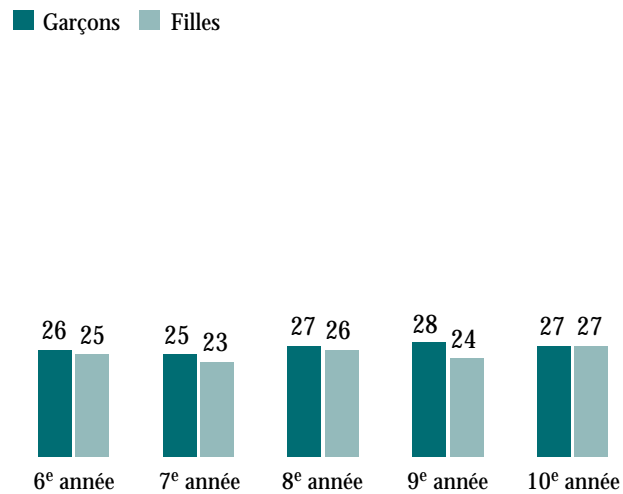


Figure 7.7

Élèves qui mangent du pain blanc cinq jours ou plus par semaine (%)

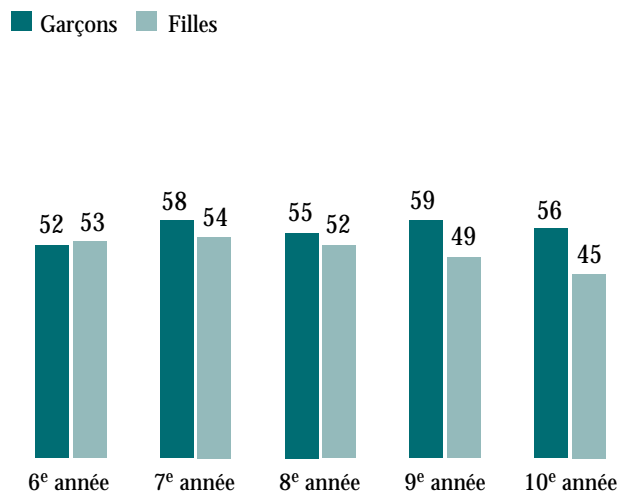
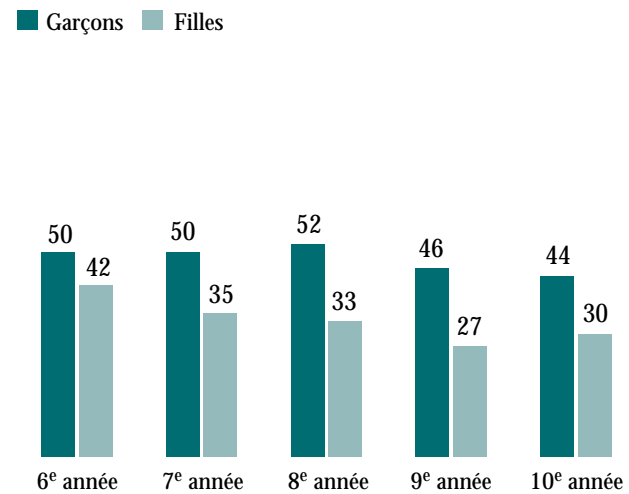


Figure 7.8

Élèves qui mangent des céréales cinq jours ou plus par semaine (%)



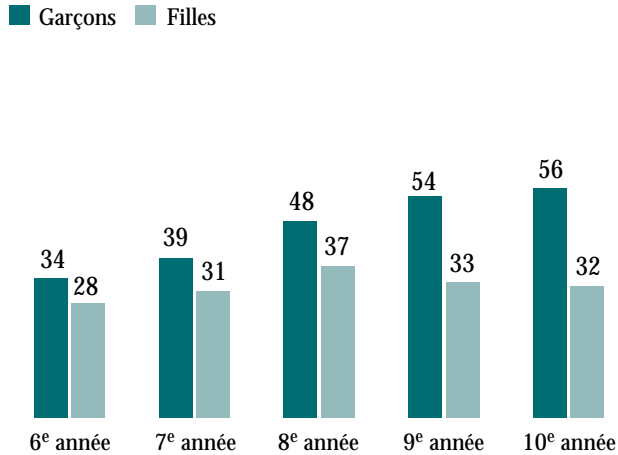
Les pains à grains entiers et les céréales

Un quart des élèves de toutes les classes visées ont déclaré qu'ils mangeaient du pain brun cinq jours ou plus par semaine (figure 7.6). Plus que la moitié des élèves de 6^e, 7^e et 8^e année ont signalé qu'ils mangeaient du pain blanc cinq jours ou plus par semaine. Pour ce qui est de la 9^e et 10^e année, beaucoup plus de garçons que de filles ont déclaré manger du pain blanc (figure 7.7).

Les adolescents et les adolescentes de 10^e année consomment moins de céréales que ceux de 6^e année et, pour les cinq classes visées, un bien plus grand nombre de garçons que de filles ont déclaré qu'ils consommaient des céréales cinq jours ou plus par semaine (figure 7.8). Cet écart pourrait être attribuable au fait que plus de garçons que de filles déjeunent les cinq jours de la semaine (figure 7.15).

Figure 7.9

Élèves qui boivent du Coca-Cola ou d'autres boissons gazeuses contenant du sucre et de la caféine cinq jours ou plus par semaine (%)



Les aliments à haute teneur en sucre, en sel ou en caféine

On a également interrogé les élèves sur leur consommation d'aliments contenant beaucoup de sucre, de sel ou de caféine. Une augmentation marquée de la consommation de Coca-Cola ou d'autres boissons gazeuses contenant du sucre et de la caféine a été enregistrée chez les garçons de la 6^e à la 10^e année, tandis que la consommation de boissons gazeuses atteignait un point culminant chez les filles de la 8^e année et fléchissait de nouveau chez les adolescentes de 9^e et 10^e année (figure 7.9). En règle générale, la fréquence de consommation de boissons gazeuses diète était assez faible pour les deux sexes, puisque moins d'un dixième des élèves des cinq classes visées buvaient des boissons gazeuses diète cinq jours ou plus par semaine (figure 7.10).

Les croustilles et les frites sont les principaux éléments de la culture alimentaire des jeunes. Dans ses lignes directrices, Santé Canada recommande qu'on choisisse des grignotines à faible teneur en gras et en sel (Santé Canada, 2003). La consommation de croustilles et de frites a été étudiée sur la base d'un seuil moins

Figure 7.10

Élèves qui boivent du Coca-Cola diète ou d'autres boissons gazeuses diète cinq jours ou plus par semaine (%)

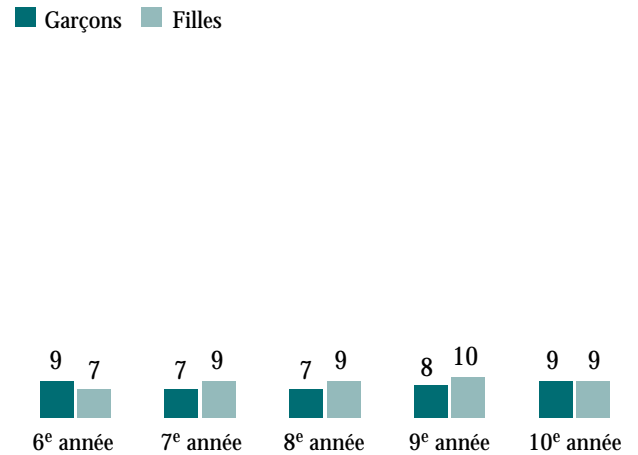
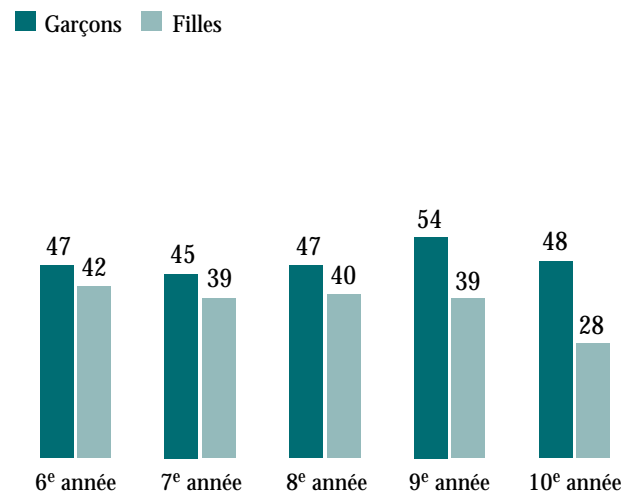


Figure 7.11

Élèves qui mangent des croustilles deux fois ou plus par semaine (%)



élevé, soit deux fois ou plus par semaine au lieu de cinq jours ou plus par semaine. Les figures 7.11 et 7.12 révèlent que les garçons mangent des croustilles et des frites plus souvent que les filles et que, chez les élèves de 10^e année, l'écart entre les sexes eu égard à ces deux aliments était très marqué. La consommation de sucreries (bonbons ou chocolat) cinq jours ou plus par semaine augmente graduellement, atteignant un

Figure 7.12

Élèves qui mangent des frites deux fois ou plus par semaine (%)

■ Garçons ■ Filles

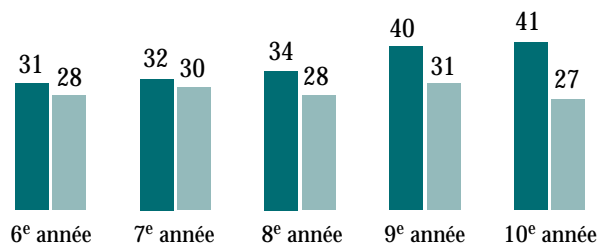


Figure 7.14

Élèves qui mangent des gâteaux ou des pâtisseries cinq jours ou plus par semaine (%)

■ Garçons ■ Filles

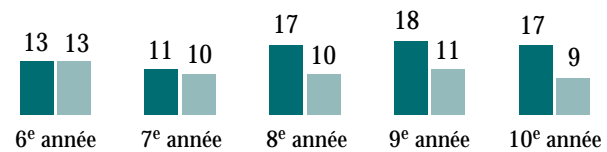


Figure 7.13

Élèves qui mangent des sucreries (bonbons ou chocolat) cinq jours ou plus par semaine (%)

■ Garçons ■ Filles

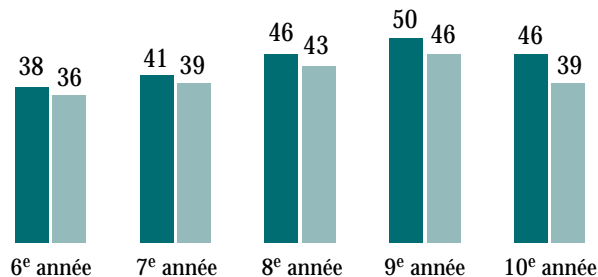
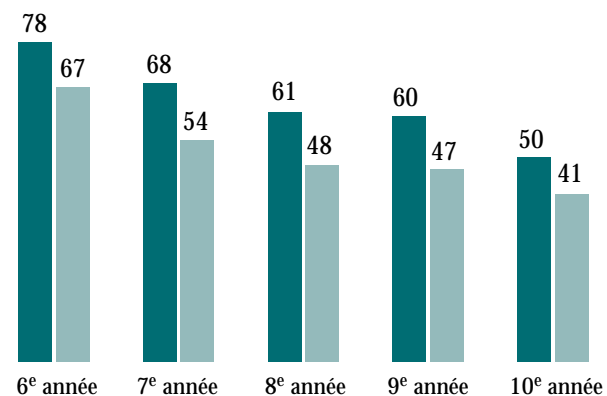


Figure 7.15

Élèves qui déjeunent (en plus d'un verre de lait ou d'un jus de fruits) les cinq jours de la semaine (%)

■ Garçons ■ Filles



sommet chez les élèves de 9^e année, et diminue de nouveau chez les jeunes de 10^e année (figure 7.13). Toutes classes confondues, la consommation de gâteaux et de pâtisseries était bien plus faible pour les deux sexes que celle de sucreries. Dans le cas des élèves des classes supérieures, on constate qu'un nombre beaucoup plus grand de garçons que de filles mangeaient fréquemment des gâteaux et des pâtisseries (figure 7.14).

Santé Canada



Les habitudes alimentaires et le poids corporel

Les jeunes ont de plus en plus tendance à manger à divers moments de la journée plutôt que de prendre des repas à des heures fixes (Anderson, Macintyre et West, 1993). Bien que la consommation fréquente de grignotines ne soit pas forcément un indicateur de déficiences sur le plan alimentaire ou nutritionnel (Drummond, Crombie et Kirk, 1996), le fait de sauter des repas a été associé avec la consommation de grignotines à teneur élevée en gras chez les jeunes et à des difficultés de concentration à l'école (Miles et Eid, 1997). La figure 7.15 donne un aperçu des habitudes des adolescents pour ce qui est du déjeuner durant la semaine. Les élèves plus âgés, en particulier les filles, ont tendance à sauter plus souvent le déjeuner.

Alors que les adolescents qui désirent perdre du poids suivent souvent des régimes, ces derniers ont été associés chez les jeunes à des facteurs de risque comme l'anorexie et la boulimie. La figure 7.16 illustre les tendances relevées chez les élèves qui ont répondu à une question visant à savoir s'ils suivaient un régime ou faisaient quelque chose pour perdre du poids. Parmi les élèves plus âgés, la proportion

Figure 7.16

Élèves qui suivent un régime ou qui font quelque chose d'autre pour perdre du poids (%)

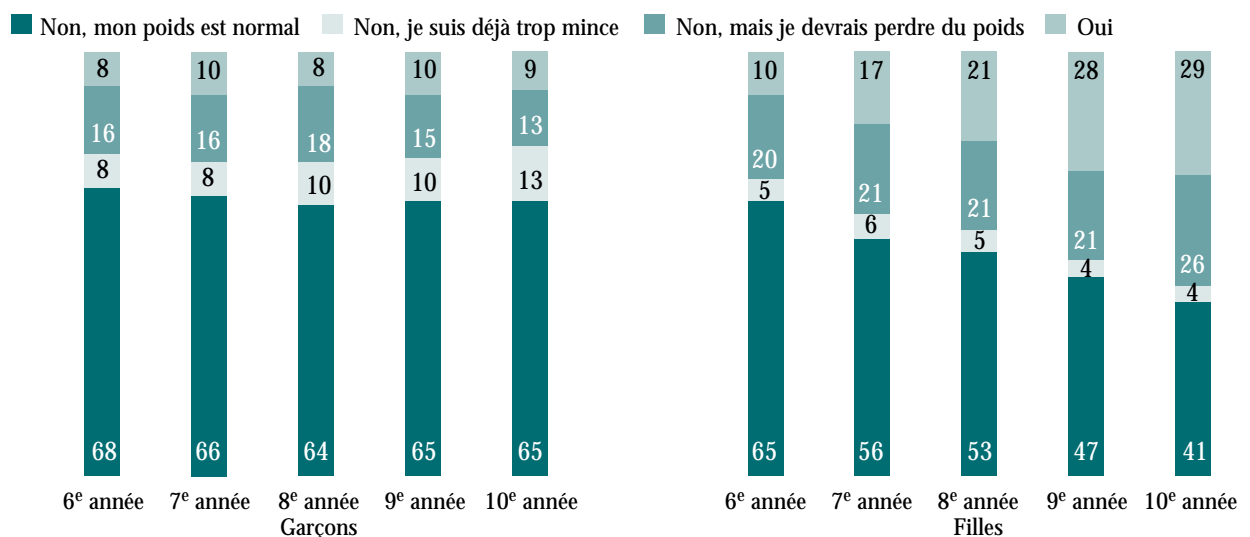


Figure 7.17

Élèves qui ont commencé un régime amaigrissant, qui ont modifié leurs habitudes alimentaires ou qui ont fait autre chose pour contrôler leur poids au cours des 12 derniers mois (%)

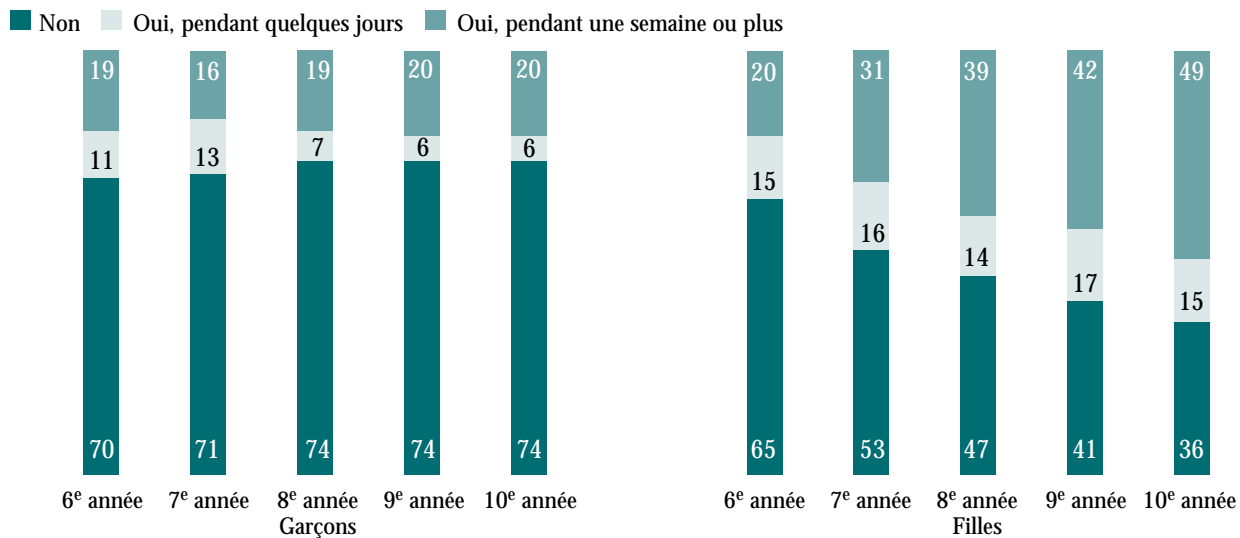


Figure 7.18

Indice de masse corporelle chez les garçons (%)

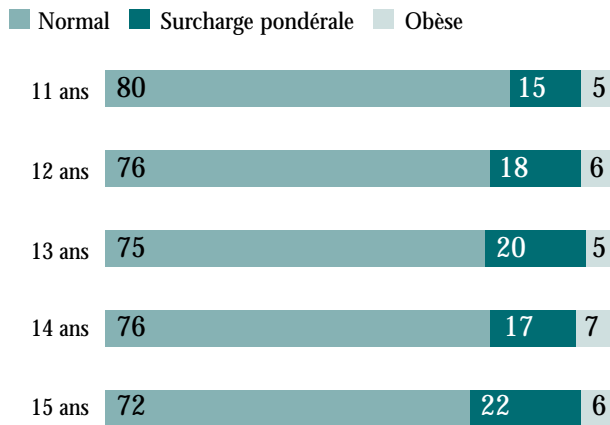
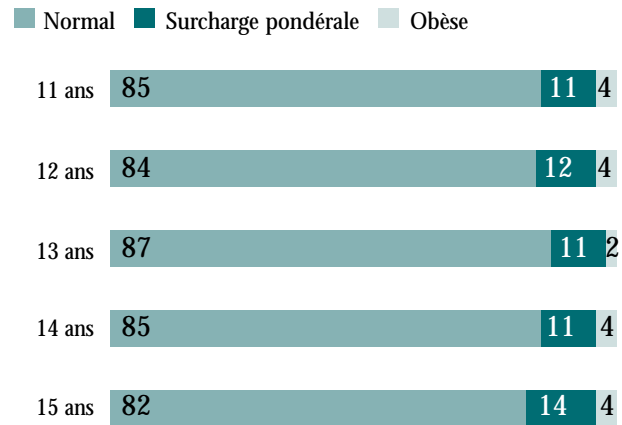


Figure 7.19

Indice de masse corporelle chez les filles (%)



des filles qui ont signalé qu'elles étaient au régime ou avaient besoin de perdre du poids était beaucoup plus grande que celle des garçons. En comparaison, pour l'ensemble des classes visées, les garçons étaient plus susceptibles que les filles d'indiquer qu'ils avaient besoin de prendre du poids plutôt que d'en perdre.

De la 6^e à la 10^e année, on constate une augmentation de la proportion globale de filles qui ont tenté de perdre du poids pendant une période d'au moins une semaine (figure 7.17). Dans les classes des niveaux supérieurs, les filles faisaient également plus d'efforts pour contrôler leur poids. Presque deux tiers des filles de 10^e année ont déclaré qu'elles avaient pris des mesures pour contrôler leur poids au cours des

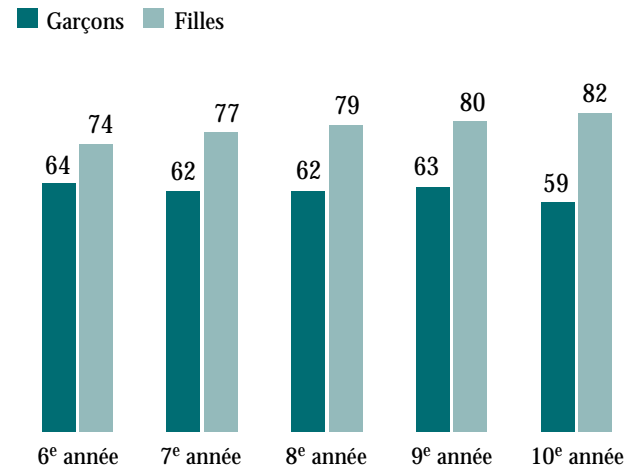
12 derniers mois. Selon la recherche, la plus grande proportion de graisse corporelle au début de l'adolescence chez les filles, de même que leur préoccupation à l'égard de leur image corporelle, influent sur leurs habitudes alimentaires (Chapman, 1994).

À des fins de collecte des données sur l'obésité, les élèves ont été priés d'indiquer leur taille et leur poids. Quatre-vingt pour cent d'entre eux ont indiqué les deux. Les données sur la taille et le poids ont été converties en données métriques et un score d'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé en fonction du poids (kg) / de la taille² (m²). Les catégories suivantes, qui répondaient aux définitions du Childhood Obesity Working Group relevant du International Obesity Task Force*, ont été fixées en fonction de seuils de démarcation internationaux fondés sur l'âge et le sexe : poids normal, surcharge pondérale et obésité (Cole, Bellizzi, Flegel et Deitz, 2000). Étant donné que les seuils de démarcation sont fondés sur l'âge, les résultats sont donnés aux figures 7.18 et 7.19 en fonction du groupe d'âge, plutôt qu'en fonction de l'année d'études. Pour chaque groupe d'âge, le nombre de garçons faisant partie de la catégorie de ceux qui souffraient de surcharge pondérale ou d'obésité variait entre un cinquième et un quart et, pour l'ensemble des groupes d'âge, le nombre des obèses était compris entre 5 et 7 p. 100. Proportionnellement, le nombre de filles faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité était inférieur à celui des garçons car, dans chaque groupe d'âge, moins d'un cinquième d'entre elles avaient une surcharge corporelle ou étaient obèses. À l'instar des garçons, les scores de l'IMC des adolescentes ne présentaient pas d'écarts significatifs d'un groupe d'âge à l'autre.

* La classification du poids des enfants et des adolescents est complexe en raison des variations constantes de la taille et de la composition corporelle. Ces changements se produisent chez les adolescents à des rythmes différents selon les populations et, par conséquent, ils sont plus variables que dans le cas des populations adultes. En outre, les types d'erreur et les problèmes de validité qui s'y rattachent sont différents (Cole, Bellizzi, Flegel et Deitz, 2000).

Figure 7.20

Élèves qui se brossent les dents deux fois ou plus par jour (%)



L'hygiène dentaire

L'étude réalisée par Honkala et ses collègues (2000) laisse entendre que l'incidence des caries dentaires dans les pays industrialisés est en baisse. Néanmoins, certains adolescents ont encore des problèmes d'hygiène dentaire et, de ce fait, ils peuvent avoir moins de chances sur le plan social, être plus limités quant à leurs choix de vie et être insatisfaits de leur vie (Currie, Samdal, Boyce et Smith, 2001). Les figures 7.20 et 7.21 montrent que, pour l'ensemble des cinq classes visées, les filles sont beaucoup plus nombreuses que les garçons à se brosser les dents au moins deux fois par jour. La prévalence de cette habitude adoptée par les filles en matière d'hygiène dentaire croît en fonction de l'année d'études et de l'année de l'enquête. Un plus grand nombre de garçons de 6^e et de 8^e année participant à l'enquête de 2002 ont déclaré qu'ils se brossaient les dents deux fois ou plus par jour, comparativement aux adolescents des mêmes années d'études qui ont pris part aux trois enquêtes précédentes.

Figure 7.21

Élèves qui se brossent les dents deux fois ou plus par jour, selon l'année de l'enquête (%)

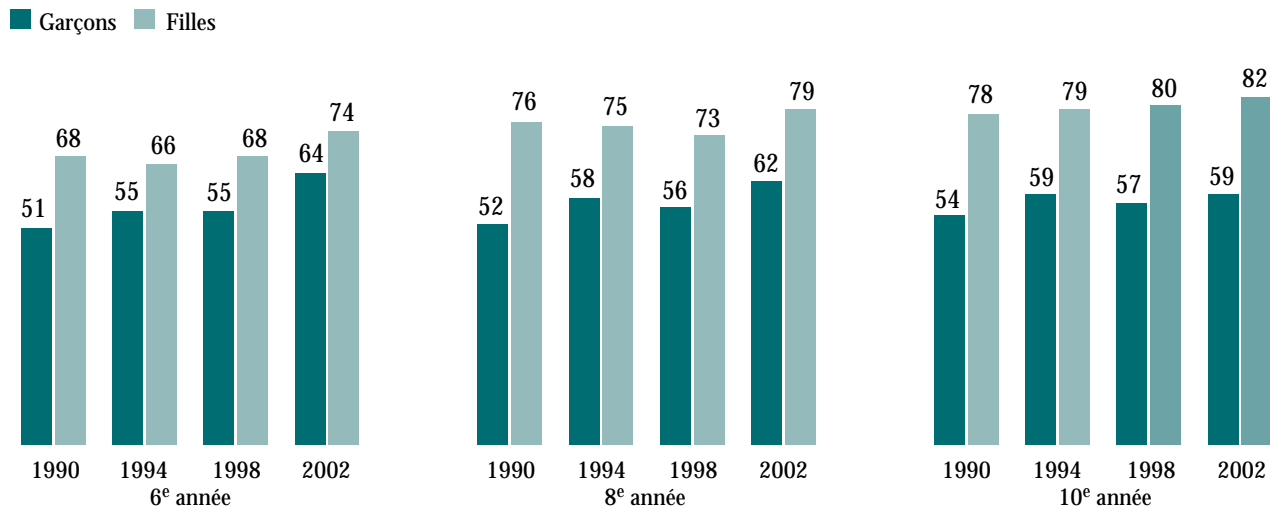
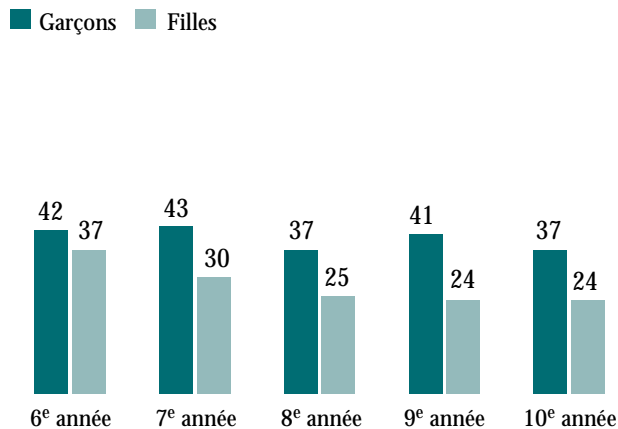


Figure 7.22

Élèves qui ont été physiquement actifs au moins 60 minutes par jour pendant cinq jours ou plus au cours des sept derniers jours (%)



L'activité physique et les loisirs

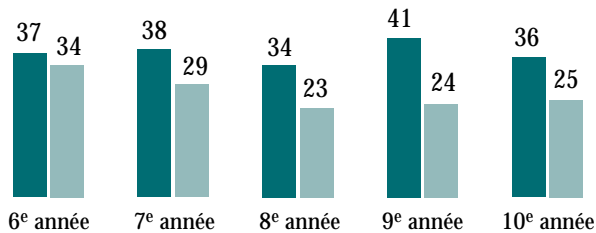
Les avantages de l'activité physique du point de vue de la condition physique et psychologique des adolescents sont bien documentés. Sallis, Prochaska et Taylor (2000) ont laissé entendre que l'activité physique est un élément essentiel de la croissance et du développement optimaux et contribue en outre à l'amélioration de la capacité aérobie, de la pression artérielle, de l'autoefficacité et de l'image de soi des adolescents. Du fait que les programmes scolaires sont plus exigeants et que les écoles offrent moins de cours d'éducation physique, plus de la moitié des jeunes Canadiens de 5 à 17 ans ne sont pas suffisamment actifs, selon les lignes directrices de Santé Canada relatives à l'activité physique (Andersen, 2000).

Les élèves faisant partie de l'échantillon HBSC ont été interrogés sur leurs activités physiques, tant à l'école qu'ailleurs. L'éducation physique à l'école est un élément crucial de l'acquisition par les élèves d'habitudes qu'ils conserveront toute leur vie en matière d'activité physique. Un bien plus grand nombre de garçons que de filles ont déclaré être physiquement actifs pendant au moins 60 minutes et ce,

Figure 7.23

Élèves qui ont été physiquement actifs au moins 60 minutes par jour pendant cinq jours ou plus au cours d'une semaine habituelle (%)

■ Garçons ■ Filles



cinq jours ou plus au cours des sept derniers jours ou d'une semaine habituelle (figures 7.22 et 7.23).

Pour ce qui est de l'activité physique, les divergences attribuables au sexe étaient moins observables dans le cas des élèves de 9^e et 10^e année, car plus d'un tiers de ces garçons et de ces filles ont déclaré qu'ils consacraient cinq heures ou plus par semaine à la pratique d'une activité physique vigoureuse durant les heures de classe (figure 7.24). Ce changement est peut-être attribuable à l'importance accrue accordée aux cours d'éducation physique et des chances additionnelles d'y participer au niveau secondaire. Même si, parmi les élèves des classes des niveaux inférieurs, à peu près autant de garçons que de filles ont déclaré qu'ils consacraient cinq heures ou plus à une activité physique dans leurs temps libres à l'école, on constate que les filles des classes des niveaux supérieurs sont bien moins actives, ce qui s'explique peut-être par le fait qu'elles sont moins enclines à pratiquer une activité physique à l'extérieur dans leurs temps libres (figure 7.25).

L'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 se rapportant aux jeunes Canadiens de 12

Figure 7.24

Élèves qui consacrent cinq heures ou plus par semaine à une activité physique vigoureuse durant les heures de classe, à l'école (%)

■ Garçons ■ Filles

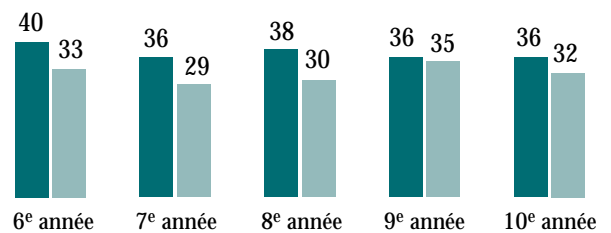
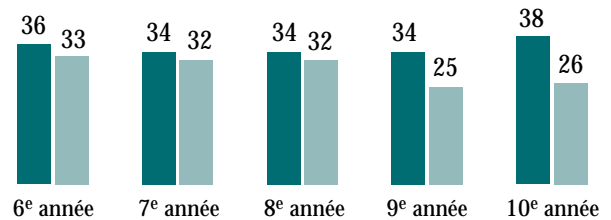


Figure 7.25

Élèves qui consacrent cinq heures ou plus par semaine à une activité physique vigoureuse dans leurs temps libres, à l'école (%)

■ Garçons ■ Filles



à 24 ans révèle que les garçons ont été plus actifs que les filles sur le plan physique et que l'activité physique diminue avec l'âge pour les deux sexes (Higgins, Gaul, Gibbons et Van Gyn, 2003). Selon les conclusions d'une étude réalisée en Ontario, on enregistre une diminution de la pratique quotidienne d'une activité physique vigoureuse chez les filles de la 7^e à la 11^e année et chez les garçons de 11^e année, pour la période

Figure 7.26

Élèves qui consacrent cinq heures ou plus par semaine à une activité physique vigoureuse lorsqu'ils participent à des leçons ou des sports d'équipe, à l'extérieur de l'école (%)

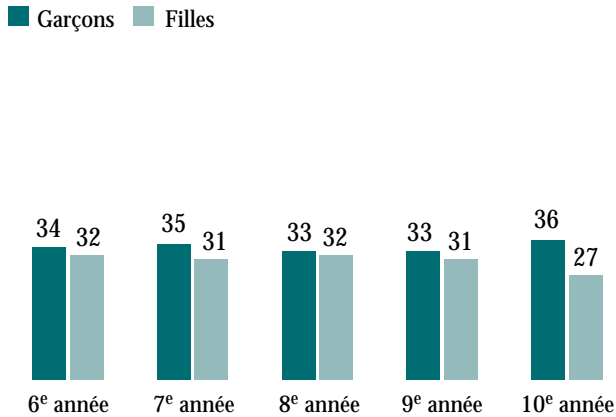
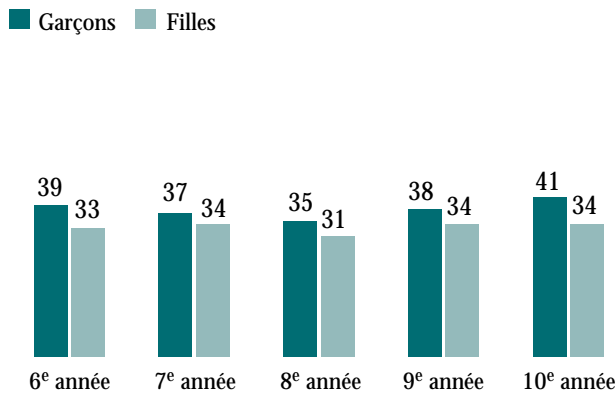


Figure 7.27

Élèves qui consacrent cinq heures ou plus par semaine à une activité physique vigoureuse lorsqu'ils participent à des activités non organisées, à l'extérieur de l'école (%)

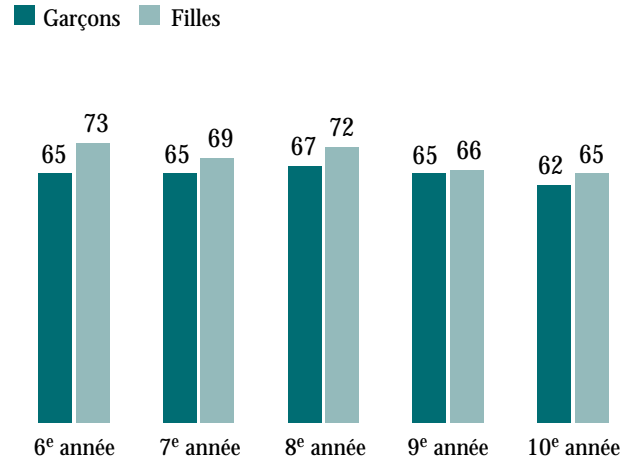


allant de 1997 à 2001, ce qui semble indiquer qu'on devrait revoir les interventions et les politiques visant à promouvoir la participation de ces groupes (Irving, Adlaf, Allison, Paglia, Dwyer et Goodman, 2003).

Un tiers des adolescents, les garçons comme les filles, ont indiqué avoir consacré cinq heures ou plus par semaine à un exercice physique vigoureux lorsqu'ils prenaient part à des activités organisées à l'extérieur de l'école (figure 7.26).

Figure 7.28

Élèves qui participent au moins une fois par semaine aux activités d'un club ou d'une organisation (%)



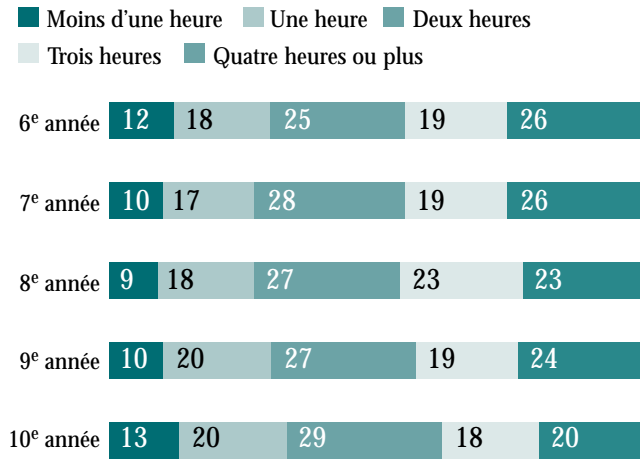
La figure 7.27 montre que des proportions similaires d'adolescents consacraient cinq heures ou plus à une activité physique non organisée à l'extérieur de l'école, les garçons y consacrant un peu plus d'heures. Garcia, Broda, Frenn, Coviak, Pender et Ronis (1995) ont fait valoir que les filles se considèrent comme moins sportives que les garçons, ce qui influe sur leur participation à des activités physiques dans leurs temps libres.

McHale, Crouter et Tucker (2001) ainsi que Mahoney et Stattin (2000) laissent entendre que les jeunes qui ont déclaré qu'ils pratiquaient des sports ou des passe-temps organisés avaient plus de chances d'être mieux adaptés. La figure 7.28 montre que les deux tiers des garçons de toutes les classes visées ont affirmé qu'ils participaient à certaines activités organisées d'un club ou d'une organisation au moins une fois par semaine. En moyenne, au primaire, plus de 70 p. 100 des plus jeunes filles prenaient part à ce genre d'activités, mais cette proportion diminue dans les classes des niveaux supérieurs.

Les adolescents faisant partie de l'échantillon HBSC ont en outre été priés d'indiquer leurs activités sédentaires, par exemple regarder la télévision, faire leurs devoirs, converser avec des amis sur Internet, jouer à des jeux ou naviguer sur des sites Web. Plus de 40 p. 100 des élèves

Figure 7.29

Nombre d'heures par jour que les élèves passent à regarder la télévision les jours de semaine (%)



plus jeunes (de la 6^e à la 9^e année) ont déclaré qu'ils regardaient la télévision pendant trois heures ou plus par jour les jours de semaine (figure 7.29). Presque deux tiers des élèves ont signalé qu'ils regardaient la télévision pendant le même nombre d'heures les fins de semaine (données non présentées). Selon les conclusions de la recherche effectuée aux États-Unis, certains enfants pourraient être conditionnés à manger lorsqu'ils regardent la télévision et les enfants qui regardent la télévision durant cinq heures ou plus par jour consomment 175 calories de plus chaque jour que ceux qui ne regardent la télévision que durant une heure tout au plus chaque jour (Crespo, Smit, Troiano, Bartlett, Macera et Andersen, 2001).

Pour l'ensemble des classes visées, les garçons étaient moins susceptibles que les filles de passer une heure ou plus par jour à faire leurs devoirs les jours de la semaine, et cet écart s'accroît en fonction de l'année d'études (figure 7.30). Toutefois, la figure 7.31 montre que plus d'un quart des élèves de toutes les classes visées passaient deux heures ou plus à faire leurs devoirs les jours de semaine.

Plus des quatre cinquièmes des élèves de 10^e année ont déclaré avoir utilisé Internet pour la première fois à un âge variant entre 9 et 13 ans

Figure 7.30

Élèves qui passent une heure par jour ou plus à faire leurs devoirs les jours de semaine (%)

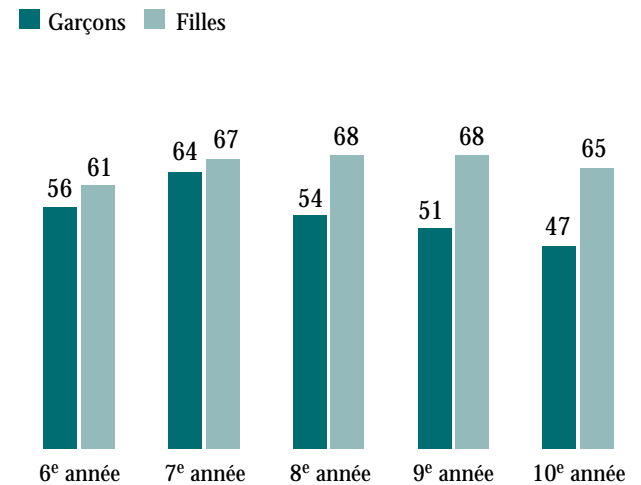
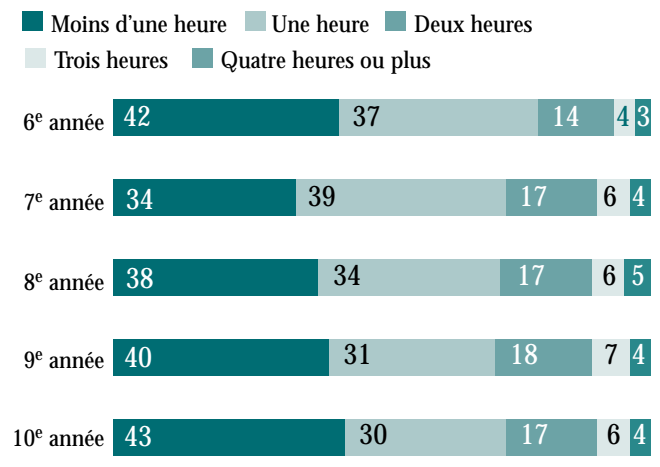


Figure 7.31

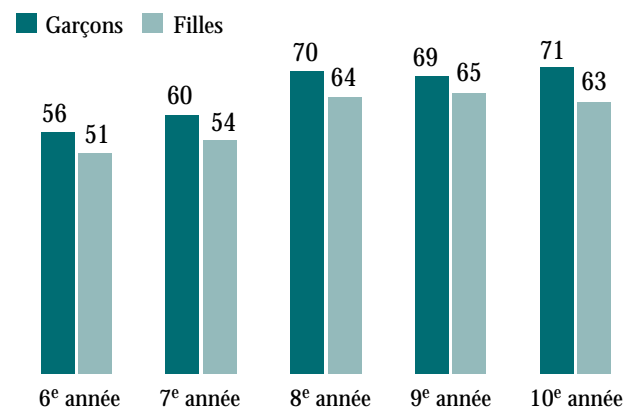
Nombre d'heures par jour que les élèves passent à faire leurs devoirs les jours de semaine (%)



(données non présentées). La moitié des plus jeunes élèves (6^e et 7^e année) qui ont pris part à l'enquête de même que les deux tiers des élèves plus âgés ont indiqué avoir utilisé l'ordinateur une heure ou plus par jour pour jouer les jours de semaine. Les garçons étaient plus susceptibles que les filles de consacrer du temps à cette activité de loisir (figure 7.32).

Figure 7.32

Élèves qui utilisent un ordinateur une heure ou plus par jour pour jouer les jours de semaine (%)



Les facteurs associés à l'activité physique

Le tableau 7.1 fait état des facteurs associés aux adolescents et aux adolescentes de 6^e, 8^e et 10^e année qui, généralement, avaient été physiquement actifs pendant au moins 60 minutes par jour au total au cours des sept derniers jours.

Selon les résultats, outre qu'ils participent aux activités d'un club ou d'une organisation et sont bien adaptés sur le plan social (à l'exception des filles de 10^e année), les jeunes qui ont le sentiment d'être en santé, sont satisfaits de leur vie et ont une alimentation saine axée sur la consommation de fruits et de légumes (sauf dans le cas des garçons de 8^e année) sont plus actifs physiquement.

Tableau 7.1

Facteurs associés au fait d'avoir été actif physiquement pendant 60 minutes par jour au cours des sept derniers jours (coefficients de corrélation*)

	6 ^e année		8 ^e année		10 ^e année	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Vit dans un ménage biparental	ALS†	ALS†	ALS†	ALS†	ALS†	ALS†
Famille aisée**	ALS†	,08	ALS†	,12	,13	,19
Bonnes relations avec ses parents**	ALS†	,09	ALS†	ALS†	,17	ALS†
Bonnes relations avec ses camarades **	,20	,22	,24	,12	,10	ALS†
Se porte bien	,14	,17	,30	,20	,40	,30
Attitude positive à l'égard de la vie	,13	,11	,13	,08	,22	,13
Absence de symptômes psychosomatiques**	ALS†	ALS†	ALS†	,11	ALS†	ALS†
Satisfait de sa vie à l'école**	,09	ALS†	ALS†	,15	ALS†	,15
Déjeune les jours de semaine	ALS†	ALS†	,08	,08	,12	ALS†
Mange des fruits	,11	,21	,11	,17	,18	,23
Mange des légumes	,08	,15	ALS†	,17	,12	,21
Mange moins de croustilles	ALS†	ALS†	,11	ALS†	ALS†	ALS†
Mange moins de frites	ALS†	ALS†	,15	ALS†	ALS†	,08
Poids moyen (calculé en fonction de l'IMC)	,10	ALS†	,21	,10	ALS†	ALS†
Participe aux activités d'un club ou d'une organisation	,26	,18	,26	,27	,30	,39
Amis ou amies qui n'ont pas de comportements à risques		S.O.††			,16	,11
Regarde moins la télévision les jours de semaine	ALS†	ALS†	ALS†	,12	,10	,12
Regarde moins la télévision les fins de semaine	ALS†	ALS†	ALS†	,14	ALS†	ALS†
Consacre moins de temps à ses devoirs les jours de semaine	,10	ALS†	ALS†	ALS†	ALS†	ALS†
Consacre moins de temps à ses devoirs les fins de semaine	,10	ALS†	ALS†	ALS†	ALS†	ALS†
Utilise l'ordinateur moins souvent pendant ses temps libres les jours de semaine	ALS†	ALS†	ALS†	ALS†	,10	ALS†
Utilise l'ordinateur moins souvent pendant ses temps libres les fins de semaine	ALS†	ALS†	,09	ALS†	,13	ALS†

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40); ** Note établie selon une échelle; † ALS : aucun lien significatif; †† S.O. : sans objet (la question n'a pas été posée aux élèves des classes des niveaux inférieurs).

Le lien entre l'activité physique et les autres facteurs étudiés est apparemment plus faible, sinon inexistant. Par exemple, il ne semble pas y avoir de rapport entre le fait de faire partie d'un ménage biparental et les niveaux d'activité physique; toutefois l'aisance familiale a été associée à une activité physique accrue chez les filles de 6^e, 8^e et 10^e année et chez les garçons de 10^e année. Le lien entre le fait d'avoir de bonnes relations avec ses parents et une activité physique accrue n'a été établi que dans le cas des filles de 6^e année et des garçons de 10^e année. Le fait d'être heureux à l'école a été associé à l'activité physique jusqu'à un certain point, mais seulement en ce qui concerne les garçons de 6^e année et les filles de 8^e et de 10^e année. Le poids, calculé en fonction de l'IMC, a été lié aux niveaux d'activité physique chez les garçons de 6^e année et les filles de 8^e année.

D'autres facteurs étudiés avaient un rapport inverse avec l'activité physique. Par exemple, on constate que les jeunes de 10^e année dont les amis ont des comportements à risques sont moins actifs physiquement. L'activité physique diminue également dans les cas suivants : garçons et filles de 10^e année et filles de 8^e année qui regardent la télévision les jours de semaine; filles de 8^e année qui regardent la télévision les fins de semaine; garçons de 6^e année qui font leurs devoirs les jours de semaine et les fins de semaine, et les garçons de 10^e année qui utilisent l'ordinateur (pour jouer, envoyer des courriels, bavarder en ligne ou naviguer sur Internet) durant leurs temps libres les jours de semaine et les garçons de 8^e et 10^e année qui font de même les fins de semaine.

L'asthme

Certains des comportements dont il est question dans le présent chapitre, par exemple faire de l'exercice et consommer des aliments sains, peuvent exercer une influence sur la santé. L'asthme est une affection chronique courante pouvant également avoir des répercussions sur la santé d'un adolescent puisqu'elle peut restreindre sa capacité de faire de l'exercice. Environ

Figure 7.33

Élèves auxquels le docteur a déjà dit qu'ils étaient asthmatiques (%)

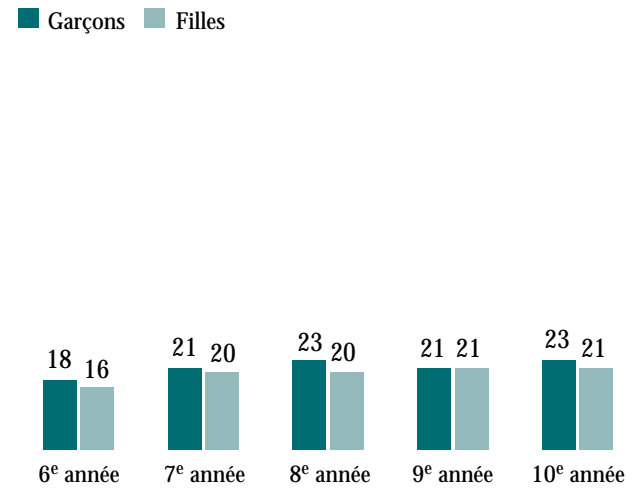
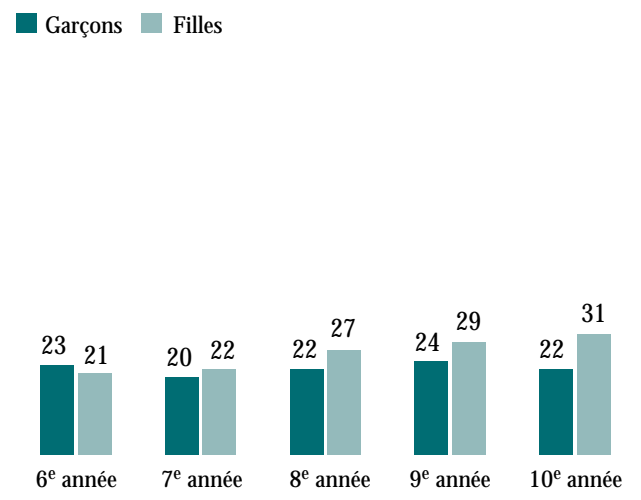


Figure 7.34

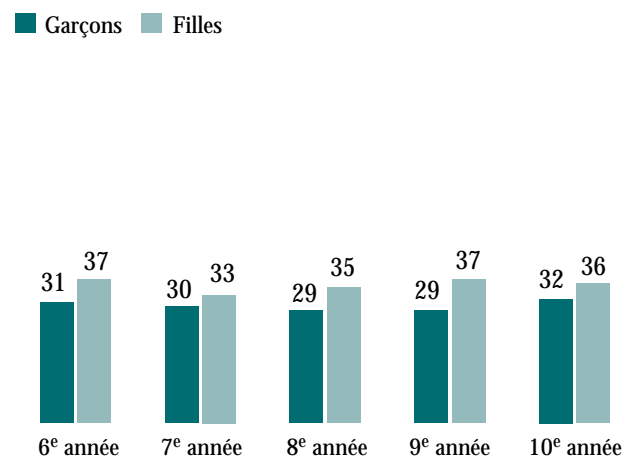
Élèves qui ont eu des épisodes de respiration sifflante au cours des 12 derniers mois (%)



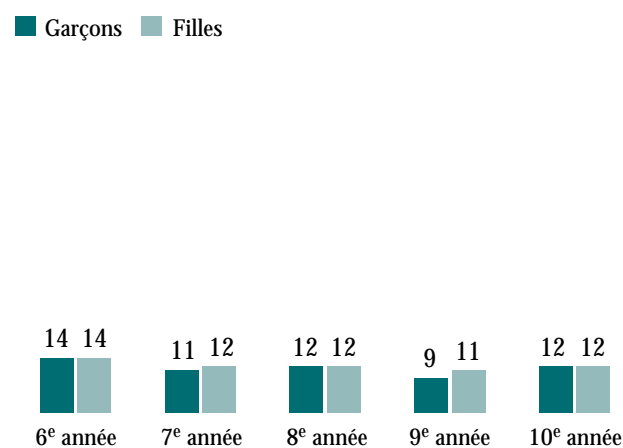
20 p. 100 des adolescents, tant chez les garçons que chez les filles, de la 7^e à la 10^e année ont déclaré qu'un médecin leur avait dit qu'ils souffraient d'asthme (figure 7.33). Toutefois, la prévalence des symptômes liés à l'asthme était en général plus forte chez les filles. Par exemple, selon la figure 7.34, les filles plus âgées étaient plus nombreuses que les garçons à signaler un plus grand nombre d'épisodes où leur respiration était sifflante au cours des 12 derniers mois. De surcroît, les filles étaient plus susceptibles

Figure 7.35

Élèves qui ont souffert d'une toux sèche durant la nuit (alors qu'ils n'avaient pas le rhume) au cours des 12 derniers mois (%)

**Figure 7.36**

Élèves qui ont consulté un médecin à une clinique ou à l'urgence pour un problème de respiration sifflante le mois dernier (%)



que les garçons de déclarer qu'elles avaient souffert d'une toux sèche durant la nuit (figure 7.35). Fait intéressant toutefois, à peu près autant de filles que de garçons faisant partie des classes visées ont déclaré qu'ils avaient consulté un médecin à la clinique ou à l'urgence pour un problème respiratoire (respiration sifflante) au cours des 12 derniers mois (figure 7.36).

La consommation de médicaments

Pour mesurer la santé émotionnelle, l'étude HBSC (voir le chapitre 10, Santé émotionnelle) prenait en considération une gamme de malaises physiques et somatiques : les maux de tête, les maux d'estomac, les maux de dos, la dépression, l'irritabilité, la nervosité, la difficulté à s'endormir et les étourdissements. Le genre et la quantité de médicaments consommés pour traiter ces malaises servent d'indicateurs de la santé et du bien-être. Les élèves ont été priés d'indiquer les médicaments qu'ils prenaient pour soulager ces problèmes. La figure 7.37 montre que moins d'un cinquième des élèves ont déclaré avoir pris chaque semaine des médicaments contre la toux au cours du dernier mois, tandis que la figure 7.38 semble indiquer que la consommation de médicaments contre les maux de tête était plus fréquente, en particulier chez les filles plus âgées. Les pourcentages de filles de la 7^e à la 10^e année ayant indiqué qu'elles prenaient des médicaments contre les maux de tête une fois ou plus par semaine variaient entre un quart et un tiers. La proportion d'élèves ayant consommé des médicaments parce qu'ils avaient de la difficulté à s'endormir ou souffraient de nervosité était très faible puisque moins d'un dixième des garçons et des filles de l'ensemble des classes visées ont signalé qu'ils avaient recours à des médicaments pour soulager ces symptômes (figures 7.39 et 7.40).

Figure 7.37

Élèves qui ont pris des médicaments contre la toux une fois ou plus par semaine au cours du dernier mois (%)

■ Garçons ■ Filles



Figure 7.39

Élèves qui ont pris des médicaments parce qu'ils avaient de la difficulté à dormir une fois ou plus par semaine au cours du dernier mois (%)

■ Garçons ■ Filles



Figure 7.38

Élèves qui ont pris des médicaments contre les maux de tête une fois ou plus par semaine au cours du dernier mois (%)

■ Garçons ■ Filles

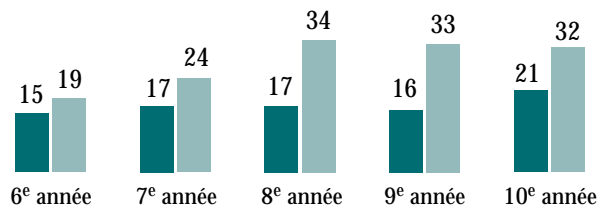


Figure 7.40

Élèves qui ont pris des médicaments parce qu'ils avaient des problèmes de nervosité une fois ou plus par semaine au cours du dernier mois (%)

■ Garçons ■ Filles



Principales constatations

- Les filles mangeaient plus d'aliments nourrissants, de fruits et de légumes que les garçons.
- Un plus grand nombre de filles que de garçons se passaient de déjeuner et cette tendance était plus forte parmi les élèves plus âgés.
- Les garçons plus que les filles consommaient des aliments à forte teneur en sucre, en sel ou en caféine, tels que des boissons gazeuses, des boissons gazeuses diète, des croustilles, des frites et des gâteaux ou pâtisseries.
- Les filles plus âgées étaient plus nombreuses que les plus jeunes à suivre un régime ou à faire quelque chose d'autre pour contrôler leur poids et se comportaient de la sorte pendant de plus longues périodes.
- À l'extérieur de l'école, les garçons étaient plus actifs physiquement que les filles.
- Plus de filles que de garçons faisaient partie d'un club ou d'une organisation.
- Il était assez fréquent que les élèves, en particulier les garçons, jouent à des jeux électroniques les jours de semaine.
- Même si autant de garçons que de filles avaient reçu un diagnostic d'asthme, les filles, en particulier dans les classes des niveaux supérieurs, ont plus fréquemment déclaré des symptômes d'asthme.
- Les filles ont indiqué qu'elles prenaient plus de médicaments contre les maux de tête, mais on ne relève aucun écart entre garçons et filles en ce qui a trait à la consommation de médicaments par les jeunes qui ont de la difficulté à s'endormir ou qui souffrent de nervosité.



Jad Saab

8

L'intimidation et les bagarres

Wendy Craig

L'intimidation est un problème relationnel – c'est un moyen d'affirmer son pouvoir personnel par l'agression (Pepler et Craig, 2000). L'intimidation a été définie comme un comportement physique ou verbal dont l'intention est hostile, qui provoque la détresse chez les victimes et qui est répété au fil du temps. Elle se définit comme un rapport de force entre les intimidateurs et leurs victimes (Olweus, 1991; Pepler, Craig et Connolly, 1995). L'intimidation fait partie des comportements agressifs caractérisés par la domination. À mesure que l'intimidation se répète, des relations de puissance s'établissent entre les intimidateurs et leurs victimes, les intimidateurs exerçant de plus en plus leur pouvoir aux dépens des victimes de plus en plus opprimées. Dans ce genre de rapports, les jeunes qui subissent de l'intimidation sont de moins en moins capables de se défendre. Ce ne sont pas tous les comportements agressifs qui constituent de l'intimidation puisqu'ils ne s'appuient pas toujours sur la domination, mais toute intimidation est associée à des comportements agressifs.



Hana Saab

Pepler et Craig (2000) ont étudié l'intimidation du point de vue du développement et soutiennent que ce genre de comportement agressif doit retenir l'attention parce qu'il est à la base de bon nombre de problèmes liés à la violence interpersonnelle observés au Canada. Selon cette perspective, le jeune qui aura appris à intimider ses camarades mettra à profit ces leçons dans ses autres relations importantes du point de vue de son développement. L'exercice du pouvoir et le recours à l'agression liés à l'intimidation dans la cour d'école présagent que, plus tard, l'intimidateur pourra se livrer à du harcèlement sexuel ou du harcèlement en milieu de travail, être agressif dans ses fréquentations ou commettre des actes de violence à l'égard de son conjoint, de ses enfants ou des aînés (Pepler, Craig, Connolly et Henderson, 2002). Par conséquent, la compréhension et la prévention de l'intimidation chez les jeunes peuvent réduire ces problèmes chez les adultes.

Les préoccupations soulevées par l'intimidation

Les chercheurs, les enseignants et les parents reconnaissent que tous les jeunes associés à l'intimidation en subissent le contrecoup. L'intimidation se produit le plus souvent à l'école et dans des circonstances où la surveillance des adultes est réduite (Craig et Pepler, 1997). Les jeunes intimidateurs ont plus de chances de se livrer à d'autres formes d'agression ou à du harcèlement sexuel, à faire preuve de violence dans leurs fréquentations à l'adolescence (McMaster, Connolly, Pepler et Craig, 2002; Pepler et coll., 2002) et à avoir des activités illégales, comme la délinquance et la consommation d'alcool ou de drogues (Pepler et coll., 2002).

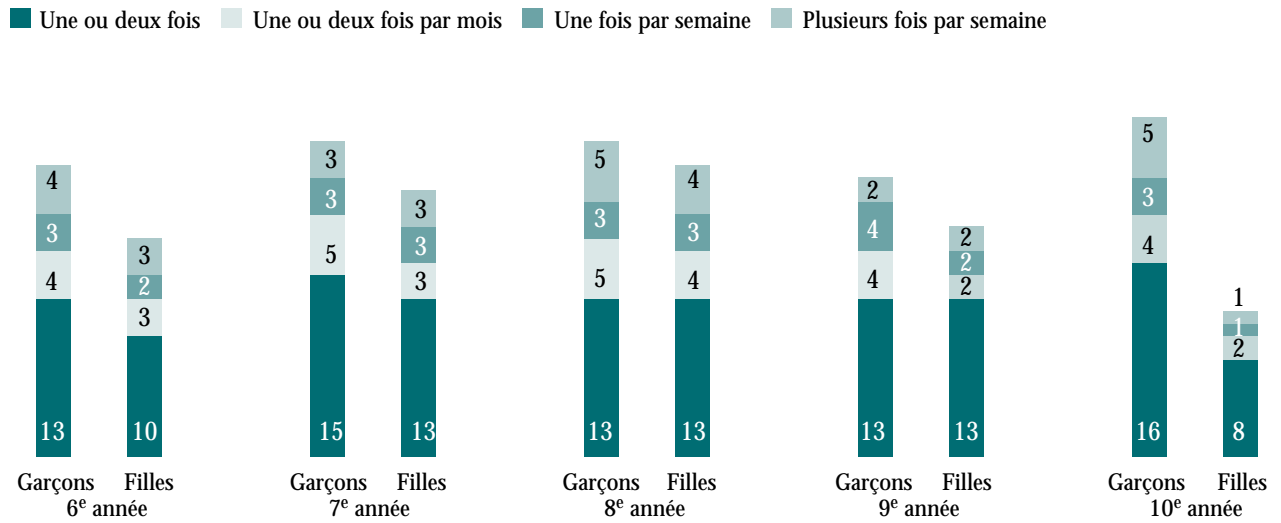
Les victimes de l'intimidation présentent également une gamme de problèmes de comportement, par exemple, elles souffrent de dépression et d'anxiété et, dans des cas extrêmes, elles se suicident (Craig, 1998; Olweus, 1991). Certains jeunes maltraités sont tellement frustrés et furieux en raison des tourments incessants, qu'ils deviennent agressifs et commencent à leur tour à intimider les autres (Goldbaum, Craig, Pepler et Connolly, sous presse). Les jeunes qui intimident les autres et sont eux-mêmes maltraités (intimidateur/victimes) sont ceux qui sont les plus susceptibles à la fois d'internaliser et d'externaliser ces problèmes de comportement (Craig, 1998). Même ceux qui s'en tiennent au rôle de spectateur peuvent être touchés (Pepler, Craig, Ziegler et Charach, 1994), parce qu'ils sont souvent amenés à intervenir et qu'ils peuvent jouer un rôle majeur en exacerbant les rapports d'intimidation ou en y mettant un terme (Hawkins, Pepler et Craig, 2001; O'Connell, Pepler et Craig, 1999).

La recherche longitudinale révèle un lien entre l'intimidation durant l'enfance et un comportement antisocial à l'âge adulte, se manifestant, par exemple, par des activités criminelles et des chances réduites d'atteindre des objectifs désirables du point de vue social (Farrington, 1993). Comparativement aux jeunes qui ne sont pas des victimes, ceux qui sont maltraités courent le risque de développer divers traits de caractère négatifs : ils sont plus anxieux et inquiets (Olweus, 1991), se sentent dévalorisés (Craig, 1998), souffrent de solitude (Boulton et Underwood, 1992), ont plus de chances d'être rejetés par leurs camarades et sont plus déprimés (Craig, 1998). Pour les jeunes de l'école primaire, la tendance à être victimisé est stable. En se fondant sur des rapports rétrospectifs, Olweus (1978) a établi que les adolescents qui étaient maltraités à l'âge de 13 ans l'étaient également à l'âge de 16 ans. Les pairs souffrent de l'intimidation car la pression du groupe les incite à prendre part à ce genre de comportement. Le simple fait d'être témoin d'un acte d'intimidation peut engendrer de la souffrance (El-Sheikh, Cummings et Goetsch, 1989).

L'intimidation se paie chèrement puisqu'elle se solde par des coûts permanents dans divers secteurs, tels que la santé mentale, le système judiciaire pour les jeunes, l'éducation spéciale et les services sociaux. Il est impérieux de mettre un terme à ce type de comportement. La prévalence et la gravité de l'intimidation et de la victimisation incitent les chercheurs à étudier ces phénomènes en vue d'améliorer la santé des enfants et des jeunes. Une meilleure compréhension de ces comportements pourrait nous éclairer sur l'orientation à adopter relativement aux politiques sociales et sur les interventions efficaces visant l'élimination ou du moins l'atténuation de ce problème.

Figure 8.1

Élèves qui ont été victimes d'intimidation, mais qui n'ont pas intimidé d'autres élèves (%)



L'ampleur du problème de l'intimidation au Canada

L'intimidation est un problème qui dépasse les frontières nationales. Selon ce qu'ont déclaré les élèves canadiens qui ont pris part à l'enquête HBSC de 1998, le Canada est dans la moyenne, établie pour 11 pays, eu égard à l'importance de l'intimidation (King, Boyce et King, 1999). Par conséquent, nos taux d'intimidation et de victimisation ne sont pas parmi les plus élevés mais ne figurent en aucune façon parmi les plus faibles. Le présent document étudie le phénomène de l'intimidation en fonction de trois catégories qui s'excluent mutuellement : être victime d'intimidation, intimider d'autres élèves et être soi-même à la fois victime et intimidateur.

La figure 8.1 illustre les pourcentages des élèves de la 6^e à la 10^e année qui ont été maltraités par d'autres au cours des deux ou trois derniers mois, mais qui n'ont toutefois pas eux-mêmes intimidé d'autres élèves. Plusieurs constatations valent la peine qu'on s'y attarde. Dans l'ensemble, beaucoup plus de garçons que de filles ont déclaré être victimisés (25 p. 100 contre 21 p. 100).

Deuxièmement, la prévalence de la victimisation atteignait un sommet, dans le cas des garçons, en 10^e année (28 p. 100) et, dans celui des filles, en 8^e année (24 p. 100). Troisièmement, la proportion des élèves, tant les garçons que les filles, ayant déclaré être maltraités environ une fois ou deux par semestre était assez uniforme (variant de 8 p. 100 à 16 p. 100). Enfin, le pourcentage d'élèves ayant déclaré qu'ils étaient victimes d'intimidation une fois ou plus par semaine s'établissait entre 2 et 8 p. 100. Comme nous l'avons déjà mentionné, ces jeunes sont ceux qui ont le plus besoin d'être soutenus dans les écoles et les collectivités.

Lorsqu'on a demandé aux élèves canadiens de la 6^e année à la 10^e année s'ils intimidaient les autres (c.-à-d. s'ils avaient des comportements d'intimidation), environ 23 p. 100 d'entre eux ont déclaré que cela était le cas (figure 8.2). Les garçons étaient beaucoup plus nombreux que les filles à adopter ce comportement (25 p. 100 contre 18 p. 100), dont le point culminant se situait en 10^e année pour les garçons et en 7^e et 8^e année pour les filles. À mesure qu'elles avancent en âge, les filles abandonnent manifestement ce

Figure 8.2

Élèves qui ont intimidé d'autres élèves, mais qui n'ont pas été victimes d'intimidation (%)

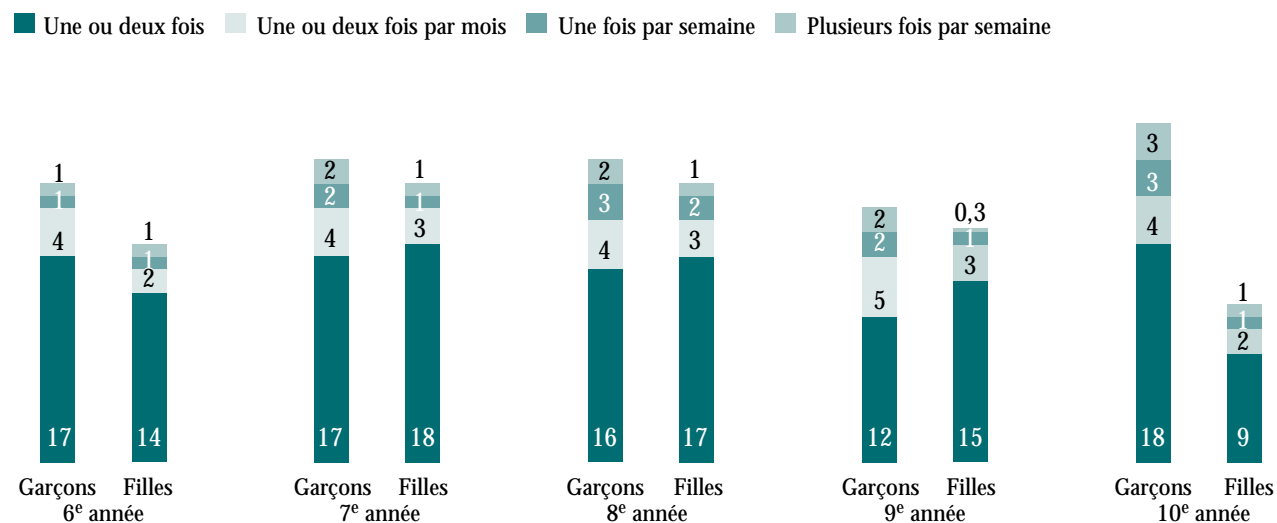
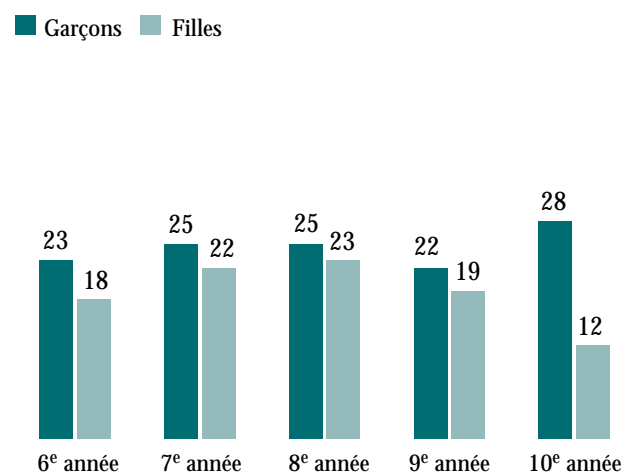


Figure 8.3

Élèves qui ont intimidé d'autres élèves et qui ont aussi été victimes d'intimidation (%)

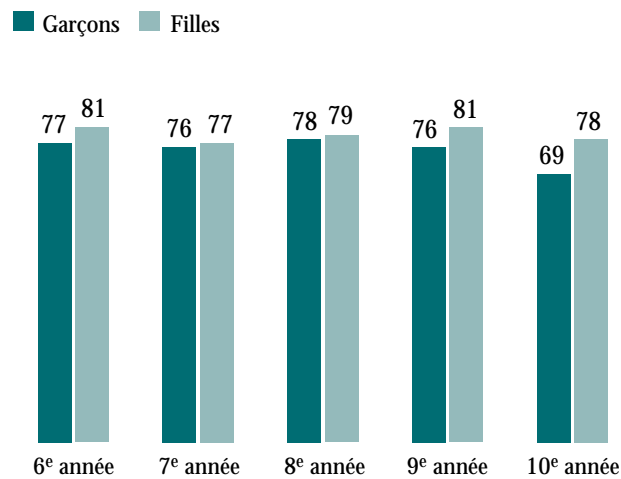


type de comportement; cette tendance n'est pas relevée chez les garçons. Comme on le voit à la figure 8.1, la majorité des élèves ont indiqué qu'ils ne se livraient pas souvent à des actes d'intimidation. Toutefois, une faible minorité d'élèves (de 2 p. 100 à 8 p. 100, selon l'année d'études) manifestent régulièrement ce type de comportement agressif. C'est auprès de ce groupe de jeunes que nous devons de toute évidence intervenir vigoureusement plutôt qu'auprès de ceux qui n'intimident pas souvent les autres. La proportion des intimidateurs est inférieure à celle des victimes. Cela donne à penser que les jeunes qui intimident les autres ciblent peut-être plus qu'une victime.

Un nombre élevé d'élèves de l'échantillon de l'enquête HBSC ont déclaré être à la fois des intimidateurs et des victimes (figure 8.3), ce qui tranche avec d'autres études faisant partie de la documentation. Même s'il est possible que ces autres études fondent sur un seuil différent l'analyse du chevauchement entre l'intimidation et la victimisation cette proportion demeure très élevée. Toutes classes confondues, le nombre de garçons ayant déclaré être à la fois intimidateur et victime dépasse considérablement celui des

Figure 8.4

Élèves disant avoir été intimidés par des taquineries (%)



filles (24 p. 100 contre 19 p. 100). La prévalence est particulièrement forte chez les garçons de 10^e année (28 p. 100); par contre, chez les filles, c'est en 8^e année qu'on relève le taux le plus élevé (23 p. 100). Comme pour la victimisation, ce type de comportement tend à diminuer avec l'âge chez les filles mais non chez les garçons. Les jeunes qui ont intimidé d'autres élèves et qui ont aussi été victimes d'intimidation sont plus susceptibles d'éprouver des ennuis, car ils font état de problèmes associés à ces deux types de comportement (Craig, 1998). Une attention spéciale doit être portée à ce groupe qui représente une forte proportion des jeunes.

Les tactiques d'intimidation des jeunes

L'intimidation adopte bien des formes, les plus courantes étant les taquineries, l'exclusion et le commérage. L'enquête HBSC visait à déterminer quel genre d'actes d'agression avaient été commis à l'égard des élèves ayant déclaré être victimes d'intimidation. Les figures 8.4 et 8.5 montrent que, toutes classes confondues, beaucoup plus de filles que de garçons ont signalé

Figure 8.5

Élèves victimes d'intimidation qui disent qu'on les tient à l'écart ou qu'on lance des rumeurs ou qu'on dit des mensonges à leur sujet (%)

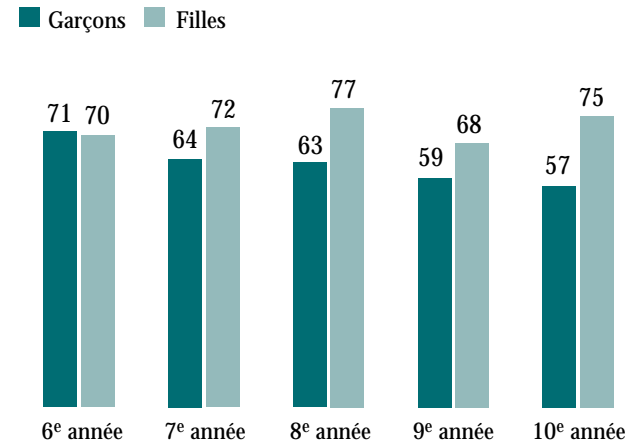
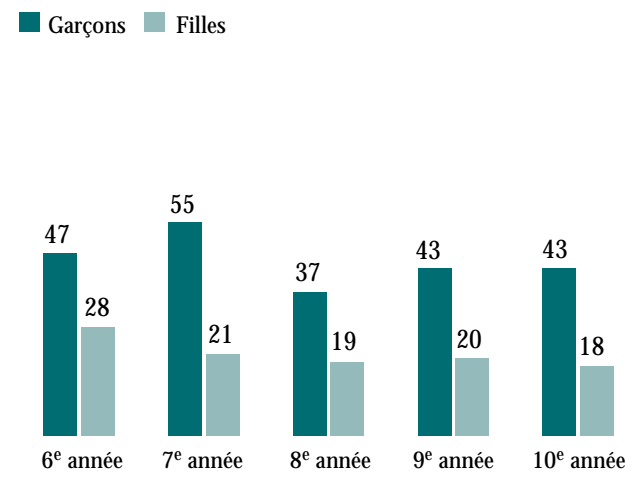


Figure 8.6

Élèves victimes d'intimidation qui disent qu'on les a agressés physiquement (%)



qu'elles étaient victimes de taquineries (79 p. 100 contre 67 p. 100) et que des rumeurs étaient colportées à leur sujet (72 p. 100 et 63 p. 100, respectivement). La prévalence de ces comportements ne diminue pas sensiblement avec l'âge. En revanche, selon la figure 8.6, beaucoup plus de garçons (environ 45 p. 100) ont affirmé avoir été agressés physiquement, comparativement aux filles (environ 21 p. 100). Tant pour les garçons

Figure 8.7

Élèves victimes d'intimidation qui disent qu'on a fait des blagues, des commentaires ou des gestes à caractère sexuel à leur endroit (%)

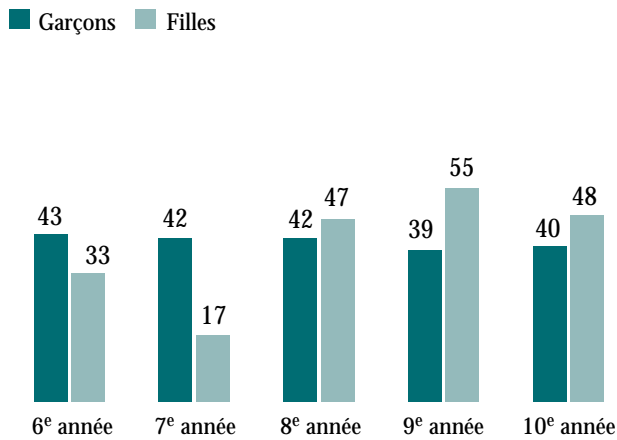


Figure 8.8

Élèves ayant dit avoir été intimidés à cause de leur race ou de la couleur de leur peau (%)

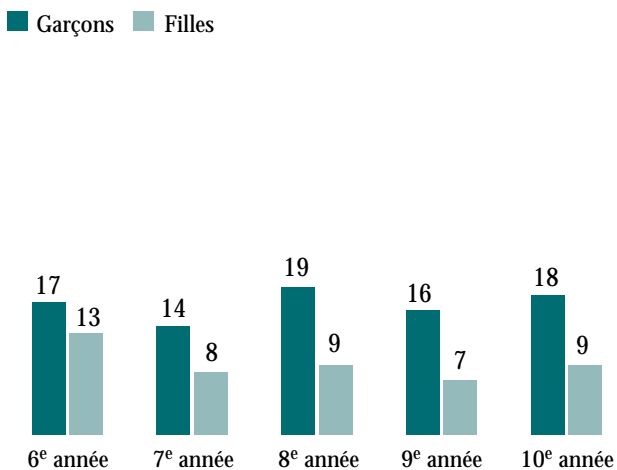
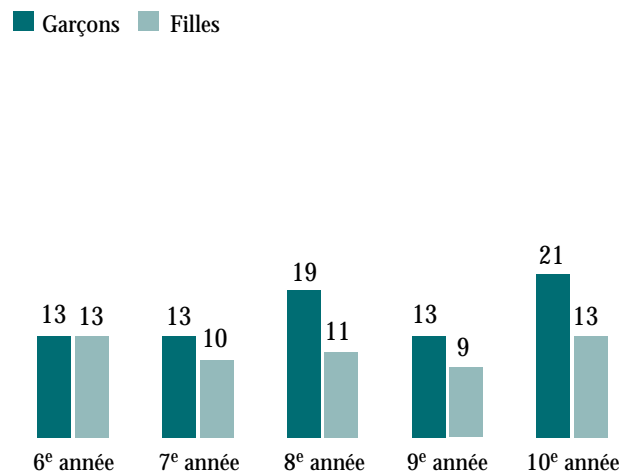


Figure 8.9

Élèves ayant dit avoir été intimidés à cause de leur religion (%)



que pour les filles, les taux d'agression physique déclarés diminuent avec l'âge, cette tendance correspondant à la documentation sur le comportement agressif (Moffitt, Caspi, Rutter et Silva, 2001).

Étant donné que l'intimidation repose sur des comportements associant à la fois le pouvoir et l'agression et mettant à profit les points vulnérables des autres, l'enquête HBSC contenait des questions portant sur le harcèlement sexuel et l'intimidation fondée sur la race et la religion. À mesure qu'elles vieillissent, les filles sont plus nombreuses à déclarer des incidents de harcèlement sexuel, ce qui n'est pas le cas pour les garçons. En moyenne, environ 43 p. 100 des élèves ont signalé avoir été victimes de harcèlement sexuel (figure 8.7). Par contre, la probabilité d'être intimidé en raison de sa race était plus forte pour les garçons que pour les filles (figure 8.8). En dernier lieu, environ 14 p. 100 des élèves ont affirmé, en moyenne, que la religion était le motif de l'intimidation dont ils faisaient l'objet (figure 8.9). L'intimidation fondée sur la race et la religion était moins fréquente que tous les autres types d'intimidation.

Figure 8.10

Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes en les taquinant (%)

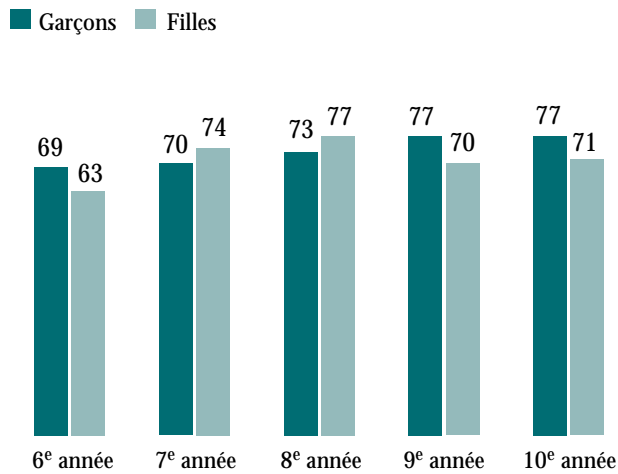


Figure 8.12

Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes en les agressant physiquement (%)

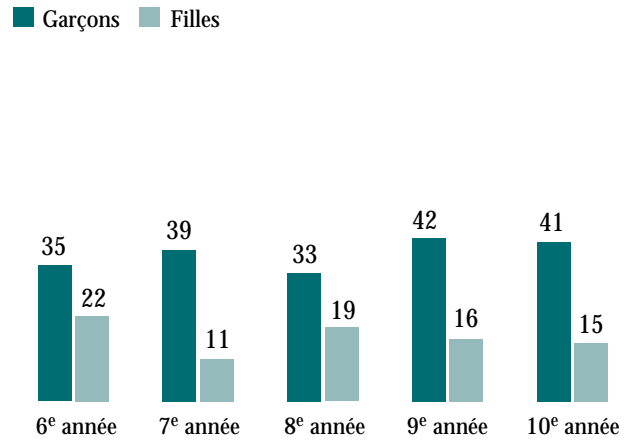


Figure 8.11

Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes en les tenant à l'écart ou en lançant des rumeurs ou en disant des mensonges à leur sujet (%)

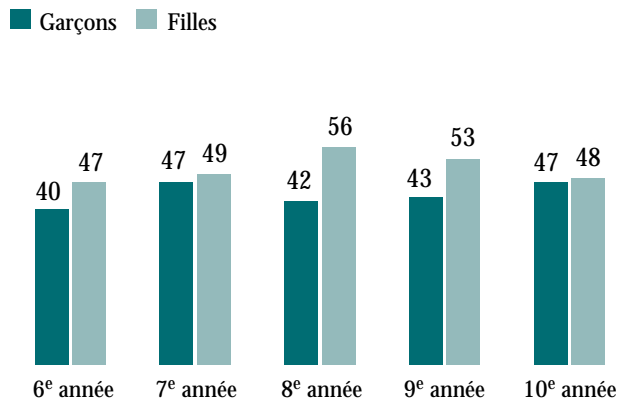
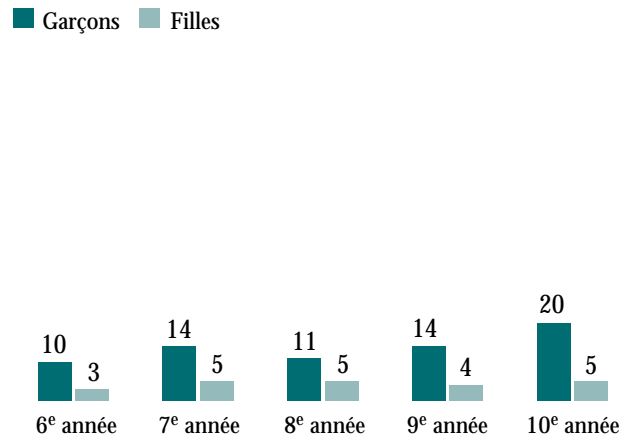


Figure 8.13

Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes à cause de leur race ou de la couleur de leur peau (%)

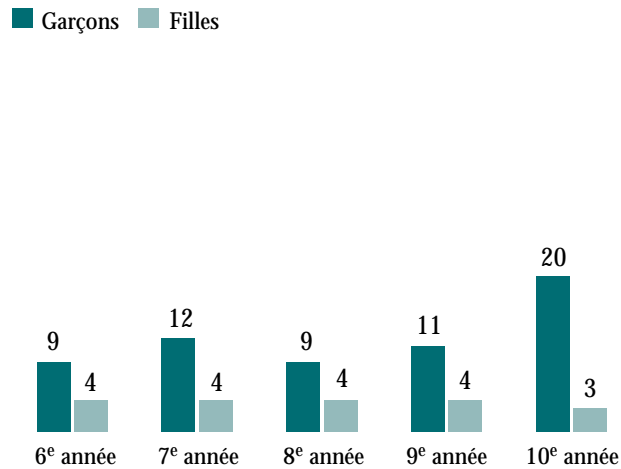


Dans l'enquête HBSC, on demandait également aux élèves qui avouaient intimider les autres de quelle manière ils les victimisaient (figures 8.10 à 8.15). En règle générale, pour ce qui est des taquineries, du colportage de rumeurs, de l'agression physique, du harcèlement sexuel et du harcèlement racial ou religieux, les taux déclarés par les intimidateurs étaient plus

faibles que ceux dont faisaient état les victimes. Les différences entre les sexes pour ceux qui ont déclaré de quelle manière ils intimidaient les autres et pour ceux qui ont déclaré de quelle manière ils étaient victimes d'intimidation étaient analogues, sauf pour ce qui est du harcèlement sexuel. Les victimes, garçons et filles, ont déclaré des taux de harcèlement sexuel assez

Figure 8.14

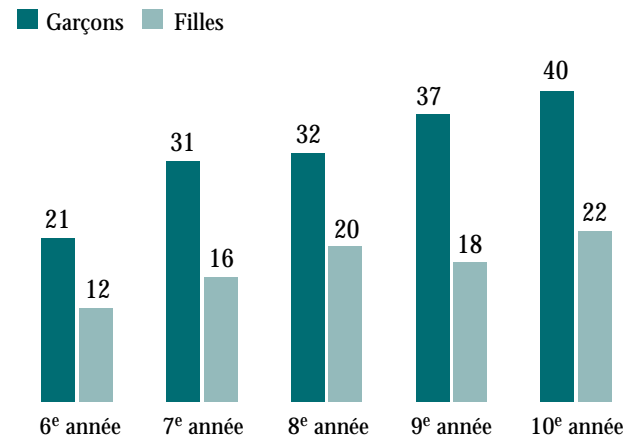
Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes à cause de leur religion (%)



similaires, qui augmentaient avec l'âge dans le cas des filles. Par contre, les intimidateurs de sexe masculin ont inmanquablement déclaré plus d'actes de harcèlement sexuel que les filles et ce comportement s'aggravait avec l'âge. L'écart relevé eu égard aux taux déclarés par les victimes et les intimidateurs, relativement à des types particuliers d'agression, laisse croire qu'ils interprètent ces comportements et en font l'expérience de manière différente. Ainsi, le comportement qui, pour les victimes, constitue une agression peut ne pas être perçu comme tel par l'intimidateur. D'où la nécessité que soient expressément abordées, dans le volet éducatif des programmes d'intervention, les diverses formes d'agression et leurs conséquences néfastes.

Figure 8.15

Auteurs d'actes d'intimidation qui disent s'en prendre à leurs victimes en faisant des blagues, des commentaires ou des gestes à caractère sexuel à leur endroit (%)



Les comportements belliqueux

Les bagarres, définies ou non comme de l'intimidation (suivant l'existence d'un déséquilibre dans le rapport de force), constituent une forme extrême d'agression et doivent retenir notre attention. La figure 8.16 montre le nombre de fois que les élèves faisant partie de l'échantillon de l'enquête HBSC ont pris part à une bataille. Plusieurs observations peuvent être faites à partir de ces données. Premièrement, toutes classes confondues, plus de garçons que de filles ont déclaré avoir participé à une bataille et les garçons ont signalé se bagarrer plus souvent que les filles. Le nombre de garçons qui ont fait savoir qu'ils avaient pris part à une bataille était bien plus considérable que celui des filles; s'établissant à 47 p. 100 comparativement à 24 p. 100 chez les filles. Deuxièmement, ce type de comportement s'atténuait avec l'âge dans le cas des garçons mais les taux étaient inchangés pour ce qui est des filles. Troisièmement, lorsqu'on a demandé aux élèves avec qui ils se bagarraient, une forte proportion de garçons et de filles ont indiqué qu'ils se battaient avec des amis ou des connaissances. Qui plus est, les

Figure 8.16

Nombre de fois que les élèves ont pris part à une bataille au cours des 12 derniers mois (%)

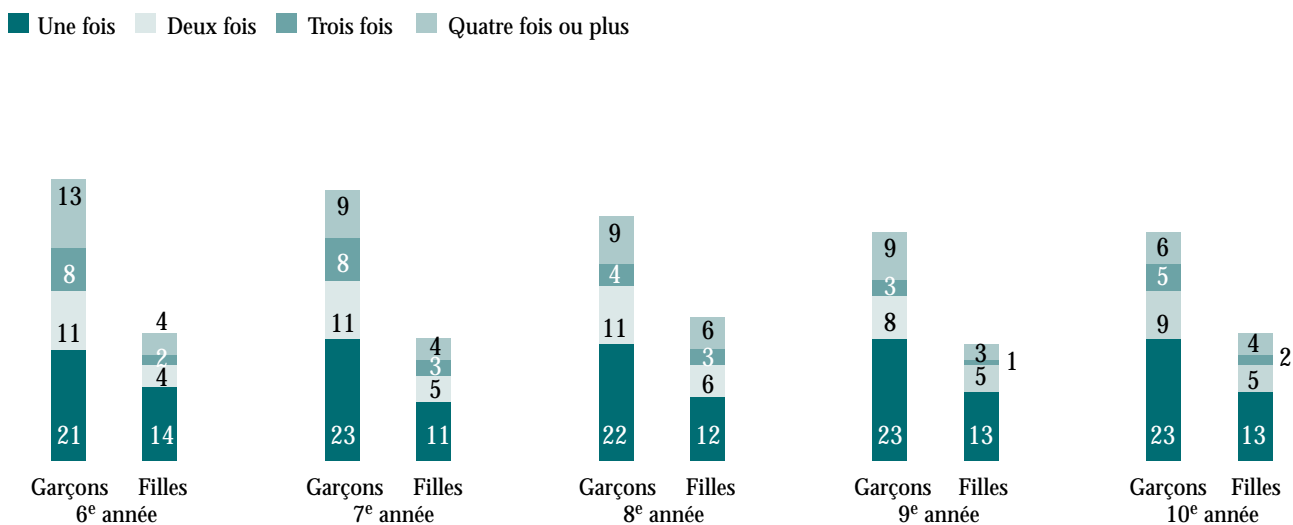


Tableau 8.1

Personnes avec lesquelles les élèves se sont battus (%)

	6 ^e année		7 ^e année		8 ^e année		9 ^e année		10 ^e année	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Parfait étranger	5	2	6	4	12	6	20	4	17	9
Membre adulte de la famille	1	2	2	1	1	3	1	1	2	2
Frère ou sœur	21	43	17	38	13	34	11	40	13	37
Petit ami ou petite amie	2	3	1	3	2	2	1	4	1	3
Amis ou amies ou connaissance	48	31	50	38	46	37	46	38	44	31
Autre	23	19	24	16	26	18	21	13	23	18

filles ont précisé qu'il y avait plus de chances qu'elles se bagarrent avec un frère ou une sœur (tableau 8.1). Cela s'explique peut-être par le fait que les filles sont plus susceptibles de manifester leur agressivité envers un membre de leur famille ou parce qu'il est plus acceptable de se bagarrer avec ces personnes. Les garçons ont également indiqué qu'ils se chamaillaient avec leurs frères et sœurs mais ce comportement s'atténuait avec l'âge. Les élèves plus âgés étaient plus enclins à se bagarrer avec des étrangers, sans savoir si ces personnes ont des antécédents ou des tendances en matière d'agressivité. En

agissant de la sorte, ces élèves peuvent courir de grands risques d'être gravement blessés ou de subir un préjudice sérieux. Les batailles avec des adultes membres de la famille ou une personne envers laquelle les jeunes éprouvent des sentiments amoureux sont assez rares, tant dans le cas des garçons que dans celui des filles.

Principales constatations

- Plus de 20 p. 100 des élèves ont déclaré être à la fois des intimidateurs et des victimes d'intimidation .
- Le harcèlement sexuel déclaré par les filles atteint un point culminant en 9^e année.
- Pour les garçons, c'est en 7^e année que les actes d'agression physique atteignent un paroxysme.
- Dans le cas des filles, le harcèlement sexuel s'intensifie avec l'âge.
- Plus de garçons que de filles ont été victimes de harcèlement fondé sur la race, l'origine ethnique et la religion.
- Les élèves qui ont déclaré avoir été intimidés par des camarades étaient moins nombreux que ceux qui ont signalé avoir été victimes d'intimidation.
- Plus de garçons que de filles ont indiqué non seulement qu'ils se bagarraient mais qu'ils le faisaient fréquemment.
- Les batailles diminuent chez les garçons avec l'âge mais demeurent constantes chez les filles
- Les garçons se battent plus souvent avec des amis et des connaissances tandis que les filles sont tout aussi susceptibles de livrer bataille à leurs frères et sœurs.

9

Les blessures

William Pickett

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).

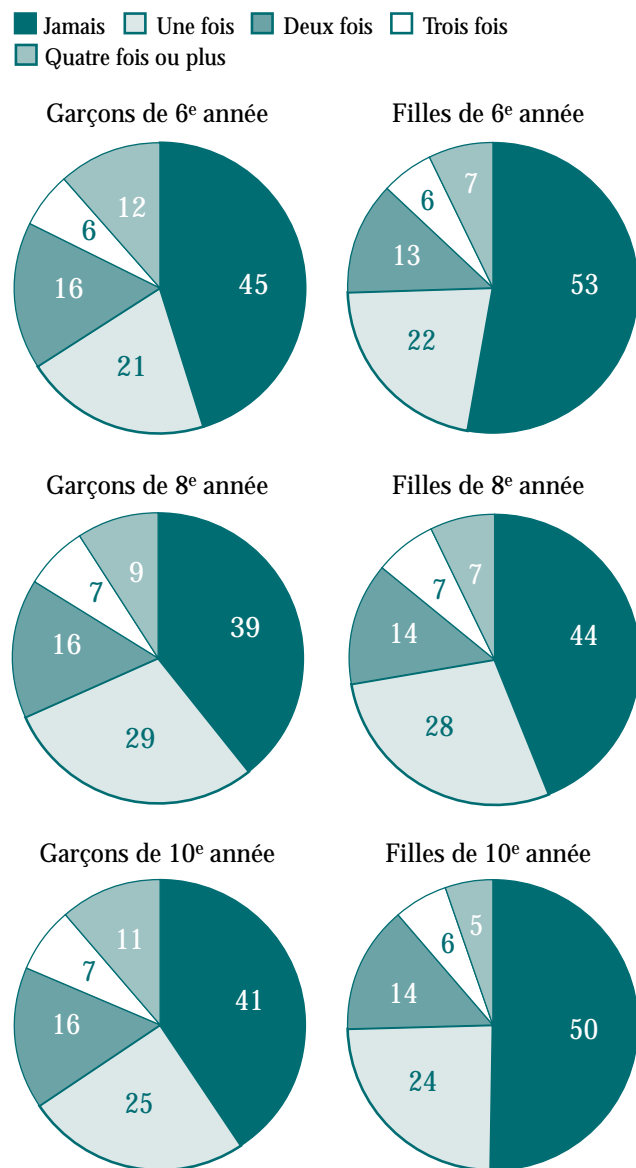
Diverses stratégies ont été mises au point afin d'empêcher que les jeunes ne se blessent, entre autres celles qui visent à atténuer la prise de risques et à promouvoir des comportements axés sur la sécurité. Les campagnes polyvalentes incitant les cyclistes à porter un casque qui conjuguent la réglementation et les efforts éducatifs illustrent bien ce type de stratégie (Henderson, 1995; Irvine, Rowe et Sahai, 2002). Parmi les autres stratégies



Jad Saab

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.

Figure 9.1
Nombre de blessures nécessitant l'intervention d'un médecin ou d'une infirmière au cours de l'année précédente (%)



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'interven-

tion. Le présent chapitre montre que certains jeunes sont plus susceptibles que d'autres de se blesser. Il renferme en outre les descriptions de certains facteurs communs aux blessures qu'ils subissent. Tous ces renseignements peuvent contribuer à l'élaboration de programmes de prévention des blessures. Il n'est toutefois pas question dans le présent chapitre des tendances relatives à la survenue des blessures découlant d'enquêtes précédentes, parce que l'enquête de 2002 n'a pas été menée à la même période de l'année que les enquêtes HBSC antérieures. Compte tenu des fluctuations saisonnières des tendances relatives aux blessures, l'analyse de ces tendances temporelles pourrait nous induire en erreur.

L'importance du problème des blessures chez les jeunes

Les blessures représentent un problème de santé courant parmi les jeunes Canadiens. L'enquête HBSC de 2002 comprenait des questions sur toutes les blessures ayant nécessité des soins médicaux au cours des 12 derniers mois et s'attachait à décrire en détail celles d'entre elles qui étaient les plus graves. Ainsi, des descriptions des plus graves blessures ont pu être dressées en fonction d'une gamme de facteurs ayant contribué à leur survenue. Ont été incluses les caractéristiques personnelles des jeunes de même que les causes externes récurrentes et les conséquences des blessures. En règle générale, de 47 à 60 p. 100 des jeunes Canadiens visés par l'enquête de 2002 avaient subi au moins une blessure ayant nécessité des soins médicaux. Cela représente une hausse puisque, pour ce qui est des enquêtes canadiennes précédentes, le pourcentage de ces jeunes était compris entre 30 et 44 p. 100 (King, Boyce et King, 1999). En dépit des faibles variations de la fréquence des blessures d'un groupe à l'autre, on constate que les garçons ont invariablement déclaré un plus grand nombre de blessures que les filles (59 p. 100, contre 50 p. 100 pour

l'ensemble) et que la fréquence des blessures a atteint un point culminant en 8^e année (58 p. 100). De surcroît, la plupart des victimes de blessures (54 p. 100) ont signalé qu'elles avaient subi plus d'une blessure.

L'ampleur du problème des blessures subies par les jeunes peut également être étudiée sous un autre angle, soit celui des absences qui sont attribuables à des blessures. Selon la figure 9.2, jusqu'à un tiers des élèves ayant pris part à l'enquête avaient subi une blessure ou plus suffisamment grave pour qu'ils s'absentent de l'école ou s'abstiennent de leurs autres activités habituelles pendant au moins une journée. Appliqués à l'ensemble de la population, ces taux d'absence représentent un énorme fardeau pour la société canadienne. Un nombre considérable d'enfants ratent des occasions d'apprendre et de se développer. Les blessures ont également une incidence sur la vie des parents et des autres membres de la famille qui doivent veiller à ce que ces enfants reçoivent des soins médicaux d'urgence et, dans certains cas, leur accorder du temps et leur prodiguer des soins aux diverses étapes de leur réadaptation.

Activités associées à la survenue des blessures

Les figures 9.3 à 9.5 indiquent les diverses activités des élèves de 6^e, de 8^e et de 10^e année associées au moment de la blessure. Elles illustrent également l'indéniable importance des sports et des blessures liées aux sports dans la vie des jeunes Canadiens (58 p. 100 de toutes les blessures graves déclarées). Tant pour les garçons que pour les filles, toutes classes confondues, les sports constituent une cause majeure de blessure. La figure 9.6 montre également que de la 6^e à la 10^e année, le pourcentage de blessures subies durant des activités organisées accuse une tendance à la hausse. Même si, dans cette figure, on tient compte des activités qui sont associées à toute la gamme des blessures, une forte proportion de ces dernières surviennent

Figure 9.2

Élèves qui ont répondu avoir manqué une journée ou plus d'école ou autres activités habituelles à cause d'une blessure au cours de l'année précédente (%)

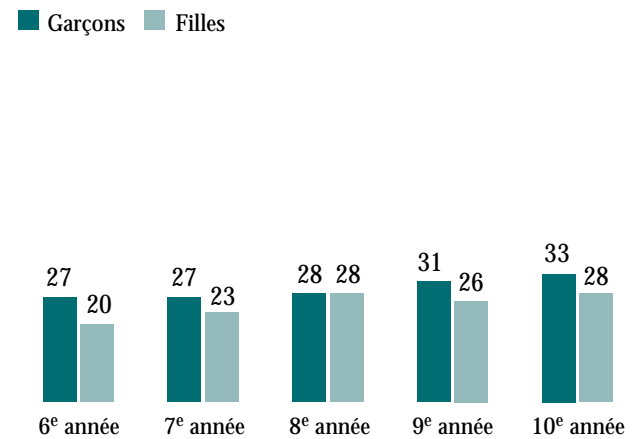


Figure 9.3

Activité précédant la blessure : 6^e année (%)

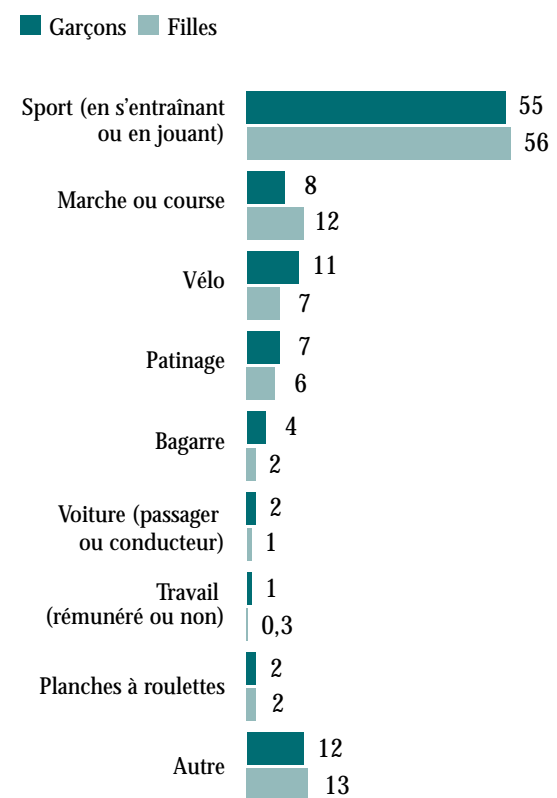


Figure 9.4

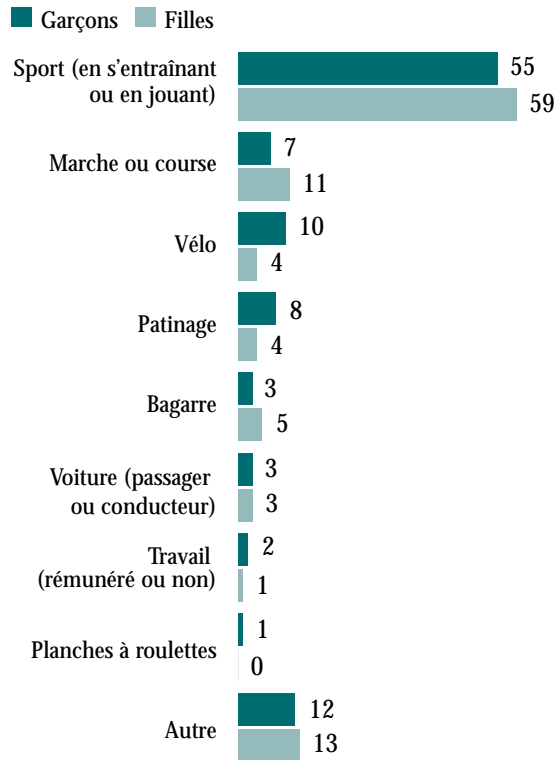
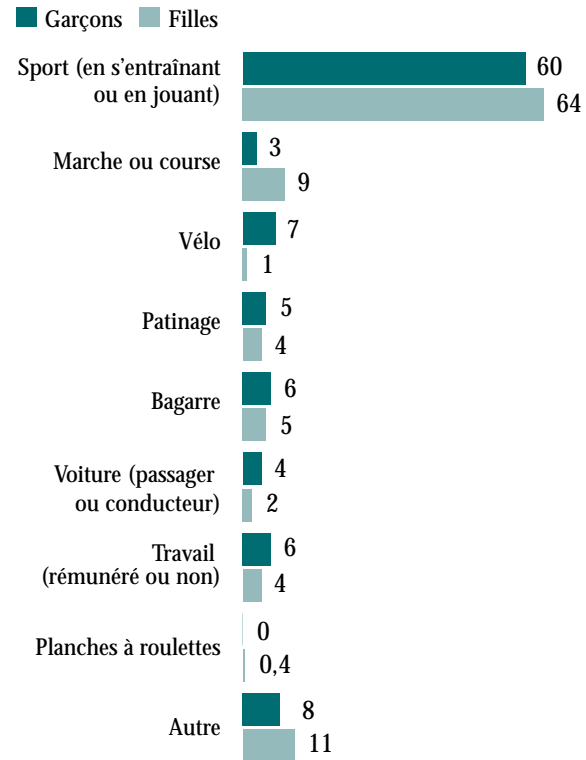
Activité précédant la blessure : 8^e année (%)

Figure 9.5

Activité précédant la blessure : 10^e année (%)

durant des activités sportives. Cette tendance correspond à l'augmentation du nombre de blessures découlant de la pratique de sports organisés qu'on observe à mesure que les jeunes passent du primaire au secondaire. Elle témoigne peut-être également de la plus grande place qu'occupent les activités organisées dans la vie des jeunes en général.

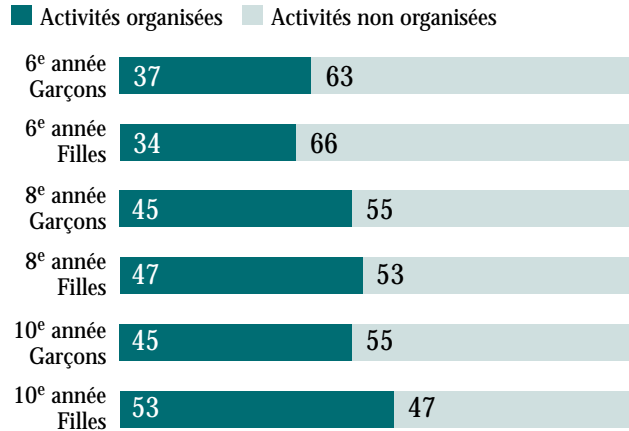
Les élèves ont été priés d'indiquer quels sports ils pratiquaient lorsqu'ils se sont blessés et s'il s'agissait d'une activité organisée ou non. La plupart des blessures (50 p. 100) résultaient de la pratique de sports d'équipe organisés. Venaient ensuite les activités sportives individuelles non organisées (18 p. 100). Au Canada, les jeunes qui ont le plus souvent subi des blessures graves sont les adeptes de sports d'équipe avec contact tels que le hockey et le football, de sports d'équipe sans contact tels que

le basket-ball, le soccer et le base-ball et de sports individuels tels que le cyclisme et la gymnastique (données non présentées).

D'autres activités sont également à l'origine d'un grand nombre de blessures. Alors que les blessures découlant d'altercations physiques sont relativement peu fréquentes (de 2 à 5 p. 100), la violence peut avoir sur divers aspects de la santé une incidence durable dont les ramifications dépassent l'empoignade ou la blessure corporelle en découlant. Bien qu'elles soient assez peu fréquentes (de 1 à 4 p. 100), les blessures qui surviennent à l'occasion d'un déplacement en automobile ont beaucoup d'importance pour les jeunes en général. Les collisions d'automobile sont la cause principale de décès et de traumatisme chez les enfants d'âge scolaire au Canada (Santé Canada, 1999).

Figure 9.6

Activités organisées par opposition aux activités non organisées à la survenue des blessures (%)



Les endroits où se produisent les blessures

Aux fins d'élaboration de programmes de prévention des blessures, il est utile que nous sachions où les blessures se produisent le plus souvent. Cela indique quelles personnes ou quels organismes sont responsables des lieux où les jeunes se blessent. Les figures 9.7 à 9.9 montrent que, chez les jeunes, la très grande majorité des blessures surviennent dans un complexe sportif (30 p. 100), à la maison (24 p. 100) ou à l'école (20 p. 100). Entre la 6^e et la 10^e année, on observe une diminution de la fréquence des blessures subies à la maison et une augmentation de celles survenues au complexe sportif. Cela dénote la prédominance des blessures découlant de la pratique des sports chez les jeunes du secondaire. La majorité des blessures associées à la pratique de sports organisés sont survenues dans des complexes sportifs spécialisés tels que des arénas, des gymnases et des terrains de jeux. Les blessures liées à la pratique de sports non organisés se sont, pour la plupart, produites à la maison ou dans la cour ou bien encore à l'école.

Figure 9.7

Endroit où étaient les élèves de 6^e année quand ils se sont blessés (%)

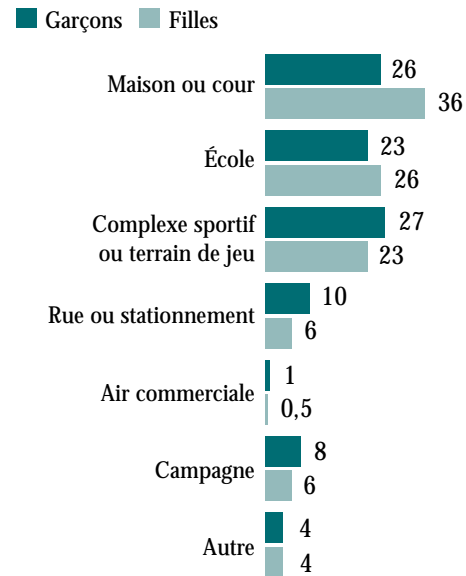


Figure 9.8

Endroit où étaient les élèves de 8^e année quand ils se sont blessés (%)

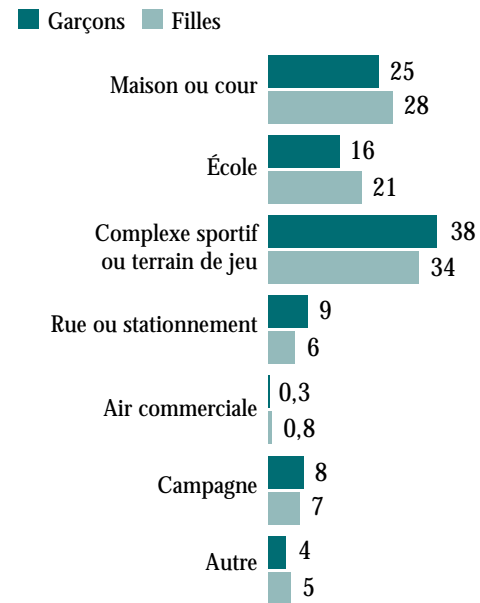
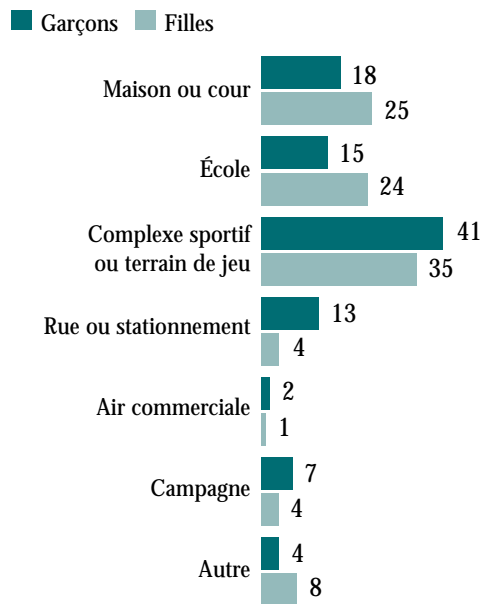


Figure 9.9

Endroit où étaient les élèves de 10^e année quand ils se sont blessés (%)



Le moment où les blessures se produisent

On a demandé aux élèves d'indiquer le mois où ils avaient subi leur blessure la plus grave (figure 9.10). Si l'on se fie aux versions antérieures de la présente enquête, les blessures ont surtout tendance à se produire au printemps et à l'automne (King et coll., 1999), qui sont les saisons les plus propices à la pratique d'activités sportives organisées, en particulier celles comportant des contacts. Des sommets sont également enregistrés à l'été pour ce qui est des blessures coïncidant avec la pratique d'activités estivales.

L'enquête de 2002 a surtout été menée durant l'hiver et au début du printemps, contrairement aux enquêtes HBSC précédentes réalisées au cours des mois de l'automne et du début de l'hiver de l'année scolaire. Dans l'enquête actuelle, un nombre record de blessures a été enregistré à la fin de l'hiver et au début du printemps. En 1998, deux maximums avaient été observés pour les blessures à l'été et à l'automne. Il est évident que la période de l'année où l'enquête courante a été menée a influé sur la déclaration par les élèves de leur blessure la plus grave. En réponse à cette question, les élèves ont

Figure 9.10

Mois durant lesquels les élèves ont subi leur blessure la plus grave, tous les niveaux scolaires (%)

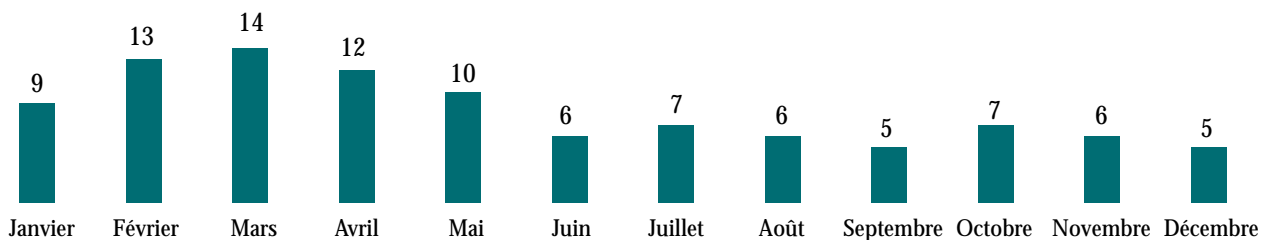
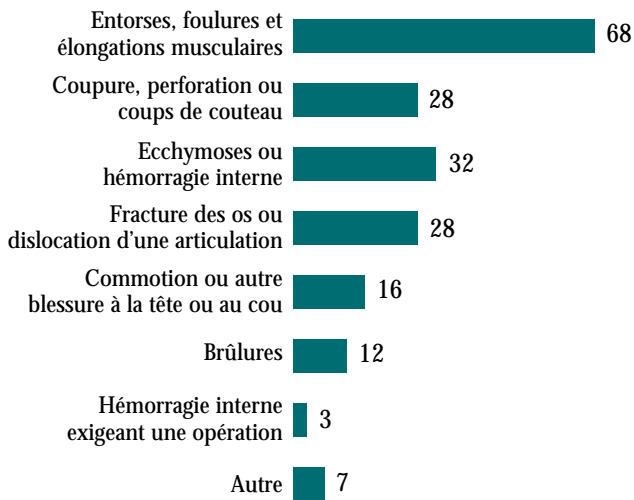


Figure 9.11

Nature des blessures subies par les élèves durant la pratique d'un sport ou à l'entraînement (%)



eu tendance à signaler celles de leurs blessures les « plus graves » survenues tout juste avant la tenue de l'enquête.

Le préjudice corporel découlant d'une blessure

Le genre de blessure ne variait que légèrement selon l'activité à laquelle les jeunes se livraient au moment où la blessure s'est produite (figures 9.11 à 9.13). Les entorses, les foulures et les élongations musculaires étaient les principales sortes de blessures (56 p. 100). La proportion des blessures qui se sont soldées par des fractures ou des luxations était assez stable pour l'ensemble des activités. Parmi les principales catégories de préjudices corporels, mentionnons les blessures touchant des tissus mous tels que les déchirures et les ecchymoses, les légers traumatismes crâniens et les brûlures. Ces tendances permettent de mettre en lumière les types récurrents de blessures, données sur lesquelles sera fondée la détermination du contenu des programmes de secourisme ou d'autres programmes de formation axés sur la gestion des blessures à la source.

Figure 9.12

Nature des blessures subies par les élèves pendant qu'ils marchaient ou couraient (%)

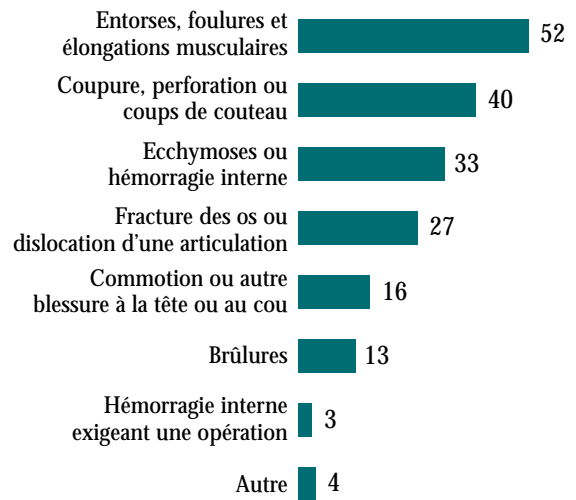


Figure 9.13

Nature des blessures subies par les élèves pendant qu'ils roulaient à vélo (%)

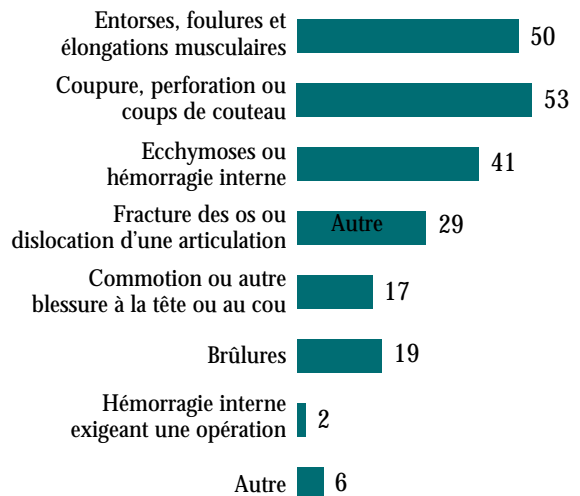
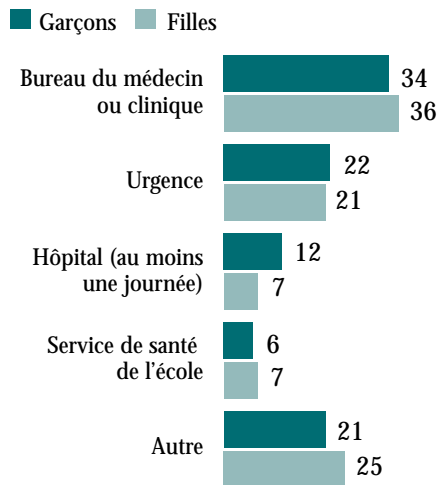
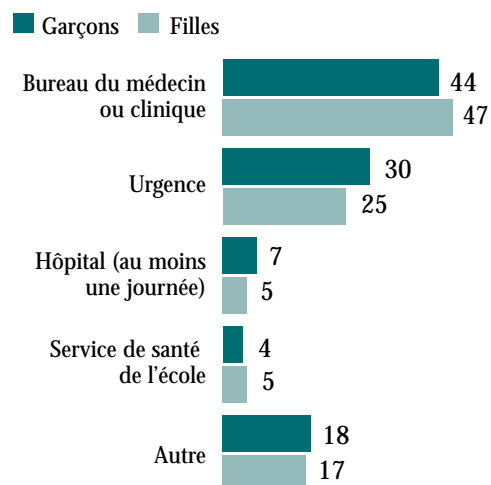


Figure 9.14

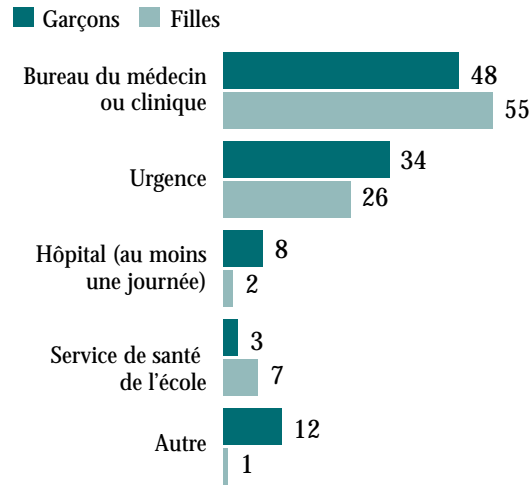
Endroit où les élèves ont reçu des soins,
6^e année (%)

**Figure 9.15**

Endroit où les élèves ont reçu des soins,
8^e année (%)

**Figure 9.16**

Endroit où les élèves ont reçu des soins,
10^e année (%)



Les tendances quant au traitement des blessures

Les figures 9.14 à 9.16 montrent les endroits où les élèves ont reçu des soins médicaux pour des blessures, selon le niveau scolaire et le sexe. Les tendances étaient assez persistantes selon le sexe mais ont quelque peu varié d'un niveau scolaire à l'autre. Le nombre de jeunes soignés pour une blessure dans un cabinet de médecins ou une clinique de santé a augmenté chez les élèves des classes des niveaux supérieurs. Dans le même ordre d'idées, c'est en 10^e année qu'on trouve le plus de jeunes ayant reçu des soins à l'urgence. La tendance contraire a été observée en ce qui touche aux admissions à un hôpital. Le plus grand nombre de séjours de plus de 24 heures à l'hôpital a été enregistré pour les élèves, garçons et filles, de 6^e année, bien que les jeunes garçons aient été enclins à être plus souvent admis à l'hôpital que les jeunes filles. Ce qui témoigne du fait que, dans la moyenne, les garçons subissent des blessures plus graves.

Les blessures découlant de comportements à risque

À l'adolescence, les jeunes adoptent souvent des habitudes qui peuvent nuire à leur santé. De ce nombre, signalons le tabagisme, la consommation d'alcool, la consommation de drogues à caractère social et les comportements agressifs. Il arrive également qu'ils ne fassent aucun cas de pratiques de sécurité acceptées, comme le port de la ceinture de sécurité en automobile. Ces façons d'agir comportent un aspect positif puisque les jeunes peuvent apprendre de ces expériences et en sortir grandis, ce qui leur permet de devenir des adultes (Jessor, 1991). Elles peuvent toutefois avoir des répercussions négatives, entre autres des effets nuisibles sur la santé et le bien-être. Les personnes exposées à un comportement à risques multiples sont celles qui ont contracté plus d'un de ces comportements de façon régulière. Abstraction faite des répercussions, ce type de comportement est relevé chez des groupes de jeunes de tous les coins du monde.

L'incidence à long terme d'un comportement à risques multiples a été clairement établie. Ainsi, bon nombre de maladies chroniques, telles que les cardiopathies, les affections respiratoires et certaines formes de cancer, découlent de l'exposition prolongée à des substances telles que le tabac et l'alcool. À court terme, les répercussions de ce genre de comportement sur la santé des jeunes sont moins bien comprises. Pour étudier celles-ci, on peut se demander, notamment, si le comportement à risques multiples en question influe sur les blessures subies.

Selon la figure 9.17, les risques de blessure chez les jeunes Canadiens augmentent considérablement en fonction du nombre de comportements à risque déclarés. Font partie de ces comportements à risque, l'utilisation du tabac, la consommation excessive d'alcool, la pratique de l'intimidation et le défaut de boucler sa ceinture de sécurité. Ces comportements sont révélateurs d'une tendance générale observée chez les jeunes,

Figure 9.17

Élèves qui ont subi une blessure nécessitant les soins d'un médecin ou d'une infirmière au cours de la dernière année, selon le nombre de comportements à risque pour la santé (CRS) (%)

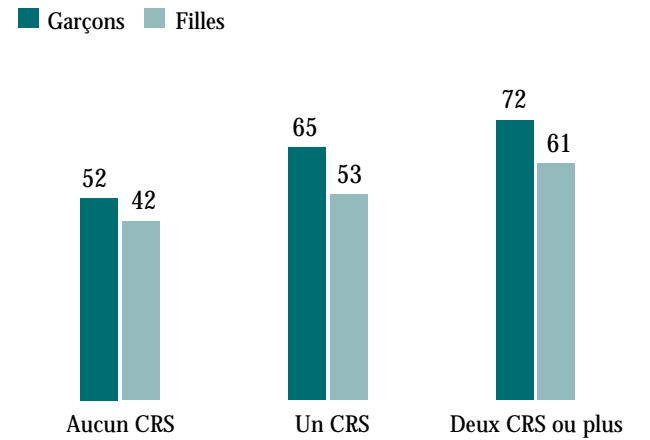
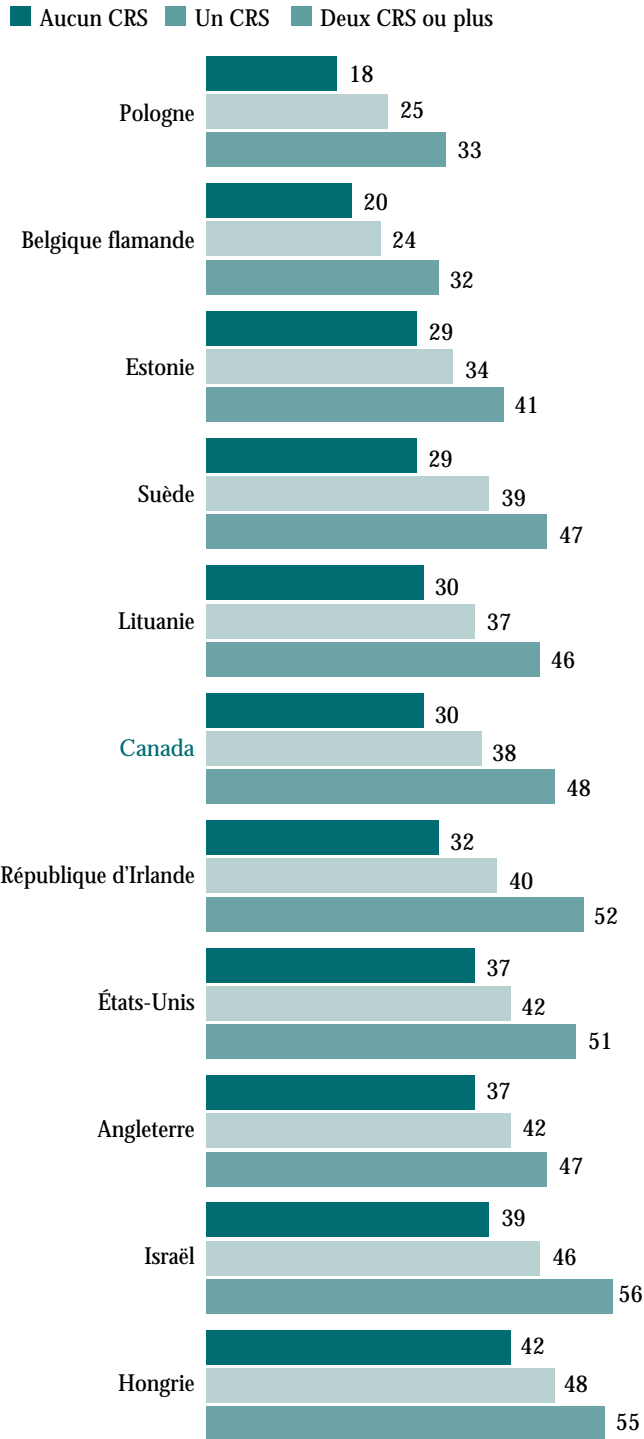


Figure 9.18

Élèves qui ont subi une blessure nécessitant les soins d'un médecin ou d'une infirmière au cours de la dernière année, selon le nombre de comportements à risque pour la santé (CRS), pour différents pays (% , enquête HBSC de 1998)



de tous âges, tant chez les filles que chez les garçons et pour divers types de blessures (Pickett, Garner, King et Boyce, 2002; Pickett, Schmid et collègues, 2002).

À l'aide des données de l'enquête HBSC de 1998, la figure 9.18 montre l'existence d'un lien observé dans bon nombre de pays entre les comportements à risques multiples des jeunes et les blessures qu'ils subissent. La prudence est toutefois de mise en ce qui a trait à l'interprétation des divergences significatives relevées pour les taux de blessures entre l'enquête de 1998 et celle de 2002. Pour un certain nombre de raisons pratiques, les questions des deux enquêtes n'ont pas été posées à la même période de l'année. Des écarts saisonniers ont été observés eu égard à la survenue des blessures, et les jeunes se montrent d'ordinaire enclins à se rappeler avec précision de leurs blessures les plus récentes (Harel et collègues, 1994). Cela a probablement influé sur l'importance des taux de blessures observés pour les enquêtes susmentionnées mais n'a rien changé au fait que le risque de subir une blessure est plus grand à mesure qu'augmente le nombre de comportements à risque déclarés.

Principales constatations



Santé Canada

- Les blessures atteignent un sommet chez les élèves de 8^e année.
- Le nombre de garçons ayant déclaré des blessures est quelque peu supérieur à celui des filles.
- Les élèves qui ont déclaré des blessures ont d'ordinaire signalé qu'ils avaient subi plus d'une blessure.
- La plupart des blessures sont attribuables à des activités sportives.
- Les sports organisés comptent pour une plus grande proportion des blessures à mesure que les élèves vieillissent, et ce même si la participation des filles à ces sports organisés diminue avec l'âge.
- L'école, les complexes sportifs et la maison sont les principaux endroits où se produisent les blessures.
- La disposition à prendre des risques est étroitement liée aux blessures.

10

La santé émotionnelle

John Freeman

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



Jessica Ackley

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.

L'enquête HBSC de 2002 mesurait l'état de santé émotionnelle des jeunes de la 6^e à la 10^e année sur deux plans : sur le plan symptomatique et sur le plan global. Au niveau

symptomatique, une liste de contrôle de huit points a été dressée. Quatre points mesuraient les indicateurs psychologiques de la santé émotionnelle (le fait d'être déprimé ou d'avoir le cafard, l'irritabilité ou la mauvaise humeur, la nervosité et les étourdissements) et quatre points mesuraient les facteurs somatiques (les maux de tête, les maux d'estomac, les maux de dos et la difficulté à s'endormir). L'échelle est flexible en ce sens que les scores sommaires (Haugland, Wold, Stevenson, Aarø et Woynarowska, 2001) et les scores individuels (Torsheim et Wold, 2001) sont significatifs. On a demandé aux adolescents à quelle fréquence ils avaient souffert de ces malaises, qui représentent des indicateurs de la santé émotionnelle, dans les six derniers mois (« presque chaque jour », « plus d'une fois par semaine », « presque chaque semaine », « presque chaque mois » et « rarement ou jamais »).

Les élèves ont dû répondre à deux questions globales sur la perception qu'ils ont de leur état de santé. Pour répondre à la première question sur la satisfaction au regard de leur vie, les élèves devaient évaluer leur vie au moyen d'une échelle de 11 niveaux, « 10 » correspondant à la meilleure vie possible et « 0 », à la pire vie possible. Cette échelle s'est montrée un instrument valable de l'évaluation du degré de satisfaction chez les adultes (Cantril, 1965), bien qu'il faille encore la valider comme mesure de la satisfaction chez les adolescents. Deuxièmement, les jeunes devaient décrire simplement leur état de santé en choisissant parmi « excellent », « bon », « moyen » ou « mauvais ». Cette question s'est révélée une mesure utile de la santé émotionnelle dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques d'envergure (Idler et Benyamini, 1997).

Les indicateurs psychosomatiques de la santé émotionnelle

Pour les besoins du présent rapport, notre examen a porté sur quatre symptômes individuels de la santé émotionnelle (deux symptômes somatiques et deux symptômes psychologiques) : les maux de tête, les maux de dos, le fait d'être déprimé ou d'avoir le cafard et l'irritabilité ou la mauvaise humeur. Ces symptômes ont été retenus parce qu'ils avaient été étudiés dans les rapports HBSC précédents au Canada (King, Boyce et King, 1999).



Angela Solar

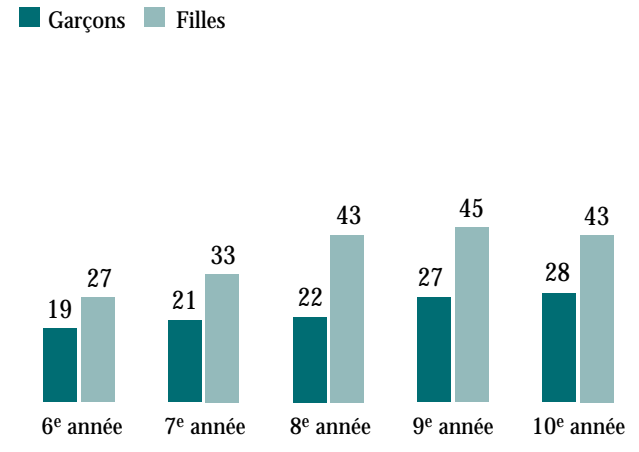
Les maux de tête

Les maux de tête ont de plus en plus fait l'objet de recherches ces dernières années, étant donné que leur corrélation avec le stress des adolescents a été très bien établie (Reynolds, O'Koon, Papademetriou et Szczygiel, 2001; Waldie, 2001). La figure 10.1 montre les pourcentages d'adolescents qui ont dit avoir souffert de maux de tête au moins une fois par semaine. À chaque niveau, un nombre considérablement plus élevé de filles que de garçons ont déclaré souffrir de maux de tête chaque semaine. Par exemple, tandis que 19 p. 100 des garçons de 6^e année déclaraient avoir des maux de tête chaque semaine, 27 p. 100 des filles de ce niveau en faisaient autant. En outre, le nombre de répondants qui disaient souffrir de maux de tête augmentait à chaque niveau, tant chez les garçons que chez les filles. Cette augmentation était plus marquée chez les filles entre la 7^e et la 8^e année (33 p. 100 et 43 p. 100 respectivement).

En ce qui concerne les maux de tête, la tendance à la baisse signalée dans le rapport précédent (King et coll., 1999) se poursuit en 2002, à l'exception des filles de 8^e année et des garçons de 10^e année (figure 10.2). Chez ces deux groupes en effet, le pourcentage d'élèves

Figure 10.1

Élèves qui ont souffert de maux de tête au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois (%)



souffrant de maux de tête était plus élevé que dans les deux enquêtes HBSC précédentes. C'est chez les garçons de 8^e année – le seul groupe où la proportion d'élèves souffrant de maux de tête a augmenté de 1994 à 1998 – que les maux de tête étaient à leur plus faible niveau dans les trois dernières enquêtes.

Figure 10.2

Élèves qui ont souffert de maux de tête au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois, selon l'année de l'enquête (%)

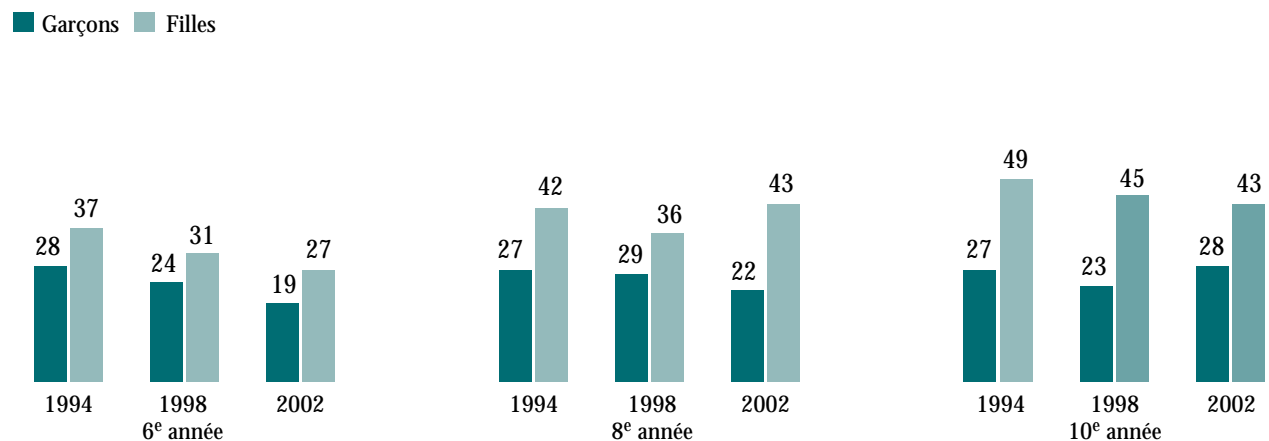
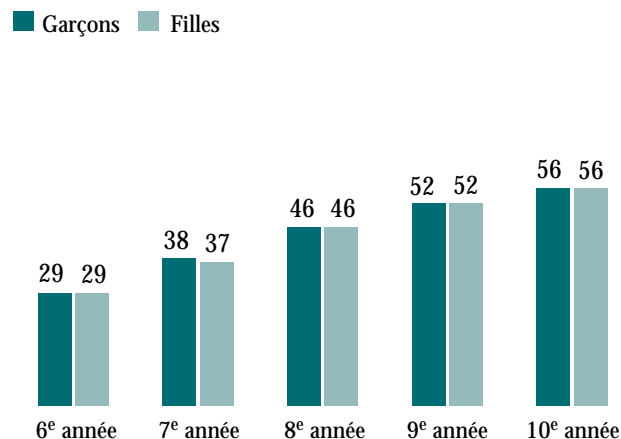


Figure 10.3

Élèves qui ont souffert de maux de dos au moins une fois par mois au cours des six derniers mois (%)



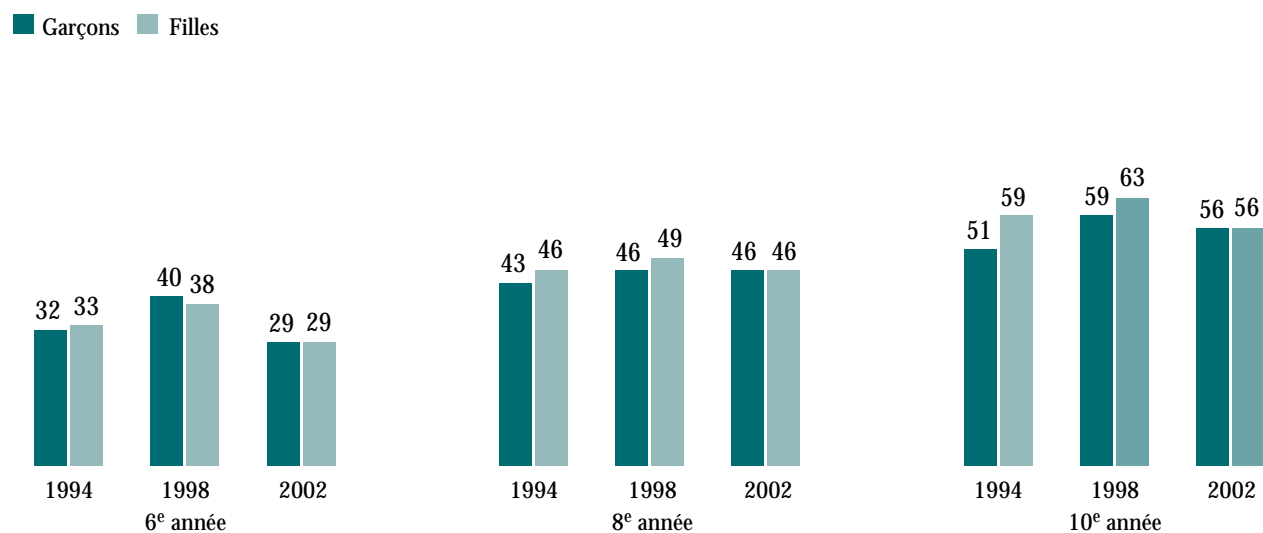
Les maux de dos

Contrairement à ce que l'on observait relativement à la plupart des autres indicateurs de la santé émotionnelle, le nombre de garçons et de filles déclarant souffrir de maux de dos était semblable (figure 10.3). Le nombre d'élèves disant souffrir de maux de dos a régulièrement grandi par niveau, la hausse la plus marquée survenant après la 7^e année (semblable en cela à la tendance relative aux maux de tête pour les filles).

L'analyse des tendances relatives aux maux de dos (figure 10.4) ne met au jour aucun schéma systématique pour les trois dernières enquêtes. Cependant, le nombre d'élèves déclarant des maux de dos a diminué à chaque niveau chez les garçons et les filles depuis 1998. Les garçons de 8^e année représentaient la seule exception; le nombre de maux de dos déclarés chez ce groupe est demeuré stable à 46 p. 100. La plus importante baisse entre les enquêtes a été enregistrée chez les élèves de 6^e année : de 40 p. 100 à 29 p. 100 chez les garçons et de 38 p. 100 à 29 p. 100 chez les filles.

Figure 10.4

Élèves qui ont souffert de maux de dos au moins une fois par mois au cours des six derniers mois, selon l'année de l'enquête (%)



La dépression (avoir le cafard)

La figure 10.5 montre le pourcentage d'élèves qui ont déclaré avoir été déprimés (avoir eu le cafard) au moins une fois par semaine dans les six derniers mois. Pour ce qui est des garçons de la 6^e à la 10^e année, l'incidence des épisodes de déprime déclarés a légèrement augmenté de 21 p. 100 à 25 p. 100, tandis qu'elle a été nettement à la hausse chez les filles, passant de 23 p. 100 à 36 p. 100. Même s'ils sont légèrement plus élevés, ces pourcentages cadrent avec les constatations de l'Association canadienne pour la santé mentale (2002) selon lesquelles des troubles psychiatriques pouvant être diagnostiqués existent chez près de 20 p. 100 des enfants et des jeunes. Les différences entre les sexes étaient également semblables à celles relevées par des mesures cliniques de la dépression (Wade, Cairney et Pevalin, 2002). L'analyse des résultats des enquêtes précédentes révèle que le nombre d'élèves déclarant être déprimés ou avoir le cafard est demeuré essentiellement le même au fil des ans (figure 10.6).

Figure 10.5

Élèves qui ont été déprimés (qui ont eu le cafard) au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois (%)

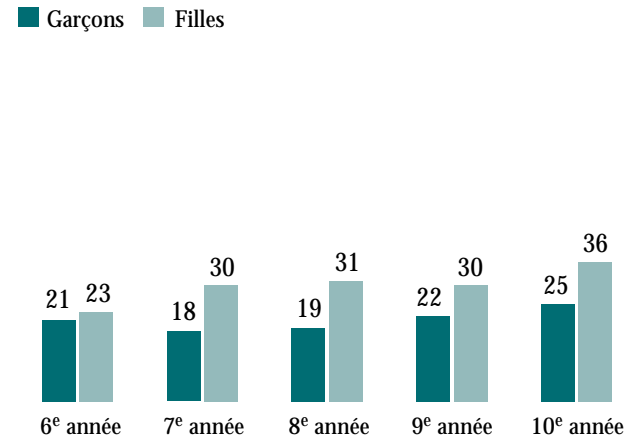


Figure 10.6

Élèves qui ont été déprimés (qui ont eu le cafard) au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois, selon l'année de l'enquête (%)

■ Garçons ■ Filles

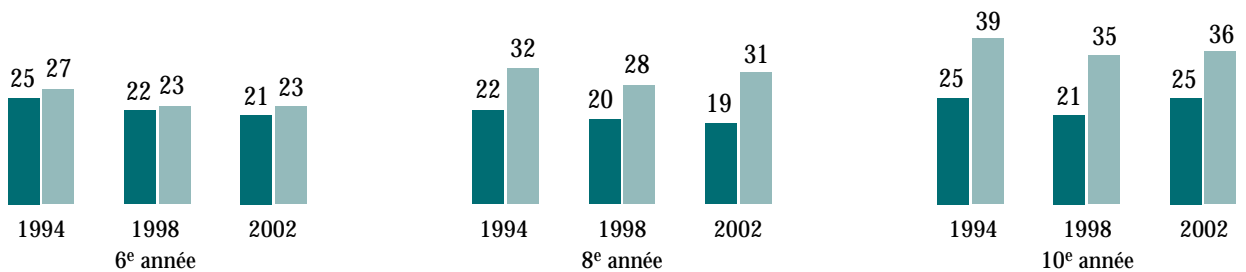
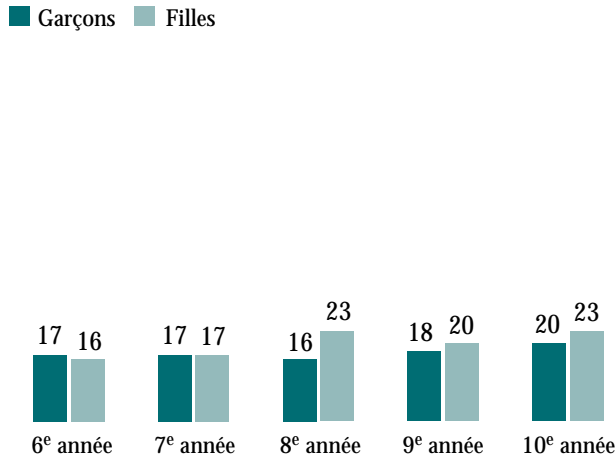


Figure 10.7

Élèves qui ont été irritables ou de mauvaise humeur au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois (%)



L'irritabilité ou la mauvaise humeur

Les écarts relevés entre les garçons et les filles concernant les maux de tête et le fait d'être déprimé étaient moins prononcés pour ce qui est de l'irritabilité ou de la mauvaise humeur (voir la figure 10.7). Chez les élèves de 8^e année, un plus grand nombre de filles que de garçons

ont déclaré être irritables ou de mauvaise humeur (23 p. 100 par rapport à 16 p. 100), tandis que les différences entre les sexes étaient négligeables chez les élèves des autres niveaux. La plus forte augmentation de l'incidence de la mauvaise humeur est observée chez les filles, entre la 7^e et la 8^e année (de 17 p. 100 à 23 p. 100). Cette tendance est semblable à celle constatée plus tôt concernant les maux de tête et les maux de dos.

La figure 10.8 révèle une forte tendance à la baisse du nombre d'élèves déclarant avoir été irritables plus d'une fois par semaine chez les jeunes de la 6^e année de 1994 à 2002. En effet, tant les garçons que les filles de 6^e année ont déclaré avoir été moins souvent irritables au cours des périodes visées par les trois dernières enquêtes. Cette tendance s'observe aussi chez les garçons de 8^e année et, dans une moindre mesure, chez les filles de 10^e année. Les raisons de cet état de choses ne sont toutefois pas évidentes.

Figure 10.8

Élèves qui ont été irritables ou de mauvaise humeur au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois, selon l'année de l'enquête (%)

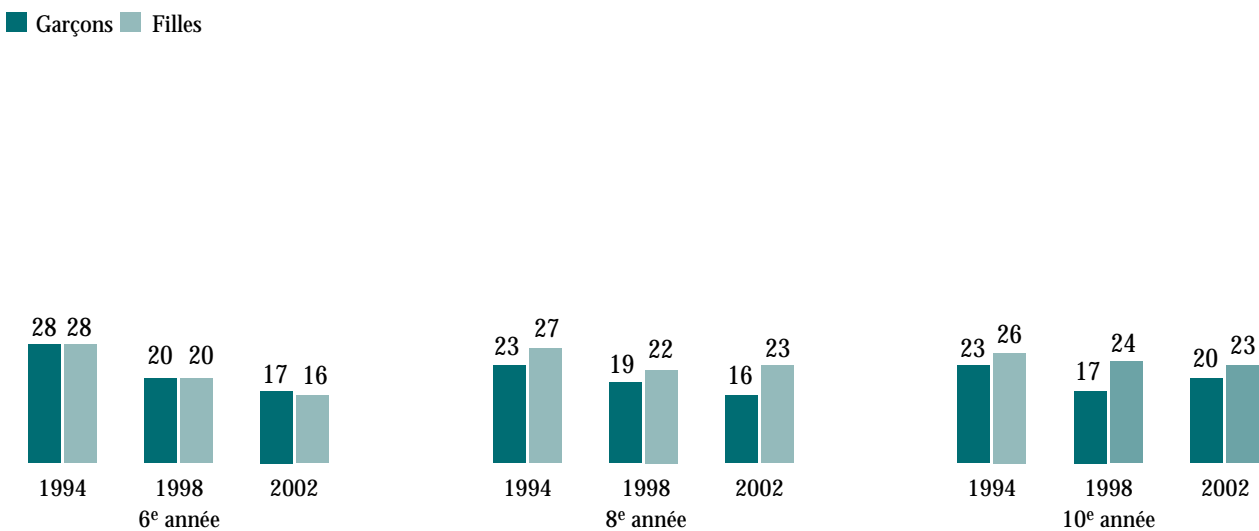
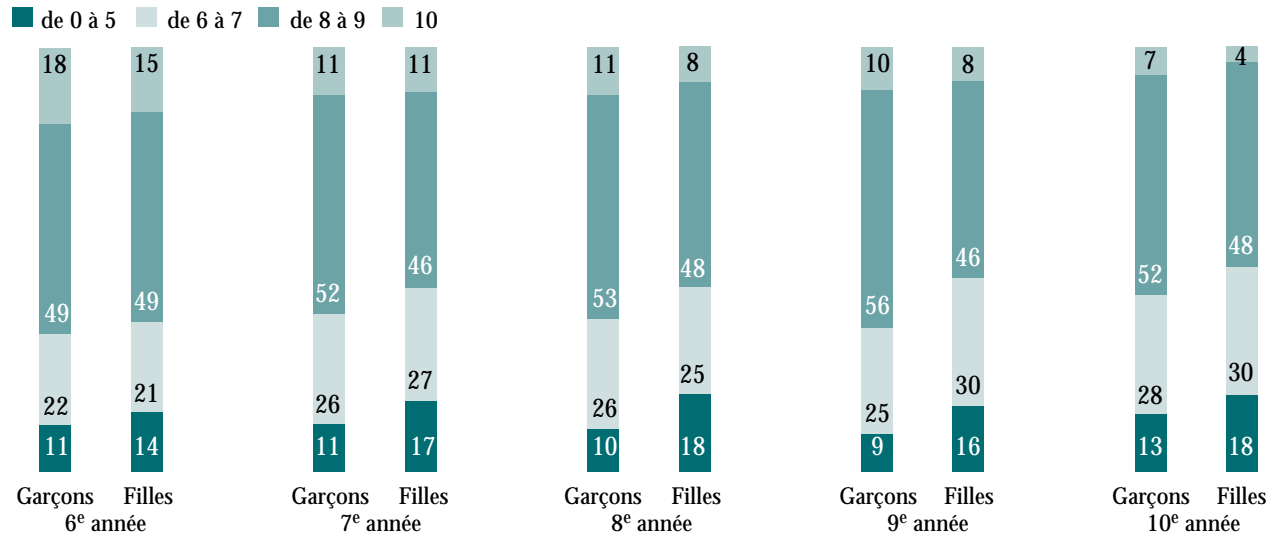


Figure 10.9

Opinion qu'ont les élèves de leur vie sur une échelle de 0 à 10 (%)



Un profil d'ensemble de la santé émotionnelle

La satisfaction au regard de la vie

Un nombre relativement peu élevé d'élèves, quel que soit le niveau, se sont dits satisfaits de leur vie au plus haut degré en s'attribuant la note « 10 » (figure 10.9). Les filles de 10^e année étaient particulièrement peu susceptibles de s'accorder la note la plus élevée à cet égard (4 p. 100). Par contraste, 18 p. 100 des garçons de 6^e année étaient entièrement satisfaits de leur vie (note de « 10 »).

Même si relativement peu d'adolescents se sont dits entièrement satisfaits de leur vie (« 10 »), la majorité des élèves de chaque groupe se sont attribués une note d'au moins « 8 » sur l'échelle de satisfaction. Ici encore, les garçons de 6^e année constituaient le groupe le plus satisfait (67 p. 100 d'entre eux se situaient entre « 8 » et « 10 »), et les filles de 10^e année formaient le groupe le moins satisfait (52 p. 100 d'entre elles se situaient entre « 8 » et « 10 »). En fait, le degré de satisfaction au regard de la vie est constamment plus élevé chez les garçons que chez les filles, quelle que soit le niveau, tandis qu'il diminuait progressivement d'un niveau à l'autre.

Le tableau 10.1 établit un lien entre le degré de satisfaction des élèves au regard de leur vie et d'autres éléments d'évaluation de l'étude. Les coefficients de corrélation de Pearson qu'on y trouve indiquent la force de la corrélation entre les éléments d'évaluation et l'ensemble des échelles, les coefficients les plus élevés étant associés aux liens les plus forts. Le zéro indique l'absence de corrélation, tandis que le chiffre un dénote une corrélation parfaite. La direction du lien était établie suivant le libellé des questions.

Comme l'on pouvait s'y attendre, le degré de satisfaction était associé de façon positive à d'autres éléments d'évaluation de la santé émotionnelle, tels que la perception qu'avaient les élèves de leur état de santé et l'absence de symptômes psychosomatiques (tableau 10.1). En outre, les adolescents satisfaits de leur vie avaient tendance à avoir une meilleure estime de soi. La plus forte influence sur le niveau de satisfaction au regard de la vie était la relation qu'entretenaient les élèves avec leurs parents. La famille peut servir de base aux relations sociales en garantissant aux adolescents un sentiment de sécurité (Chubb et Fertman, 1992) et en les

Tableau 10.1

Facteurs associés à l'opinion positive qu'ont les élèves de leur vie (coefficients de corrélation*)

	6 ^e année		8 ^e année		10 ^e année	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Bonne ou excellente santé	0,41	0,39	0,38	0,42	0,45	0,40
Estime de soi positive**	0,45	0,44	0,44	0,51	0,45	0,55
Absence de symptômes psychosomatiques**	0,35	0,38	0,38	0,33	0,29	0,38
Relations positives avec les parents**	0,48	0,47	0,52	0,52	0,50	0,54
Prise de décisions positives**	0,20	0,23	0,16	0,25	0,17	0,25
Bonne intégration sociale**	0,18	0,15	0,23	0,10	0,22	0,20

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40).

** Notes établies selon une échelle.

encourageant à développer un puissant sentiment d'identité (Noller et Callan, 1991). Le fonctionnement de la famille, sous l'angle de la résolution de problèmes par les parents (Vuchinich et de Baryshe, 1997), les responsabilités assumées par la famille (Taylor et coll., 1997) et le traitement parental positif (DeHaan et MacDermid, 1998) peuvent contribuer à une santé émotionnelle positive, telle que mesurée par le degré de satisfaction au regard de la vie.

Par contraste, le lien entre une bonne intégration sociale et une opinion positive de sa vie était moins solide chez les élèves qui ont répondu aux questions de l'enquête. Une bonne intégration sociale ne fait que refléter le degré d'intégration sociale et non la nature de l'influence des camarades utilisée dans la mesure connexe employée au chapitre 4 (Le Groupe de camarades). Certains auteurs ont soutenu que les besoins sociaux changent à l'adolescence et que le besoin d'intimité interpersonnelle augmente (Erdley, Nangle, Newman et Carpenter, 2001). Toutefois, la contribution apparente de l'intégration sociale à l'opinion positive qu'ont les élèves de leur vie dans l'échantillon de l'enquête HBSC était faible. Cette plus grande influence de la famille par rapport à celle des camarades peut

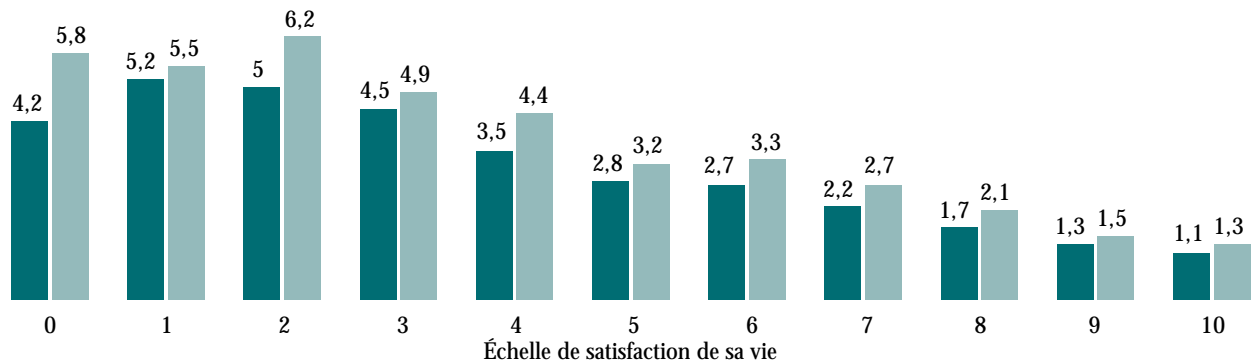
être liée au fait que les parents fournissent un soutien continu aux enfants pendant de nombreuses années et aussi au fait que la santé émotionnelle se développe sur une période prolongée.

Afin d'établir si les adolescents qui avaient une opinion positive de leur vie étaient moins enclins à avoir des symptômes psychosomatiques, le nombre moyen de symptômes (de 0 à 8) ressentis par un élève une fois par semaine ou plus a été calculé. Comme prévu, plus les élèves avaient une opinion positive de leur vie, moins ils étaient susceptibles d'avoir des problèmes de santé émotionnelle (figure 10.10). Le contraste à ce chapitre était particulièrement spectaculaire entre ceux qui étaient le moins satisfait de leur vie et ceux qui l'étaient le plus. Par exemple, les filles qui s'étaient attribué la note « 10 » avaient en moyenne 1,3 symptôme psychosomatique. Par comparaison, celles qui s'étaient attribué la note « 0 » avaient en moyenne 5,8 symptômes. Chez les garçons, les moyennes comparables étaient de 1,1 et 4,2 symptômes. Les plus hauts niveaux de symptômes psychosomatiques chez les garçons allaient à ceux qui s'étaient attribué la note « 1 ». Chez les filles, cette note était « 2 ».

Figure 10.10

Nombre moyen de symptômes psychosomatiques, selon l'opinion que les élèves ont de leur vie sur une échelle de 0 à 10

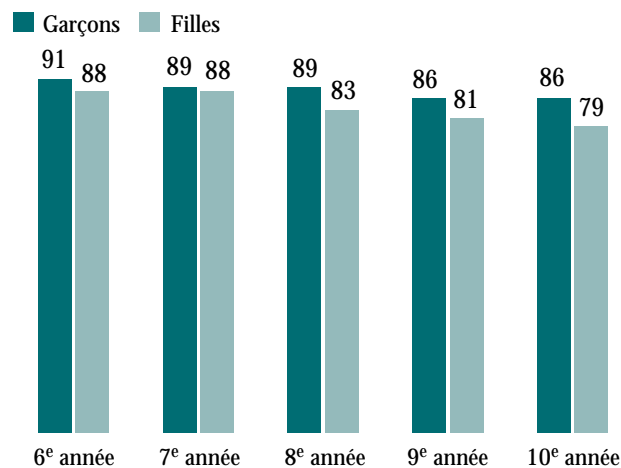
■ Garçons ■ Filles



De plus, indépendamment du degré de satisfaction au regard de la vie, les filles connaissent davantage de problèmes de santé émotionnelle. Compte tenu du nombre élevé de problèmes de santé signalés par les filles d'un bout à l'autre de l'échelle de satisfaction de sa vie, il serait peut-être préférable d'utiliser les symptômes psychosomatiques plutôt que cette échelle pour distinguer les filles qui risquent plus que d'autres d'avoir des problèmes de santé émotionnelle.

Figure 10.11

Élèves qui se considèrent en bonne ou en excellente santé (%)



La perception de l'état de santé

La perception qu'ont les adolescents de leur état de santé constitue un second élément d'évaluation de la santé émotionnelle (figure 10.11). Toutes classes confondues, les garçons ont plus souvent dit être en « excellente » ou en « bonne » santé que les filles. Cependant, bien que l'écart entre les sexes soit minime en 6^e et en

7^e année (91 p. 100 contre 88 p. 100 en 6^e année et 89 p. 100 contre 88 p. 100 en 7^e année), la différence augmente de la 8^e à la 10^e année. Ce changement soudain entre la 7^e et la 8^e année chez les filles était également perceptible dans les symptômes psychosomatiques. Il est possible que les filles de 7^e et de 8^e année traversent une période particulièrement difficile de leur vie, comme en témoigne leur perception de leur état de santé. Cette situation est peut-être attribuable aux changements sur le plan du développement et de la puberté ainsi qu'aux symptômes physiques et émotionnels qui accompagnent l'apparition des premières règles, tels que les maux de tête, les maux d'estomac, les maux de dos, les épisodes de déprime et l'irritabilité.

Les facteurs associés à la perception de l'état de santé vont de pair avec ceux associés à l'opinion qu'ont les élèves de leur vie (tableau 10.2). Ici encore, les rapports avec les parents jouent un rôle plus important au regard de la perception de l'état de santé que ne le fait l'intégration sociale.

Tableau 10.2

Facteurs associés à une perception positive de l'état de santé (coefficients de corrélation*)

	6 ^e année		8 ^e année		10 ^e année	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Opinion positive à l'égard de sa vie	0,41	0,39	0,38	0,42	0,45	0,40
Estime de soi positive**	0,32	0,28	0,29	0,37	0,29	0,36
Absence de symptômes psychosomatiques**	0,29	0,29	0,23	0,33	0,29	0,32
Relations positives avec les parents**	0,32	0,23	0,23	0,29	0,29	0,27
Prise de décisions positives**	0,21	0,21	0,11	0,17	0,13	0,13
Bonne intégration sociale**	0,09	0,13	0,17	0,12	0,18	0,13

* Coefficient de corrélation : faible (inférieur ou égal à 0,20); modéré (entre 0,21 et 0,39); fort (égal ou supérieur à 0,40).

** Notes établies selon une échelle.

Principales constatations

- Les filles étaient plus susceptibles de déclarer des symptômes somatiques (mal de tête) et psychologiques (épisodes de déprime), et cette tendance s'accroissait avec l'âge.
- Les élèves qui déclaraient peu de symptômes psychosomatiques étaient plus satisfaits de leur vie.
- La santé émotionnelle médiocre était associée au faible degré de satisfaction de sa vie et au mauvais état de santé subjectif chez les élèves des classes des niveaux les plus élevés.
- Les bonnes relations avec les parents et les camarades étaient liées aux mesures globales de satisfaction au regard de la vie et de la santé générale.
- La corrélation de la satisfaction au regard de la vie était plus forte avec les relations positives avec les parents qu'avec l'intégration sociale avec les camarades.

11

Conclusions

William Boyce



Jad snab

Le présent rapport visait principalement à examiner les déterminants de la santé des jeunes Canadiens. Il visait également à examiner des tendances choisies concernant la santé de ces jeunes de 1990 à 2002. L'enquête HBSC n'a pas pour but d'évaluer l'incidence de changements précis dans les systèmes sociaux, d'éducation et de santé sur la santé des jeunes, mais seulement de relever si des changements se sont opérés concernant leur état de santé et les déterminants de cet état de santé.

Dans la présente enquête, le sexe s'est révélé un important déterminant de nombreux aspects de la vie des adolescents, notamment la santé physique et la santé émotionnelle, la satisfaction à l'égard de la vie à l'école et de la vie à la maison, les modes de vie sains, l'intimidation et les blessures. Les inégalités socio-économiques associées au degré d'aisance et au statut social (par exemple, le travail des parents) étaient aussi prononcées. Une proportion importante des élèves interrogés ont indiqué que leur famille n'était pas à l'aise sur le plan financier, et une faible – mais non moins alarmante – proportion d'entre eux, à qui il arrive

de se coucher sans avoir assouvi leur faim. Le quart des élèves ont indiqué que soit leur père soit leur mère était au chômage. Cependant, la majorité des jeunes ont aussi indiqué que leur famille possédait des biens matériels tels que des voitures et des ordinateurs. L'inégalité entre ces deux extrêmes peut compromettre la santé de la population. Ainsi, il existe un lien important entre la situation socio-économique et les observations relatives à la santé des adolescents comme l'indique le fait que les élèves dont la famille se situe dans la partie supérieure (moyen à élevé) de l'échelle d'aisance de la famille soient beaucoup plus nombreux à considérer que leur santé est bonne, à être satisfaits de leur vie, notamment à la maison, ainsi qu'à avoir de bonnes relations avec leurs parents. Pour s'attaquer aux causes de ces écarts entre les déterminants socio-économiques de la santé des adolescents, il faudrait avoir recours à diverses stratégies de soutien du revenu et d'emploi.

La présente recherche confirme les résultats d'autres études qui montrent comment la connexité entre l'enfant et ses parents, connexité qui s'exprime par un climat de confiance, de franchise et de soutien, crée un sentiment de sécurité essentiel, lequel est associé à des comportements sains (Resnick et coll., 1997; Resnick, 2000). La plus faible connexité observée entre les adolescentes plus âgées et leurs parents peut être une indication de conflit avec les parents au sujet du rôle des jeunes femmes dans la société. La plupart des adolescents considèrent leurs parents comme leurs principales figures d'attachement, même après que leurs liens d'appartenance sociale se déplacent vers leurs camarades. Ces constatations de l'enquête HBSC concordent avec celles d'autres études qui montrent que les adolescents qui sont fortement liés à leurs parents ont des comportements psychosociaux adéquats (Jackson, Bijstra, Oostra et Bosma, 1998) et prennent moins de risques (Garnier et Stein, 2002). Comme on l'a mentionné précédemment, le rapport entre un statut socio-économique satisfaisant et un milieu de vie positif à la maison est apparemment crucial. Les interventions dans ce milieu de vie, par exemple la collaboration des parents et de l'école, les interactions sociales entre les parents et les jeunes et la participation des parents aux activités des organisations de jeunes, peuvent permettre non seulement de renforcer les liens dans les familles concernées, mais aussi d'expérimenter des modèles de coopération et de responsabilité communautaires pour le bien-être des jeunes.

Dans l'enquête HBSC, les amitiés des adolescents avec des jeunes de leur âge présentent des aspects positifs et négatifs. L'intégration du jeune à un groupe d'amis a des effets bénéfiques importants sur les facteurs psychosociaux et comportementaux. Par ailleurs, les adolescents dont les amis ont des comportements à risque sont plus susceptibles d'avoir eux aussi de tels comportements. Parmi les élèves qui ont peu

d'amis, ceux dont les amis n'ont pas de comportements à risque sont moins susceptibles de prendre eux-mêmes des risques. Il s'avère que les élèves qui ne sont pas bien intégrés socialement et qui subissent une mauvaise influence de leurs camarades ne trouvent pas qu'il fait bon vivre au foyer, veulent parfois partir de la maison, n'ont pas de sentiment d'appartenance à leur école et se sentent seuls ou ont l'impression d'être délaissés. Enfin, les filles ont, semble-t-il, un peu plus de difficulté que les garçons à communiquer avec leurs camarades du sexe opposé.

Les adolescents passent une partie importante de leur vie à l'école, où ils ont des relations avec les enseignants et leurs camarades. En ce qui concerne la vie à l'école, deux constatations générales se dégagent de l'enquête. La première est que les élèves dont la vie à l'école est satisfaisante sont moins susceptibles d'avoir des comportements à risque ou de ne pas être satisfaits de leur vie en général. Les enseignants, les parents et les camarades ont chacun une influence sur les décisions et les comportements des jeunes d'âge scolaire, et les élèves dont la vie à l'école est satisfaisante sont plus susceptibles d'avoir de bonnes relations avec leurs enseignants, leurs parents et leurs camarades. Ces élèves sont aussi plus susceptibles de considérer que leur santé est bonne et à être globalement satisfaits de leur vie. Malheureusement, il n'est pas possible, à partir des résultats de l'enquête, de déterminer si les élèves dont la vie à l'école n'est pas satisfaisante sont plus susceptibles d'avoir des comportements dangereux pour leur santé. Ces résultats ne permettent que de confirmer l'existence de liens entre ces deux éléments.

Par ailleurs, les élèves du secondaire ont tendance à avoir une perception de l'école plus négative que ceux du primaire. En outre, les garçons ont une perception globale de l'école plus négative que les filles. Le fait que l'enseignement ne soit pas organisé de la même façon au secondaire qu'au primaire pourrait

expliquer cette détérioration de l'attitude des élèves à l'égard de l'école. Une autre cause pourrait être que les élèves concernés ont d'autres activités extérieures, qui font concurrence aux activités scolaires. Il est clair que les jeunes trouvent les salles de classe du secondaire beaucoup moins axées sur l'élève que les salles de classe du primaire, une situation qui peut nuire aux besoins de développement de ces derniers du point de vue de l'autonomie. Cependant, les garçons ont aussi plus d'activités extérieures qui font directement ou indirectement concurrence à l'école. On pourrait avancer l'argument que les garçons sont de plus en plus nombreux à constater un décalage entre l'école et leur vie immédiate. En revanche, les filles semblent mieux s'adapter à l'école secondaire, contrairement à ce qu'elles vivent à la maison. Dans l'ensemble, ces constatations concordent avec d'autres observations indiquant que le nombre de garçons qui font des études postsecondaires diminue par rapport à celui des filles qui font de telles études.

En ce qui concerne les comportements à risque des adolescents, l'usage de tabac, la consommation d'alcool et de drogues ainsi que les rapports sexuels précoces sans protection sont liés à diverses maladies et affections évitables. Cependant, ces comportements se présentent dans le cadre d'une interaction si complexe de déterminants psychosociaux, économiques et environnementaux qu'on a peu de chance d'obtenir des résultats probants si l'on concentre les efforts de promotion de la santé sur une seule cause. C'est pourquoi il est essentiel de faire un examen suivi de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues des adolescents pour assurer le succès des programmes de santé et de services sociaux qui visent les jeunes. Même si les pourcentages de garçons qui fument n'ont pas changé depuis l'enquête de 1998, il est encourageant de constater une diminution dans la proportion des filles de 10^e année qui fument parmi celles interrogées dans le cadre de

l'enquête HBSC de 2002. Les jeunes goûtent à l'alcool tôt et la fréquence à laquelle ils en consomment augmente nettement entre 12 et 14 ans. Fait intéressant, presque autant de filles que de garçons s'enivrent à l'occasion, ce qui indique que la consommation excessive d'alcool fait partie des soirées auxquelles participent les adolescents.

L'Association canadienne des régies d'alcool considère la consommation d'alcool par des mineurs et ses conséquences comme un grave problème. Aussi l'Association coordonne-t-elle depuis 2003, de concert avec les treize régies et sociétés des alcools des provinces et territoires, une campagne destinée à sensibiliser la population au problème de la consommation d'alcool par des mineurs et à rappeler que les personnes qui fournissent de l'alcool à des mineurs commettent une infraction grave.

La consommation de marijuana demeure répandue parmi les adolescents, et elle a augmenté chez les garçons de 10^e année. La consommation des autres drogues reste assez stable parmi les jeunes, à l'exception du LSD, dont la consommation a considérablement diminué depuis l'enquête précédente.

Il ressort de l'enquête HBSC de 2002 qu'un peu plus du quart des élèves canadiens de 10^e année ont déjà eu des relations sexuelles. Plus des deux tiers des élèves sexuellement actifs ont utilisé le condom au moment de leurs dernières relations sexuelles et un peu moins de la moitié d'entre eux la pilule contraceptive. Cependant, les élèves qui ont indiqué avoir eu des relations sexuelles au moins une fois avant la 10^e année étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir des comportements à risque, notamment à fumer, à consommer de la marijuana et à s'enivrer à l'occasion. Ces constatations étayent l'idée voulant que l'activité sexuelle précoce soit associée à d'autres comportements à risque. Les programmes de réduction des préjudices peuvent se révéler très efficaces pour atténuer les risques, chez les adolescents en cause, de maladies

transmises sexuellement et de problèmes sociaux à l'âge adulte. Cela étant, la plus grande vulnérabilité des adolescents plus jeunes à la coercition, à la grossesse et aux maladies transmissibles sexuellement semble indiquer que les efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies en matière de sexualité dans les écoles devraient être davantage axés sur ce groupe d'âge.

Ainsi, l'apparition précoce de comportements à risque et la fréquentation d'autres jeunes qui ont de tels comportements sont deux des principales variables explicatives des observations négatives relatives à la santé des adolescents. Cependant, on continue de débattre de la façon dont s'exerce cette influence des camarades sur l'apparition de comportements à risque. Une explication, liée à ce qu'on appelle la pression des camarades, serait que le groupe impose ses valeurs et ses comportements aux autres pour assurer sa capacité d'attraction et sa dynamique de pouvoir. Une façon de contrer cette pression du groupe serait d'encourager les jeunes à établir leurs propres valeurs et à résister à l'influence des autres en acquérant de plus en plus d'assurance. Une autre explication, liée à ce qu'on appelle la sélection sociale et la socialisation (Reed et Rountree, 1997), serait que les adolescents qui ne sont pas satisfaits de leur vie à la maison ou à l'école expriment leur mécontentement à l'égard de leur situation personnelle et de la société en général en ayant des comportements à risque. Les jeunes qui ont des problèmes semblables et qui y réagissent aussi de façon semblable se regroupent par besoin de soutien social; les comportements à risque deviennent alors pour eux un moyen d'interaction sociale. Pour aider les jeunes qui se trouvent dans une telle situation, il serait plus utile d'intervenir pour les amener à rétablir leurs liens avec le milieu familial ou scolaire que d'essayer de changer le groupe de camarades dont ils font partie. L'enquête HBSC ne permet pas d'examiner en profondeur l'une ou l'autre de ces théories, faute de nous fournir le moyen de savoir si l'intégration du jeune au groupe précède le

comportement à risque ou si c'est l'inverse. Cela étant, il est clair que les adolescents dont les amis ont des comportements à risque sont plus susceptibles d'avoir eux-mêmes de tels comportements.

La notion de « vie saine » des jeunes englobe un ensemble de comportements, dont les habitudes alimentaires, la pratique d'activités physiques organisées et spontanées ainsi que le maintien du poids. Les habitudes relatives à l'activité physique et à l'alimentation acquises durant l'enfance sont plus susceptibles de se conserver jusqu'à l'âge adulte et d'influer sur le style de vie et l'état de santé des personnes concernées. L'hygiène dentaire est aussi une caractéristique d'un mode de vie sain, tout comme une utilisation modérée de médicaments pour soulager certains maux dont souffrent parfois les jeunes.

Comme l'élément mesuré dans le cadre de l'enquête HBSC est la fréquence de consommation de divers aliments plutôt que la quantité d'aliments consommée, il est difficile d'évaluer l'état nutritionnel des jeunes à partir des résultats obtenus. Ces résultats ne donnent pas moins une idée générale de la situation et font apparaître des situations préoccupantes. Bon nombre des élèves plus jeunes ont habituellement de bonnes habitudes alimentaires : par exemple, ils prennent un petit déjeuner les jours de semaine et ils mangent des fruits et des légumes. La situation n'est pas la même chez les élèves plus âgés, qui passent plus de temps à l'extérieur de la maison et qui décident plus souvent eux-mêmes de ce qu'ils mangent.

En ce qui concerne l'activité physique, les résultats de l'enquête sont encourageants, bien que l'on puisse s'étonner du petit nombre d'élèves qui disent faire de l'exercice à l'école. Cette situation est sûrement le résultat du resserrement du budget des écoles partout au Canada et des effets de ces contraintes sur les programmes d'éducation physique et les programmes parascolaires (Andersen, 2000). Il est intéressant de constater qu'il existe un écart important entre garçons et filles au chapitre de

l'activité physique – tant à l'école qu'à l'extérieur de l'école –, ce qui indique que la pratique des sports est encore aujourd'hui avant tout une affaire de garçons et que les écoles pourraient faire davantage pour intéresser les filles aux activités physiques.

D'une manière générale, les résultats de la mesure de l'indice de masse corporelle sont satisfaisants; les pourcentages d'élèves qui ont un excédent de poids ou qui sont obèses ne sont pas très élevés, mais les stratégies qu'utilisent les jeunes pour maintenir leur poids varient. Ainsi, les filles, et plus particulièrement celles de 10^e année, font plus attention à leur poids que les garçons et consomment moins de boissons gazeuses et de croustilles que ces derniers. Elles sont, en revanche, moins actives physiquement que les garçons, et elles s'en remettent souvent aux régimes pour maintenir leur poids. L'obsession féminine de l'image du corps constamment véhiculée par les médias peut inciter les filles à adopter des stratégies « inefficaces et dangereuses pour perdre du poids » (LeBlanc, 2003, p. 329).

À la pratique des sports et autres activités physiques durant leurs temps libres, les filles plus jeunes semblent préférer faire partie de clubs et d'organisations. Cependant, chez les élèves de 9^e et de 10^e année, les pourcentages de garçons et de filles qui participent aux activités d'un club ou d'une organisation sont comparables. Le temps que les jeunes passent à regarder la télévision peut être une indication de la sédentarité de leur mode de vie. Une forte proportion d'élèves ont indiqué qu'ils regardent la télévision plusieurs heures chaque jour. Les élèves utilisent aussi beaucoup l'ordinateur à des fins de loisirs : jusqu'à la moitié des élèves plus âgés ont indiqué qu'ils consacrent un nombre d'heures non négligeable aux jeux sur ordinateur.

En ce qui concerne les malaises, les filles plus âgées ont été beaucoup plus nombreuses à dire qu'elles prennent régulièrement des médicaments contre les maux de tête, et bon nombre

d'entre elles ont indiqué qu'elles avaient des épisodes de respiration sifflante. Cependant, les garçons ont indiqué dans une proportion légèrement supérieure à celle des filles avoir été diagnostiqués asthmatiques. Cette constatation pourrait être due à une préconception inconsciente dans les méthodes diagnostiques.

La fréquence et les caractéristiques du harcèlement et autres formes d'intimidation chez les jeunes fournissent plusieurs renseignements pour orienter les interventions. En premier lieu, comme la façon dont les adolescents commettent des actes d'intimidation ou en sont victimes varie, l'ampleur de l'aide et la nature des interventions requises varient également. Les adolescents ne sont pas tous aussi susceptibles les uns que les autres de commettre ce genre d'actes ou d'en être victimes. De plus, les risques associés à ces actes peuvent dépendre de leur gravité, de leur fréquence, de leur durée et de leur caractère systématique. La majorité des élèves interrogés dans le cadre de l'enquête ont indiqué qu'ils commettent rarement des actes d'intimidation et qu'ils en sont rarement victimes, et ce même s'ils subissent une influence négative quand ils font partie d'un groupe qui surveille ces actes d'intimidation. Pour ces jeunes, un programme universel (orienté vers les élèves) serait probablement un moyen de prévention efficace de l'intimidation. Les élèves qui sont mêlés plus directement à des actes d'intimidation au moins de temps à autre peuvent subir certaines conséquences néfastes. Ces élèves peuvent avoir besoin d'une aide plus complexe que celle qu'on peut leur apporter dans le cadre d'un programme universel, par exemple sous la forme d'une intervention ou d'une médiation à l'école. Enfin, une petite minorité d'élèves commettaient fréquemment des actes d'intimidation graves ou étaient fréquemment victimes de tels actes. Ces jeunes ont de très graves problèmes d'adaptation. Il faut les découvrir et intervenir de façon intensive auprès d'eux, par exemple par des séances de counseling.

En deuxième lieu, on observe que la fréquence des actes d'intimidation change avec l'âge. Selon les réponses des élèves, c'est généralement en 8^e année chez les filles et en 10^e année chez les garçons que cette fréquence est à son plus haut. Chez les filles, la fréquence diminue par la suite, alors que chez les garçons, il ne se dégage pas de tendance claire à cet égard. Du point de vue de l'orientation des interventions, on pourrait, en agissant tôt (avant que la fréquence des actes d'intimidation n'augmente), éviter l'apparition des comportements déviants ou en réduire la fréquence. Ainsi, il faudrait mettre en place des programmes de prévention bien avant la 8^e année, afin de lutter efficacement contre l'apparition d'actes d'intimidation.

En troisième lieu, les interventions auprès des jeunes doivent être adaptées aux actes d'intimidation en cause. Ainsi, les résultats de l'enquête HBSC semblent indiquer que l'intimidation est un comportement qui prend diverses formes et que certaines de ces formes, comme le harcèlement verbal, sont plus fréquentes que d'autres. L'éventail des comportements de harcèlement que subissent les jeunes qui en sont victimes montre bien qu'il faut aider les jeunes qui ont ces comportements à prendre conscience qu'il s'agit bien d'actes de harcèlement et à leur apprendre à respecter les différences, qu'il s'agisse de différences sexuelles, ethniques ou religieuses. Il faut aussi élaborer des programmes d'intervention qui tiennent compte de l'évolution des formes d'intimidation à mesure que les élèves vieillissent.

Enfin, l'information dont nous disposons permet de plus en plus de penser que les élèves qui commettent des actes d'intimidation ou qui en sont victimes sont beaucoup plus susceptibles que les autres d'avoir des difficultés à long terme. De plus, le nombre de ces jeunes qui commettent des actes d'intimidation ou qui en sont victimes est particulièrement élevé au Canada. Le nombre élevé d'élèves qui ont indiqué qu'ils commettent des actes d'intimidation, qu'ils sont victimes de tels actes ou qu'ils en commettent et en sont victimes à la fois montre

qu'il est urgent de s'attaquer au problème et de faire en sorte que chaque élève soit en sécurité à l'école.

Partout dans le monde, les blessures sont l'un des plus graves problèmes de santé auxquels sont exposés les jeunes d'âge scolaire. Dans l'enquête HBSC de 2002, pas moins de la moitié des élèves canadiens ont indiqué avoir subi, au cours de la dernière année, une blessure exigeant les soins d'un médecin ou d'une infirmière. Ces blessures ainsi que leurs conséquences sur le plan des traitements requis et des journées d'école perdues portent gravement atteinte à la santé des jeunes Canadiens et imposent un lourd fardeau à la société. Il ressort de l'enquête HBSC que certains élèves sont plus susceptibles de se blesser que d'autres. Les garçons se blessent systématiquement plus souvent que les filles, la fréquence des blessures atteignant un sommet en 8^e année. Par ailleurs, le risque de blessure augmente proportionnellement à l'adoption par les jeunes de comportements à risque tels que l'usage de tabac, la consommation d'alcool, les actes d'intimidation et l'habitude de ne pas boucler sa ceinture de sécurité en voiture. Ce lien a aussi été observé à l'échelle internationale (Pickett, Schmid, Boyce et coll., 2002).

L'enquête HBSC contenait des questions sur les circonstances dans lesquelles les jeunes se blessent le plus souvent. Tandis que les blessures causées par la pratique d'un sport surviennent au cours de diverses activités et à beaucoup d'endroits, la proportion d'élèves qui se blessent durant des activités organisées augmente de façon appréciable dans les classes des niveaux supérieurs. La très grande majorité des blessures liées au 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. Les blessures les plus graves subies par les élèves vont des entorses et des foulures aux déchirures, aux ecchymoses, aux fractures et aux blessures à la tête. Les sortes de soins reçus par les élèves pour leurs blessures se répartissent à peu près de la

même façon pour les garçons et pour les filles. Les élèves de 10^e année étaient les plus nombreux à avoir reçu des soins au bureau d'un médecin, à une clinique ou à l'urgence, tandis que les garçons de 6^e année ont été les plus nombreux à indiquer qu'ils avaient dû être admis à l'hôpital.

Les résultats de l'enquête HBSC sont utiles pour établir les priorités en matière de prévention des blessures chez les jeunes d'âge scolaire au Canada. Ils montrent aussi qu'il faut sans cesse améliorer, d'une part, la sécurité à l'école ainsi qu'aux endroits où les jeunes font du sport et, d'autre part, les programmes de premiers soins et autres programmes de première intervention en cas de blessures. Enfin, il faut reconnaître l'importance des comportements à risques multiples comme cause possible de blessures chez les jeunes de partout dans le monde et prendre les mesures de prévention qui s'imposent.

En ce qui concerne la santé émotionnelle des jeunes, les éléments évalués dans le cadre de l'enquête HBSC dressent un tableau assez conséquent de la situation. La plupart des élèves interrogés dans le cadre de l'enquête de 2002 ont une bonne santé émotionnelle. Cependant, une importante minorité d'élèves (entre 20 p. 100 et 30 p. 100 d'entre eux, selon les questions considérées) ont une santé émotionnelle qui laisse à désirer sous certains aspects. Les filles ont été plus nombreuses que les garçons à indiquer qu'elles sont déprimées et qu'elles ont des maux de tête, et elles sont moins nombreuses que les garçons à être satisfaites de leur vie et à considérer que leur santé est bonne. En ce qui concerne les maux de dos et l'irritabilité, les pourcentages sont comparables chez les garçons et les filles. Par ailleurs, pour chaque facteur lié à la santé émotionnelle évalué, la situation a tendance à se détériorer 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.

Les parents sont peut-être le meilleur rempart contre la détérioration de la santé émotionnelle. Les adolescents qui ont indiqué que leurs parents les aidaient beaucoup étaient plus nombreux à être satisfaits de leur vie et à considérer que leur santé est bonne. Le lien entre les rapports avec les camarades et les éléments d'évaluation de la santé émotionnelle est relativement faible, bien que le fait d'avoir un réseau étendu d'amis ait un certain effet positif sur la santé émotionnelle des jeunes. Ce lien pourrait indiquer que l'influence du groupe de camarades, qui est souvent associée à la prise de risques, aurait aussi un certain effet sur la santé globale par des mécanismes d'interaction et de soutien sociaux.

En somme, la socialisation des adolescents s'effectue à l'intérieur de trois systèmes sociaux principaux : le foyer familial, le groupe de camarades et l'école. Ainsi, pour atteindre les adolescents, il faut avoir recours à des stratégies d'intervention combinées englobant les collectivités tout entières, plutôt que d'axer les interventions sur un élève, une famille ou une école en particulier (Schneider, 2000). Les stratégies d'intervention combinées s'appuient sur une démarche axée sur la santé de la population pour s'occuper des jeunes, et elles permettent de mieux comprendre les adolescents et leurs problèmes dans un contexte social (Caputo, 2000). Les stratégies destinées à s'attaquer aux problèmes des adolescents à la maison, à l'école et dans le voisinage devraient être axées sur les possibilités, pour ces jeunes, de participer à des programmes intégrés qui peuvent les aider à définir leurs besoins et qui leur permettent d'agir directement sur l'évolution de leurs milieux.

Au cours des quatre dernières années, au Canada, les efforts de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes ont été intégrés et étendus à un grand éventail de groupes d'âge et de domaines, notamment les programmes de vie active et de saine alimentation et les programmes scolaires polyvalents. On a en outre augmenté le nombre des campagnes de lutte



Hana saab

contre le tabagisme et la consommation de drogues visant les jeunes. Certaines de ces initiatives sont parvenues à mobiliser les jeunes, tandis que d'autres ont raté leur cible. Les résultats exposés dans le présent rapport donnent une idée très générale du succès de ces initiatives.

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, à la vie à l'école ainsi qu'à l'influence des camarades sur la prise de risques. Il faudra pousser l'analyse de l'information recueillie pour explorer les possibilités à cet égard. De toute évidence, les stratégies mises en place pour intervenir sur ce genre de déterminants devront être diversifiées. Les responsables des administrations fédérales, provinciales, territoriales et

municipales aussi bien 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 assez 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. L'attention accordée aux initiatives visant les adolescents doit être accompagnée des efforts requis pour assurer une plus grande participation de ces derniers à l'élaboration des stratégies et des programmes. L'établissement d'un « plan d'action inclusif intersectoriel pour les préadolescents et les adolescents » pourrait contribuer à la visibilité et la viabilité des stratégies d'intervention et peut-être aussi rallier l'appui et assurer la participation de nombreux jeunes aux initiatives mises en œuvre.

Sources bibliographiques

- Abernathy, T.J., G. Webster et M. Vermeulen. « Relationship between poverty and health among adolescents », *Adolescence*, vol. 37, n° (145) (2002) p. 55-67.
- American Academy of Pediatrics. « Contraception and adolescents », *Pediatrics*, vol. 104, n° 5 (1999), p. 1161-1166.
- Anderman, E.M. « School effects on psychological outcomes during adolescence », *Journal of Educational Psychology*, vol. 94, n° 4 (1999) p. 795-809.
- Andersen, R.E. « The spread of the childhood obesity epidemic », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 163, n° 11 (2000), p.1461-1462.
- Anderson, A.S., S. Macintyre et P. West. « Adolescent meal patterns: Grazing habits in the west of Scotland », *Health Bulletin Edinburgh*, vol. 51 (1993), p.158-165.
- Andrews, J.A., H. Hops, D. Ary, E. Lichtenstein et E. Tildesley. « The construction, validation, and use of Guttman scale of adolescent substance use: An investigation of family relationships », *Journal of Drug Issues*, vol. 21 (1991), p. 557-572.
- Association canadienne de normalisation. *A guideline on children's playspaces and equipment: A national standard of Canada* (CAN/CSA Z614-M90), CSA, Toronto (Ontario), 1990.
- Association canadienne pour la santé mentale. *Information rapide*. http://www.acsm.ca/centredesmedias/info_rapide.htm, 2002.
- Association des psychiatres du Canada. *Mental illness awareness week guidebook*, Ottawa (Ontario), Association des psychiatres du Canada, 2001.
- Atkinson, A.B., L. Rainwater et T.M. Smeeding. « Income distribution in OECD countries », *Organisation de coopération et de développement économiques, Social Policy Studies*, n° 18 (1995).
- Baer, J. « The effects of family structure and SES on family processes in early adolescence », *Journal of Adolescence*, vol. 22 (1999) p. 341-354.
- Barber, B. « Adolescent socialization in context: The role of connection, regulation, and autonomy in the family », *Journal of Adolescent Research*, vol. 12, n° 1 (1997) p. 5-11.
- Barber, J.G. et P. Delfabbro. « Predictors of adolescent adjustment: Parent-peer relationships and parent-child conflict », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 17, n° 4, p. 275-288 (2000).
- Baumeister, R.F. et M.R. Leary. « The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation », *Psychological Bulletin*, vol. 117, n° 3 (1995) p. 497-529.
- Bergman et Scott . « Young adolescents' well-being and health risk behaviours: Gender and socio-economic differences », *Journal of Adolescence*, vol. 24 (2001) p. 183-197.
- Boston University School of Public Health. <http://www.jointogether.org>. (Join Together est un projet de la Boston University School of Public Health), 13 décembre 2002.
- Boulton, M.J. et K. Underwood. « Bully/victim problems among middle school children », *British Journal of Educational Psychology*, vol. 62, n° 1 (1992), p. 73-87.
- Boyce, W., M. Doherty, D. MacKinnon et C. Fortin. *Étude sur la jeunesse, la santé sexuelle, le VIH/sida au Canada* (facteurs influant sur les connaissances sur le VIH et le sida, les attitudes envers la sexualité et le comportement sexuel). Toronto (Ontario), Conseil des ministres de l'Éducation, Canada (2003). www.cmec.ca.
- Bray, J.W., G.A. Zarkin, C. Ringwalt et Q. Junfeng. « The relationship between marijuana initiation and dropping out of high school », *Health Economics*, vol. 9 (2000), p. 9-18.
- Buhrmester, D. « Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence », *Child Development*, vol. 61 (1990) p. 1101-1111.
- Buhrmester, D. « Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship », dans *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*, (sous la direction de) W.M. Bukowski et A.F. Newcomb, Cambridge University Press, New York (New York), p. 158-185, (1996).
- Cantril, H. *The pattern of human concern*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1965.

Centers for Disease Control and Prevention. « Measuring the health behaviour of adolescents: The youth risk behavior surveillance system and recent reports on high-risk adolescents », *Public Health Reports*, vol. 108 (1993), p. 1-96.

Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and mortality weekly report: Youth risk behavior surveillance – United States – 2001, vol. 51, n° SS-4 (2002), p. 1-64. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm>.

Caputo, T. (2000) *Hearing the voices of youth : Youth participation in selected Canadian municipalities*. Santé Canada : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux.

Chapman, G. « Food practices and concerns of teenage girls », Institut national sur la nutrition, Ottawa (Ontario), 1994. http://www.nin.ca/public_html/Consumer/adolescents.html

Chubb, N.H. et C.I. Fertman. « Adolescents' perceptions of belonging in their families », *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 73 (1992), p. 387-394.

Cole, T.J., M.C. Bellizzi, K.M. Flegel et W.H. Deitz. « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, 2000; vol. 320, p.1240-1243.

Collins, W.A. et G. Russel. « Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: A developmental analysis », *Developmental Review*, vol. 11, n° 2 (1991) p. 99-136.

Community Epidemiology Work Group. *Epidemiologic trends in drug abuse, vol. 1: Proceedings on the CEWG*, Bethesda, Maryland, National Institutes on Health, National Institutes on Drug Abuse (2001).

Connop, H. et A.J.C. King. *Adolescent smoking initiation and maintenance: Report of a pilot study of school smoking zones*, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's, Kingston (Ontario), 1999.

Connop H. et A.J.C. King. *Young women at risk*, University of Toronto Press, Toronto (Ontario), 1999 (en préparation).

Craig, W.M. et D.J. Pepler. « Peer processes in bullying and victimization: An observational study », *Exceptionality Education in Canada*, vol. 5 (1995), p. 81-95.

Craig, W.M. et D.J. Pepler. « Observations of bullying and victimization in the schoolyard », *Canadian Journal of School Psychology*, vol. 13, n° 2 (1997), p. 41-59.

Craig, W.M. « The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children », *Personality and Individual Differences*, vol. 24 (1998), p. 123-130.

Crespo, C.J., E. Smit, R.P. Troiano, S.J. Bartlett, C.A. Macera et R.E. Andersen. « Television watching, energy intake, and obesity in U.S. children: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994 », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 155 (2001), p.360-365.

Currie, C., J. Todd et S. Platt. « Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behavior in School-aged Children Survey », *Health Education Research*, vol. 12 (1997) p. 385-397.

Currie, C., K. Hurrelman, W. Settertobulte, R. Smith et J. Todd. *Health and Health Behaviour Among Young People*, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, Copenhague (Danemark), 2000.

Currie, C., O. Samdal, W. Boyce et B. Smith (dir.). *Health behaviour in school-aged children: A World Health Organization cross-national study* Child and Adolescent Research Health Unit, University of Edimburgh, Édimbourg (Écosse), 2001.

DeHaan, L.G. et S. MacDermid. « The relationship of individual and family factors to the psychological well-being of junior high school students living in urban poverty », *Adolescence*, vol. 33 (1998), p. 73-89.

Dekovic, M. « Risk and protective factors in the development of problem behaviour during adolescence », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 28, n° 6 (1999) p. 667-685.

Deslandes, R. et R. Cloutier. « Adolescents' perception of parental involvement in schooling », *School Psychology International*, vol. 23, n° 2 (2002) p. 220-232.

Développement des ressources humaines Canada. *À la hauteur : La performance des jeunes du Canada en lecture, en mathématiques et en sciences*, 2002. <http://www.pisa.gc.ca/pisa/brochure.shtml>

- Diverly, B. et M. Beaudet. « La dépression : un trouble partiellement traité? », *Rapports sur la santé*, vol. 8, n° 4 (1997), p. 9-18.
- Dornbusch, S.M., K.G. Erickson, J. Laird et C. Wong. « The relation of family and school attachment to adolescent deviance in diverse groups and communities », *Journal of Adolescent Research*, vol. 16, n° 4 (2001) p. 396-422.
- Drummond, S., N. Crombie et T. Kirk. « A critique of the effects of snacking on body weight status », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 50 (1996), p.779-783.
- Duncan, G. et G. Brooks-Gunn. « Family poverty, welfare reform, and child development », *Child Development*, 71, n° 1 (2000) p. 188-196 .
- Duncan, S.C., T.E. Duncan et H. Hops. « Progression of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescence », *Journal of Behavioural Medicine*, vol. 21, n° 4 (1998), p. 375-388
- Elder, G.H. Jr. et R. Crosnoe. « The influence of early behavior patterns on later life », *Paths to Successful Development: Personality in the Life Course*, sous la direction de L. Pulkkinen et A. Caspi, New York, NY, Cambridge University Press. p. 157-176, 2002.
- El-Sheikh, M., E.M. Cummings et V. Goetsch. « Coping with adult's angry behavioral, psychological and verbal responses in preschoolers », *Developmental Psychology*, vol. 25, n° 4 (1989), p. 490-498.
- Engels, R.C.M.E. et T. ter Bogt. « Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 30, n° 6 (2001) p. 675-695.
- Erdley, C.A., D.W. Nangle, J.E. Newman et E.M. Carpenter. « Childrens' friendship experiences and psychological adjustment: Theory and research », *New directions for child and adolescent development*, vol. 91 (2001), p. 5-24.
- Evans, C.A. Jr., J.E. Fielding, R.C. Brownson, M.J. England, M.T. Fullilove, F.A. Guerra, A.R. Hinman, G.J. Isham, G.H. Land, C.S. Mahan, P.D. Mullen, P.A. Nolan, S.C. Scrimshaw, S.M. Teutsch et R.S. Thompson. Task Force on Community Prevention Services. « Motor vehicle occupant injury: strategies for increasing use of child safety seats, increasing use of safety belts, and reducing alcohol-impaired driving », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 18, n° 50 (2001) (RR-7), p. 1-14
- Farrington, D.P. « Understanding and preventing bullying », dans *Crime and Justice*, sous la direction de M. Tonry et N. Morris, vol. 17 (1993), p.381-458. Chicago, University of Chicago Press.
- Fivush, R., M.A. Brotman, J.P. Buckner et S.H. Goodman. « Gender differences in parent-child emotion narratives », *Sex Roles*, vol. 42, n° 3/4 (2000) p. 233-253.
- Frankish, C.J., D. Milligan et C. Reid. « A review of the relationship between active living and determinants of health », *Social Science Medicine*, vol. 47, n° 3 (1998), p.287-301.
- Fulgini, A.J., J.S. Eccles, B.L. Barber et P. Clements, « Early adolescent peer orientation and adjustment during high school », *Developmental Psychology*, vol. 37, n° 1 (2001) p. 28-36.
- Garcia, A., M. Broda, M. Frenn, C. Coviak, N. Pender et D. Ronis. « Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior », *Journal of School Health*, vol. 65 (1995), p.213-219.
- Garnier, H.E. et J.A. Stein (2002). An 18-year model of family and peer effects on adolescent drug use and delinquency: *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (1):45-56
- Goldbaum, S., W.M. Craig, D.J. Pepler et J. Connolly (sous presse). « Developmental Trajectories of Victimization: Identifying Risk and Protective Factors. », *Journal of Applied School Psychology*.
- Griffin, K.W., G.J. Botvin, M.M. Doyle, T. Diaz et J.A. Epstein. « A six-year followup study of determinants of heavy cigarette smoking among high school seniors », *Journal of Behavioural Medicine*, vol. 22, n° 3 (1999), p. 271-284.
- Grossman, D.C. et C.C. Garcia. « Effectiveness of health promotion programs to increase motor vehicle occupant restraint use among young children », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 16 (1^{er} suppl.) (1999), p. 12-22.

- Harel, Y., M.D. Overpeck, D.H. Jones, P.C. Scheidt, P.E. Bijur, A.C. Trumble et J. Anderson. « The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 4 (1994), p. 599-605.
- King, A.J.C., W.F. Boyce et M.A. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Santé Canada, Ottawa, 1999.
- Haugland, S., B. Wold, J. Stevenson, L.E. Aarø et B. Woynarowska. « Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality », *European Journal of Public Health*, vol. 11, n° 3 (2001), p. 4-10.
- Hawkins, D.L., D.J. Pepler et W.M. Craig. « Naturalistic observations of peer interventions in bullying among elementary school children », *Social Development*, vol.10 (2001), p. 512-527.
- Hawkins, J.D., R.F. Catalano et J.Y. Miller. « Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early childhood: Implications for substance abuse prevention », *Psychological Bulletin*, vol. 112 (1992) p. 64-105.
- Henderson, M. *The effectiveness of bicycle helmets: a review*, Motor Accidents Authority of New South Wales, Australie, 1995. <http://www.bhsi.org/webdocs/henderst.htm>.
- Hewitt, D., G. Vinje et P. MacNeil. « Young Canadians' alcohol and other drug use: Increasing our understanding », *Stratégie canadienne antidrogue (Horizon's Three)*. Santé Canada (1995).
- Higgins, J.W., C. Gaul, S. Gibbons et G. Van Gyn. « Factors influencing physical activity levels among Canadian youth », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 94, n° 1 (2003), p.45-51.
- Ho, S. et J.D. Willms. « Effects of parental involvement on eighth-grade achievement », *Sociology of Education*, vol. 69 (1996) p. 26-141.
- Honkala, E., P. Anderson, D. Black, E. Breeze, G. Breucken, A. Fletcher, C. Hosman, E. Lopez, P. Puska, L. St. Leger, A. Schroer, J. Schuit, L. Suanstrom, R. Walters et M. Warren. «A case study in oral health promotion », dans *The evidence of health promotion effectiveness*, un rapport destiné à la Commission européenne rédigé par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, Bruxelles-Luxembourg (2000).
- Idler, E.L. et Y. Benyamini. « Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38 (1997), p. 21-37.
- Institute of Medicine Committee on Injury Prevention and Control. *Reducing the burden of injury: Advancing prevention and treatment*, p. 41-53. Washington, DC, National Academy of Sciences, 1999.
- Irvine, A., B.H. Rowe et V. Sahai . « Bicycle helmet-wearing variation and associated factors in Ontario teenagers and adults », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 93, n° 5 (2002), p. 368-73.
- Irving, H.M., E.M. Adlaf, K.R. Allison, A. Paglia, J.J.M. Dwyer et J. Goodman. « Trends in physical activity participation among Ontario adolescents, 1997-2001 », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 94, n° 4 (2003), p.272-274.
- Jackson, S., J. Bijstra, L. Oostra et H. Bosma. « Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development », *Journal of Adolescence*, vol. 21 (1998) p. 305-322.
- Jensen, B. et B.B. Jensen. *Adolescents' views on health, inequality in health and action for health*. Copenhagen (Danemark), The Danish University of Education, 2002.
- Jessor, R. « Risk behaviour in adolescence: A psychological framework for understanding and action », *Journal of Adolescent Health*, vol. 12 (1991), p.597-605.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Following E. R.: Teen inhalant abuse*, 2001. <http://er.jhsph.edu/ERwork/032901.htm>.
- Johnston, L.D., P.M. O'Malley et J.G. Bachman. *National survey results on drug use from The Monitoring of the Future study, 1975-1993*, National Institute on Drug Use, Bethesda, Maryland, 1994.
- Johnston, L.D., P.M. O'Malley et J.G. Bachman. « Alcohol use among adolescents », *Alcohol Health and Research World*, vol. 22, n° 2 (1998), p. 85-93.
- Johnston, L.D., P.M. O'Malley et J.G. Bachman. *Monitoring the Future: National results on drug use: Overview of key findings, 2000*, National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland, 2001. (NIH Publication n° 01-4).

- Johnston, L.D., P.M. O'Malley et J.G. Bachman. « Demographic subgroup trends for various licit and illicit drugs, 1975-2001 », *Monitoring the future: Occasional paper No. 57*. Ann Arbor, Michigan, Institute for Social Research, 2002. <http://monitoringthefuture.org>. Overview of key findings, 2000. (Résumé des constatations clés)
- Joubert, N. et T. Stephens. « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 1, 2001.
- Kandel, D.K. et P. Wu. « The contribution of mothers and fathers to the intergenerational transmission of cigarette smoking in adolescence », *Journal of Research on Adolescence*, vol. 5 (1995), p. 225-252.
- Kennedy, B.P., I. Kawachi et D. Prothrow-Stith. « Income distribution and mortality: A cross-sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States », *British Medical Journal*, vol. 312 (1998) p. 1004-1007.
- Key, J.D. et L.D. Marsh. « Missed opportunities for prevention: Failure to identify smoking in the parents of adolescent patients », *Substance Abuse*, vol. 23, n° 4 (2002), p. 215-221.
- King, A.J.C. et B.J. Coles. *Nos jeunes, leur santé : opinions et comportements des 11, 13 et 15 ans au Canada et dans 10 autres pays*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1992.
- King, A.J.C., B. Wold, C. Tudor-Smith et Y. Harel. *The health of youth: A cross-national survey*, Publications régionales de l'OMS, Série européenne, n° 69, 1996.
- King, A.J.C., W.F. Boyce et M.A. King. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Service des publications de Santé Canada, Ottawa, Ontario, 1999.
- Kuttler, A.F., A.M. La Greca et M.J. Prinstein. « Friendship qualities and social-emotional functioning of adolescents with close, cross-sex friendships », *Journal of Research on Adolescence*, vol. 9, n° 3 (1999) p. 339-366.
- Larson, R. et M.H. Richards. « Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts », *Child Development*, vol. 62, n° 2 (1991) p. 284-300.
- Leaper, C., K.J. Anderson et P. Sanders. « Moderators of gender effects on parents' talk to their children », *Developmental Psychology*, vol. 34 (1998) p. 3-27.
- Leblanc, C.M.A. (2003). The growing epidemic of child and youth obesity : Another twist? *Canadian Journal of Public Health*, 94 (5) :329
- Lescohier, I. et S. Scavo-Gallagher. « Unintentional injury », dans *Handbook of adolescent health-risk behaviour*, p.225-258, sous la direction de R.J. DiClemente, W.B. Hansen et L.E. Ponton, Plenum Press, New York (NY), 1996 .
- Lundy, B., F. Tiffany, C. McBride, T. Field et S. Largie. « Same-sex and opposite-sex best friend interactions among high school juniors and seniors », *Adolescence*, vol. 33, n° 130 (1998) p. 279-290.
- Ma, X. et D.A. Klinger. « Hierarchical linear modelling of student and school effects on academic achievement », *Revue canadienne de l'éducation*, vol. 25 (2000) p. 41-55.
- Maccoby, E.E. « Gender and relationships: A developmental account » *American Psychologist*, vol. 45 (1990) p. 513-520.
- Machenbach, J., A. Kunst et G. Cavelaars et le EU working group on socio-economic inequalities in health. « Socio-economic inequalities and morbidity in western Europe », *Lancet*, vol. 349 (1997) p. 1655-1659.
- Mahoney, J.L. et H. Stattin. « Leisure activities and adolescent antisocial behaviour: The role of structure and social context », *Journal of Adolescence*, vol. 23 (2000), p.113-127.
- Martin. M.O., I.V.S. Mullis, E.J. Gonzalez. K.D. Gregory, T.A. Smith, R.A. Chrostowski et al. (1999). *TIMSS 1999 International Science Report*. Boston : Lynch School of Education. Boston College. http://timss.bc.edu/timss1999i/science_achievement_report.html.
- McBride, C. et T. Field. « Adolescent same-sex and opposite-sex best friend interactions », *Adolescence*, vol. 32, n° 127 (1997) p. 515-523.
- McHale, S.M., A.C. Crouter et C.J. Tucker. « Free-time activities in middle childhood: Links with adjustment in early adolescence », *Child Development*, vol. 72 (2001), p.1764-1778.

McMaster, L., J. Connolly, D.J. Pepler et W.M. Craig. « Peer to peer sexual harassment among early adolescents », *Development and Psychopathology*, vol. 14 (2002), p. 91-105.

Miles, G. et S. Eid. « The dietary habits of young people », *Nursing Times*, vol. n° 93 (1997), p. 46-48.

Moffitt, T.E., A. Caspi, M. Rutter et P.A. Silva. *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*, Cambridge University Press, New York (É.-U.), 2001.

Moscicki E.K. *Epidemiology of suicide*, Boston, Mass., Jossey-Bass, 1999.

Mullan, E. et C. Currie. *Social Inequalities and Adolescent Health: Cross-national Patterns from the 1998 HBSC Survey*, WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents, Copenhagen, Organisation mondiale de la santé, 2000.

Mullis I.V.S., M.O. Martin, E.J. Gonzalea, K.D. Gregory, R.A. Garden, K.M. O'Connor et al. (1999). *TIMSS 1999 International Science Report*. Boston : Lynch School of Education. Boston College. http://timss.bc.edu/timss1999i/science_achievement_report.html.

Nada-Raja, S., R. McGee et W.R. Stanton. « Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 21, n° 4 (1992) p. 471-485.

National Institute on Drug Abuse. National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services (2001). <http://www.drugabuse.gov> (NIH Publication n° 57).

National Institute on Drug Abuse. *Monitoring the future survey results* (2002). <http://www.drugabuse.gov/Newsroom?02/NR12-16.html>.

Neumark-Sztainer, D., M. Resnick et R. Blum. « Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 98 (1998), p.1449-1456.

Neumark-Sztainer, D., P.J. Hannan, M. Story, J. Croll et C. Perry. « Family meal patterns: Associations with socio-demographic characteristics and improved dietary intake among adolescents », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 103 (2003), p.317-322.

Neumark-Sztainer, D., M. Wall, C. Perry et M. Story. « Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents: Findings from Project EAT », *Preventive Medicine*, vol. 37 (2003), p. 198-208.

Noack, P. et B. Puschner. « Differential trajectories of parent-child relationships and psychosocial adjustment in adolescents », *Journal of Adolescence*, vol. 22, n° 6 (1999) p. 795-804.

Noller, P. et V. Callan. *The adolescent in the family*, Londres, Routledge, 1991.

O'Connell, P., D.J. Pepler et W.M. Craig. « Peer involvement in bullying: Insights and challenges for intervention », *Journal of Adolescence*, vol. 22 (1999), p. 437-452.

Olweus, D. *Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*, Hemisphere, Oxford (Angleterre), 1978.

Olweus, D. « Bully/victim problems among school children: Some basic facts and effects of a school-based intervention program », *The development and treatment of childhood aggression*, sous la direction de D. Pepler et K. Rubin, Hillsdale (1991), p. 411-448. NJ: Erlbaum.

Parker, J.G. et S.R. Asher. « Peer relations and later adjustment: are low-accepted children at risk », *Psychological Bulletin*, vol. 102 (1987) p. 357-389.

Pepler, D.J., W.M. Craig, S. Ziegler et A. Charach. « An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 13 (1994), p. 95-110.

Pepler, D.J., W.M. Craig et J. Connolly. « Bullying and victimization: The problems and solutions for school-aged children », fiche documentaire rédigée pour le Conseil national de prévention du crime, 1997.

Pepler, D.J. et W.M. Craig. « Making a difference in bullying », *LaMarsh Report*, Toronto, LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.

Pepler, D.J., W.M. Craig, J. Connolly et K. Henderson. « Aggression and substance use in early adolescence: My friends made me do it. », *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*, sous la direction de C. Werkle et A.M. Wall, Philadelphie, PA, Brunner/Mazel, 2002.

- Pickett W.F. Boyce, M. Garner, M.A. King et « Gradients in risk for youth injury associated with multiple risk behaviours: a study of 11,329 Canadian children », *Social Science and Medicine* 2002; vol. 55, n° 5 (2002), p. 1055-68.
- Pickett W., H. Schmid, W.F. Boyce, K. Simpson, P.C. Scheidt, J. Mazur, M. Molcho, M.A. King, E. Godeau, M. Overpeck, A. Aszmann, M. Szabo et Y. Harel. « Multiple risk behaviour and injury: an international analysis of young people », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 156, n° 8 (2002), p. 786-793.
- Polaneczky, M. « Adolescent contraception ». *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 10(3) (1998), p. 213-219.
- Poulin, C. « Medical and non-medical stimulant use among adolescents: From sanctioned to unsanctioned use », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, n° 8 (2001), p. 1039-1044.
- Poulin, C. et L. Graham. « The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students », *Addiction*, vol. 96, n° 4 (2001), p. 607-621.
- Rapports sur la santé. « Pratiques personnelles de santé : usage de tabac et d'alcool, activité physique et poids », *Statistique Canada*, n° 82-003 au catalogue, vol. 11, n° 3 (1999), p. 83-90.
- Reed, M.D. et P.W. Rountree (1997). Peer pressure and adolescent substance use. *Journal of Quantitative Criminology*, 13(2):143-180
- Resnick, M., P.S. Bearman, R.W. Blum, K.E. Bauman, K.M. Harris, J. Jones, J. Tabor, T. Beuhring, R. E. Sieving, M. Shew, M. Ireland L. H. Bearinger et J. R. Udry (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278 (10):823-832.
- Resnick, M.D. (2000). Resilience and protective factors in the lives of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27:1-2.
- Reynolds, L.K, J.H. O'Koon, E. Papademetriou et S. Szczygiel. « Stress and somatic complaints in low-income urban adolescents », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 30 (2001), p. 499-514.
- Rivara, F.P., D.C. Grossman et P. Cummings. « Injury prevention: First two parts », *New England Journal of Medicine*, vol. 337 (1987), p. 543-548.
- Robitaille, D.F., A.R. Taylor et G. Orpwood. *The Third International Mathematics and Science Study, TIMSS-Canada Report Vol. 1: Grade 8*, Boston College, Chestnut Hill (Boston), 1996.
- Sallis, J.F., J.J. Prochaska et W.C. Taylor. « A review of correlates of physical activity of children and adolescents », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 32 (2000), p. 963-975.
- Samdal, O., D. Nutbeam, B. Wold et L. Kannas. « Achieving health and education goals through schools: A study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school », *Health Education Research*, vol. 13 (1998) p. 383-397.
- Santé Canada. *Action Towards Healthy Eating: Canada's Guidelines for Healthy Eating and Recommended Strategies for Implementation*, Rapport du Comité des communications et de la mise en application. Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada (1990).
- Santé Canada. *Cas rapportés et taux de MTS au Canada*. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose (mises à jour) (2002) www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/std-mts/stddata1201/tab1-1_e.html.
- Santé Canada. *Données sur les blessures au Canada : décès (1997) et hospitalisations (1996-1997)*, Division des blessures chez les enfants, Ottawa, 1999.
- Santé Canada. *Le guide alimentaire canadien pour manger sainement – Renseignements sur les enfants de 6 à 12 ans : historique*, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Ottawa (Ontario), 2003. http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/focus_child_e.html
- Santé Canada. *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population – Document de travail* (non publié), 1996.
- Santé Canada. *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens* (n° au catalogue : H39-316/1994F), Service des publications de Santé Canada, Ottawa, 1994.

Santé Canada. *Vers un modèle de promotion de la santé de la population*, 2000. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthpromotiondevelopment/pube/php/php3.htm>

Savin-Williams, R.C. et T.J. Berndt. « Friendship and peer relations », dans *At the threshold: The developing adolescent*, sous la direction de S.S. Feldman et G.R. Elliott, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1990.

Schneider, B.H. (2000). *Friends and enemies: Peer relations in childhood*. New York: Oxford University Press.

Sharabany, R., R. Gershoni et J.E. Hofman. « Girlfriend, boyfriend: Age and sex differences in intimate friendship », *Developmental Psychology*, vol. 17 (1981) p. 800-808.

Sieving, R.E., C.L. Perry et C.L. Williams. « Do friendships change behaviours, or do behaviours change friendships? Examining paths of influence in young adolescents' alcohol use », *Journal of Adolescent Health*, vol. 26 (2000) p. 27-35.

Steinberg, L., S.D. Lamborn, M. Sanford et N. Darling. « Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement and encouragement to succeed », *Child development*, vol. 63 (1992) p. 1266-1281.

Stewart, G. « Active living: The miracle medicine for a long and happy life », Human Kinetics, Windsor (Ontario), 1995.

Tashkin, D.P. « Is frequent marijuana smoking harmful to health? », *Western Journal of Medicine*, vol. 158 (1993), p. 635-637.

Taylor, S., T. Field, R. Yando, K.P. Gonzalez, J. Harding, D. Lasko, C. Mueller et D. Bendell. « Adolescents' perceptions of family responsibility-taking », *Adolescence*, vol. 32 (1997). p. 969-976.

The McCreary Centre Society. « Healthy Connections: Listening to B.C. Youth », *Adolescent Health Survey II*, The McCreary Centre Society, Burnaby (Colombie-Britannique), 1999.

The National Center on Addiction and Substance Abuse. *The formative years: Pathways to substance abuse among girls and young women ages 8-22*, The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (2003). www.casacolumbia.org.

Tonkin, R.S. « Marijuana use in adolescence », *Paediatric Child Health*, vol. 7, n° 2 (2002), p. 73-75.

Torsheim, T. et B. Wold. « School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study », *Journal of Adolescent Research*, vol. 16 (2001), p. 293-303.

Vuchinich, S. et B. de Baryshe. « Factor structure and predictive validity of questionnaire reports on family problem solving », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 59 (1997), p. 915-927.

Wade, T.J., J. Cairney et D.J. Pevalin. « Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41 (2002), p. 190-198.

Waldie, K.E. « Childhood headache, stress in adolescence, and primary headache in young adulthood: A longitudinal cohort study », *Headache*, vol. 41, n° 1 (2001), p. 1-10.

Wang, J., L. Wildman et G. Calhoun. « The relationships between parental influence and student achievement in seventh grade mathematics », *School Science and Mathematics*, vol. 96 (1996) p. 395-399.

Wells, J. « Promoting emotional well-being in schools », dans *Promoting children's emotional well-being*, sous la direction de A. Buchanan et B. Hudson, p. 161-192. Oxford University Press, Londres, 2000.

Wright, P.H. « Men's friendships, women's friendship and the alleged inferiority of the latter », *Sex Roles*, vol. 8 (1982) p. 1-20.

Zapert, K., D.L. Snow et J.K. Tebes. « Patterns of substance use in early through late adolescence », *American Journal of Community Psychology*, vol. 30, n° 6 (2002), p. 835-852.

Zullig, K.J., R.F. Valois, S.E. Huebner, J.E. Oeltmann et W.J. Drane. « Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse », *Journal of Adolescent Health*, vol. 29, n° 4 (2001), p. 279-288.