Louise GUYON

Chercheure , Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

(novembre 1996)

“Les jeunes femmes”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

"Les jeunes femmes".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 11, pp. 181-202. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 22 juillet 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“Les jeunes femmes”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DERRIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 11, pp. 181-202. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Table des matières

[Introduction](#)

[L'usage du tabac, abandon ou regain ?](#)

[Contraceptifs oraux et tabagisme](#)

[L'alcool et la drogue, une affaire de jeunes ?](#)

[Une image de soi hypocolorique](#)

[Il y a aussi les MTS et le sida](#)

[Vécu amoureux](#)

[Les comportements sexuels à risque](#)

[La difficulté de vivre](#)

[La détresse psychologique](#)

[Les pensées et les gestes suicidaires](#)

[Faits saillants](#)

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“Les jeunes femmes”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 11, pp. 181-202. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

La littérature scientifique sur les adolescentes est abondante, mais beaucoup plus spécifique que globale, en ce sens que les études portent sur des aspects très précis, comme la contraception, l'image corporelle, les maladies transmissibles sexuellement (MTS), le tabagisme ou la détresse psychologique. Par contre, la situation des jeunes femmes est moins documentée et cela est probablement dû au fait qu'il s'agit d'un groupe moins défini ; dans certaines études, elles sont comprises avec les adolescentes, alors que d'autres les incluent dans une catégorie plus large (par exemple les femmes de 20 à 44 ans). Il sera ici question des femmes âgées de 15 à 24 ans et, comme ce groupe comporte à la fois des adolescentes et des jeunes adultes, les données seront présentées en séparant les 15-19 ans et les 20-24 ans. Afin de bien démarquer les particularités des jeunes, des comparaisons seront établies avec les femmes de 25 ans et plus.

Les adolescentes et les jeunes femmes se disent généralement en bonne santé physique ; par contre, elles manifestent plus de problèmes d'ordre psychologique que leurs aînées. Elles sont également à une période de leur vie où elles adoptent des attitudes et des comportements qui auront des effets à long terme sur leur santé. C'est pourquoi trois problématiques sont abordées dans ce chapitre : les habitudes de

vie à partir de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool et du poids corporel, les attitudes et les comportements face aux MTS et au sida et, finalement, la santé psychologique.

figure 11.1

TYPES DE FUMEURS

selon l'âge et le sexe, Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993.

L'usage du tabac, abandon ou regain ?

[Retour à la table des matières](#)

Si, de tout temps, les hommes ont fumé plus que les femmes, depuis quelques années, les jeunes femmes ont renversé la tendance et se sont révélées de plus grandes fumeuses que les jeunes hommes. Les études sur le tabagisme, au Québec et au Canada, ont largement fait état de cette situation et surtout du fait que les jeunes femmes constituaient le seul groupe resté imperméable aux campagnes antitabac. Les jeunes Québécoises étaient les plus nombreuses à fumer régulièrement la cigarette et contribuaient pour la plus large part à l'augmentation du tabagisme chez les jeunes au Canada. Qu'en est-il en 1992-1993, alors que le mouvement antitabac accentue ses représentations et que les risques associés à l'habitude de fumer sont de mieux en mieux documentés ?

Au moment de l'enquête, plus du quart des jeunes femmes et des jeunes hommes admettaient fumer régulièrement la cigarette (figure 11.1 et tableau 11.8, en annexe). À l'opposé, 41% des jeunes femmes déclaraient n'avoir jamais fumé, 9% le faisaient de façon occasionnelle et 23% avaient abandonné l'usage du tabac. Cette dernière pratique est surtout le fait des 15-17 ans, puisque la proportion d'anciennes fumeuses est passée, chez elles, de 17% à 24% entre les deux enquêtes (voir tableau 11.9, en annexe, pour la situation de 1987). On peut poser l'hypothèse que l'augmentation du coût des cigarettes aura joué un rôle plus important que les campagnes de prévention, puisqu'on ne note pas de différences significatives* dans la catégorie « jamais fumé ». Autrement dit, la proportion des jeunes femmes qui n'ont pas commencé à fumer n'a pas augmenté entre 1987 et 1992- 1993, comme on aurait pu s'y attendre.

Entre 1987 et 1992, l'usage régulier de la cigarette a sensiblement diminué chez les 15-24 ans ; cette baisse est particulièrement significative parmi les femmes de 20 à 24 ans chez qui la proportion de fumeuses régulières est passée de 42% à 31% (on pourra consulter le tableau 11.6, en annexe, pour la situation de 1987). Durant la même période, l'écart entre les hommes et les femmes a diminué à tous les âges, écart qui est imputable en grande partie à la diminution du tabagisme chez les jeunes femmes. C'est ainsi qu'en 1992-1993, la proportion des jeunes qui fumaient régulièrement était la même chez les jeunes femmes et les jeunes hommes, soit 27% (figure 11.2 et tableau 11.1 0A, en annexe).

On note également une évolution quant au nombre de cigarettes fumées quotidiennement chez les fumeurs (figure 11.3 et tableau 11.10B, en annexe). En effet, la proportion de fumeuses qui consommaient plus de 26 cigarettes par jour est passée de 4,7% à 1,6% entre les deux enquêtes. En contrepartie, le pourcentage de celles qui fu-

maient des petites quantités (une à dix cigarettes) a sensiblement augmenté (33% à 45%). La baisse du tabagisme, chez les jeunes femmes, s'est donc opérée à deux points de vue : l'abandon de la cigarette et la diminution de la consommation quotidienne.

Par ailleurs, la proportion de fumeuses régulières est toujours significativement plus élevée chez les jeunes femmes des milieux pauvres et très pauvres. Parmi elles, quatre femmes sur dix sont des fumeuses régulières, comparativement à deux sur dix chez celles qui sont plus favorisées économiquement.

Bref, un peu plus d'une jeune femme sur quatre est une fumeuse régulière. Une grande attention a été portée à cette consommation dans les médias et les milieux de la santé publique. Et pourtant, elles fument moins que leurs consœurs plus âgées (25 à 44 ans) et autant que les hommes de leur âge. Il est vrai qu'au cours des dernières décennies, la consommation quotidienne des jeunes femmes avait parti-

culièrement augmenté. Peut-on affirmer que c'est maintenant chose du passé ? Puisqu'elles ont rejoint la consommation des hommes du même âge, doit-on encore en faire une priorité dans les campagnes publiques de promotion de la santé ?

Dans son rapport sur l'ESS (1995), Santé Québec fait la remarque suivante : « L'enquête sociale et de santé 1992-1993 a été menée au moment où la société québécoise était le plus divisée sur la question du bien-fondé de l'imposition de taxes élevées sur les produits du tabac. Les groupes de pression pour maintenir les taxes n'ont pas fait le poids face au lobby des groupes d'intérêt et aux combattants de la contrebande. Ainsi, le 9 février 1994, le gouvernement fédéral a décidé de diminuer les taxes sur le tabac. Dans quelques années, il pourrait être intéressant de mesurer l'impact de cette décision. » En effet, il faut du temps pour mesurer la portée de telles décisions politiques ; cependant, l'enquête sur le tabagisme au Canada (Santé Canada, 1994) conclut : « L'incidence du tabagisme chez les femmes a baissé depuis 1981. La baisse la plus importante s'est manifestée chez les adolescentes de 15 à 19 ans et les jeunes femmes de 20 à 24 ans, quoique la majeure partie de cette baisse se soit produite avant 1986. La présente enquête menée en mai 1994 indique un changement dans cette tendance et une hausse de l'incidence pour ces deux groupes d'âge depuis 1991 [...] Neuf pour cent des femmes ont dit fumer plus en mai qu'en janvier 1994, dont neuf pour cent en raison de la baisse des prix. C'est chez les adolescentes que l'on retrouve le plus souvent cette attitude. » La même enquête souligne que c'est au Québec que l'on retrouve la plus forte proportion de fumeuses régulières. À la lumière de ces derniers résultats, une augmentation du tabagisme serait en cours chez les très jeunes femmes ; s'agit-il d'un indicateur du moment ou d'un réel mouvement vers une augmentation de la consommation de la cigarette chez elles ? C'est, bien sûr, une tendance qu'il conviendra de suivre attentivement dans les prochaines années, compte tenu des effets du tabac sur la santé.

Contraceptifs oraux et tabagisme

[Retour à la table des matières](#)

Si le tabagisme à lui seul constitue un risque pour la santé, il peut se créer un facteur de synergie qui va faire augmenter considérablement le risque lorsqu'il est combiné à d'autres habitudes. Ainsi, la combinaison tabac-anovulants est considérée maintenant comme présentant un risque accru de maladies de l'appareil circulatoire (ex. : thromboses cérébrovasculaires ou cardiovasculaires). De façon générale, on estime que les décès attribuables aux contraceptifs oraux sont causés, six fois sur dix, par la consommation concomitante de tabac (Santé Québec, 1995, vol. 1, p. 178). Cette information est, en principe, largement diffusée auprès de la population par les campagnes d'information publiques, les organismes de prévention, les médias et les professionnels de la santé. Qu'en est-il du comportement des jeunes femmes ?

Tableau 11.1
CONSOMMATION D'ANOVULANTS
selon l'âge, Québec, 1987 et 1992-1993

GROUPE D'ÂGE	1987	1992-1993	1992-1993
	%	%	population estimée
15-17 ans	28,5	32,2	45 115
18-19 ans	54,8	56,7	49 451
20-24 ans	58,0	49,2	113 205
25-34 ans	30,0	23,4	142 205
35-44 ans	4,6	2,9 *	17 864
Total	27,5	21,9	367 840
* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence. Source : Santé Québec, <i>Et la santé, ça va en 1992-1993, tome 1, chapitre 10, p. 179</i>			

Quarante-cinq pour cent des femmes âgées de 15 à 24 ans prennent régulièrement des anovulants. Si cette consommation a baissé depuis 1987 pour l'ensemble des femmes en âge de procréer, elle a connu une augmentation chez les adolescentes (elle est actuellement de 32% chez les 15-17 ans et de 57% chez les 18-19 ans) (tableau 11.1). Plus du quart (29%) des consommatrices d'anovulants âgées de 15 à 24 ans sont aussi des fumeuses régulières ; cette proportion est particulièrement élevée dans le groupe des 15-17 ans (36%) et l'association anovulants-cigarette est significative* chez elles, ce qui n'est pas le cas des jeunes femmes de 18 ans et plus.

Tableau 11.2
PROPORTION DE FUMEUSES PARMI LES FEMMES
QUI PRENNENT OU NON DES ANOVULANTS
 population féminine de 15 à 24 ans, Québec, 1987 et 1992

GROUPE D'ÂGE		PREND DES ANOVULANTS		NE PREND PAS D'ANOVULANTS	
		%	[I.C.]	%	[I.C.]
15-17 ans	1992	35,5	[22,1-48,9]c	15,9	[8,8-23,0]d
	1987	50,0	[33,4-66,6]c	18,2	[10,0-26,4]d
18-19 ans	1992	24,2	[12,7-35,7]d	27,6	[14,0-41,2]d
	1987	41,3	[26,4-56,2]c	15,8	[4,0-27,6]e
20-24 ans	1992	31,4	[23,2-39,6]c	30,3	[22,3-38,3]c
	1987	48,1	[39,5-56,7]b	32,7	[23,1-42,3]c
Sources : Santé Québec 1987 et ESS 1992-1993.					

Par ailleurs, la situation s'est sensiblement améliorée depuis 1987, puisque l'on constate une baisse du tabagisme chez les utilisatrices d'anovulants. Cette baisse est particulièrement marquée chez les femmes âgées de 18 et 19 ans, qui sont également les plus grandes utilisatrices d'anovulants (tableau 11.2).

Même si le risque associé au tandem anovulants-tabac est plus accentué après l'âge de 35 ans, le fait qu'un nombre aussi important de jeunes femmes s'engagent dans des habitudes de vie qui peuvent compromettre leur santé et leur vie de façon précoce devrait nous alerter. Cette constatation est importante car elle suscite d'autres questions : cette consommation de cigarettes va-t-elle continuer toute leur vie ou s'agit-il d'un effet de génération ? On peut s'interroger aussi sur l'accord tacite des milieux professionnels et de la société ¹ pour qui le risque des grossesses à l'adolescence prime sur tous les autres. A-t-on véritablement cherché d'autres solutions à la contraception chez les adolescentes ? Doit-on chercher d'abord à agir sur l'habitude de fumer ? Ce sont là des questions sur lesquelles il faut se pencher sérieusement et, face à la montée des maladies sexuellement transmissibles et du sida, les enjeux deviennent plus complexes. Ils mettent en perspective des conflits entre des objectifs de santé publique et des systèmes de valeurs en mutation. Mais on oublie trop souvent que l'enjeu ultime peut être la santé des jeunes femmes. La recherche devra, de toute évidence, étudier l'ensemble de ces questions afin d'apporter des solutions pertinentes et réalistes aux jeunes femmes ainsi qu'à celles et ceux qui interviennent auprès d'elles.

Pour élaborer des pratiques d'intervention, il sera intéressant de mieux connaître les caractéristiques des jeunes filles et des jeunes femmes qui fument de façon régulière et surtout leurs motivations quant à la décision de s'engager dans le tabagisme et d'y persister. Quels sont les liens que l'on peut établir entre le fait de fumer et l'image de soi ? La montée du tabagisme chez les femmes a souvent été associée à une modification de l'image et du rôle des femmes : le fait de fumer a déjà été considéré comme un symbole de libération. Est-ce encore le cas aujourd'hui ? Si l'on ajoute à cela la crainte de prendre du poids, associée à l'arrêt de l'usage de la cigarette (de nom-

---

¹ La pilule anovulante est aussi le choix des jeunes femmes qui semblent la préférer à d'autres moyens contraceptifs (étude faite à Montréal en 1995 et citée dans La Presse du 18 février 1996).

breuses jeunes femmes décident même de commencer à fumer en espérant que cela les aidera à maigrir ou à rester minces), on comprendra que la tendance au tabagisme reste très forte chez les femmes de cet âge (Santé et Bien-être social Canada, 1988). Toute activité sanitaire destinée à réduire l'usage de la cigarette chez elles devra nécessairement tenir compte de ces réalités. L'importance du tabagisme chez les jeunes filles de milieux défavorisés est aussi un élément d'information à considérer dans les programmes de santé publique qui visent ces populations.

L'alcool et la drogue, une affaire de jeunes ?

[Retour à la table des matières](#)

Au chapitre 6, qui porte sur la consommation d'alcool et de drogue, il a été fait mention des modes de consommation des jeunes de 15 à 24 ans en comparaison de ceux des plus âgés. À l'instar de l'ensemble de la population, quatre jeunes sur cinq (83%) consomment de l'alcool de façon régulière et il n'y a pas de différences significatives* entre les sexes (tableau 11.3). Depuis 1987, la proportion des buveuses habituelles a légèrement diminué, mais cela est dû à la consommation des 18-24 ans ; la consommation régulière d'alcool a légèrement augmenté chez les adolescentes et les adolescents (15-17 ans).

Les femmes boivent moins que les hommes et c'est un phénomène que l'on retrouve à tous les âges ; par contre, le boire des jeunes filles se distingue de celui des autres femmes par une plus grande proportion d'épisodes de forte consommation (nombre de fois où l'on a bu cinq consommations ou plus en une seule occasion) (tableau 11.4).

Tableau 11.3
BUVEURS ACTUELS
selon l'âge et le sexe, Québec, 1987 et 1992-1993

SEXE	GROUPE D'ÂGE	1987	1992-1993	
		%	%	P.E.
Hommes	15-17 ans	67,2	76,2	113 819
	18-19 ans	91,4	85,6	77 226
	20-24 ans	90,9	90,6	215 100
	Total	83,8	85,1	406 145
Femmes	15-17 ans	69,8	73,3	103 695
	18-19 ans	89,7	84,2	74 107
	20-24 ans	90,4	83,9	194 037
	Total	84,3	80,7	371 839
Sexes réunis	15-17 ans	68,5	74,8	217 514
	18-19 ans	90,6	84,9	151 333
	20-24 ans	90,6	87,3	409 137
	Total	84,0	83,0	777 984
P E. : population estimée.				
Source : Santé Québec 1995, tome 1, tableau 3.6, p. 47.				

Au cours de l'année précédant l'enquête, parmi les jeunes femmes qui ont bu de façon régulière, 27% ont bu cinq consommations ou plus, et ce, cinq fois ou plus, ce qui les place dans une catégorie comportant des risques ; ces risques ont principalement trait aux intoxications et aux accidents. Les jeunes hommes sont deux fois plus nombreux à adopter ce mode de consommation d'alcool et, jusqu'à 45 ans, les taux des buveurs vont demeurer élevés (entre 40% et 50%), alors que les jeunes femmes vont rapidement abandonner cette façon de consommer à partir de 25 ans. Il y a probablement là un effet d'âge, c'est-à-dire que le fait de consommer de grandes quantités d'alcool au cours de la même occasion est un comportement plus souvent associé au jeune âge. Par ailleurs, dans le cas des jeunes femmes, il y a probablement un effet de génération qui s'y rajoute. Cette situation se retrouve dans la plupart des enquêtes portant sur la consommation d'alcool, particulièrement en Amérique du Nord. Wilsnack et Wilsnack (1991) parlent d'une « convergence » entre les modes de consomma-

tion des jeunes hommes et des jeunes femmes. Ils relient cette situation à des changements observés pour ces générations dans les contextes et les partenaires de consommation, ainsi que dans les situations familiales et professionnelles. Ils suggèrent que les prochaines enquêtes nationales, américaines et canadiennes continuent à suivre de près les modifications dans le boire excessif des jeunes femmes.

Tableau 11.4
NOMBRE DE FOIS OÙ UNE PERSONNE A PRIS CINQ CONSOMMATIONS OU PLUS EN UNE SEULE OCCASION AU COURS DES 12 MOIS AYANT PRÉCÉDÉ L'ENQUÊTE
 selon l'âge et le sexe, Québec, 1992-1993

SEXE	groupe d'âge	aucune %	1-2 fois %	3-4 fois %	5 fois et plus %
Hommes					
	15-24 ans	19,7	19,5	11,1	49,7
	25-44 ans	27,5	20,7	11,4	40,4
	45-64 ans	43,7	15,2	9,8	31,3
	65 ans et +	67,2	13,8	4,8*	14,3
	Total	33,5	18,5	10,4	37,6
Femmes					
	15-24 ans	33,0	29,0	11,2	26,9
	25-44 ans	55,0	21,4	8,1	15,5
	45-64 ans	72,1	12,7	5,7	9,5
	65 ans et +	87,4	6,9**	2,7**	3,0**
	Total	57,6	19,6	7,7	15,2
Sexes réunis					
	15-24 ans	26,1	24,0	11,1	38,7
	25-44 ans	41,0	21,0	9,8	28,2
	45-64 ans	57,1	14,0	7,8	21,1
	65 ans et +	76,2	10,7	3,8*	9,2*
	Total%	45,1	19,0	9,1	26,8
	P.E.	1 898 178	800 228	381 785	1 130 284
P.E. : population estimée. * Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence ; ** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.					
Source : Santé Québec 1995, tome 2, tableau 4.4, p. 94.					

Par ailleurs, l'Enquête sur la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans (Santé Québec, 1991) fait ressortir une association entre la consommation d'alcool et le vécu sexuel. L'initiation aux boissons alcoolisées précéderait l'initiation à la vie sexuelle et une plus grande consommation serait associée à une plus grande précocité des activités sexuelles. De plus, la consommation d'alcool (ou d'une autre drogue) lors de la première relation sexuelle aurait un effet négatif sur l'utilisation du condom (tableau 11.5).

Tableau 11.5
UTILISATION DU CONDOM
 selon la consommation d'alcool et/ou d'autres drogues
 lors de la première relation sexuelle, Québec, 1991

Consommation d'alcool et/ou d'autres drogues à la première relation sexuelle	N = 2 281		Population estimée	Condom à la première relation sexuelle	
				OUI	NON
				%	%
Oui	262	12,2%	159 696	26,3	73,7
Non	2 019	87,7%	1 134 993	44,5	55,5
Total	2 281	100,0%	1 294 689	42,3	57,7
Source : Santé Québec 1992, tableau 22, p. 32.					

Selon l'auteure de cette étude, près de 155 000 adolescents, adolescentes et jeunes adultes (âgés de 15 à 29 ans) auraient vécu leur première relation sexuelle sans protection ; c'est parmi les buveurs et les buveuses que l'on retrouve la plus grande proportion de jeunes dont

les comportements sexuels comportent des risques élevés ², soit 24%. Ces résultats valent pour l'ensemble des jeunes et n'ont malheureusement pas été analysés en tenant compte du sexe. Cependant, l'établissement de risques associés aux comportements sexuels, en relation avec la consommation de substances psychoactives*, apporte un éclairage particulier sur l'interprétation des résultats de l'enquête sociale et de santé de 1992-1993.

Une image de soi hypocalorique

[Retour à la table des matières](#)

Les hommes et les femmes ont des perceptions sensiblement différentes de leur image corporelle, on l'a vu au chapitre 6. Pour les uns comme pour les autres, une attitude négative face à son corps est associée à une faible estime de soi, mais cette relation est significativement* plus forte chez les femmes que chez les hommes (Connor-Greene, 1988 ; Mintz et Betz, 1986). Elles accorderaient plus d'importance qu'eux à l'apparence physique et seraient plus portées à adopter une grande variété de stratégies pour perdre du poids, incluant des moyens reconnus comme dangereux pour leur santé ³ (Klesges, Mizes et Klesges, 1987). Par ailleurs, selon Garner et al. (1985), de fréquents changements de poids corporel peuvent constituer un plus grand risque pour la santé que l'obésité. Les recherches portant sur les pressions sociales et culturelles et l'apparence physique ont montré que, dès l'enfance, les femmes sont encouragées à être délicates et minces (Freedman, 1984). Les adolescentes considèrent que la minceur est

---

² Le risque est élevé lorsque les jeunes n'ont pas utilisé le condom lors de relations avec un partenaire occasionnel peu connu, un partenaire utilisateur de drogues intraveineuses, ou lors de relations anales.

³ Chez les adolescentes, les laxatifs et les vomissements provoqués sont utilisés comme méthodes de contrôle du poids, ce qui est très rare chez les adolescents (Connor-Greene, 1988).

une condition essentielle à leur réussite sociale et même professionnelle (Connor-Greene, 1988).

figure 11.4

CATÉGORIES DE POIDS

selon le sexe, population de 15 à 24 ans, Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993.

Les résultats de l'ESS montrent qu'à l'instar de l'ensemble de la population, les jeunes femmes se situent en majorité dans la catégorie « poids santé ⁴ ». Par ailleurs, on retrouve chez elles les plus fortes proportions d'insuffisance de poids (20% entre 15 et 19 ans et 30% entre 20 et 24 ans). Elles se distinguent ainsi des femmes plus âgées,

⁴ L'analyse des données de l'enquête présente généralement quatre catégories de poids (poids insuffisant, poids santé, début d'excès de poids et surpoids). Ces quatre catégories ne sont cependant pas utilisables pour les 15-19 ans et les 65 ans et plus, étant donné que l'indice de Quételet* n'est considéré comme fiable et valide que pour les 20-64 ans. Pour reconstruire les tableaux en y incluant les 15-19 ans et les 20-24 ans on doit se restreindre à trois catégories.

mais également des jeunes hommes, ce qui vient confirmer leur souci de contrôler leur poids (figure 11.4 et tableau 11.11, en annexe).

Ces résultats remettent en question la pertinence des politiques et des programmes de santé publique qui mettent l'accent sur les problèmes d'excès de poids et d'obésité. Même si ces problèmes sont associés à une série de pathologies et présentent des risques pour la santé ⁵, la possibilité que l'on occulte ainsi les risques liés à l'insuffisance de poids doit être envisagée, particulièrement si celle-ci présente un idéal chez les jeunes femmes, comme semblent l'indiquer les données du tableau 11.6.

On a vu dans la première partie qu'entre 20 et 64 ans, plus de trois femmes sur quatre désirent perdre du poids comparativement à 59% des hommes (chapitre 6). Les adolescentes ont, à cet égard, des comportements très semblables à ceux de leurs aînées, alors que les jeunes hommes du même âge (14 à 19 ans) sont beaucoup moins nombreux à désirer perdre du poids. En fait, ces derniers souhaitent plutôt une augmentation de leur masse corporelle (c'est le souhait de 48% d'entre eux), ce qui correspond également aux normes de l'idéal corporel masculin qui tend vers un développement musculaire important.

Certains résultats sont particulièrement éloquents ; par exemple, 25% des adolescentes qui ont déjà un poids insuffisant désirent maigrir, et c'est le cas également de 41% des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans. Peut-on alors parler d'anorexie ? Selon certaines recherches, la combinaison « insuffisance de poids + désir de maigrir » serait une indication suffisante. Une recherche sur l'anorexie à partir des données de Santé Québec 1987 (Gagnon, 1989) délimitait trois groupes vulnérables : les personnes de poids insuffisant qui désirent maigrir, celles

---

⁵ Selon des études américaines, l'obésité est en augmentation et de nombreux risques pour la santé ont été associés à l'embonpoint durant l'adolescence : hypertension, maladies respiratoires, problèmes orthopédiques, diabète et maladies lipidiques (Gortmaker et al., 1993 et 1990 ; Ross et al., 1987 ; Shear et al., 1998.)

qui ont un poids normal et qui désirent atteindre un poids insuffisant, et enfin celles qui ont un poids insuffisant et qui souhaitent conserver ce poids. Dans chacune des catégories, on notait une forte représentation de jeunes femmes. Les mises en garde quant à l'utilisation de l'indice de masse corporelle* chez les adolescentes incitent à user de prudence dans l'application de telles catégories à partir des données de l'enquête. Sans poser un jugement diagnostique, on peut toutefois considérer que les jeunes femmes qui présentent à la fois une insuffisance de poids et qui manifestent le désir de maigrir sont plus à risque de développer de l'anorexie.

Tableau 11.6
DÉSIR DE MAIGRIR CHEZ LES PERSONNES
DONT LE POIDS ACTUEL EST NORMAL OU INSUFFISANT
selon l'âge et le sexe, Québec, 1992-1993

DÉSIR DE MAIGRIR	POIDS ACTUEL							
	Insuffisant				Normal			
	Hommes	Femmes			Hommes	Femmes		
Diminution légère								
15-19 ans	2,1 [-]e	20,2 [8,4-32,0]e			13,2 [8,0-18,4]d	54,8 [46,9-62,7]b		
20-24 ans	0,4 [-]e	37,3 [25,8-48,8]c			25,5 [19,1-31,9]b	47,9 [39,5-56,3]b		
Forte diminution								
15-19 ans	1,1 [-]e	5,2 [-]e			4,9 [1,6-8,2]e	29,7 [22,4-37,0]b		
20-24 ans	0,0	4,0 [-]e			3,6 [0,9 6,3]e	41,8 [33,5-50,1]b		
Source : ESS 1992-1993.32.								

La projection de l'image de soi semble jouer un rôle capital à cette période de la vie, même si cela risque de se faire au détriment de la santé. Le besoin de se conformer à des comportements partagés par les pairs (habitude de la cigarette, consommation d'alcool, comportements sexuels, image corporelle) vient interférer avec les messages sur le lien entre la santé et les habitudes de vie auxquels cette généra-

tion de femmes a pourtant été exposée plus que toute autre. La littérature scientifique montre que chez les jeunes femmes anorexiques, le sentiment d'être inadéquates, la recherche de la perfection et du contrôle sur leur corps ont été reconnus comme des facteurs jouant sur les comportements alimentaires (Swartz, 1985 ; Koff et Rierdan, 1991 ; Levinson, Powell et Steelman, 1986). Dans sa revue de la recherche sur l'attitude des enfants face aux questions de poids et d'apparence physique, Carla Rice (1993) insiste sur le fait que ces attitudes risquent d'entraîner des conséquences sérieuses au regard de la santé publique et conclut : « Il est donc essentiel que les adultes contribuent à démanteler les stéréotypes sexuels destructeurs en aidant les filles à développer leurs compétences et leurs aptitudes, en les amenant à accorder de l'importance à leurs réalisations, à leurs talents et leur personnalité. » (p. 66)

Il y a aussi les MTS et le sida

[Retour à la table des matières](#)

Si, à ses débuts au Canada, le sida a semblé toucher surtout les communautés homosexuelles, il est clair aujourd'hui qu'il frappe sans égard à l'orientation sexuelle ou au sexe. En effet, le contact hétérosexuel avec une personne infectée et l'utilisation de drogues injectables se signalent maintenant comme des modes de transmission importants qui viennent s'ajouter à la transmission par contact homosexuel. C'est notamment vrai au Québec, où le taux de transmission hétérosexuelle est près de cinq fois plus élevé que dans les autres provinces (Centre fédéral sur le sida, 1991). Les jeunes sont particulièrement exposés, compte tenu du fait qu'ils pratiquent la monogamie sérieuse durant cette période de leur vie (Sorenson, 1973). Tout comme le soulignent Bowie et Ford (1989), la fréquence la plus élevée du changement de partenaires se trouve au début de la vie active.

Le questionnaire de l'enquête sociale et de santé 1992-1993 ne comportait pas de données sur les MTS et le sida. L'enquête québécoise de 1991 auprès des jeunes a cependant permis de recueillir des données auprès d'un échantillon composé de 3 000 répondants représentatifs de la population générale québécoise âgée de 15 à 29 ans (Santé Québec, 1991).

De façon générale, les jeunes de 15 à 29 ans connaissent bien les comportements qui augmentent le risque de contracter le VIH. Entre 94% et 97% des jeunes hommes et des jeunes femmes ont répondu correctement aux énoncés se rapportant aux moyens de prévention. Leur connaissance des énoncés techniques ou cliniques ⁶ est cependant plus faible, puisque la proportion des réponses adéquates sur ce sujet varie entre 78% et 89%. Il importe de souligner que 22% des jeunes croient que l'on peut guérir du sida si on se fait soigner très tôt. Cette croyance relativement répandue est assez alarmante car elle peut facilement entraîner l'adoption de comportements risqués.

Vécu amoureux

L'enquête sur les MTS et le sida aborde également des attitudes et des comportements associés aux relations amoureuses. La notion de « vécu amoureux » y est abordée par la question : « Avez-vous présentement un "chum ou une blonde", un(e) conjoint(e) ou partenaire régulier ? » Les auteurs de l'étude ont insisté sur l'aspect subjectif de la notion de « partenaire régulier », qui n'a pas nécessairement la même signification, notamment en ce qui concerne la durée, pour un jeune de 15 ans que pour une personne approchant la trentaine.

Dans l'ensemble, les femmes (73%) plus que les hommes (62%) déclarent avoir un partenaire amoureux stable. Chez les 15-17 ans, par

---

⁶ Par exemple : « On peut être infecté par le virus du sida sans avoir de symptômes de la maladie. » Vrai ou faux ?

contre, autant de garçons que de filles ont un partenaire amoureux et plus de filles disent n'en avoir jamais eu. Les jeunes femmes ont, en moyenne, un partenaire amoureux « régulier » depuis plus longtemps que les jeunes hommes. Cette situation se manifeste de façon plus marquée chez les femmes de 25 à 29 ans, pour lesquelles la durée moyenne d'une relation est 1,4 fois plus élevée que chez les hommes. Les hommes étaient deux fois plus nombreux à entreprendre une nouvelle relation amoureuse (deux mois et moins au moment de l'enquête).

Aborder le sujet de la contraception est encore « une affaire de filles », puisque l'enquête démontre que parmi les jeunes qui ont ou qui ont déjà eu un partenaire « régulier », les femmes discutent davantage de méthodes contraceptives que ne le font les hommes. On constate que la proportion de jeunes, indépendamment du sexe, qui discutent de contraception augmente avec l'âge quoique les différences entre les sexes demeurent relativement constantes pour les divers groupes d'âge. Les écarts sont légèrement plus élevés pour le groupe des 25-29 ans (femmes : 93% ; hommes : 88%), alors qu'ils sont plus accentués chez les 15-17 ans (femmes : 74% ; hommes 65%). Par ailleurs, les discussions sur la prévention du sida et des autres MTS semblent intéresser également les femmes et les hommes, puisque près des trois quarts déclarent aborder ces sujets avec leur partenaire régulier. Ce sont les plus jeunes qui hésitent le plus à en discuter.

Il ne faut pas oublier que le fait de discuter de sexualité avec son partenaire n'est pas nécessairement un prédicteur de conduites préventives. Les résultats de l'étude menée par Santé Québec ne nous permettent pas de tirer des conclusions concernant cette question.

Les comportements sexuels à risque

Parmi les adolescentes et les adolescents (15 à 19 ans), 60% ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles, comparativement à 90% chez les jeunes de 20 à 24 ans et à 96% chez ceux de 25 à 29 ans. Quel que soit l'âge, il n'y a pas de différence entre les sexes. L'âge moyen à la première relation sexuelle est de 16,6 ans (hommes : 16,4 ans ; femmes : 16,9 ans).

Un indice de risque relatif a été élaboré à partir de questions portant sur quatre types de relations sexuelles sans utilisation du condom : 1) relation avec un ou des partenaires occasionnels connus ; 2) relation avec un ou des partenaires occasionnels peu connus ; 3) relation avec un ou des partenaires utilisateurs de drogues par injection ; et 4) pratique de relations anales. Les résultats montrent que les conduites à risque sont plus répandues chez les jeunes hommes : 29% d'entre eux sont dans la catégorie comportant un risque élevé, comparativement à 18% des filles. Alors que la proportion des hommes dont le comportement présente un risque élevé augmente progressivement de 12% à 37% entre l'âge de 15 et 29 ans, la proportion des femmes dans la même situation demeure relativement constante, passant de 16% à 18% entre l'âge de 15 et 29 ans.

Par ailleurs, 11% des jeunes femmes auraient déjà contracté au moins une MTS, ce qui est aussi le cas de 9% des jeunes hommes (la différence n'est cependant pas significative*), bien que les hommes estiment qu'il y a plus de danger pour eux que pour les femmes de contracter le sida ou une autre MTS. Ce dernier résultat peut sembler paradoxal, mais il se peut que le fait de consulter plus souvent, pour la contraception par exemple, ait pour conséquence que les jeunes femmes soient dépistées plus rapidement, particulièrement parce que ces

maladies sont plus souvent asymptomatiques* chez elles que chez les jeunes hommes.

Ainsi qu'on l'a mentionné précédemment, l'âge moyen à la première relation sexuelle se situe à 16 ans chez les jeunes, ce qui correspond en général à un niveau scolaire de 3e ou 4e secondaire (Santé Québec, 1991). Au moment où l'enquête était menée, les campagnes de prévention et de promotion étaient axées sur les clientèles de 5e secondaire et de niveau collégial, ce qui incitait les auteurs du rapport de Santé Québec à conclure : « Il y a lieu de s'interroger sur la nécessité d'amorcer plus tôt la transmission des connaissances en regard de la sexualité et des risques de MTS avant même le début de la vie sexuelle. » Ces campagnes de prévention ont été jusqu'ici pensées en fonction de la notion de « risque pour la santé » ; or, on se rend compte de plus en plus que cette notion, qui est généralement bien comprise chez les adultes, est beaucoup plus floue à l'adolescence. La progression des connaissances sur les MTS et le sida, ainsi que sur la vulnérabilité au virus, n'entraîneront pas nécessairement un changement de comportement (AIDS Task Force, 1991 ; Fisher et Misovich, 1990 ; Drolet, 1989 ; Ishii Kuntz, 1988 ; Clift et Stears, 1988). L'inadéquation entre un niveau de connaissance élevé et le maintien de comportements à risque soulève ainsi un certain nombre d'interrogations. Le goût du risque, associé à la pensée magique⁷, fait aussi partie de l'univers des jeunes et l'information qui leur est transmise doit tenir compte de ces aspects. Et il apparaît de plus en plus nécessaire d'introduire dans l'éducation sexuelle les questions de plaisir, de richesse de son potentiel de fertilité, d'estime de soi et d'amélioration des rapports entre les hommes et les femmes.

---

⁷ Certains jeunes sont persuadés qu'à la suite d'une première relation non protégée sans conséquence fâcheuse, ils deviennent invulnérables. Ou encore, bien des jeunes adolescentes vont croire que le fait d'être amoureuses et monogames constitue une protection assurée contre les MTS.

La difficulté de vivre

La détresse psychologique

[Retour à la table des matières](#)

On a vu précédemment que les femmes présentent, plus souvent que les hommes, des niveaux élevés de détresse psychologique, particulièrement les jeunes femmes. En 1987 (Guyon, 1990), on faisait remarquer que les écarts entre les hommes et les femmes étaient plus marqués à l'adolescence, et c'est toujours le cas en 1992-1993, même si le niveau de détresse des jeunes hommes a considérablement augmenté (18% en 1987 et 30% en 1992-1993). Toutefois, des différences importantes et significatives* s'observent à tous les âges, comme en fait foi la figure 11.5. (tableau 11.12, en annexe).

La détresse psychologique des adolescentes est frappante : en 1992-1993, près d'une adolescente sur deux (46%) se retrouve au niveau le plus élevé de l'indice. Déjà, en 1987, la situation des 15-19 ans avait attiré l'attention (Ayotte et Ferland, 1988 ; Guyon, 1990) et la croissance des taux de détresse entre les deux enquêtes est préoccupante (1987 : 37% ; 1992-1993 : 46%). Dans la recherche d'une explication à une telle augmentation, on pourra invoquer la conjoncture socio-économique entourant la période de l'enquête, particulièrement le désarroi des jeunes face à l'incertitude de leur avenir professionnel, l'impact des ruptures d'unions de leurs parents (selon Santé Québec, 20% d'entre eux auraient vécu une telle expérience avant l'âge de 12 ans) ou les pressions générées par le souci de la réussite scolaire.

On pourra également se questionner sur la signification de la mesure d'un indicateur tel que la détresse psychologique chez les adolescentes. Le passage entre l'enfance et l'âge adulte comporte des périodes de déséquilibre pour la plupart d'entre elles ; ces périodes seront plus ou moins intenses selon la personnalité, les événements de l'enfance ou encore la situation familiale et sociale. Le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur sa vie, ainsi que l'émotivité entourant les aléas des relations affectives et amoureuses et le début de la vie sexuelle, font souvent partie de la vie des adolescentes. L'impact de ces phénomènes sur la détresse psychologique, telle que définie par l'indice de Santé Québec, est difficile à évaluer. Cela ne signifie pas qu'il faille minimiser l'importance de cette détresse, mais plutôt poser l'hypothèse qu'elle serait d'une nature différente de celle que l'on retrouve dans les autres groupes d'âge. C'est, il importe de le souligner, une hypothèse, mais elle indique aussi que les recherches futures devront se pencher sur ces questions : une adolescente de 15 à 19 ans sur

deux présente un niveau élevé de détresse psychologique, voilà qui devrait nous alerter.

Par ailleurs, ces résultats s'inscrivent en continuité avec ceux de l'enquête sur la santé mentale des jeunes menée au Québec entre février et juillet 1992 (Valla et al., 1993). On y apprend que les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans présentent la prévalence la plus élevée de troubles mentaux, soit 22% : « C'est deux fois plus que les garçons du même âge et cependant, pour les troubles qu'elles identifient, elles reçoivent deux fois moins de services . » Elles rapportent quatre fois plus de troubles intériorisés (phobies simples, hyperanxiété et anxiété généralisée, dépression majeure* et dysthymie*), se révèlent six fois plus déprimées et présentent deux fois plus d'idées suicidaires que les jeunes garçons. La même étude révèle que les parents sous-estiment les troubles mentaux de leurs adolescentes (24% de ces troubles sont rapportés par les adolescentes elles-mêmes contre 20% par leurs parents) et surestiment ceux de leurs adolescents (11% par les adolescents et 15% par les parents).

Les pensées et les gestes suicidaires

On a vu, au chapitre 5, que les pensées et les gestes suicidaires sont plus prévalents chez les jeunes et qu'ils ont tendance à diminuer avec l'âge. Par ailleurs, bien que les taux soient plus élevés chez les femmes, on ne note pas de différences significatives* entre les sexes. En 1992-1993, 13% des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont déclaré avoir déjà pensé sérieusement à se suicider au cours de leur vie et 8% au cours de l'année précédant l'enquête. Près de 8% (tableau 11.7) ont déjà fait une tentative de suicide, ce qui correspond à 30 500 jeunes femmes et adolescentes.

Tableau 11.7
PENSÉES ET GESTES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE
ET AU COURS DES 12 MOIS AYANT PRÉCÉDÉ L'ENQUÊTE
 selon le sexe, population de 15 à 24 ans, Québec, 1987 et 1992-1993

SEXE/ANNÉE	IDÉES		GESTES	
	Au cours de la vie	12 derniers mois	Au cours de la vie	12 derniers mois
Hommes				
1987	10,1	5,6	4,0	1,8
1992-1993	10,9	7,5	4,5*	1,9**
Femmes				
1987	13,7	6,2	5,9	2,4
1992-1993	12,9	8,4	7,6	1,7 *
Sexes réunis				
1987	11,9	5,9	4,9	2,1
1992-1993	11,9	8,0	6,9	1,8 *
* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.				
** Coefficient de variation ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.				
Source : ESS 1992-1993, chapitre 12.				

FAITS SAILLANTS

[Retour à la table des matières](#)

- Le tabagisme est en diminution chez les jeunes femmes, tant du point de vue de l'abandon de la cigarette que de la diminution de la consommation quotidienne ; un peu plus d'une jeune femme sur quatre est maintenant une fumeuse régulière. Par ailleurs, en milieu défavorisé, 40% des jeunes femmes s'adonnent régulièrement au tabagisme.
- Une adolescente sur trois prend des anovulants et le tiers d'entre elles sont des fumeuses régulières.
- Plus du quart des jeunes femmes ont des comportements à risque face à la consommation d'alcool.
- Le tiers des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ont un poids insuffisant et parmi elles, 40% souhaitent maigrir davantage.
- Une adolescente sur deux présente un niveau de détresse psychologique élevé ; 8% des jeunes femmes ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.
- 18% des jeunes femmes auraient des comportements sexuels à risque pour leur santé, comparativement à 29% des jeunes hommes ; 1% des jeunes femmes auraient déjà contracté au moins une MTS.

Compte tenu de l'importance des problèmes présentés par les

adolescentes, il serait justifié d'inclure dans la prochaine enquête générale de Santé Québec les adolescentes de 12 à 14 ans. Plusieurs des résultats de l'enquête sociale et de santé montrent que dès 15 ans, certains comportements ou certains symptômes sont déjà installés dans la vie des jeunes femmes. C'est le cas, par exemple, du tabagisme, de la consommation d'alcool, du contrôle excessif du poids corporel et de la détresse psychologique. On a vu que l'enquête sur la santé mentale des enfants et des adolescents montrait bien la chronologie d'apparition de la dépression et de la détresse des adolescentes. Agir sur ces aspects implique que l'on en ait une meilleure connaissance dès leur apparition, sinon avant.

Fin du texte