



▶ Le virus du papillome humain - un virus populaire ces jours! .....08



▶ Examen de la relation entre les antécédents de mauvais traitements et les comportements à risque chez les adolescents.....12



▶ Troubles anxieux chez les 14-25 ans: détection précoce et traitement dans les services de 1re ligne .....26



▶ La relation parents-adolescents: Comment les parents peuvent-ils en tirer le meilleur parti?.....36

# Pro Ado

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS



Visitez notre site web destiné aux jeunes  
[www.jeunesensante.ca](http://www.jeunesensante.ca)

# Table des matières

PRO-ADO

Éditeur: ACSA

Rédacteur en chef

Dr Jean-Yves Frappier

Rédacteurs adjoints

John Duong

Andre Malo

ACSA

Section médecine de  
l'adolescence

CHU Sainte-Justine

3175 Côte Ste-Catherine

Montreal QC H3T 1C5

Tel: (514) 345-9959

Fax: (514) 345-4778

Courriel:

acsacaah@globetrotter.net

Siteweb: www.acsa-caah.ca

## Comité exécutif

Président

Dr Jean-Yves Frappier

Vice-Président

Dr Eudice Goldberg

Secrétaire-trésorier

Dr Marc Girard

Représentant des directeurs

Dr Roger Tonkin

## Bureau des directrices et directeurs

Dr Jean-Yves Frappier, Montréal

Dr Marc Girard, Montréal

Dr Eudice Goldberg, Toronto

Joanne Gusella

(Ph.D. psychologist) Halifax

Dr Roger Tonkin, Vancouver

**Nouvelles de l'Association** 03

## Événements scientifiques

• La sexualité à l'adolescence: préoccupante, amusante? 05

• Passages et transitions: de l'adolescent à l'adulte 06

• Congrès national de santé transculturelle 06

• La maltraitance : une réalité qui bouleverse 07

## Articles

• Le virus du papillome humain  
Un virus populaire ces jours! 08

• Un sondage sur les agressions sexuelles  
dans la population québécoise 15

• Examen de la relation entre les antécédents  
de mauvais traitements et les comportements  
à risque chez les adolescents 17

• Troubles anxieux chez les 14-25 ans:  
détection précoce et traitement dans les services de 1re ligne 26

• Le suicide chez les jeunes : Le temps d'agir 32

• Appartenance à la communauté et perception de l'état de santé 34

• La relation parents-adolescents:  
Comment les parents peuvent-ils en tirer le meilleur parti? 36

• Des jeunes de l'Alberta démontrent que la formation  
post-secondaire est la clé vers de meilleurs emplois 41

• La loi sur le contrôle des armes à feu 42

**Publications** 43

---

# Nouvelles de l'Association

---

## Rapport du président

### Les membres

En décembre 2006, nous avons 782 membres. 48% de nos membres ont payé leur cotisation.

On dénombre 78% de femmes; 59% des membres reçoivent leur correspondance en français, 33% en anglais et 8% dans les deux langues. 90% des membres sont du Québec ou de l'Ontario. 51% des membres font partie d'un groupe. Ceci comprend des membres qui ont un abonnement institutionnel (abonnement payé par une institution, comprenant de 4 à 7 membres au tarif de 200 \$). Le mode de paiement est le suivant: paiement par le membre (25%); paiement par une institution (75%).

### Congrès

Le congrès national 2006 s'est tenu à Ottawa le 3 novembre. Il a été organisé par la clinique de l'adolescent du Children Hospital of Eastern Ontario. Dr Steve Feder et Dr Mark Norris ont offert un programme scientifique diversifié sous le thème: "Investing in the Health of our Youth. What are Today's Youth Coping with? How can you Help?" Les 130 participant(e)s, selon les évaluations, ont très apprécié les conférenciers et les ateliers. Nos remerciements à l'équipe du CHEO qui a pris en charge cet événement.

### Le site WEB

En février 2006, l'ACSA a lancé son site pour jeunes: [www.jeunesensante.ca](http://www.jeunesensante.ca). Il fut lancé lors de la campagne médiatique organisée pour l'annonce des résultats du

sondage national en ligne IPSOS-ACSA sur la sexualité des adolescents. Le site offre des information sur la sexualité, la communication avec les professionnels et la santé physique et mentale, en de répondre à des questions. Le travail sur le site est presque complété avec l'ouverture de la zone « atelier » où les jeunes peuvent exposer une œuvre traitant de la santé et de ce que c'est qu'être jeune et un jeu sur les ITS.

Le site de l'ACSA a aussi été retouché passablement : [www.acsa-caah.ca](http://www.acsa-caah.ca)

Nous remercions celles et ceux qui ont travaillé à la réalisation de ces deux sites.

André Malo, coordination, ACSA  
 Dr Jean-Yves Frappier, Editeur, ACSA  
 Mathieu Lampron, illustrateur  
 Étienne Richard, concepteur internet, Adéquation  
 Yvan Richard, consultant  
 Catherine Breton, écrivain  
 Frédéric Douesnard-Malo, traduction  
 John Duong, assistance technique, design du site ACSA  
 Denis Fouché, concepteur visuel  
 Benoît Girard, integration internet  
 Myriam Boivin, integration internet  
 Alison Liebel, consultante, McCreary Center Society  
 Kamal Arora, consultante, McCreary Center Society  
 Anil Rawal, consultant, McCreary Center Society  
 Jennifer Cameron, consultante, McCreary Center Society  
 Dr. Afsoon Fathollahzadeh, ressources, Toronto

### **Le journal PRO-ADO**

Le journal demeure populaire. Peu d'articles nous sont soumis. Il devient difficile de livrer le journal à temps. Cette année, nous avons livré deux volumes, le 15.1.2 et le 15.3.4. Nous avons mis beaucoup de temps pour préparer le numéro qui présentait les résultats du sondage en ligne sur la sexualité des adolescents au Canada.

### **Les projets**

Le réseau canadien de la santé. Depuis juillet 2003, l'ACSA assure la coordination du consortium qui est le partenaire affilié chargé de développer le centre adolescence du réseau canadien de la santé, un site web de santé Canada. Depuis deux ans, nous travaillons en partenariat pour construire un portail sur le site général mais pour jeunes seulement. Ce portail sera fonctionnel plus tard en 2007. Ce site jeune est développé avec le McCreary center Society et d'autres partenaires.

Subvention éducative non restrictive de la compagnie Merck Frosst. En mars 2005, l'ACSA a reçu des fonds qui ont permis différentes activités éducatives et de recherche. En 2006, des sommes additionnelles ont permis de poursuivre 2 projets : 1) les analyses pour le sondage en ligne sur la sexualité des adolescents. 2) compléter le développement du site jeunesensante.ca et débiter la promotion de ce site.

- Sondage sur la sexualité des adolescents. Le sondage a été publicisé fin février 2006 lors d'une vaste campagne médiatique. Le Dr Jean-Frappier (Montréal), Dr Franziska Baltzer (Montréal), Dr Jorge

Pinzon (Vancouver), Dr April Elliot (Calgary) et Dr Miriam Kaufman (Toronto) ont été les porte-paroles pour l'ACSA. Au total, ils ont donné plus de 110 entrevues dans différents médias. La campagne médiatique, télévision, radio, journaux a rejoint un auditoire totalisant plus de 30 millions de personnes. Les résultats du sondage sont présentement analysés plus en profondeur et seront publiés dans des revues scientifiques.

- Les activités de promotion du site jeunesensante.ca. Un court vidéo de type dessin animé a été réalisé pour annoncer le site en français et en anglais. Ce clip peut servir à faire une promotion en chaîne ou être présenté dans les écoles. Si vous désirez une copie électronique, nous en faire part. Le clip sera sur le site et exportable sous peu. Aussi des brochures et des signets sont distribués pour faire la promotion du site.

### **Finances**

Les cotisations des membres ne rapportent qu'une petite fraction des coûts d'opération de l'ACSA. Près de la moitié des membres paient leur cotisation. Le statut financier de l'ACSA est précaire.

### **Actions futures**

Nous devons repenser la structure de notre organisation et son financement.

Jean Yves Frappier  
Président

---

# Événements scientifiques

---

## La sexualité à l'adolescence: préoccupante, amusante?

13ième congrès national

Association canadienne pour la santé des adolescents

Montréal, 8-9 novembre 2007

Ce colloque est organisé par la section de médecine de l'adolescence en collaboration avec le département de gynécologie du CHU Ste-Justine et des partenaires du réseau. *À l'occasion du centième anniversaire du CHU Sainte Justine, on souligne 100 ans de soins pour les adolescents à l'hôpital et particulièrement 32 ans de soins spécialisés au sein de la section de médecine de l'adolescence.*

On a beaucoup parlé de la sexualité à l'adolescence mais il semble qu'il faut en parler encore, mais de manière différente. Les enjeux ont changé. Malgré toutes les campagnes de prévention, les ITS et les grossesses sont en recrudescence et les messages ne passent pas. L'âge du consentement sexuel est à l'agenda. L'éthique oblige à de nouveaux regards. L'école réorganise son approche. Les adolescents changent et les lois ne suivent pas. Le domaine de la contraception et des ITS évolue. Et où en sont les parents et les professionnels?

Un congrès qui s'adresse aux médecins, aux infirmières, aux autres professionnels de la santé et du milieu scolaire, aux professionnels de la santé publique et aux groupes communautaires. Des invités d'ici et d'ailleurs alimenteront la réflexion et nos interventions. Nous aborderons différents thèmes au cours de ce congrès, soit sous forme de conférences ou d'ateliers.

- Pourquoi les messages ne passent pas.
- L'éthique et l'intervention
- L'âge et la loi
- L'hyper sexualisation : une réalité, un mythe
- Le besoin de performance
- Les garçons : comment les atteindre?

- L'abstinence : l'incomprise
- L'école et le nouveau programme : des réussites, des questions
- Les approches ésotériques et exotiques : que penser?
- La place des parents
- La place des professionnels
- Problèmes courants en sexualité : garçons et filles
- Gynécologie : mise à jour
- Nouveautés en contraception
- Nouveautés en ITS
- Le Virus du papillome humain: un délaissé qui prend sa place
- Le développement psychosexuel et pubertaire : garçons et filles
- Le premier entretien avec l'adolescent autour des thèmes de la sexualité

*Pour soumettre un projet d'atelier avant le 6 avril, écrivez nous : [acsacaah@globetrotter.net](mailto:acsacaah@globetrotter.net)*

*Pour plus d'information sur le congrès, visitez régulièrement le site de l'ACSA, [www.acsa-caah.ca](http://www.acsa-caah.ca)*

*ou contactez :*

Service des activités d'apprentissage continu (SAAC)-  
CHU Sainte-Justine, local 6813  
3175, Côte-Sainte-Catherine  
Montréal (Québec) H3T 1C5  
Téléphone: (514) 345-7735  
Télécopieur: (514) 345-2332  
[www.saac.chu-sainte-justine.org](http://www.saac.chu-sainte-justine.org)

## **Passages et transitions: de l'adolescent à l'adulte**

Congrès de la société internationale de psychiatrie et de psychologie de l'adolescent  
Hôtel Reine-Elizabeth, Montréal, 4 - 7 juillet 2007

Sous la présidence de Patricia Garel, M.D., chef du Département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine, avec le concours de l'Ordre des Psychologues du Québec, l'Institut Philippe Pinel et le Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

La Société internationale de psychiatrie et de psychologie de l'adolescence (ISAPP) a choisi comme thème de son prochain congrès le « Passage de l'adolescence à l'âge adulte », période complexe de transition qui sera traitée sous un éclairage clinique, développemental, neurobiologique, social et politique. L'invitation lancée aux cliniciens de tous horizons est mise sous le signe de la multidisciplinarité, de la complémentarité et de l'intégration.

Alors que les avancées scientifiques ne cessent d'ouvrir des voies et de modéliser des savoirs sur cette étape du cycle de vie, on voit que les structures familiales et les mécanismes sociétaux susceptibles d'en étayer le passage se révèlent plus fragiles que jamais. Aussi devient-il crucial de réévaluer, sinon de confronter les lieux et enjeux du développement à ce tournant de l'adolescence en considérant le statut des parents, le rôle des modèles de même que la transmission des valeurs dans une société en profond changement. Une place de choix sera ainsi faite à la discussion des problématiques auxquelles

ont à répondre les intervenants, des voix aussi autorisées que celles de Philippe Jeammet (Paris), Mony Elkaïm (Bruxelles), Richard E. Tremblay (Montréal), T. E. Wilens (Boston) et plusieurs autres.

Ouvert à tous les intervenants en santé mentale d'ici et de l'étranger préoccupés par la condition des adolescents et des familles dans nos sociétés occidentales, le congrès mettra l'accent sur la communication et l'interaction entre groupes et disciplines. En particulier, des formules telles que symposiums, confrontations cliniques, ateliers et débats devraient favoriser l'échange et l'interface entre pratiques auprès des adolescents et soins aux adultes, en plus de faciliter le transfert des connaissances.

*Pour s'inscrire, consulter le site du congrès :*  
<http://www.isapp2007.org>

La Société internationale de psychiatrie et de psychologie de l'adolescent, organisation à but non-lucratif incorporée dans l'État du Minnesota, la Société internationale de psychiatrie et de psychologie de l'adolescent (ISAPP) est composée de professionnels de la santé mentale - psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux - oeuvrant un peu partout dans le monde auprès d'adolescents souffrant de troubles divers.

---

## **Congrès national de santé transculturelle**

Présenté par: L'Hôpital de Montréal pour enfants  
Montréal, 10 au 11 mai 2007

Information : [www.NTHC2007.ca](http://www.NTHC2007.ca)

## La maltraitance : une réalité qui bouleverse

3e Colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents  
Montréal, le 29 au 30 octobre 2007

Organisé conjointement par le CHU Sainte-Justine, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Centre jeunesse de Montréal et l'agence de Services de santé et de Services sociaux, ce colloque s'adresse donc à toutes les intervenantes et à tous les intervenants de tous les réseaux québécois concernés par la protection de la jeunesse, qu'ils soient du domaine de la santé, de la justice, des services de police, des services sociaux, des services communautaires ou de l'éducation.

Le thème retenu pour ce colloque, la maltraitance: une réalité qui bouleverse, nous invite à nous rassembler afin de partager nos expériences, nos préoccupations et nos réalités autant dans leurs succès que leurs limites en tant qu'intervenants qui oeuvrent auprès des enfants et des familles victimes de maltraitance. Dans le cadre de cette troisième édition, une large place sera accordée aux enfants et à leur famille. Des thèmes comme la prévention, l'intervention, l'évaluation et la formation seront abordés. Des témoignages seront également au programme de même qu'un événement destiné au grand public en soirée le 29 octobre.

Parmi les conférenciers invités, soulignons la présence du docteur Michel Lemay, psychiatre au CHU Sainte-

Justine et professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, qui a accepté notre invitation. Il conclura le colloque par une conférence qui portera sur la gestion de son impuissance face à la maltraitance. Aussi David Finkelhor du New Hampshire, bien connu pour ses travaux sur la maltraitance discutera de la multi-victimisation. Mme Perreault nous entretiendra pour sa part de ce que vivent les intervenant(e)s du domaine. Il y aura aussi plus de 36 ateliers.

Inscrivez dès maintenant ces dates à votre horaire et consultez régulièrement notre site internet ([www.maltraitance.ca](http://www.maltraitance.ca)) afin de connaître les modalités pour l'inscription et l'hébergement, ainsi que pour découvrir les différents conférenciers invités et ateliers. C'est un rendez-vous à ne pas manquer !

Service des activités d'apprentissage continu (SAAC)-  
CHU Sainte-Justine, local 6813  
3175, Côte-Sainte-Catherine  
Montréal (Québec) H3T 1C5  
Téléphone: (514) 345-7735  
Télécopieur: (514) 345-2332  
[www.saac.chu-sainte-justine.org](http://www.saac.chu-sainte-justine.org)

---

# Articles

---

## **Le virus du papillome humain Un virus populaire ces jours! Ce qu'il faut savoir sur le virus et le vaccin contre ce virus**

### **Qu'est ce que le VPH?**

Le virus du papillome humain (VPH) est l'une des familles de virus parmi les plus répandues dans le monde contemporain. Il s'agit de l'infection transmissible sexuellement (ITS) la plus commune au monde.

En 2000, Weinstock a étudié la prévalence et l'incidence des ITS chez les 15-24 ans aux Etats-Unis. Bien qu'il soit difficile de trouver des données fiables sur toutes les ITS, il a estimé que l'incidence du VPH (le nombre de nouveaux cas par année) était bien plus élevée que l'incidence de toutes les autres ITS; par exemple, 3 fois l'incidence de la Chlamydia, 2.5 fois l'incidence de la Trichomonas, 7.5 fois l'incidence de l'Herpes Simplex.

### **Combien y a-t-il de types de VPH?**

Il existerait plus de 100 différents types de VPH qui infectent l'humain avec environ 40 plus spécifiques à la zone anogénitale. Cette section « questions/réponses » ne concerne que ces derniers.

Les types de VPH spécifiques à la zone anogénitale sont classifiés en types à risque élevé, notamment parce qu'ils sont associés au cancer du col de l'utérus, ou en types à faible risque, notamment parce qu'ils sont associés aux verrues génitales ou condylomes.

Types à risque élevé: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82, et probablement quelques autres. Dans une vaste étude, les types les plus souvent retrouvés chez des femmes présentant un cancer du col de l'utérus, en ordre décroissant sont: 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35.

Types à faible risque: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81. Les types à faible risque sont plus rarement considérés comme carcinogéniques et s'ils le sont, ce sont pour des cancers autres que du col de l'utérus: pénis, vulve, anus et larynx.

### **Comment le VPH est-il transmis?**

Les types de VPH spécifiques à la région anogénitale se transmettent par contact de peau à peau par le pénis, le scrotum, le vagin, la vulve ou l'anus de la personne infectée. Même si moins fréquemment, le VPH se transmet aussi par des contacts sans pénétration ou par sexe oral. Le VPH se transmet aussi si l'on embrasse ou si l'on touche avec la bouche les parties génitales du partenaire. Le VPH ne se transmet pas par contact avec le sang.

### **Est-ce que les partenaires de même sexe peuvent être infectés?**

Les partenaires de même sexe peuvent être infectés, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes. Dans une étude, on a détecté le VPH chez plus de 50% des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

### **Est-ce qu'un adolescent peut être infecté par plus d'un type de VPH?**

Un adolescent peut être infecté par plus d'un type de VPH, autant un type à risque élevé qu'un type à faible risque. En effet, dans les études, de 5 à 30% de celles qui sont infectées le sont par plus d'un type. Le fait d'être infecté par un type de VPH ne diminue pas les chances

d'être infecté par d'autres types.

### **Quelles sont les chances d'être infecté par le VPH?**

On estime que 75 pour cent des Canadiens sexuellement actifs seront infectés au moins une fois dans leur vie par le VPH. Au Canada, le VPH infecte plus de 500,000 personnes annuellement.

Au Canada, la prévalence des types de VPH causant le cancer chez les femmes varie selon les études de 10.8% à 29%.

Les taux d'infection les plus élevés se trouvent chez les personnes âgées de moins de 25 ans. On estime, comme avec plusieurs autres ITS, que plus de 70% des infections au VPH se retrouve chez les 15-24 ans. Dans une étude ontarienne, chez des femmes consultant leur médecin pour un Pap test, 15.7% des 15-19 ans présentaient un test positif (VPH ADN) pour les types de VPH à risque élevé. La même étude montrait un taux d'acquisition du VPH sur 14 mois de 25%. Dans une étude en Colombie Britannique, 26% des moins de 20 ans étaient infectées par le VPH.

Dans toutes les études, on estime que 1% des Canadiens sexuellement actifs ont des verrues génitales au moment de l'étude. Dans l'étude ontarienne citée ci-haut, 1.1% des adultes actifs sexuellement présentaient des condylomes. La plupart (66%) des personnes qui ont des rapports sexuels avec un partenaire présentant des condylomes auront elles-mêmes une verrue dans les trois mois suivant le contact.

### **Quelle est la période d'incubation?**

Il peut y avoir plusieurs semaines ou même plusieurs mois avant que des lésions causées par l'infection au VPH apparaissent.

### **Quelles lésions ou maladies sont causées par le VPH?**

Le VPH infecte la surface de la peau, la bouche, la langue, la gorge, les amygdales, le vagin, le pénis, le col de l'utérus et l'anus.

Différents types de VPH sont associés à différentes lésions.

Les types à faible risque causent les verrues génitales ou condylomes. Les types 6 et 11 causent 90% des ces verrues génitales. La papillomatose respiratoire est rencontrée chez un enfant sur 400, né de mères infectées par le VPH type 6 et 11. De 1 à 25% des Pap tests anormaux (bas grade, ASC-US, LSIL), sont associés aux types à faible risque.

Les types à risque élevé sont associés au cancer. Les VPH type 16 et 18 sont associés à 70% des cancers du col. L'infection au VPH est nécessaire pour le développement du cancer du col mais la majorité des infections par le VPH ne conduisent pas à un cancer du col puisque la plupart des personnes infectées vont réussir à éliminer le virus. Les types à haut risque sont aussi associés à 20-50% des cancers de la vulve, particulièrement chez les jeunes femmes. Ils sont associés à 40% des cancers du vagin, à 95% des cancers de l'anus chez les femmes et à 83% des cancers de l'anus chez les hommes. Les cancers du pénis sont rares mais 40-50% sont liés au VPH. Environ 20% des cancers oropharyngés sont attribuables au VPH. Les types à risque élevé causent aussi des verrues planes; on les retrouve sur la peau des zones génitales, légèrement surélevées, maculaires ou papulaires avec une pigmentation brune, ou bleutée ou grisâtre.

### **Est-ce que le cancer du col est fréquent?**

Le cancer du col se situe au troisième rang des cancers les plus fréquents chez les femmes âgées de 20 à 34 ans. Au Canada, 8.9/100,000 femmes auront un cancer du col de l'utérus avec un taux de mortalité de 2.5/100,000. En 2006, on a estimé à 1350 le nombre de Canadiennes susceptibles d'être diagnostiquée avec un cancer invasif du col de l'utérus et on s'attendait à ce que 390 femmes en meurent. Le cancer du col de l'utérus est très rare chez les adolescents. Au Québec, 300 femmes ont un diagnostic de cancer du col de l'utérus annuellement.

### **Quelle proportion des cancers du col est attribuable au VPH?**

La majorité sinon 100% des cancers du col de l'utérus sont attribuables à l'infection par le VPH. La propor-

tion attribuable est un peu supérieure à celle attribuée à la cigarette dans le cancer du poumon et nettement supérieure à celle attribuée à l'alcool dans le cancer de la bouche.

### **Y a-t-il des facteurs de risque ou prédictors de l'infection au VPH?**

Les facteurs de risque d'acquérir une infection par le VPH sont :

- Le jeune âge (<25 ans)
- Le nombre élevé de partenaires
- La première relation sexuelle en bas âge (< 16 ans)
- Le partenaire masculin qui a ou a eu plusieurs partenaires
- Une infection antérieure avec une ITS, particulièrement avec la Chlamydia ou l'Herpes simplex
- L'utilisation des contraceptifs oraux est un facteur controversé
- Y a-t-il des facteurs de risque pour l'échec au dépistage ou la progression du cancer?
- Les facteurs de risque pour la persistance de l'infection ou la progression vers un cancer sont:
- Aucun dépistage du cancer du col (environ 50% des femmes avec un cancer du col)
- L'infection par le VIH ou une immunité déficiente
- L'usage de la cigarette

### **Combien de temps peut durer l'infection?**

La plupart des infections par le VPH sont transitoires. Environ 70% seront négatives au test VPH-ADN après une année et 91% après 2 ans. Les types à risque élevé sont éliminés moins rapidement que les types à faible risque. Toutefois, il n'est pas certain s'il s'agit d'élimination ou si le virus demeure « dormant » et pourrait se réactiver.

Les verrues génitales sont généralement éliminées en 18-24 mois.

### **Quels sont les signes et symptômes?**

Plusieurs adolescentes et adolescents avec une infection par le VPH ne le savent pas. Ils sont néanmoins contagieux.

Les verrues génitales se présentent comme des excroissances en forme de choux-fleurs. Elles peuvent provoquer notamment des démangeaisons et des brûlures; au niveau de l'anus il pourra y avoir des saignements légers à la suite de rapports anaux ou après la défécation.

Les lésions du col de l'utérus (lésion ou néoplasie intra-épithéliale) s'accompagnent rarement de symptômes ou signes perceptibles.

### **Comment diagnostiquer les différentes lésions ou maladies causées par le VPH?**

Les verrues génitales ou condylomes sont assez facilement identifiées à l'examen physique.

Le Pap test (aussi appelé frottis Pap) effectué chez les femmes vise à examiner des cellules prélevées sur le col utérin afin de déterminer si ces dernières présentent des modifications anormales avant que ne se développe un cancer ou afin d'identifier des cellules d'un cancer du col. L'une des limites importantes de ce test de dépistage est son taux élevé de faux résultats négatifs, estimé de 5% à 20% avec un tiers de faux négatifs attribuable à des erreurs d'interprétation, les deux autres tiers étant reliés à un prélèvement et à une préparation d'analyse sur lame inadéquats. Le test Pap se révèle également moins précis s'il n'y a pas présence de lésions du col à haut degré de malignité.

Le taux de participation au dépistage au Québec est d'un peu moins de 70%, soit un des plus bas au Canada. En effet, plus de 530 000 femmes québécoises de 18 ans et plus rapportent n'avoir pas eu de test de PAP au cours des trois dernières années dont 365 000 qui disent n'en avoir jamais eu. Ces femmes sont majoritairement de langue française, éduquées et rapportent avoir un médecin de famille.

Le système CIN (cervical intraepithelial neoplasia, néoplasies intra-épithéliales du col) permet de classer les lésions du col selon leur gravité: les lésions grade 1 sont peu malignes et peuvent disparaître d'elles-mêmes, alors que les lésions grade 2 et 3 présentent un haut degré de malignité et sont des précurseurs de cancer du col. Plusieurs femmes infectées par le VPH présentent des cellules squameuses atypiques de nature indéterminée (ASC-US) ou des lésions squameuses intra-épithéliales

faible grade (LSIL).

Lorsque le Pap test est anormal, il est possible d'utiliser un colposcope durant un examen gynécologique: un instrument type binoculaire grossissant, afin de détecter des zones anormales sur le col et d'en faire un prélèvement pour analyse.

Il n'y a pas de culture pour le VPH. On peut faire un dépistage à l'aide d'un test qui identifie l'ADN-VPH, mais ces tests ne sont pas utilisés de routine et sont coûteux; un de ces tests détecte les types de VPH à risque élevé et un autre, les types de VPH à faible risque, mais ils n'identifient pas un type en particulier. Une biopsie peut être faite pour les verrues génitales, mais la biopsie n'est généralement pas indiquée. Un test sérologique existe, mais surtout en recherche et certaines personnes infectées par le VPH n'auront pas d'anticorps. Il y a d'autres tests utilisés en recherche.

Chez les hommes, aucun test n'est recommandé hormis l'examen pour les condylomes.

### **Y a-t-il un traitement?**

Il n'existe aujourd'hui aucun traitement médical permettant d'éliminer l'infection au VPH.

Les femmes qui présentent des cellules anormales du col utérin détectées au Pap test peuvent être suivies et traitées avant que les changements cellulaires évoluent vers des grades supérieurs pré-cancéreux ou un cancer. Le suivi est fait selon les lignes de conduite reconnues pour le Pap test, les tests VPH et selon les résultats de ces tests.

Selon le type de cancer du col, il existe des options thérapeutiques.

Les verrues génitales peuvent être enlevées par la thérapie au laser, des traitements chimiques ou l'immunothérapie, mais elles peuvent réapparaître.

### **Comment prévenir l'infection par le VPH?**

Un vaccin est disponible depuis juillet 2006 au Canada contre 4 types de VPH. Le condom n'offre pas une protection à 100% mais est indiqué tout de même et

aussi pour prévenir les autres ITS. Réduire le nombre de partenaires et la monogamie présentent une certaine efficacité.

### **Et le condom, efficace ou pas?**

Il n'a pas été démontré que le port du condom permet une prévention ou une protection totale, puisque le virus peut se trouver sur des régions de la peau non couvertes par le condom. Toutefois, des études récentes montrent que le condom protège s'il est toujours utilisé; on note une régression des lésions cervicales (CIN), une élimination du VPH et une réduction de la transmission (jusqu'à 70%).

### **Qu'est-ce que le vaccin contre le VPH?**

Un vaccin quadrivalent est disponible depuis juillet 2006 au Canada. Il protège contre les VPH type 6, 11, 16, 18. Le vaccin protège ainsi contre 70% des types qui sont associés au cancer du col et 90% des types qui sont associés aux verrues génitales. Ce vaccin n'est pas un vaccin à virus vivant ou atténué mais contient simplement des particules apparentées au virus. Il induit une immunité mais pas une infection. Un autre vaccin, bivalent (type 16,18), n'a pas encore été approuvé par les agences officielles.

### **Quelle est l'efficacité du vaccin quadrivalent?**

À ce stade, les données après 5 ans d'essais cliniques montrent que le vaccin quadrivalent protège à 96% contre l'infection par le VPH. Aucun cas de lésions néoplasiques intra-épithéliales causées par les types 16 ou 18 ou de verrues génitales causées par les types 6 ou 1 n'a été rapporté.

### **Qui devrait être vacciné au Canada?**

Les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation pour le vaccin quadrivalent sont: (Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain, une déclaration d'un comité consultatif, Comité consultatif national de l'immunisation. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2007;33(DCC-2):1-32):

1. "Les filles de 9 à 13 ans. Gardasil MC est recom-

mandé pour les filles entre 9 et 13 ans parce que c'est la période précédant le début de l'activité sexuelle chez la plupart des Canadiennes et parce que l'efficacité serait alors à son maximum. Bien que l'efficacité du vaccin dans ce groupe d'âge n'ait pas été démontrée, les données d'études comparatives (bridging studies) sur l'immunogénicité permettent de supposer que l'efficacité serait élevée.

2. Les femmes de 14 à 26 ans tireraient des bienfaits de Gardasil MC, même si elles sont déjà sexuellement actives, car elles peuvent ne pas encore être atteintes d'une infection à VPH et il est fort peu probable qu'elles aient été infectées par les quatre types de VPH contenus dans le vaccin. Il est donc recommandé que les femmes de ce groupe d'âge reçoivent le vaccin. Cependant, les femmes qui sont déjà sexuellement actives peuvent être infectées par l'un des types de VPH contenus dans le vaccin. Or, il n'existe pas de méthodes de dépistage immédiatement disponibles pour le déterminer. Ces femmes doivent donc être avisées de la possibilité qu'elles soient déjà infectées.
3. Les femmes de 14 à 26 ans qui ont déjà présenté des anomalies au test de Pap, y compris le cancer du col utérin, ou qui ont des verrues génitales ou une infection à VPH connue, auraient quand même intérêt à recevoir Gardasil MC. Ces femmes peuvent ne pas avoir été infectées par les types de VPH contenus dans le vaccin et il est fort peu probable qu'elles aient été infectées par les quatre types de VPH qu'il contient. Il est donc recommandé que ces femmes reçoivent le vaccin. Cependant, elles devraient être avisées qu'il n'existe aucune donnée permettant de supposer que le vaccin aura un effet thérapeutique sur les lésions cervicales existantes.
4. Les femmes > 26 ans. Les études sur l'utilisation du vaccin chez les femmes > 26 ans se poursuivent. Pour le moment, aucune recommandation ne peut être faite quant à l'utilisation du vaccin dans ce groupe d'âge, bien que son utilisation puisse être envisagée dans des circonstances particulières.
5. Filles de < 9 ans. On ne connaît ni l'immunogénicité ni l'efficacité de Gardasil MC chez les filles de < 9 ans, non plus que la durée de la protection fournie par ce vaccin. Le vaccin n'est pas recommandé pour ce groupe d'âge.
6. Hommes. Bien que des données sur l'immunogénicité soient disponibles pour les garçons et les adultes de

sexe masculin, l'efficacité du vaccin Gardasil MC chez les hommes n'est pas encore connue. Le vaccin ne peut présentement être recommandé pour les hommes.

7. Personnes immunodéprimées. Gardasil MC étant un vaccin sous-unitaire, il peut être administré à des personnes qui sont immunodéprimées par suite d'une maladie ou d'un traitement médicamenteux; cependant, l'immunogénicité et l'efficacité dans cette population ne sont pas connues, de sorte que les gens devraient être avisés que la réponse immunitaire au vaccin peut être plus faible que chez les personnes immunocompétentes.
8. Grossesse. L'utilisation du vaccin Gardasil MC n'est pas recommandée durant la grossesse. Bien qu'aucune relation causale n'ait été établie entre le vaccin et des issues défavorables de la grossesse ou des effets indésirables sur le fœtus en développement, les données sur la vaccination au cours de la grossesse sont limitées. Jusqu'à ce qu'on dispose de plus d'informations, on devrait attendre la fin de la grossesse avant de commencer la série vaccinale. Si on découvre qu'une femme est enceinte après le début de la série vaccinale, on devrait reporter le reste de la série de trois doses à la fin de la grossesse. Si une dose du vaccin a été administrée au cours de la grossesse, rien n'indique qu'on devrait intervenir de quelque façon".

Au Canada, on estime que l'âge moyen des premières relations sexuelles est de 15 ans chez les adolescents sexuellement actifs. Plus de 45% des adolescentes et adolescents sont actifs sexuellement à 17 ans. Ces données sont plus élevées dans certains groupes de la population adolescente dont ceux qui présentent des difficultés familiales, sociales ou des troubles du comportement.

#### **Est-ce que le vaccin peut être administré aux garçons?**

Les études chez les jeunes hommes sont en cours. À ce stade, il n'y a pas de données publiées sur l'efficacité du vaccin chez les hommes. Toutefois, des pays comme l'Australie, l'union européenne et le Mexique l'ont approuvé pour les hommes, sur la foi d'études sur la sécurité et l'immunogénicité. Il est probable que l'efficacité sera bonne chez les hommes. Des résultats d'études sont attendus vers 2008-09.

### **Si une adolescente est déjà active sexuellement, est-il indiqué de la vacciner?**

Une adolescente active sexuellement n'est pas nécessairement infectée avec les 4 types de VPH contre lesquels le vaccin protège. Donc la vaccination est recommandée et indiquée. Évidemment, il est préférable de vacciner avant le début des activités sexuelles.

Il n'y a pas de tests fiables ou utilisés en dehors du domaine de la recherche qui permet de déterminer avec certitude si une adolescente est infectée et avec quel type de VPH. Le vaccin n'a pas de propriété thérapeutique prouvée.

### **Si une adolescente était infectée par un des types de VPH contenu dans le vaccin ou avait des changements cellulaires au col de l'utérus, est-ce que le vaccin pourrait guérir l'infection et serait-il indiqué?**

Le vaccin est prophylactique et non thérapeutique. À date, aucune étude n'a prouvé une quelconque efficacité chez les personnes déjà infectées. Mais l'adolescente peut être protégée contre d'autres types de VPH du vaccin et il n'y a pas de contre indication à vacciner. Toutefois, elle doit être suivie pour évaluer les changements cellulaires au niveau du col selon les standards recommandés.

### **Comment le vaccin est-il administré?**

Le vaccin est administré en trois doses à 0, 2 et 6 mois. La deuxième dose peut être donnée un mois après la première et la troisième au moins trois mois après la deuxième.

Il est recommandé de donner les trois doses et la protection n'est pas connue chez celles qui reçoivent une ou deux doses.

Le vaccin doit être maintenu à une température de 2-6 degrés Celsius. Il ne peut être conservé dans le réfrigérateur d'une maison.

### **Si une adolescente a une maladie bénigne, peut-elle tout de même être vaccinée?**

Le vaccin peut être administré aux adolescentes présentant une maladie peu sévère comme une gastro-entérite

légère ou un rhume.

### **Combien de temps dure la protection du vaccin?**

Les études actuelles démontrent que l'immunité dure au moins 5 années et il n'y a pas d'évidence que cette immunité diminue durant ces années. Les études se poursuivent pour évaluer l'efficacité à plus long terme.

### **Quels sont les effets secondaires?**

Le vaccin a été administré à plus de 25000 personnes (8-26 ans) dans 33 pays différents. Il n'y a pas d'effets secondaires sérieux rapportés. L'administration du vaccin peut causer une douleur au site d'injection.

### **Est-ce dangereux de donner le vaccin durant la grossesse?**

Selon les études, il n'y a pas plus de malformation congénitale chez celles qui ont reçu le vaccin durant la grossesse que chez un groupe placebo. Une différence non significative se trouvait dans le sous-groupe qui a reçu le vaccin en dedans de 30 jours du début de la grossesse. Toutefois, le vaccin n'est pas recommandé durant la grossesse ou pour celles qui ont l'intention de devenir enceinte sous peu. Si une adolescente était enceinte durant la vaccination, il faut cesser la vaccination et reporter les autres doses après l'accouchement. Si une adolescente reçoit le vaccin par accident alors qu'elle est enceinte, il est bon d'en avvertir la compagnie qui fabrique le vaccin quadrivalent et qui a un système de surveillance à cet effet (800 986-8999).

### **Est-ce que l'adolescente vaccinée a toujours besoin de contrôle de Pap test?**

Oui, si elle est active sexuellement. Le vaccin protège contre les types 16 et 18 qui sont associés à 70% des cancers du col. Mais il y a d'autres types pour lesquels le vaccin n'offre pas de protection et qui sont associés avec le cancer du col. Aussi, il est possible qu'elle ait déjà été infectée avant la vaccination. Les Pap test seront faits selon les lignes de conduite approuvées pour cet âge.

## Références

Les références les plus importantes peuvent être retrouvées dans ces deux documents, l'un canadien, l'autre des États-Unis:

- Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain, une déclaration d'un comité consultatif, Comité consultatif national de l'immunisation. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2007;33(DCC-2):1-32. [www.phac-aspc.gc.ca/publication/ccdr-rmtc](http://www.phac-aspc.gc.ca/publication/ccdr-rmtc)
  - Human Papilloma virus: HPV information for clinicians. 2006. This brochure is available online at [www.cdc.gov/std/HPV/hpv-clinicians-brochure.htm](http://www.cdc.gov/std/HPV/hpv-clinicians-brochure.htm). It can also be accessed from [www.cdc.gov/std/hpv](http://www.cdc.gov/std/hpv). This brochure covers the natural history, risk factors, transmission, prevention and management of HPV infection and associated conditions, including new technologies and guidelines for the prevention, screening and management of cervical cancer. Also posted is four sets of counseling messages, developed to facilitate provider-patient communication about HPV and associated diseases. These will include messages for (1) prospective vaccine recipients, (2) women receiving the HPV DNA test with Pap for cervical cancer screening, (3) women with a high-risk HPV DNA test result, and (4) patients with genital warts. Finally, for those interested, you can now register for email notifications whenever updates are made to CDC's HPV page. To do this, click on the new link at the top of our HPV page ([www.cdc.gov/std/hpv](http://www.cdc.gov/std/hpv)), called Email updates.
- Health Canada, Population and Public Health Branch, Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, What you need to know about human papillomavirus (HPV) web page (<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/pdf/hpv-e.pdf>)
- Health Canada, It's Your Health HPV web page ([http://www.hc-sc.gc.ca/english/iyh/diseases/hpv-vph\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/english/iyh/diseases/hpv-vph_e.html))
- SOGC web site (<http://www.sexualityandu.ca/eng/teachers/YSH/std.cfm>)
- National Institute of Allergy & Infectious Diseases website (<http://www.niaid.nih.gov/factsheets/stdhpv.htm>)
- National Institute of Health web site (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1.section.7063>)
- Association of Reproductive Health Professionals (ARHP) web site (<http://www.arhp.org/healthcareproviders/onlinepublications/clinicalproceedings/cphpv/types.cfm?ID=149>)
- The Oral Cancer Foundation, The human papillomavirus web page (<http://www.oralcancerfoundation.org/facts/humanpapillomavirus.htm>)
- American Society for Colposcopy and Cervical Pathology website ([http://www.asccp.org/edu/practice/vulva/hpv\\_vin/hpv\\_treat.shtml](http://www.asccp.org/edu/practice/vulva/hpv_vin/hpv_treat.shtml))
- Connaissances, attitudes et comportements en sexualité d'adolescents canadiens de 14-17 ans. Un sondage en ligne IPSOS. Frappier JY et al. Association canadienne pour la santé des adolescents, 2005.
- Anhang R et al. HPV Communication: Review of Existing Research and Recommendations for Patient Education. *CA Cancer J Clin.* 2004;54:248-259
- Franco El et al. Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control. *Vaccine.* 2005; 23:2388-2394
- Munoz N, Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of HPV types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 348;518-27, 2003
- Sellers JW, Karwalajtys TL, Kaczorowski J, Mahony JB, Lytwyn A et al. Survey of HPV in Ontario women. Incidence, clearance and predictors of HPV in women. *CMAJ* 168(4); 421-25, 2003
- IARC Monograph, Vol 90 15-22 Feb 2005
- Winer R. Genital Human Paillomavirus infection: incidence and Risk factors in a cohort of female University Students *Am J Epidemiology* 2003;157: 218-226
- Moore RA, Fornika DJ, Moravan V et al. HPV type distribution in North America- A population based study of 5000 British Columbian women. Poster presentation, 22 nd International Papillomavirus Conference, Prague, 2006
- Winer R et al. Condom use and the risk of genital Human Papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 2006;354: 2645-2654
- Block SL et al. Comparison of the immunogenicity and reactivity of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6/11/16/18) L1 virus-like particle vaccine in male and female adolescents and young adult women. *Pediatrics.* 2006;118(5):2135-45

## Un sondage sur les agressions sexuelles dans la population québécoise

En juin 2006, lors de sa conférence de presse annuelle, La Fondation Marie-Vincent dévoilait les résultats du récent sondage sur la prévalence et les conséquences des diverses formes de mauvais traitements dans l'enfance dans la population québécoise. Ce sondage a été réalisé par la chaire interuniversitaire Fondation Marie Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants. S'étant déroulée sur une période de deux semaines et effectuée par une firme de sondage spécialisée, l'enquête téléphonique a permis de recueillir des données descriptives pertinentes auprès de 1000 adultes québécois concernant les mauvais traitements envers les enfants.

L'enquête visait à établir la prévalence et la cooccurrence des diverses formes de mauvais traitements envers les enfants (abus physique, sexuel et psychologique) auprès d'une population adulte québécoise et de déterminer les conséquences à l'âge adulte des mauvais traitements subis dans l'enfance en fonction des diverses formes de victimisation et d'autres événements survenus chez la victime. Pour ce faire, un échantillon représentatif de la population québécoise a été sondé concernant différentes variables, dont les mauvais traitements subis dans l'enfance.

### Résultats

Quelques résultats de cette étude sont présentés.

#### Ampleur de la violence vécue dans l'enfance des adultes québécois

Les résultats démontrent que 36% des adultes déclarent avoir vécu au moins une forme de violence dans son enfance, dont

- 14% de la violence sexuelle;
- 22% de la violence physique;
- 16% de la violence psychologique.

Au total 13% rapportent avoir vécu deux formes de violence. La violence physique est la forme de violence la plus souvent rapportée en cooccurrence avec d'autres formes de violence.

Les données ne varient pas en fonction de l'âge des répondants, suggérant qu'il n'y a pas eu de diminution du phénomène au Québec.

Les femmes québécoises rapportent significativement plus de violence sexuelle dans l'enfance que les hommes (18,2% vs 9,5%); les hommes rapportent davantage avoir vécu de la violence physique (24,5% vs 19,5%); les hommes et les femmes rapportent des taux de violence psychologique dans l'enfance similaires.

Plus d'une victime sur cinq rapporte avoir été agressées sexuellement par plus d'une personne, lors d'une autre situation d'agression sexuelle. Cette revictimisation surviendrait à l'adolescence pour le trois quart d'entre elles.

#### Caractéristiques de la violence sexuelle vécue dans l'enfance des adultes québécois

Près d'une victime sur deux a été agressée sexuellement par une personne connue sans lien de parenté avec elle ; 16% des victimes d'attouchements sexuels ont été agressées par une personne inconnue, alors que c'est le cas de 10% des victimes de viols.

La moitié des victimes d'attouchements sexuels ont été agressées par un membre de leur parenté ou de leur famille immédiate, alors que le quart des victimes de viols ont été agressées par un membre de leur famille immédiate.

Près de la moitié des victimes d'attouchements sexuels ont vécu leur première agression entre l'âge de 6 et 11 ans, alors que près de 7 victimes de viols sur 10 ont été agressées pour la première fois à l'adolescence.

#### Caractéristiques des dévoilements

Une victime sur cinq n'a jamais dévoilé les agressions sexuelles vécues à personne. La moitié des victimes ont dévoilé au moins 5 ans suivant la première agression.

*Santé psychologique et physique à l'âge adulte des victimes de violence sexuelle dans l'enfance*

Les victimes de violence sexuelle dans l'enfance présentent plus de symptômes de détresse psychologique (dépression, anxiété, irritabilité ou problèmes cognitifs); plus de symptômes de stress post-traumatique; elles sont plus nombreuses à consommer de l'alcool quotidiennement et à avoir déjà consommé de la drogue.

Les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance rapportent une moins bonne santé physique et elles ont pris plus de tranquillisants dans les deux dernières semaines.

**Implications cliniques de la cooccurrence des violences subies**

Les diverses violences affectent de façon importante les victimes et des effets cumulatifs liés à la cooccurrence ont été observés. Dans leur recension des études rétrospectives ayant examiné la prévalence de la violence envers les enfants et leurs conséquences à long terme, Higgins et McCabe soulignent que : « Dans toutes les études examinées, les auteurs concluent que le fait de vivre plus d'une forme de mauvais traitements est associé à de plus grandes difficultés d'ajustement à l'âge adulte comparativement au fait de vivre une seule

forme (traduction libre)». Enfin, il est important de tenir compte de la cooccurrence dans le développement des programmes de prévention et de traitement qui, traditionnellement, sont souvent développés en fonction d'une forme de violence spécifique sans tenir compte de la présence des autres formes. Ceci est d'autant plus important que les études de prévalence réalisées auprès d'échantillons cliniques (clientèle DPJ par exemple) démontrent des taux de cooccurrence beaucoup plus élevés.

Higgins DJ, McCabe MP. Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior* 2001;6(6):547-578.

Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. Marc Tourigny, Ph D. Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation; Marie-Hélène Gagné, Ph D. Université Laval, École de psychologie; Jacques Joly, Ph D. Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation; Marie-Ève Chartrand, B. A. Université de Sherbrooke, Département de psychologie. *Bulletin de liaison de la Chaire*, décembre 2006.

Cette recherche a bénéficié d'un soutien financier de la Fondation Marie-Vincent et de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke.

## Examen de la relation entre les antécédents de mauvais traitements et les comportements à risque chez les adolescents

Ian G. Manion<sup>1</sup> Susan Kaye Wilson<sup>2</sup>

1-Départements de psychiatrie et de psychologie,  
Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ont.) Canada

2-Centre d'étude de l'enfant, Université d'Ottawa, Ottawa (Ont.) Canada

La présente étude avait pour objet d'examiner le lien entre cinq formes de mauvais traitements (violence physique, exploitation sexuelle, négligence, exposition à la violence conjugale et violence psychologique) et les comportements à risque chez les adolescents.

### La littérature

Cinq formes de mauvais traitements ont été retenues pour la présente étude et nous les décrivons brièvement ci-dessous.

#### *Violence physique*

Dans une étude américaine sur la violence familiale, menée à l'échelle nationale en 1985 par Straus et Gelles (1988), on a utilisé deux définitions de la violence physique faite aux enfants. Dans la première définition, on considère qu'un enfant a été victime de violence physique s'il a reçu un coup de pied ou un coup de poing, s'il a été mordu, battu, brûlé ou ébouillanté, s'il a été menacé au moyen d'un couteau ou d'une arme à feu, ou s'il a été attaqué avec un couteau ou une arme à feu. D'après cette définition, les chercheurs ont constaté un taux de violence physique de 24 cas par 1 000 enfants. Lorsqu'à cette définition on a ajouté le critère «frappé avec un objet», ce taux est passé à 110 cas par 1 000 enfants.

#### *Négligence*

La négligence a été définie par Dean (1979, cité dans Brière, 1992) comme un acte d'omission découlant souvent de l'ignorance ou de l'indifférence des parents. La fréquence des cas de négligence est difficile à déterminer, puisque la négligence est souvent englobée dans les cas de violence physique ou de violence psychologique.

#### *Exposition à la violence conjugale*

La violence conjugale a été définie comme étant tout acte d'agression commis par un homme envers une femme avec laquelle il a une relation intime (Dutton, 1988). L'agression envers la femme peut être verbale ou physique. Straus et Gelles (1988), en 1985, ont trouvé que 11,3% des participants avaient eu recours à la violence physique à l'égard de leur femme. On a obtenu des résultats presque identiques en analysant un échantillon canadien. Kennedy et Dutton (1989) ont constitué un échantillon représentatif de participants de régions rurales et de régions urbaines dans la province de l'Alberta. En se servant de la même échelle que Straus, ils ont obtenu un taux de violence conjugale de 11,2%.

D'après l'enquête nationale de Statistique Canada sur la violence envers les femmes, trois Canadiennes sur dix qui sont mariées actuellement ou qui l'ont déjà été ont subi au moins un acte de violence physique ou sexuelle commis par leur conjoint (Rodgers, 1994). Bien que toutes ces études aient surtout porté sur la violence entre adultes, des chercheurs se sont aussi penchés sur les cas de violence conjugale dont des enfants ont été témoins. Ainsi, Bard (1970) a constaté que des enfants étaient présents dans 41% des querelles domestiques ayant nécessité une intervention policière. Selon les résultats de l'enquête nationale de Statistique Canada, les enfants sont témoins d'actes de violence infligés à leur mère dans près de 40% des mariages violents (Rodgers, 1994).

#### *Violence psychologique*

La violence psychologique est habituellement considérée comme un acte de commission. On peut donner comme exemples d'actes de violence psychologique le rejet, l'intimidation, l'isolement, l'exploitation, l'humiliation, la corruption et l'absence de réponses af-

fectives (Claussen et Crittenden, 1991).

### Exploitation sexuelle

Par exploitation sexuelle, on entend généralement l'exploitation sexuelle des enfants et cette forme de violence peut comprendre des comportements comme l'agression sexuelle, les attouchements sexuels, l'incitation à des attouchements, les actes d'exhibitionnisme ou les formes d'exploitation comme la prostitution ou la pornographie.

### Conséquences des mauvais traitements

On ne croit pas que les mauvais traitements entraînent un retard général de développement chez les enfants qui en sont victimes, mais plutôt des problèmes dans des domaines précis et à des stades précis du développement. Ainsi, les mauvais traitements ont été associés à un grand éventail de difficultés d'adaptation. Les enfants victimes de mauvais traitements ont des rapports beaucoup plus agressifs avec leurs parents ou leurs pairs que les enfants qui proviennent de milieux non violents (Cummings, Pellegrini, Notarius et Cummings, 1986). Les enfants victimes de mauvais traitements ont également été décrits comme présentant un plus grand nombre de symptômes d'intériorisation (p. ex. ils sont solitaires, dépressifs) (Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990; Reid et Crisafulli, 1990).

### Mauvais traitements et délinquance

Diverses études montrent qu'il existe une relation entre ces deux phénomènes. Ainsi, selon Smith et Thornberry (1993), les adolescents qui ont été victimes de mauvais traitements pendant l'enfance sont en général plus susceptibles de commettre des actes de délinquance. De plus, la relation entre les mauvais traitements et la délinquance était plus forte pour les cas graves de délinquance que pour les cas mineurs. D'après les auteurs, environ 15 à 30% des enfants victimes de mauvais traitements deviennent délinquants. De même, dans une étude prospective, Widom (1989) a apparié des échantillons de personnes ayant été victimes de violence et de personnes n'en ayant pas été victimes, en fonction de l'âge, du sexe, de la race et de la classe sociale, et elle a regardé lesquelles de ces personnes avaient eu, à l'âge adulte, un comportement criminel et délinquant. Elle a

trouvé que 29% des adultes qui avaient été victimes de violence et de négligence pendant leur enfance avaient un casier judiciaire pour des infractions autres que des infractions au code de la route, tandis que c'était le cas pour 21% des adultes sans antécédents de mauvais traitements.

### Fonctionnement de la famille

Dans les familles violentes, on retrouve souvent aussi des problèmes fonctionnels autres que les comportements violents. Il faut donc tenir compte aussi bien des autres aspects du fonctionnement de la famille que des facteurs liés à la violence lorsqu'on étudie les comportements à risque chez les adolescents. Ainsi, d'après Dembo et ses collaborateurs (1992), parmi les familles qui donnent du soutien affectif et psychologique à leurs enfants, qui leur offrent des modèles de rôle traditionnels, qui exercent un certain contrôle social sur leur comportement et où il existe un attachement étroit entre parents et enfants, les taux de délinquance ont tendance à être moins élevés que dans les autres familles.

D'après la théorie de l'attachement, les enfants qui ont établi des liens solides avec un parent se créent une «image» du parent type. Ils le voient comme une personne réceptive et accessible et ils se voient eux-mêmes comme dignes d'être aimés (Bowlby, 1973; Bretherton, 1987). Les enfants victimes de mauvais traitements auraient plus de difficulté à établir des liens solides avec les principales personnes qui s'occupent d'eux et à se forger un modèle positif d'eux-mêmes (Egeland et Sroufe, 1981; Schneider-Rosen, Braunwald, Carlson et Cicchetti, 1985). Les enfants qui ont un attachement précaire à leurs parents seraient moins capables que les autres de nouer des liens avec leurs semblables ou avec d'autres adultes (Cicchetti et Olsen, 1990). Quand l'attachement est précaire, l'enfant ne peut pas intégrer les valeurs parentales et sociétales liées à l'obéissance et au travail, et il manque de contrôle intérieur (Patterson, DeBaryshe et Ramsey, 1989).

Le modèle parental de résolution des conflits est un autre facteur important qui influence les enfants: ceux-ci ont tendance à utiliser des méthodes semblables à celles de leurs parents lorsqu'ils se trouvent eux-mêmes en situation de conflit (Hart, Ladd et Burleson, 1990). Si les enfants sont exposés à des comportements agressifs

fréquents à la maison, ils ont alors davantage l'occasion d'observer et d'imiter ces comportements (Wahler et Dumas, 1986). Ils placent les réactions agressives à la tête de leur répertoire et ils en viennent à considérer ces réactions comme efficaces (Dodge, Baies et Pettit, 1990).

### Victimisation multiple

On sait que les enfants peuvent être victimes de plus d'une forme de mauvais traitements. Ainsi, le chevauchement des cas d'exposition à la violence conjugale et de violence physique est évalué à 30 à 40% (Hughes, 1988; Straus, Gelles et Steinmetz, 1980). Peu de chercheurs ont examiné directement le lien entre la victimisation multiple durant l'enfance et les comportements à risque à l'adolescence. On croit que le fait d'avoir été exposé à plus d'une forme de mauvais traitements augmente les probabilités d'un comportement à risque.

### **Objectifs de l'étude**

À la lumière des considérations formulées ci-dessus, la présente étude avait pour objet d'examiner les questions suivantes:

1. Les conséquences des mauvais traitements sur le fonctionnement personnel des adolescents
2. La relation entre les antécédents de mauvais traitements et les comportements à risque chez les adolescents
3. La relation entre certaines formes de mauvais traitements (p. ex. la violence physique) et certains comportements à risque (p. ex. la consommation de drogue)
4. Les conséquences de la victimisation multiple sur l'adoption de comportements à risque
5. La relation entre les mauvais traitements et les facteurs liés au fonctionnement de la famille.

### **Méthodes**

Au total, 142 adolescentes (n = 64) et adolescents (n = 78) ont participé à l'étude. Ces jeunes avaient de 14 à 18 ans, l'âge moyen étant de 15,3 ans. Ils étaient divisés en deux groupes. Le premier groupe (n = 49) était composé d'adolescents inscrits au programme «Jeunesse en relance (JER)». Ce programme, dont les activités se

déroulent à Ottawa et à Cornwall, vise les adolescents qui sont considérés comme des décrocheurs potentiels. Les jeunes sont dirigés vers le programme par divers intervenants comme les conseillers d'orientation scolaire, les enseignants et les professionnels de la santé mentale.

Le second groupe était composé de 93 adolescents d'une école secondaire de Cornwall considérés comme représentatifs de la population générale des adolescents. Aucune différence significative quant à l'âge, au niveau scolaire, au sexe ou au statut socioéconomique de la mère n'a été observée entre les deux groupes. Cependant, le statut socioéconomique de père était significativement plus élevé chez les adolescents de l'école secondaire que chez les adolescents du programme JER. Le type de famille aussi différait dans ces deux groupes; les adolescents du programme JER étaient plus nombreux à être issus d'une famille monoparentale (28,6%) que ceux de l'école secondaire (8,6%). Malgré ces différences, les deux groupes ont été considérés en général comme comparables sur le plan démographique et ils ont donc été regroupés en un seul grand groupe pour les fins de l'analyse des données. Parmi les adolescents inscrits au programme JER, seulement deux ont refusé de participer, les deux parce qu'ils avaient de la difficulté à lire.

### Mesures

Antécédents de mauvais traitements. Échelle «Ratings of Past Life Events (Part A)» (McGee, 1993). Pour chaque forme de mauvais traitements, les adolescents devaient indiquer s'ils avaient été victimes de cette forme de mauvais traitements de la part de leur mère, de leur père ou d'une autre personne.

Compétences sociales et problèmes de comportement. Questionnaire «Youth Self-Report» (Archenbach, 1991). Dans cet outil de mesure, on demande aux adolescents d'évaluer leur niveau de compétences sociales (p. ex. rendement scolaire, activités) et leurs problèmes de comportement (p. ex. agressivité, dépression). Les résultats sont comparés à un échantillon normatif de jeunes du même âge et du même sexe. Dans la présente étude, nous donnons les scores normalisés pour les facteurs comme les compétences sociales, les problèmes liés à l'intériorisation (p. ex. l'anxiété, la

dépression) et les problèmes liés à l'extériorisation (p. ex. jouer la comédie, agressivité). De plus, nous avons inclus deux éléments du questionnaire constituant des comportements à risque («Je fais des fugues», «Je songe à me suicider»).

Estime de soi. Version modifiée du questionnaire «Self-Description Questionnaire II» (Marsh, 1990). Nous avons évalué l'estime de soi par rapport aux points suivants: apparence physique, personnalité générale, honnêteté et fiabilité, et relations avec les parents.

Antécédents familiaux et comportements à risque. «Student Questionnaire». Ce questionnaire a été élaboré par les auteurs et il comprend quelques questions du «High School Student Questionnaire» (Caputo, 1993) et d'une enquête sur la maladie mentale, «Canadian Youth Mental Health and Illness Survey» (Davidson et Manion, 1993). Parmi les renseignements demandés sur la famille, mentionnons le type de famille, le statut socioéconomique et les antécédents de dépression, de consommation d'alcool ou de drogue, de violence physique ou sexuelle, de maladie mentale, d'activités criminelles et de fréquentation scolaire. Les adolescents ont fourni des renseignements sur leur propre fréquentation scolaire, leur cheminement scolaire et leurs projets d'étude. Enfin, nous avons recueilli des données sur les comportements à risque comme l'école buissonnière, les fugues, les infractions criminelles et la consommation de drogue.

Fonctionnement de la famille. Nous avons administré aux participants une version modifiée du questionnaire «Family Environment Scale» (Moos et Moos, 1986). Les points que nous avons évalués sont les suivants: la cohésion (le degré d'encouragement, d'aide et de soutien que les membres de la famille se donnent les uns aux autres), l'expressivité (la mesure dans laquelle les membres de la famille sont encouragés à agir ouvertement et à exprimer leurs sentiments), les conflits (la colère, l'agressivité et l'opposition qui sont exprimées ouvertement parmi les membres de la famille), l'indépendance (le degré de confiance en eux-mêmes et d'autonomie des membres de la famille et leur capacité de prendre leurs propres décisions), l'orientation vers les réalisations (la mesure dans laquelle les activités comme les études et le travail sont intégrées dans un cadre orienté vers les réalisations ou la compétition),

l'organisation (l'importance accordée à une organisation et une structure claires pour la planification des activités et des responsabilités) et enfin le contrôle (la mesure dans laquelle on utilise des règles et des méthodes préétablies pour gérer la vie familiale).

Autres événements de la vie. Pour détecter les effets possibles d'événements négatifs autres que les mauvais traitements, nous avons demandé aux adolescents de remplir le questionnaire «Life Events Checklist» (Johnson et McCutcheon, 1980). Les adolescents devaient indiquer quels événements étaient survenus dans leur vie au cours de l'année précédente, préciser si l'événement était positif ou négatif pour eux et évaluer sur une échelle de trois degrés les conséquences que cet événement avait eues sur leur vie (0 = aucune conséquence, 1 = peu de conséquences, 2 = des conséquences importantes). À partir de ces réponses, nous avons calculé une cote de changement négatif en additionnant les cotes attribuées aux conséquences des événements considérés comme négatifs.

## Résultats

### *Antécédents de mauvais traitements*

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les proportions de jeunes des deux échantillons qui ont déclaré avoir subi des mauvais traitements sous une forme ou sous une autre (69,4% de l'échantillon du programme «Jeunesse en relance» contre 57,0% de l'échantillon de l'école secondaire). Parmi l'échantillon total composé de 142 adolescents, 87 (61,3%) avaient subi une ou plusieurs formes de mauvais traitements à un certain moment dans le passé. De ce nombre, un tiers des jeunes ont mentionné une seule forme de mauvais traitement, alors que deux tiers ont mentionné des formes multiples (deux ou plus) de mauvais traitements.

Les mauvais traitements subis se répartissent de la façon suivante: 14,8% des jeunes ont été témoins de violence conjugale, 15,5% ont été victimes d'exploitation sexuelle, 20,4% de négligence, 38,7% de violence physique, et 40,8% de violence psychologique.

Dans l'ensemble, la proportion des garçons qui ont subi des mauvais traitements ne diffère pas beaucoup de celle des filles. Lorsqu'on compare la fréquence des

diverses formes de mauvais traitements, selon le sexe, on constate que les filles ont été davantage victimes d'exploitation sexuelle (28,2% contre 0%), et de violence psychologique (48,7% contre 31,3%) que les garçons.

Pour les autres analyses, nous avons comparé les jeunes qui ont subi des mauvais traitements (adolescents maltraités) avec ceux qui n'en ont pas subi (adolescents non maltraités).

#### Données démographiques

Les adolescents qui ont été victimes de mauvais traitements ne diffèrent pas de façon significative des autres selon l'âge, selon la proportion de filles par rapport à celle des garçons ou selon le type de famille (c.-à-d. famille monoparentale ou famille biparentale).

Les données sur le cheminement scolaire. Les deux groupes de jeunes sont comparables quant à leur niveau de scolarité et au nombre d'écoles qu'ils ont fréquentées. On constate un taux nettement plus élevé d'adolescents maltraités qui ont suivi des classes spéciales (40,7% contre 18,5%).

#### Antécédents de mauvais traitements et antécédents familiaux

Fait important, un plus grand nombre des adolescents ayant subi des mauvais traitements avaient un membre de leur famille qui avait souffert d'une maladie mentale, qui avait été toxicomane, qui avait été maltraité ou qui avait commis des infractions criminelles.

#### Antécédents de mauvais traitements et événements de la vie

Les adolescents ayant été victimes de mauvais traitements ont obtenu des points significativement plus élevés (9,86 contre 4,85) sur l'échelle des événements négatifs de la vie (Johnson & McCutcheon, 1980).

#### Antécédents de mauvais traitements et fonctionnement de la famille

Il y a des différences significatives entre les deux groupes de jeunes dans plusieurs domaines du fonc-

tionnement familial. Dans la famille des jeunes ayant subi des mauvais traitements, il y a moins de cohésion, d'indépendance et d'organisation et plus de conflits.

#### Antécédents de mauvais traitements et fonctionnement individuel des jeunes

Les adolescents qui ont subi des mauvais traitements, par rapport à l'autre groupe, ont obtenu des résultats qui laissent supposer que leur estime de soi est largement inférieure en ce qui concerne leur personnalité générale et les relations avec leurs parents.

Bien que l'on ne constate aucune différence entre les deux groupes de jeunes sur le plan des compétences sociales, les jeunes qui ont subi des mauvais traitements connaissent plus que les autres des problèmes liés à l'intériorisation (p. ex. l'anxiété, la dépression, la somatisation) ou à l'extériorisation (p. ex. la délinquance, l'agression).

En outre, les jeunes qui ont subi des mauvais traitements ont reçu des soins médicaux sous une forme ou une autre dans une proportion deux fois plus élevée que les autres adolescents (57,6% contre 26,0%).

#### Antécédents de mauvais traitements et comportements à risque

Outre le fonctionnement psychosocial, on a évalué sept comportements à risque: la consommation de cigarettes, la consommation d'alcool et la consommation de drogues, fréquentation scolaire irrégulière (école buissonnière), infractions criminelles, fugues, idées suicidaires.

On a obtenu des résultats semblables pour les trois formes de toxicomanie (cigarette, alcool et drogue). Bien que des jeunes des deux groupes en ait fait l'expérience (c.-à-d. «essayé quelquefois»), une plus grande proportion des jeunes ayant subi des mauvais traitements ont consommé des cigarettes de façon occasionnelle ou fréquente, et de l'alcool de façon occasionnelle, dans une proportion supérieure aux autres. Les jeunes qui ont subi des mauvais traitements sont plus susceptibles que les autres d'avoir consommé des drogues.

En ce qui a trait à la fréquentation scolaire irrégulière,

aux suspensions scolaires ou au fait d'avoir été accusé pour une infraction criminelle, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de répondants, bien que les taux de ces variables soient plus élevés dans le groupe de jeunes qui ont été victimes de mauvais traitements.

Les jeunes ayant subi des mauvais traitements ont déclaré, dans une proportion nettement supérieure aux autres, qu'ils avaient commis des fugues à un moment ou à un autre et qu'ils avaient des idées suicidaires. Les résultats concernant les idées suicidaires sont tout à fait surprenants: parmi les 41,2% de jeunes ayant subi des mauvais traitements qui ont mentionné avoir déjà eu l'idée de se suicider, 40% ont déclaré avoir souvent ce genre de pensée. En revanche, seulement 11,5% des autres jeunes ont déclaré avoir des idées suicidaires.

#### Victimisation simple ou multiple et comportements à risque

Une série d'analyses n'ont révélé aucune différence significative entre les taux de jeunes ayant eu l'un ou l'autre des comportements à risque selon qu'ils avaient été victimes d'une ou de plusieurs formes de mauvais traitements. Même si ces données ne sont pas statistiquement significatives, à l'exception des comportements liés aux infractions criminelles et aux compétences sociales, la fréquence de tous les comportements à risque est supérieure chez les adolescents ayant subi plusieurs formes de mauvais traitements, par rapport aux adolescents n'ayant subi qu'une forme de mauvais traitements.

On a effectué des analyses de risques relatifs afin de déterminer le risque relatif pour les jeunes d'adopter divers comportements à risque selon qu'ils ont été victimes ou non de mauvais traitements dans le passé. Dans chaque cas, on a utilisé comme groupe de référence le groupe de jeunes n'ayant pas subi de mauvais traitements pour calculer le risque relatif.

Les seuls comportements à risque auxquels semblent être plus exposés - de façon significative - les jeunes ayant déclaré une seule forme de mauvais traitements, par rapport à ceux n'ayant pas subi de mauvais traitements, sont la consommation de cigarettes et de drogue (3,68 fois plus pour la cigarette et 3,81 fois plus pour

la drogue). Notons que les risques relatifs sont largement influencés par la taille de l'échantillon et que la proportion des répondants ayant subi une seule forme de mauvais traitements était assez faible.

Les jeunes ayant subi plusieurs formes de mauvais traitements sont plus susceptibles que les jeunes non maltraités d'adopter cinq des sept comportements à risque, c'est-à-dire la consommation de cigarettes, la consommation d'alcool et la consommation de drogues, les fugues et les idées suicidaires. Les risques relatifs se situent entre «3,3 fois plus» pour la consommation d'alcool et «6,9 fois plus» pour les idées suicidaires. Ces mêmes adolescents ne sont pas plus susceptibles que les jeunes du groupe de référence d'avoir des problèmes de fréquentation scolaire ou d'avoir été accusés d'infraction criminelle. En revanche, comparativement au groupe de référence, ils sont plus portés à avoir un fonctionnement qui les place dans les cas limites ou les cas cliniques quant aux problèmes liés à l'intériorisation et à l'extériorisation.

#### Formes de mauvais traitements et comportements à risque

On a également calculé les risques relatifs afin d'établir une relation entre les comportements à risque, le fonctionnement individuel et les diverses formes de mauvais traitements. Là encore, les jeunes qui n'avaient subi aucune forme de mauvais traitements ont servi de groupe de référence. À quelques exceptions près, les risques relatifs significatifs ( $p < 0,05$ ) sont assez semblables pour l'ensemble des comportements à risque et les aspects du fonctionnement individuel, bien que l'importance des liens varie selon la forme de mauvais traitements.

Les jeunes ayant subi une forme ou une autre de mauvais traitements sont plus susceptibles - et de façon significative - de consommer des cigarettes, de l'alcool ou de la drogue. Les risques relatifs vont de «2,83 fois plus» pour la consommation d'alcool, si l'adolescent a été victime de violence physique, à «11,14 fois plus» pour l'usage de drogues, s'il a été témoin de violence conjugale. L'exposition à la violence conjugale semble être associée aux risques relatifs les plus élevés pour toutes les catégories de toxicomanie qui ont été évaluées.

Pour toutes les formes de mauvais traitements, les ris-

ques relatifs sont particulièrement élevés en ce qui concerne les fugues et les idées suicidaires. Les jeunes ayant subi une forme ou une autre de mauvais traitements sont au moins cinq fois plus susceptibles que ceux qui n'en ont pas subi d'avoir des comportements à risque. Ceux qui ont été négligés sont 11,31 fois plus susceptibles de commettre des fugues. Ceux qui ont été négligés et ceux qui ont été témoins de violence conjugale sont 8,43 fois plus portés à avoir des pensées suicidaires.

Les jeunes ayant été victimes d'exploitation sexuelle sont ceux qui semblent avoir le plus rencontré de problèmes de fréquentation scolaire (école buissonnière) alors que ceux qui ont été témoins de violence conjugale semblent être les seuls à être plus susceptibles d'avoir été accusés d'une infraction criminelle (4,0 fois plus).

Lorsqu'il s'agit de fonctionnement individuel, indépendamment de la forme de mauvais traitements subis, les adolescents ne sont pas plus susceptibles d'avoir rencontré des difficultés cliniquement significatives dans le domaine des compétences sociales. Toutefois, pour chaque forme de mauvais traitements, les jeunes sont plus susceptibles (deux à quatre fois plus) d'avoir vécu des problèmes liés à l'intériorisation ou à l'extériorisation que ceux qui n'ont vécu aucune forme de mauvais traitements. Sauf dans le cas des adolescents qui ont été victimes de négligence, les risques relatifs d'avoir des problèmes liés à l'extériorisation sont supérieurs aux risques d'avoir des problèmes liés à l'intériorisation.

#### Relation entre les différentes formes de mauvais traitements

Il existe une intercorrélation significative entre toutes les formes de mauvais traitements qui ont été examinées dans le cadre de la présente étude. En outre, il existe une corrélation significative entre chaque forme de mauvais traitements et les mauvais traitements combinés. La corrélation entre l'exploitation sexuelle et les autres formes de mauvais traitements est la plus faible, sauf dans le cas de la négligence.

#### Relation entre les différents comportements à risque

Il existe une corrélation significative entre plusieurs comportements à risque ou entre les comportements à

risque et divers aspects du fonctionnement individuel. Il n'est pas étonnant de constater une forte intercorrélation entre les différentes formes de toxicomanie (la cigarette, l'alcool et la drogue). Remarquons également la corrélation significative entre, d'une part, les «fugues» et la fréquentation scolaire irrégulière («école buissonnière») et, d'autre part, les toxicomanies. Il y a une forte corrélation entre les «infractions criminelles» et la «consommation de cigarettes», les «fugues» et les «problèmes liés à l'extériorisation». En général, on observe une forte corrélation entre les «problèmes liés à l'extériorisation» et tous les comportements à risque, sauf dans le cas des compétences sociales; celles-ci présentent une corrélation modérée avec la «consommation de drogue» et les «problèmes liés à l'intériorisation». C'est avec les «problèmes liés à l'intériorisation», la «consommation de drogue» et les «problèmes liés à l'extériorisation» que les «idées suicidaires» ont la plus forte corrélation.

#### Antécédents familiaux et comportements à risque

On a également effectué des analyses de risques relatifs pour déterminer la force de la relation entre les comportements à risque et la présence d'antécédents familiaux négatifs (c.-à-d. les problèmes vécus par un des parents ou par un frère ou une soeur). Certains types de problèmes vécus par un autre membre de la famille sont associés à une forte probabilité pour le jeune d'adopter différents types de comportements à risque. Aucun des antécédents familiaux n'est associé à une probabilité plus forte pour le jeune de démontrer des problèmes cliniquement significatifs en ce qui a trait à ses compétences sociales. Par contre, tous les antécédents familiaux négatifs sont associés à une plus grande probabilité pour le jeune d'avoir des problèmes liés à l'intériorisation ou à l'extériorisation. En particulier, notons que les adolescents qui ont des antécédents familiaux d'infractions criminelles risquent 6,32 fois plus que ceux qui n'ont pas ce genre d'antécédent familial d'avoir des problèmes liés à l'extériorisation.

Les «fugues» sont le seul comportement à risque associé aux antécédents de maladie mentale. Les adolescents qui ont mentionné des problèmes de toxicomanie chez un membre de leur famille sont plus susceptibles que les autres, et de façon significative, d'adopter tous les comportements à risque qui ont été analysés, à l'exception des infractions criminelles. Remarquons en particulier

que l'antécédent familial «frère ou soeur ayant abandonné l'école» est le seul facteur qui semble être associé à l'«école buissonnière» (fréquentation scolaire irrégulière), le risque étant 6,09 fois plus grand chez ceux dont un frère ou une soeur a abandonné l'école de faire l'école buissonnière que chez ceux qui n'ont pas cet antécédent. Contrairement aux résultats sur les différentes formes de mauvais traitements présentés plus tôt, peu de variables liées aux antécédents familiaux ont un lien significatif avec les «idées suicidaires».

### Commentaires

Avant de commenter les divers résultats de notre recherche, rappelons au lecteur qu'en raison de la conception de l'étude, il ne nous est pas possible d'établir s'il existe une relation de cause à effet entre les mauvais traitements subis durant l'enfance et l'adoption ultérieure de comportements à risque.

#### Mauvais traitements

Il est frappant de constater que dans l'échantillon des répondants, 61% des adolescents déclarent avoir subi des mauvais traitements. La violence psychologique et la violence physique sont les formes de mauvais traitements dont les jeunes ont été le plus souvent victimes, suivies de la négligence, de l'exploitation sexuelle et de l'exposition à la violence conjugale. On a constaté une forte relation entre les diverses formes de mauvais traitements déclarés par les adolescents. Ainsi, une plus grande proportion d'adolescents ont subi plus d'une forme de mauvais traitements. En effet, les deux tiers des adolescents qui ont déclaré avoir été victimes de mauvais traitements avaient subi plusieurs formes de mauvais traitements. De plus, les adolescents qui avaient été victimes de plusieurs formes de mauvais traitements étaient plus susceptibles d'adopter des comportements à risque et d'avoir des problèmes cliniquement significatifs de fonctionnement individuel que ceux qui n'avaient signalé qu'une seule forme de mauvais traitements.

Ces résultats donnent à penser que les antécédents de mauvais traitements augmentent les probabilités qu'un adolescent adopte des comportements à risque et que l'exposition à plus d'une forme de mauvais traitements augmente encore davantage les probabilités. De plus, si on sait qu'un adolescent est victime d'une forme de

mauvais traitements, il serait important de faire une évaluation pour dépister les autres formes de mauvais traitements dont il pourrait également être victime.

#### Antécédents familiaux

Les caractéristiques de la famille des adolescents qui avaient subi des mauvais traitements différaient sur plusieurs points de celles de la famille non violente. Comparativement aux autres adolescents, les adolescents qui ont été victimes de mauvais traitements étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents familiaux (touchant un parent, un frère ou une soeur) de maladie mentale, de toxicomanie, de mauvais traitements ou d'infraction criminelle. De plus, ces adolescents ont défini leur milieu familial comme étant caractérisé par un faible degré de cohésion, un niveau élevé de conflits, un faible niveau d'indépendance et d'organisation. Les relations de ces jeunes avec leurs parents se sont aussi avérées être un point faible dans leur estime de soi. Les divers aspects de la vie familiale constituent une importante source d'information qui permet de comprendre le fonctionnement des adolescents. La participation de la cellule familiale reste un élément important pour la détection et l'intervention.

#### Adaptation des adolescents

Les mauvais traitements déclarés par les adolescents étaient associés à plusieurs problèmes d'adaptation. Les adolescents qui avaient subi des mauvais traitements ont été plus nombreux à déclarer des problèmes liés à l'intériorisation (p. ex. anxiété, dépression) et à l'extériorisation (p. ex. agressivité, délinquance), et des problèmes d'estime de soi par rapport à leur personnalité générale et aux relations avec leurs parents.

#### Comportements à risque

Les adolescents qui avaient subi des mauvais traitements étaient également plus nombreux que les autres à avoir adopté certains comportements à risque. Plus précisément, ils avaient plus souvent commis des fugues, été accusés d'une infraction criminelle, eu des idées suicidaires et consommé des cigarettes, de l'alcool ou de la drogue. Bien que les antécédents de mauvais traitements aient été associés à de plus grandes probabilités de consommer des substances intoxicantes, la relation

était plus forte pour la consommation de drogue et de cigarettes et un peu plus faible pour la consommation d'alcool. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les expériences de consommation d'alcool ont tendance à être généralisées parmi les adolescents, qu'ils aient ou non été victimes de mauvais traitements; la consommation d'alcool constitue donc une question importante à elle seule. La prévalence des idées suicidaires parmi les adolescents ayant subi des mauvais traitements est particulièrement troublante (42,2%), si on les compare aux autres adolescents (11, 5%).

On a trouvé une forte relation entre les divers comportements à risque examinés dans l'étude. Lorsqu'un adolescent déclarait avoir un comportement à risque, il déclarait souvent aussi d'autres comportements à risque. Mentionnons encore une fois que lorsque l'on travaille auprès d'adolescents dont on sait qu'ils ont un comportement à risque, on devrait chercher à détecter les autres comportements à risque qu'ils pourraient avoir.

### Limites de l'étude

La présente étude comporte plusieurs limites dont il faut tenir compte, car elles ont des conséquences sur l'interprétation des résultats. Le fait d'avoir combiné deux groupes différents de participants (programme «Jeunesse en relance», classes de niveau secondaire) peut avoir eu un effet sur certains résultats, particulièrement sur les taux de base des divers comportements et des antécédents faisant l'objet de l'étude. Les informations ont été recueillies exclusivement par autodéclaration. Les renseignements obtenus de cette façon peuvent être biaisés.

### Conséquences sur la pratique clinique

Les conclusions de la présente étude montrent qu'il serait nécessaire de mettre en place des programmes de prévention et d'intervention précoce. Tout effort orienté vers la prévention ou le dépistage précoce de la violence à l'égard des enfants et des jeunes peut avoir un effet direct sur la prévention des comportements à risque ou sur l'adoption de ces comportements à l'adolescence. De même, les interventions précoces auprès d'adolescents qui ont des comportements à risque assez marqués peuvent aider à enrayer l'évolution de ces comportements

avant qu'ils ne deviennent solidement établis. Les interventions précoces risquent d'être plus efficaces et moins coûteuses que des programmes visant à enrayer des dysfonctions établies au sein des cellules familiales et des comportements mésadaptés solidement ancrés.

Les interventions auprès des adolescents qui ont des comportements à risque sont également d'une grande importance. Ces jeunes ont habituellement plusieurs problèmes et ils risquent de continuer à adopter des comportements déviants. Les intervenants doivent être particulièrement sensibles à la cooccurrence des comportements à risque et ils devraient procéder à une évaluation pour dépister les autres comportements à risque lorsque l'un d'entre eux est présent.

La présente étude montre l'importance de considérer les mauvais traitements ainsi que les antécédents familiaux de comportements à risque et de problèmes d'adaptation comme des facteurs importants de la manifestation de comportements à risque à l'adolescence. Les programmes qui viseront les enfants et les jeunes à risque élevé et leur famille sur une période de temps suffisante pourront aider à diminuer les facteurs de stress qui sont présents dans leur vie et à favoriser des relations interpersonnelles saines.

*Ce texte a été raccourci étant donné sa longueur. Pour le texte complet et la bibliographie : [www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/publications](http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/publications) (voir violence envers les enfants)*

*Reproduit de :*

Centre national d'information sur la violence dans la famille  
Unité de la prévention de la violence familiale  
Direction générale de la promotion et des programmes de santé  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 1B4  
Numéro sans frais: (1 800 267-1291) Télécopieur : (613) 941-8930  
[www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/](http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/)  
Cat. H72-21/139-1995F  
ISBN 0-662-80541-0

## Troubles anxieux chez les 14-25 ans: détection précoce et traitement dans les services de 1re ligne

Poulin, C. (2003). Bulletin Prévention en pratique médicale (janvier 2003),  
Direction de santé publique de Montréal-Centre

### De l'anxiété normale aux troubles anxieux...

L'anxiété est une émotion qu'on peut considérer comme normale ou pathologique.

Normale, elle joue un rôle essentiel dans l'aptitude d'un individu à faire face aux situations de danger ou de crise. L'anxiété constitue alors un signal naturel informant l'individu d'un danger imminent et l'amenant à développer ses capacités d'adaptation.

Lorsqu'elle se manifeste avec une intensité et une durée inhabituelles face à un stimulus et qu'elle engendre une souffrance et des dysfonctions importantes chez l'individu, l'anxiété cesse de jouer un rôle adaptatif pour devenir pathologique.

### Et nos jeunes...

Le passage de l'adolescence au stade de jeune adulte s'avère une période cruciale car l'individu doit se définir en tant qu'adulte avec de nouvelles responsabilités personnelles, professionnelles, académiques et sociales. L'entrée à l'école secondaire, la puberté, le développement des compétences sociales et la recherche d'une identité propre constituent autant d'éléments qui influent sur le devenir du jeune exigeant une grande capacité d'adaptation. Bien que la plupart réussissent à franchir avec succès ces diverses étapes, certains d'entre eux verront leur santé mentale se fragiliser et manifesteront de la détresse psychologique pouvant mener à l'émergence de troubles mentaux tels les troubles anxieux.

Les troubles anxieux engendrent beaucoup de souffrance chez les jeunes. Cela peut affecter leur développement cognitif et social et nuire à leur intégration scolaire, familiale, professionnelle et sociale. Ces perturbations peuvent se traduire par de mauvaises performances scolaires pouvant mener au décrochage, à une faible estime de soi, à la perte d'amis significatifs, à une intégration difficile dans le milieu du travail, à une perte de productivité, etc. En somme, les troubles anxieux, s'ils

ne sont pas dépistés et traités précocement, nuisent au développement du jeune et entraînent des coûts élevés en soins de santé.

### Des statistiques angoissantes...

Les enquêtes épidémiologiques montrent que les troubles anxieux sont très prévalents chez les jeunes, affectant près de 10 % des enfants et des adolescents. La phobie sociale est le trouble anxieux le plus fréquent atteignant jusqu'à 15 % des 15 à 24 ans. Suivent les phobies spécifiques et l'agoraphobie (10 % et 7 % respectivement). Fait inquiétant, un jeune sur deux souffrant d'un trouble anxieux montre une comorbidité avec la dépression majeure, les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues, ou avec un autre trouble anxieux. Certains iront même jusqu'à développer des comportements suicidaires.

Soulignons que l'apparition de ces troubles survient à un âge très critique pour le développement social et émotif du jeune. Non traités durant l'enfance ou l'adolescence, ces problèmes risquent de persister jusqu'à l'âge adulte et de nuire à son intégration sociale et professionnelle.

### Besoins de soins non comblés

Il est souvent difficile pour les 14 à 25 ans d'apprécier leur état de santé mentale et de requérir une aide professionnelle lorsque des symptômes se manifestent. La majorité des jeunes tentent de régler leur problème eux-mêmes ou cherchent de l'aide auprès de leurs amis ou de leur famille. En ce sens, les résultats d'une enquête de santé mentale menée auprès des Montréalais montrent que les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans sont moins enclins à utiliser les services pour des raisons de santé mentale et ce, malgré la présence d'indications de besoins de soins.

Lorsqu'il y a demande d'aide, les personnes souffrant de troubles anxieux se retrouvent fréquemment dans les services de 1re ligne car elles interprètent les manifes-

tations somatiques de leur anxiété comme liées à une maladie physique. Ces personnes sont par conséquent de très grandes utilisatrices du système de soins, ce qui engendre des coûts élevés d'investigation et de diagnostic.

### Quelques symptômes courants des troubles anxieux

Référez aussi aux critères du DSM-IV

#### Signes psychologiques

- Inquiétude
- Panique
- Peur de perdre le contrôle de soi
- Peur de mourir
- Irritabilité
- Peur exagérée de l'opinion d'autrui
- Obsession
- Trouble de l'attention et concentration
- Etc.

#### Signes physiques

- Tension
- Tremblements
- Transpiration
- Palpitations
- Sensation de vertige ou d'évanouissement
- Tension musculaire
- Nausées
- Sensation de souffle coupé ou d'étouffement
- Paresthésies
- Douleur ou gêne thoracique

Donc :

- Difficultés scolaires, familiales et sociales
- Difficultés à accomplir les activités quotidiennes
- Impact sur la qualité de vie du jeune et de son entourage.

### Typologie des troubles anxieux

#### Anxiété de séparation

Anxiété excessive et inhabituelle chez le jeune lorsqu'il est séparé de ses proches. Normale chez les jeunes en-

fants, elle peut révéler un trouble lorsqu'elle demeure présente chez l'adolescent ou le jeune adulte. Les symptômes vont de malaises anticipatoires à un sentiment de panique et peuvent s'accompagner d'étourdissements, de nausées ou de palpitations. Des symptômes de tristesse ou de dépression peuvent également être présents.

#### Anxiété généralisée

Anxiété chronique se manifestant plus particulièrement par des inquiétudes très nombreuses et très intenses concernant différents aspects de la vie courante : santé, argent, réussite scolaire ou autres. Les jeunes aux prises avec ce problème se soucient de tout mais plus particulièrement de leurs performances relationnelles, scolaires et sportives. Ils ont peu confiance en eux-mêmes et demandent à être réassurés constamment. Outre ces inquiétudes, les symptômes les plus fréquents sont : l'agitation, la fatigue, l'irritabilité, l'insomnie, des difficultés à se concentrer. Chez certains, cette anxiété peut s'accompagner de questionnements sur leur identité personnelle.

#### Phobie spécifique

Il s'agit d'une peur excessive en réponse à la présence ou à l'anticipation d'un objet particulier, d'une situation ou d'une activité (les insectes, les hauteurs, le sang, l'avion, etc.). L'exposition à la situation peut conduire à une réaction d'évitement chez le jeune. Dans les cas sévères, les phobies peuvent entraver le fonctionnement du jeune à l'école et dans son milieu social.

#### Phobie sociale

Anxiété intense dans les situations où le jeune craint d'être mal jugé ou critiqué lorsqu'il est le centre d'attention. Elle peut s'accompagner de symptômes somatiques: palpitations, tremblements, transpirations et, occasionnellement, attaques de panique. Chez certains, elle est plus manifeste à l'école et peut mener à l'évitement scolaire. Lorsque la phobie sociale se généralise à un ensemble de stressors sociaux et environnementaux, elle peut conduire à une détérioration marquée de la qualité de vie du jeune. C'est le trouble anxieux le plus fréquent chez les jeunes de 15 à 24 ans.

### Trouble panique avec ou sans agoraphobie

Ce trouble se caractérise par des attaques de panique survenant soudainement, sans raison apparente, et dont les symptômes les plus fréquents sont : des palpitations, des tremblements, des étourdissements, des douleurs thoraciques, une impression d'étouffer ou un sentiment d'irréalité (déréalisation). À cela s'ajoute une peur intense de souffrir d'une crise cardiaque, de perdre connaissance, de mourir ou de perdre le contrôle de soi. Ce trouble peut s'accompagner d'agoraphobie. Le jeune évite alors les endroits et les situations où il craint qu'il soit difficile de s'enfuir ou de recevoir de l'aide en cas d'attaque de panique, par exemple les autobus ou les magasins bondés. Peut mener à l'abandon de l'école ou du travail.

### Trouble obsessionnel-compulsif

Se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions récurrentes. Les obsessions sont des idées ou des pensées persistantes vécues comme intrusives et anormales. Les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux visant à réduire l'anxiété. Chez les enfants et adolescents, il peut leur être difficile d'identifier une obsession spécifique liée à la compulsion. Ils se plaignent plutôt d'un vague malaise ou de la peur qu'un malheur ne survienne. Les jeunes ont tendance à cacher leurs symptômes de peur d'être stigmatisés par leur entourage. Ce trouble affecte grandement leur comportement dans le quotidien.

### État de stress post-traumatique

Exposition à un stressor perçu comme une menace à sa vie ou son intégrité physique ou à celle de quelqu'un d'autre. Il peut s'agir d'un viol, d'une agression violente, d'un accident grave, de la perte d'un être cher, d'un attentat, etc. La personne revit l'expérience de ce traumatisme sous forme de rêves, de cauchemars ou de réminiscences soudaines (flash-back).

### **Rôle des intervenants de 1re ligne**

Les professionnels de la santé dont le médecin et l'infirmière sont des intervenants majeurs pour l'identification et la prise en charge des troubles mentaux puisqu'ils représentent souvent les seuls professionnels

avec lesquels un jeune confronté à un problème de santé mentale établira un contact. Vu la prévalence élevée de troubles anxieux chez les jeunes, une intervention précoce s'avère nécessaire pour prévenir les complications et améliorer leur cheminement vers l'âge adulte.

Or, une personne sur deux souffrant de troubles anxieux n'est pas dépistée en première ligne et une sur trois est mal diagnostiquée. L'absence de protocoles de traitement standardisés et empiriques pour soutenir les médecins de famille dans leur pratique explique en partie cette situation. D'autre part, une bonne connaissance des critères diagnostiques des troubles mentaux du DSM-IV est indispensable pour établir un diagnostic juste.

### **Évaluation clinique**

#### Soupçon clinique d'anxiété

Bien documenter auprès du jeune et de ses parents (avec son accord) l'âge d'apparition des symptômes, la durée, la fréquence et l'occurrence des épisodes d'anxiété ainsi que son comportement social, scolaire ou professionnel.

#### Facteurs de risque

Vérifier la présence d'antécédents personnels et familiaux de problèmes médicaux et psychiatriques.

#### Diagnostic différentiel :

- Vérifier si les signes d'anxiété sont dus aux effets physiologiques directs d'une substance (caféine, nicotine, alcool, drogues, narcotiques, etc.). Traiter concurrentement s'il y a lieu.
- Exclure une maladie physique ou systémique pouvant provoquer de l'anxiété : de type endocrinien, neurologique, cardio-vasculaire, pulmonaire, métabolique, inflammatoire, infectieux, etc.
- Exclure une cause toxique pouvant être provoquée par une intoxication, un sevrage, une émanation de toxines, la prise de certains médicaments tels les stéroïdes, les bronchodilatateurs, les antihistaminiques, etc.
- Établir un diagnostic différentiel avec d'autres maladies mentales (dépression majeure, psychose, trouble somatoforme, etc.).

- Déterminer s'il s'agit d'un trouble anxieux spécifique ou d'un trouble d'adaptation avec humeur anxieuse (en réponse à un stress psychosocial tel la perte d'un parent).

#### Présence de comorbidité

Établir s'il y a présence d'autres troubles (troubles de l'humeur tels dépression, dysthymie<sup>2</sup>, troubles d'adaptation, abus d'alcool et drogues).

#### Profil suicidaire

Les troubles anxieux lorsque associés à d'autres troubles mentaux (telle la dépression) constituent un facteur de risque de suicide.

### **Traitement des troubles anxieux**

Le choix du traitement est tributaire de plusieurs facteurs:

- les caractéristiques du jeune;
- l'accessibilité aux diverses approches de traitement;
- les préférences et la motivation du jeune et de sa famille (avec l'accord du jeune) face aux options thérapeutiques proposées;
- la présence de comorbidité;
- les conditions médicales du jeune;
- le niveau de sensibilité aux effets secondaires des médicaments;
- les habiletés du médecin à dispenser le traitement;
- les coûts du traitement;
- la disponibilité des ressources.

Les stratégies proposées reflètent le spectre de sévérité des principaux troubles anxieux avec les interventions appropriées tout en mettant l'accent sur les interventions précoces afin de prévenir le développement de conditions chroniques et d'éviter diverses incapacités. Soulignons que la pharmacothérapie et la psychothérapie cognitivo-comportementale sont les seules approches thérapeutiques des troubles anxieux dont l'efficacité a été validée scientifiquement.

#### La psychoéducation

Le succès du traitement privilégié repose avant tout sur

une collaboration soutenue du jeune. Pour l'obtenir, le médecin doit déterminer le choix du traitement en considérant les préférences et les motivations du patient et lui donner accès à de l'information crédible sur l'efficacité des diverses options thérapeutiques, les avantages et les inconvénients de chacune des approches, la disponibilité des services et les coûts des différents traitements. Pour les plus jeunes, avec leur accord, il est souhaitable d'impliquer les parents et le personnel enseignant dans le plan de traitement. Leur collaboration peut faciliter la correction des situations qui autrement favoriseraient le maintien ou la rechute des troubles anxieux. Elle peut également soutenir l'observance au traitement.

#### Nutrition

Les effets d'une alimentation saine et équilibrée sur la santé du jeune ainsi que sur son développement physique et cognitif sont bien connus. Or, l'ingestion de certains aliments peut affecter son équilibre psychique. Ainsi, certains stimulants tels le sucre, l'alcool et les produits caféinés contenus dans les boissons gazeuses, le café, le thé et le chocolat peuvent contribuer à augmenter son niveau d'anxiété. Le médecin devrait promouvoir auprès des personnes souffrant d'un trouble anxieux l'élimination ou la restriction de la consommation de ces produits.

#### Des outils pour le jeune

Que ce soit pour l'autodiagnostic, l'autotraitement ou le suivi des manifestations du trouble anxieux dans les situations quotidiennes, une multitude de sources d'aide s'offrent au jeune désireux de gérer son anxiété. Ces outils s'avèrent complémentaires aux autres approches thérapeutiques privilégiées. Outre les médias écrits et les manuels de référence, plusieurs sites spécialisés offrent dans Internet des grilles de dépistage, de monitoring, d'évaluation, etc. ainsi que des techniques pour contrôler l'intensité des symptômes et renforcer les mécanismes d'adaptation. Également dans Internet, des forums de discussion permettent aux jeunes d'échanger entre eux et de s'offrir un soutien mutuel. Un grand nombre de ces sites ont été créés par des groupes d'entraide spécialisés dans les troubles anxieux, par des organismes communautaires ou encore par des intervenants en santé mentale de disciplines diverses (voir liste de ressources).

*Interventions psychologiques*

La psychothérapie doit cibler avant tout le comportement du jeune et orienter le traitement en fonction du contexte familial et du milieu environnant. Actuellement, les psychothérapies de type cognitivo-comportemental (TCC) sont privilégiées pour le traitement des troubles anxieux. Elles visent à outiller le jeune pour faire face à ses symptômes d'anxiété et à les maîtriser en restructurant ses pensées dans un cadre plus positif. Les techniques les plus fréquemment utilisées sont la restructuration cognitive, l'exposition in vivo et l'exposition en imagination.

Des formations sont offertes aux médecins désireux de parfaire leurs connaissances sur la TCC (voir liste de ressources). D'autre part, l'accès aux experts de cette thérapie au moyen d'un modèle de partage des soins peut aider les médecins de famille à offrir un traitement optimal. Selon les régions, les professionnels psychosociaux en CLSC ou en bureau privé ainsi que certains départements de psychiatrie et de pédopsychiatrie offrent cette thérapie. Malheureusement, l'accès aux ressources spécialisées à Montréal demeure très limité et peut nécessiter, selon les sous-régions, plusieurs mois d'attente. Afin de contrer ce problème, un inventaire organisationnel a été dressé afin d'améliorer le plan régional d'organisation des services pour le traitement des troubles anxieux chez les jeunes.

D'autres approches telles la thérapie psychodynamique ou l'approche humaniste peuvent être utilisées. Bien que leur efficacité n'ait pas été démontrée scientifiquement, elles peuvent aider le jeune à surmonter son angoisse. Certaines thérapies familiales peuvent également être suggérées pour améliorer les interactions parents-enfants.

Soulignons enfin que plusieurs organismes communautaires et groupes d'entraide spécialisés dans les troubles anxieux offrent des services de référence, d'écoute, de soutien, d'accompagnement et de suivi communautaire aux personnes aux prises avec un trouble anxieux (voir liste de ressources).

*Traitements pharmacologiques*

Il peut s'avérer nécessaire de recourir à la pharmacothérapie lorsqu'un jeune présente des symptômes d'ordre anxieux d'une sévérité telle que son fonctionnement quotidien en est perturbé (détresse psychologique intense, refus d'aller à l'école ou au travail, isolement social, etc.). Il est conseillé alors de l'utiliser en complémentarité avec une psychothérapie ou, à tout le moins, avec un suivi de soutien.

On utilise rarement – et pour de courtes périodes seulement – les benzodiazépines en raison des risques d'accoutumance. Le traitement pharmacologique classique des troubles anxieux consiste plutôt en l'usage éclairé d'antidépresseurs, plus particulièrement des inhibiteurs sélectifs du recaptage (recapture) de la sérotonine (ISRS) tels Prozac, Luvox, Zoloft, Paxil et Cefexa, et des inhibiteurs du recaptage (recapture) de la sérotonine-norépinéphrine (IRSN). tel Effexor-XT.

**Ressources et sites d'information sur les troubles anxieux**

Ordre des psychologues du Québec  
(514) 738-1881  
<http://www.ordrepsy.qc.ca>

Clinique des troubles anxieux  
Pavillon Albert-Prévost  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
Programme de formation sur la thérapie cognitivo-comportementale  
pour les médecins et professionnels de la santé  
Docteur Louis Chaloult et docteur Jean Goulet  
Info : madame Carole Raymond (514) 338-2222

Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ)  
Programmes de formation pour les omnipraticiens  
C.P. 49018  
Montréal H1N 3T6  
1-877-251-0083  
[www.ataq.org/](http://www.ataq.org/)

NIMH (National Institute of Mental Health)  
(site américain)  
Traitement troubles anxieux, matériel éducatif pour les

professionnels  
<http://www.nimh.nih.gov/anxiety>

Mental Health : A report of the Surgeon General  
 (site américain)  
 Traitement troubles anxieux  
[http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter4/sec2\\_1.html#treatment](http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter4/sec2_1.html#treatment)

Santé Canada  
 Les troubles anxieux et leur traitement : Analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pdf/troubles\\_anxieux.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pdf/troubles_anxieux.pdf)

Santé Canada  
 Rapport sur les maladies mentales au Canada  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/psm/index.html>

CANMAT  
 (site canadien en anglais)  
 Outil pour le diagnostic et traitement  
<http://www.canmat.org>

Psych direct  
 (site canadien en anglais)  
 Information sur le diagnostic et traitement  
<http://www.fhs.mcmaster.ca/direct/index.html>

Crufad  
 (site australien en anglais)  
 Outil pour le diagnostic et traitement  
<http://www.crufad.com>

#### **Groupes d'entraide :**

Groupe d'entraide G.E.M.E.  
[www.geme.qc.ca](http://www.geme.qc.ca)  
 La clé des champs  
<http://www.cam.org/~lacle/>  
 Phobie Zéro  
[www.phobies-zero.qc.ca/frame.html](http://www.phobies-zero.qc.ca/frame.html)  
 Revivre  
[www.revivre.org](http://www.revivre.org)  
 À la phobie  
[www.alaphobie.com/index.php](http://www.alaphobie.com/index.php)

#### **Lignes d'écoute pour les jeunes :**

Tel-Jeunes  
 (514) 288-2266  
[www.teljeunes.com/](http://www.teljeunes.com/)

Jeunesse, j'écoute  
 1-800-668-6868  
[www.jeunesse.sympatico.ca/fr/](http://www.jeunesse.sympatico.ca/fr/)

#### **Lectures suggérées pour intervenants :**

Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J.-M. Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale. Ed. Gaetan Morin, 1999.

Padesky, C., Greenberger, D. Clinician's Guide to mind over mood. Guilford Publications Inc., august 1995.  
 Un guide pour le thérapeute dans l'application d'une thérapie cognitivo-comportementale pour un ensemble de diagnostics (dépression, anxiété, panique et autres).

Le médecin du Québec, volume 35, numéro 8, août 2000. Numéro complet sur les troubles anxieux. (Crédits de formation pour les médecins).

#### **Lectures suggérées pour jeunes :**

Marchand, A., Letarte, A. La peur d'avoir peur. Éditions Stanké, réédition 2002.

Emery, J.L. Surmontez vos peurs. Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie. Guide pour s'aider soi-même, Ed. Odile Jacob, Paris, 2000.

Sauteraud, A. Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC. Guide pour s'aider soi-même, Ed. Odile Jacob, Paris 2000.

André, C., Légeron, P. La peur des autres. Trac, timidité, phobie sociale, Ed. Odile Jacob, 2000.

Greenberger, D., Padesky, C. Mind over mood. Guilford Publications Inc., march 1995.

## Le suicide chez les jeunes : Le temps d'agir

Cancer. Sida. Ces causes de décès importantes reçoivent beaucoup d'attention de la part des médias. Nous entendons beaucoup moins souvent parler - et parlons moins - du suicide chez les jeunes, le tueur silencieux.

Comme la journée mondiale de la prévention du suicide approche le 10 septembre il est troublant de penser que plus de 20 % des jeunes Canadiens entre 13 et 18 ans vivent chaque année une détresse émotionnelle si intense qu'ils veulent mourir ou songent à se faire du mal. Deuxième plus importante cause de décès chez les jeunes au Canada, le suicide dans ce groupe d'âge fait plus de victimes que le cancer, le sida et toutes les causes naturelles de décès réunies. On estime que pour chaque jeune qui s'enlève la vie, 200 autres ont tenté de le faire.

Contrairement à plusieurs autres pays occidentaux, le Canada ne possède pas de stratégie ou de politique nationale de prévention du suicide chez les jeunes pour orienter la lutte à ce fléau. Fait alarmant, seulement un jeune Canadien sur six ayant besoin de services de santé mentale réussit à en obtenir. Compte tenu de cette grave pénurie dans le secteur de la santé mentale, il est essentiel de mettre en place de vastes stratégies de prévention du suicide dans les communautés et les écoles pour promouvoir la résilience et réduire les facteurs de risque de suicide chez les jeunes avant l'apparition de problèmes de santé mentale. Pour orienter les efforts constants de prévention du suicide chez les jeunes, nous avons besoin d'une stratégie nationale, de priorités de financement dans ce domaine et d'une communication intense entre les organismes communautaires.

La prévention du suicide au niveau communautaire est particulièrement utile pour les jeunes vivant en milieu rural, où les ressources en santé mentale sont plus limitées. Craignant que leur démarche pour obtenir de l'aide ne reste pas anonyme, les jeunes des campagnes sont aussi moins enclins que ceux des villes à consulter des praticiens en santé mentale.

Chez les jeunes hommes vivant en milieu rural, les risques de suicide sont particulièrement grands. En effet, deux études indépendantes ont conclu que les jeunes

hommes vivant en ville sont 50 % moins susceptibles de mourir par suicide que ceux habitant la campagne. De plus, les risques de suicide sont en général plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Comme les jeunes hommes vivant en milieu rural courent un risque élevé de suicide, il est important de comprendre - à des fins de santé publique - les facteurs potentiels qui favorisent ou préviennent le passage à l'acte ainsi que les pensées et les comportements suicidaires, pour être en mesure de concevoir des programmes efficaces de promotion de la santé mentale auprès de ce groupe particulièrement vulnérable.

Dans le cadre de mes travaux de doctorat en psychologie clinique, financés en partie par les Instituts de recherche en santé du Canada, je me suis dernièrement livrée à une étude dans des écoles en milieu rural de l'Est de l'Ontario, dans le contexte d'une enquête comparative sur les jeunes des villes et des campagnes. La conclusion la plus frappante est la probabilité plus faible de pensées et de comportements suicidaires chez les jeunes qui disent prendre part à une activité parascolaire importante à leurs yeux, comme un sport d'équipe, un groupe de musique, une troupe de théâtre, un club ou un groupe religieux.

Dans les collectivités rurales, plus les jeunes habitent loin de l'école, moins ils sont susceptibles de participer à des activités parascolaires et plus ils risquent de nourrir des pensées suicidaires. La participation à des activités parascolaires, surtout pour les jeunes hommes en milieu rural, semble prévenir les risques de suicide, mais uniquement si ces activités sont perçues comme plaisantes, stimulantes, valorisantes et importantes par ceux qui les pratiquent.

Chez les jeunes hommes en milieu rural, l'engagement dans une activité significative semble promouvoir l'estime de soi et, ainsi, réduire les risques de pensées et de comportements suicidaires. Pour les jeunes femmes en milieu rural, la participation à des activités permet de bâtir un réseau social positif, qui agit peut-être comme bouclier face aux sentiments dépressifs en plus de stimuler l'estime de soi, conditions associées à des risques de suicide plus faibles.

Dans cette étude, les jeunes Autochtones ne semblaient pas plus sujets à des pensées suicidaires que les autres jeunes vivants en milieu rural. Il est à noter cependant que les jeunes Autochtones dans l'étude étaient peu nombreux. C'est pourquoi nous devons stimuler la recherche pour comprendre le lien entre la participation des jeunes Autochtones à des activités et leurs risques de suicide.

En comprenant mieux comment des facteurs préventifs, comme un engagement significatif dans une activité, peuvent varier selon le sexe ou la région géographique, nous contribuerons directement aux efforts de prévention auprès des jeunes hommes et femmes dans les collectivités plus vulnérables de même qu'en milieu urbain. Il est à espérer que les conclusions de cette recherche seront appliquées à la conception de programmes efficaces de prévention du suicide dans les écoles, comportant l'encadrement des jeunes et leur intégration dans des activités.

D'ici là, en attendant l'établissement de politiques de prévention du suicide chez les jeunes au Canada, les parents et les éducateurs ont un rôle majeur à jouer pour produire de jeunes citoyens équilibrés, fonctionnels et en bonne santé mentale, en les encourageant à participer à des activités significatives pour eux.

Pour prévenir le suicide chez les jeunes, il est temps de nous engager à aider les jeunes à s'engager.

Laura Armstrong, chercheuse financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, est candidate au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa. Certaines données de cette étude ont dernièrement été publiées dans *Vulnerable Children and Youth Studies*, revue scientifique soumise au processus d'examen par les pairs. Les membres du Réseau Ado du CHEO (Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario) ont fait un suivi auprès des participants à l'étude courant des risques de suicide et les ont mis en contact avec les services communautaires appropriés.

[www.acsa-caah.ca](http://www.acsa-caah.ca)



Visitez notre nouveau site web

## Appartenance à la communauté et perception de l'état de santé

Premiers résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (juin 2005)

Au cours des 25 dernières années, les recherches ont clairement démontré une association causale entre les relations sociales et la santé. Les personnes qui sont isolées socialement et qui ont peu de liens avec autrui sont plus susceptibles d'avoir un mauvais état de santé physique et mentale et de mourir prématurément.

Plus récemment, la notion de « capital social » a suscité davantage d'attention dans le cadre des recherches sur la santé. Le capital social est généralement défini comme constitué des aspects de l'organisation sociale, comme la participation communautaire et la confiance à l'égard des autres, qui favorisent la coopération entre les membres d'une même communauté. Des niveaux élevés de capital social ont été liés à des taux de mortalité et de criminalité plus faibles et à une autoévaluation positive de l'état de santé.

On se demande toutefois si le capital social profite à l'ensemble de la communauté ou à ses membres individuellement, c'est à dire qui profite directement du sentiment d'appartenance à la communauté. Selon une étude récente, l'association entre le capital social et l'autoévaluation positive de l'état de santé est plus importante au niveau individuel. On émet l'hypothèse que le sentiment d'appartenance à la communauté favorise un bon état de santé, les liens créés suscitant un respect mutuel et augmentant par conséquent l'estime de soi. Il existe une autre possibilité, à savoir que l'interaction entre les membres de la communauté donne lieu à la transmission de normes sociales liées à des comportements favorables à la santé, comme l'activité physique et le fait de ne pas fumer.

Depuis son lancement, en 2000 2001, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) comprend une question sur l'appartenance à la communauté. Il est par conséquent possible de déterminer le degré d'appartenance des Canadiens à leur communauté locale. Dans un document antérieur fondé sur les données de l'ESCC de 2000 2001, on faisait ressortir une association entre le sentiment d'appartenance des personnes et la façon dont elles évaluaient généralement leur état de santé. À partir des données des six premiers mois

(janvier à juin) de l'ESCC de 2005, le présent article vise à faire le point par rapport à l'article précédent.

On compare les taux d'appartenance à la communauté au niveau provincial et de la région sociosanitaire. Étant donné que l'ESCC de 2005 comprend des questions concernant l'autoévaluation de l'état de santé mentale ainsi que de l'état de santé général, on peut élargir l'analyse précédente en mesurant les associations entre l'appartenance à la communauté et la santé mentale et physique.

### La majorité des personnes ont un sentiment d'appartenance à l'égard de leur communauté locale

En 2005, près des deux tiers des Canadiens (64 %) déclaraient un fort sentiment d'appartenance à leur communauté; cela comprend les 17 % de personnes qui ont décrit leur sentiment d'appartenance comme très fort, et les 47 % qui l'ont qualifié de plutôt fort. Un peu plus du quart (26%) ont déclaré un sentiment d'appartenance plutôt faible et 9%, un sentiment très faible.

### Taux plus élevés dans les provinces de l'Atlantique

La probabilité de déclarer un fort sentiment d'appartenance à la communauté variait considérablement selon la province. Le taux d'appartenance le plus élevé au pays, soit 89%, a été enregistré dans la région sociosanitaire de Labrador Grenfell, à Terre Neuve et Labrador, et le plus faible, dans la région sociosanitaire de Laval, au Québec (44%).

### Taux en hausse

Entre 2000 2001 et 2005, la proportion de Canadiens déclarant un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale est passée de 58% à 64%. Des hausses significatives se sont produites dans toutes les provinces, sauf Terre Neuve et Labrador. Par contre, seulement la moitié de celles ayant un très faible sentiment d'appartenance percevaient leur état de santé de façon aussi favorable.

Au niveau provincial, des associations significatives entre l'appartenance à la communauté et la perception de l'état de santé général sont ressorties dans toutes les provinces, sauf l'Île du Prince Édouard et le Québec.

Même une fois pris en compte d'autres facteurs éventuellement confusionnels, le sentiment d'appartenance à la communauté comportait un lien étroit avec l'autoévaluation de l'état de santé général ou de la santé mentale. Lorsqu'on demande aux personnes d'évaluer leur état de santé général, des facteurs psychologiques jouent un rôle dans leur perception. Par conséquent, on ne sait pas dans quelle mesure les facteurs de santé physique et mentale contribuent aux associations entre le sentiment d'appartenance à la communauté et la perception de l'état de santé général. Toutefois, lorsque le rapport entre le sentiment d'appartenance à la communauté et l'autoévaluation de l'état de santé général est examiné dans le cadre d'un modèle tenant compte de l'autoévaluation de la santé mentale, en plus d'autres variables confusionnelles possibles, le rapport de cotes pour le sentiment d'appartenance diminue, mais demeure significatif. Cela laisse supposer que le sentiment d'appartenance à la communauté est lié à la fois à la santé physique et mentale des personnes. Toutefois, en raison de la nature transversale de la présente analyse, il n'est pas possible de déterminer si c'est la santé qui influe sur le sentiment d'appartenance à la communauté ou le contraire.

#### Source des données

Les estimations sont fondées sur les données des six premiers mois de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005, recueillies entre janvier et juin de cette année-là. L'ESCC porte sur les personnes âgées de 12 ans et plus faisant partie de la population à domicile. Le taux global de réponse pour ces premiers résultats de l'ESCC de 2005 était de 76%; la taille totale de l'échantillon était de 67 741. Toutes les estimations sont pondérées de façon à être représentatives de la population à domicile âgée de 12 ans et plus en 2005.

#### Les questions

Pour mesurer le sentiment d'appartenance à la communauté, on a posé la question suivante aux répondants de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : « Comment décririez vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez vous qu'il est : très fort? plutôt fort? plutôt faible? très faible? »

Pour obtenir l'autoévaluation de l'état de santé, on a posé la question suivante : « En général, diriez vous que votre santé est : excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise? »

Pour obtenir l'autoévaluation de la santé mentale, on a posé la question suivante : « En général, diriez vous que votre santé mentale est : excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise? »

Le revenu du ménage était fondé sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage de toutes les sources au cours des 12 mois précédant l'entrevue.

*Reproduit de : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistiques Canada. Les documents présents sur ce site Web ont été produits ou rassemblés par Statistique Canada afin de donner aux Canadiens un accès direct à l'information sur les tendances actuelles et les enjeux qui touchent leur vie. Statistique Canada fournit de l'information statistique gratuite sur ce site pour faciliter l'accès à des fins personnelles et publiques non commerciales. L'information de Statistique Canada est utilisée avec la permission de Statistique Canada. Il est interdit aux utilisateurs de reproduire les données et de les rediffuser, telles quelles ou modifiées, à des fins commerciales sans le consentement de Statistique Canada. On peut se renseigner sur l'éventail des données de Statistique Canada en se rendant sur le site Web de l'organisme à <http://www.statcan.ca> ou en composant sans frais le 1 800 263-1136.*

## La relation parents-adolescents: Comment les parents peuvent-ils en tirer le meilleur parti?

Sus Fraser; coordonnateur du programme Family Life Éducation du  
Centre de service familial d'Ottawa-Carleton

« Profitez-en pendant qu'ils sont jeunes. À l'adolescence, c'est une autre paire de manches. » De tels avertissements provenant de parents et d'amis, alliés aux images d'adolescents irresponsables, rebelles et agitateurs que véhiculent les médias, peuvent décourager les parents dont les enfants atteignent la puberté. Rares sont ceux qui n'ont aucune appréhension lorsque leur jeune amorce le virage vers la vie adulte. Mais le milieu familial ne doit pas nécessairement se transformer en champ de bataille. Parents et adolescents peuvent cohabiter plus ou moins en harmonie si les parents sont bien préparés et s'ils sont disposés à modifier leur façon de penser et d'agir.

Les présents feuillets d'information visent à faciliter la tâche des parents dont les enfants traversent l'adolescence. Bien qu'ils soient destinés principalement aux parents d'adolescents, ils peuvent également aider les parents d'enfants plus jeunes. Le premier feuillet d'information explique le développement des adolescents et décrit comment les parents peuvent les aider à ce stade de leur vie. Le second présente des stratégies que les parents peuvent adopter afin de faire face aux comportements types des adolescents.

### Contexte culturel

Les adolescents ont mauvaise presse. Trop souvent, les médias les montrent sous leur mauvais jour en parlant de ceux qui ont des difficultés - les fugueurs et les délinquants - tandis qu'ils couvrent moins ceux engagés dans le bénévolat ou l'action communautaire.

Les adolescents n'ont aucun statut, aucune place eux dans la société. Ils ne sont plus utiles pour les corvées comme la traite des vaches et la coupe du bois, et leurs gains ne sont généralement pas essentiels à la subsistance de la famille. De nos jours, rares sont les emplois qui donnent aux jeunes l'impression d'être utiles et appréciés. Par le passé, les jeunes atteignaient rapidement la maturité. Maintenant, nous leur demandons d'être dépendants et disciplinés jusqu'à ce qu'ils acquièrent la formation nécessaire pour trouver un emploi dans une

société axée sur la performance.

L'isolement social constitue un autre problème. Étant donné les familles moins nombreuses, la mobilité accrue et le taux élevé de divorces, les adolescents ne peuvent plus compter sur les proches parents pour contrer les situations difficiles. Lorsque la tension monte, il n'y a peut-être personne vers qui se tourner pour obtenir de l'aide et des conseils, personne pour intervenir et désamorcer la crise.

Les parents se sentent parfois dépassés, à juste titre, par la tension qu'entraîne l'adolescence. Il y a cependant moyen d'améliorer les choses. On peut commencer par réveiller nos souvenirs et se demander : « Adolescent, dans quelle mesure est-ce que je me confiais mes parents? », « Étais-je très critique et porté à argumenter? », « Quels étaient mes rêves et mes craintes? ». Les réponses à ces questions peuvent nous aider à mieux accepter le comportement de nos adolescents.

Certaines réalités demeurent les mêmes à toutes les époques et dans toutes les cultures. L'adolescence est toujours un combat pour l'indépendance, une période d'affirmation et d'opposition aux parents.

Tout comme nous à leur âge, les adolescents doivent faire face à des transformations physiologiques importantes, des hauts et des bas émotifs, des pulsions sexuelles inconnues et des pressions de leurs camarades; leur identité s'acquiert, ils ont à prendre des décisions importantes et ils doivent composer avec la solitude et l'anxiété qui en découlent.

Le monde évolue rapidement; de bien des façons, il est différent de celui dans lequel nous avons grandi. Les adolescents vivent aujourd'hui dans une société plus complexe et plus impersonnelle. Ils sont également aux prises avec le sida, la violence et la rareté des emplois.

La pression est vive. Les adolescents sont devenus la cible des agences de publicité et des médias, qui les

incitent à brûler les étapes et à tout expérimenter sans attendre.

### Relations familiales

Les adolescents traversent une période de déséquilibre au moment où leurs parents cherchent à surmonter la crise de la quarantaine. Pendant que les jeunes s'inquiètent de leurs boutons au visage, leurs parents s'inquiètent de leurs nouvelles rides. Alors que les adolescents songent à l'avenir et aux possibilités qu'il offre, leurs parents commencent à penser aux années écoulées et aux opportunités qui se raréfient. Autant le pouvoir et l'aplomb des jeunes augmentent, autant les parents constatent l'évidence de leurs limites personnelles. Dans ce contexte, il peut être difficile d'abandonner son pouvoir sur ses enfants et surtout de savoir quand et comment laisser voler l'adolescent de ses propres ailes.

Les parents ne sont pas les seuls à ressentir de la confusion. Les jeunes, en tentant d'établir leur propre identité, doivent s'adapter à la perte de sécurité de l'enfance et faire face à des responsabilités accrues.

Notre attitude est essentielle au succès de la lutte que mènent nos enfants pour atteindre l'indépendance et la maîtrise de soi. Leur réussite tient en grande partie à notre capacité de prendre un certain recul face aux événements.

Lorsque les parents et les jeunes vivent en harmonie, la vie familiale peut être merveilleuse. Les adolescents sont vraiment agréables et peuvent nous revigorer. Leur vivacité et leur intelligence donnent du piquant à l'existence. Mais lorsque parents et adolescents sont à couteaux tirés, la tendance qu'a l'adolescent à se réfugier dans le silence et le rejet constitue une source de malaise et de frustration pour les parents.

La vie en compagnie d'adolescents ressemble aux montagnes russes. Il y a des périodes où fort heureusement, ces soubresauts tendent à disparaître.

Profitez au maximum des moments agréables que vous donnent vos adolescents. Pensez aux qualités que vous appréciez chez eux même lorsqu'ils montrent temporairement leurs mauvais côtés. Il est important pour les parents de considérer l'instabilité de leur relation comme

une étape essentielle du développement de l'adolescent en vue de se détacher de ses parents.

### Maîtriser sa colère

Le cheminement vers la vie adulte est semé d'embûches et les adolescents se fâchent souvent sans savoir pourquoi. Ils n'aiment pas être dépendants mais ils ont peur de l'autonomie. Ils sont ennuyés d'être traités tantôt comme des enfants, tantôt comme des adultes, mais ils agissent souvent de façon incohérente eux-mêmes et ils se hérissent lorsque vous leur en faites la remarque.

Vous pourrez réagir de façon plus constructive à la colère de votre adolescent si vous comprenez ce qui la motive.

Dans une société qui semble approuver le recours à la violence pour résoudre les conflits, nous devons aider les adolescents à maîtriser leur colère et à exprimer sagement ce qu'elle cache. N'oubliez pas que la colère est une émotion normale et qu'elle peut être une expression d'impuissance, de douleur, de frustration, de confusion ou de culpabilité. Demandez-vous comment, dans votre maison, votre jeune peut exprimer sa colère de façon acceptable et en aborder les causes. Il faut préciser clairement que les cris, les blasphèmes et les coups sont inacceptables, à l'instar de toute autre forme d'agression.

Il existe des façons non violentes d'exprimer sa colère : s'enfermer dans sa chambre, marteler l'oreiller de coups de poing, tordre une serviette, pleurer, parler, écrire dans un journal ou se livrer à un exercice physique. En aidant les adolescents à exprimer sagement leur colère, nous leur donnons un outil efficace.

Tout comme les jeunes enfants, ils nous prennent en exemple. C'est pourquoi il faut être conscient de notre propre comportement afin de ne pas faire partie du problème. Les adolescents provoquent souvent leurs parents, et les pères et les mères qui réagissent avec excès peuvent se laisser entraîner dans des disputes futiles. Un adolescent hors de contrôle n'a certes pas besoin d'un miroir devant les yeux. Les parents doivent se demander : « Comment est-ce que je réagis lorsque moi-même je me fâche? Est-ce que je voudrais qu'on m'imitte? »

Les parents doivent eux aussi s'inspirer des techniques

déjà mentionnées pour exprimer leur colère. Lorsqu'une parole ou un acte de votre adolescent vous fâche, forcez-vous à prendre du recul. Accordez-vous un moment de répit avant d'aborder le problème. Vous pourrez ainsi mettre les choses en perspective.

Vos paroles et votre ton sont importants. En plein cœur d'une dispute, si vous ne pouvez vous empêcher de critiquer le comportement de votre adolescent, faites-le sans attaquer également sa personnalité. Il est bon, par exemple, de commencer vos phrases en utilisant la première personne, suivie d'un énoncé de vos sentiments : « Je n'aime pas que tu parles de cette façon », « Je suis vraiment peiné que tu te défoules sur moi. » Vous évitez ainsi de l'accuser. Votre façon d'écouter est également importante. Il peut s'agir d'une écoute passive et en certaines occasions, le silence est d'or. Il est toutefois plus utile d'écouter en tentant de comprendre les sentiments qui guident les gestes ou les paroles de votre adolescent. Votre réponse devrait commencer par « Tu » « Tu sembles très frustré », « Tu as l'air d'en avoir assez », etc. Nous savons tous combien il est important de se sentir écouté et compris, surtout dans les moments difficiles. N'hésitez pas à écouter davantage et parler moins.

### Les huit commandements de la communication parents-adolescents

- Ne contestez pas la façon dont votre adolescent voit les choses. Exprimez plutôt votre opinion et élaborer : « Je ne pense pas de la même façon... », « Je crois que... », « Voici mon point de vue... ».
  - Ne parlez pas à votre adolescent comme vous parleriez un enfant. Rien n'est plus irritant qu'un ton condescendant.
  - Évitez les longs discours qui eux aussi provoquent l'hostilité. D'ailleurs, l'adolescent se ferme après avoir entendu environ cinq phrases.
  - N'établissez pas de règles que vous ne pouvez appliquer.
  - Mettez l'emphase sur la faute commise et non sur celui ou celle qui l'a commise.
- Réfléchissez à ce que vous direz et aux mots que vous emploierez.
  - Transmettez vos messages de façon claire et concise.
  - N'abordez qu'une question à la fois.

### Règles et discipline

Il est normal pour les adolescents de défier les règles. Parce qu'ils dépendent de leurs parents pendant longtemps, ils peuvent accumuler beaucoup de ressentiment qu'ils expriment en faisant fi des restrictions qui leur sont imposées.

Certaines règles ne sont absolument pas négociables par exemple, l'alcool au volant, mais il faut garder le nombre de celles-ci au minimum. Les parents qui font un plat des plus petites choses risquent de perdre toute leur influence sur leurs adolescents. En exigeant la soumission la plus complète, ils pourraient, sans le savoir, se créer un adversaire en puissance. Dans la mesure du possible, donnez des directives plutôt que des ultimatums. Sinon, la vie familiale deviendra un débat sans fin.

Les parents doivent aider leurs enfants à faire la transition entre la discipline parentale et l'autodiscipline. Ils doivent leur enseigner à négocier et les faire participer à l'établissement des règles et la résolution des problèmes. Les adolescents s'éloignent de plus en plus de leurs parents; c'est pourquoi ils doivent apprendre à réfléchir seuls afin d'être en mesure de prendre des décisions éclairées.

Vous pouvez aider votre adolescent à pratiquer la négociation et à diriger positivement son énergie au lieu de la perdre en de vaines épreuves de force.

Les trois conseils suivants faciliteront vos négociations:

1. Mettez le jeune dans le coup en le faisant participer à l'établissement des règles ou des limites et la prise de décisions.
2. Demeurez aussi calme que possible même si les émotions sont fortes. Il est particulièrement important de maîtriser votre colère.

3. Utilisez la méthode suivante de résolution de problèmes. Elle aide à ne pas perdre de vue l'objet des négociations.

La résolution de problèmes comporte plusieurs étapes : cerner la question qu'il faudra négocier, rechercher ensemble des solutions satisfaisantes, analyser et soupeser les solutions de remplacement jusqu'à ce qu'il y en ait une qui satisfasse aux deux parties, conclure une entente et évaluer les résultats.

En ce qui concerne la discipline, il est utile de considérer le comportement inapproprié ou inacceptable comme une erreur de jugement ou un choix qui porte conséquence pour votre adolescent. Si celui-ci se comporte mal, faites-lui savoir immédiatement ce que vous ressentez. Il vaut mieux exprimer sa tristesse ou sa déception devant un comportement néfaste que sa colère, car l'attention est alors détournée du problème et ramenée sur vous. Ensuite, entendez-vous avec votre adolescent sur les conséquences d'un mauvais comportement afin que celui-ci puisse se corriger et chercher à faire mieux à l'avenir. En s'affirmant, les parents transmettent par leurs paroles et leurs actes le message suivant : « Je t'aime trop pour me contenter de te regarder faire sans réagir. Lorsque tu m'auras prouvé, par ton comportement, que tu peux faire mieux, je te laisserai tranquille. »

Les parents doivent s'attaquer au problème immédiat, mais il est encore plus important pour eux d'adopter une perspective à long terme. Leur travail consiste à aider les jeunes à prendre de bonnes décisions.

Non seulement les jeunes manquent d'expérience, mais aussi, ils manquent de prévoyance. C'est pourquoi ils ont avantage à leur apprendre à penser comme des joueurs d'échecs, c'est-à-dire essayer de prévoir les conséquences de leurs actes « Qu'est-ce qui m'arrivera si je fais ce choix ou si je prends telle décision? » Ils devraient également se demander : « Que puis-je faire dans cette situation pour rendre mon adolescent plus responsable? »

### **De bons rapports parents d'adolescents**

Vieillir n'est pas chose facile. Il est moins important de dire « Je t'aime » à votre adolescent que de le lui mon-

trer de façon concrète. L'un des meilleurs moyens est de l'aider à croire en lui. Et pour cela, il faut qu'il sache que vous lui faites confiance.

Essayez de le féliciter de ses efforts et de ses bons coups, et rassurez-le à chaque occasion en lui disant qu'il a les qualités voulues. Dites-lui : « Je ne comprends pas toujours ce que tu vis, mais je suis avec toi et j'ai confiance que tu sauras t'en sortir et retomber sur tes pieds. »

### **L'écoute de ses propres besoins**

Notre culture se soucie aussi peu d'aider les parents que les adolescents. On s'attend à ce que les parents élèvent leurs enfants par instinct et qu'ils réussissent parfaitement, sans obtenir l'appui de personne.

Lorsque nos enfants atteignent l'adolescence, nous sommes pris dans une impasse. Nous devons les laisser voler de leurs propres ailes, mais la société ne nous permet pas d'abdiquer nos responsabilités. Les parents sont encore responsables du comportement de leurs enfants et ce, parfois même après leur départ du foyer familial.

La perte de pouvoir s'accompagne du sentiment doux-amer d'inutilité. Que faire maintenant qu'ils se débrouillent seuls? La question se pose avec d'autant plus d'acuité pour les parents qui ont tout sacrifié pour leurs enfants.

Spécialement pendant cette période où vos enfants traversent l'adolescence, il faut vous accorder du temps, tous les jours dans la mesure du possible, afin de répondre à vos besoins physiques et émotifs. Vous pourrez ainsi refaire le plein d'énergie et serez mieux en mesure de mettre les événements en perspective.

Les relations entre adultes sont également importantes. Si vous élevez seul vos enfants, les amis et les autres parents d'adolescents peuvent être des confidentiels précieux. Si vous êtes marié ou si vous avez une personne dans votre vie, prenez du temps pour profiter de votre relation amoureuse. Les mariages sont souvent mis à l'épreuve au cours de cette période. Vous devez prendre soin de vous et de vos relations si vous voulez pouvoir offrir une stabilité à vos adolescents durant cette étape mouvementée de leur vie.

### Où obtenir de l'aide?

Il est normal pour un parent de se sentir accablé à l'occasion. Si vous avez l'impression que votre vie familiale est toujours agitée ou si votre adolescent vous cause des inquiétudes constantes, vous pouvez parler à d'autres parents afin d'obtenir leur opinion et leur appui. Vous pouvez vous tourner vers les groupes d'éducation familiale. Il existe également un grand nombre de documents d'éducation familiale sous forme audio, vidéo et imprimés. Des outils similaires commencent à être offerts aux gens de cultures différentes. Vous pouvez demander à l'école de votre enfant, à votre médecin ou à votre CLSC, le nom des organismes qui peuvent vous offrir du counseling ou vous donner des conseils sur « l'art d'être parent. »

### Lectures suggérées

Bibby Reginald et Donald Posterski. *The Emerging Generation*, Toronto, Irwin Publishing Co., 1980.

Brenton, Myron. *How to Survive Your Child's Rebellious Years*, Toronto, Bantam Books, 1980.

Briggs, Dorothy. *Your Child's Self-Esteem*, New York, Doubleday and Co., 1970.

Cloutier, Richard. *Mieux vivre avec nos adolescents*, Montréal, Éditions le Jour, 1994.

Falardeau, Guy. *La sexualité des jeunes. Un pédiatre raconte*, Montréal, Éditions le Jour, 1994.

Fleming, Don. *How to Stop the Battle with Your Teenager*, Toronto, Prentice-Hall Press 1989.

Ginott, Haim. *Between Parent and Teenager*, New York, Avon Publications, 1981.

Kolodny, Robert et al. *How to Survive Your Adolescents Adolescence*, Toronto, Little Brown and Co., 1984.

Patterson, Gerald et Marion Forgatch. *Parents and Adolescents Living Together: Part I*, Eugene, OR, Castalia Publishing Co, 1987.

### Matériel audio-visuel

Le catalogue du matériel audio-visuel sur la violence familiale renferme plus de 70 films et vidéos que l'on peut se procurer sans frais auprès d'un bureau régional de l'Office national du film du Canada.

*Reproduit de :*

*Centre national d'information sur la violence dans la famille. Unité de la prévention de la violence familiale. Direction générale de la promotion et des programmes de santé. Santé Canada*

*Téléphone : (613) 957-2938*

*Numéro sans frais : (1 800 267-1291) Télécopieur : (613) 941-8930*

*www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/*

*Le présent feuillet d'information a été préparé à contrat par Sus Fraser; coordonnateur du programme Family Life Éducation du Centre de service familial d'Ottawa-Carleton. L'auteur aimerait remercier les personnes suivantes de l'aide indispensable qu'elles lui ont apportée : Molly Fraser, employée de la Société de l'aide l'enfance d'Ottawa-Carleton; Maggie Fietz, directrice du Centre de service familial d'Ottawa-Carleton et Wilma Stollman, Lorna Erickson-Fraser, Liz Shannon et Jan Christensen, employées du Centre; Moe Turner, ancien superviseur et collègue; Pauline Van Lammers, directrice du Centre de ressources communautaires de Nepean; Mollie Elie, conseillère d'orientation à l'école secondaire Philomen Wright; Danièle Fréchette, psychosociologue spécialiste en intervention dans les cas de violence conjugale et de crise familiale; et Gisèle Lacroix, agente de programme au Centre national d'information sur la violence dans la famille.*

## La loi sur le contrôle des armes à feu

On a beaucoup parlé du fait que le gouvernement conservateur veut abolir la Loi sur le contrôle des armes à feu.

Le Canada est plus sécuritaire que sous les anciennes lois sur les armes à feu. En 2002, il y avait 500 décès de moins par armes à feu qu'en 1991. En dépit d'une augmentation de la violence commise par des gangs de rue avec des armes illégales, les homicides avec armes à feu sont passés de 271 en 1991 à 175 en 2004. Les meurtres de femmes, avec armes à feu, ont diminué de deux tiers.

Le nouveau système fonctionne. Les vérifications effectuées avant l'octroi d'un permis ont empêché 7000 personnes potentiellement dangereuses d'obtenir des armes à feu. Les corps policiers utilisent le registre d'armes à feu 5000 fois par jour et l'utilisent pour révoquer des armes aux gens qui posent un danger. C'est un bon outil pour appuyer les enquêtes – l'an dernier seulement, plus de 3000 cas, devant les cours, ont utilisés des données tirées du registre.

Le nouveau registre des armes à feu est un succès. 90% des propriétaires d'armes à feu détiennent maintenant un permis et 90% des armes à feu sont maintenant enregistrées.

Les corps policiers et les groupes de sécurité publique comprennent l'importance de cette loi. Récemment, l'Association canadienne des chefs de police, les groupes de victimes de violence par armes à feu et plus de 50 groupes pour les femmes ont appuyés cette loi.

Le coût moyen par année pour débiter le programme, octroyer des permis à presque tous les propriétaires et enregistrer la majorité des armes a été de \$96 millions par année. Le registre des armes à feu ne coûte aujourd'hui que \$80 millions par année à administrer. L'ancien système coûtait \$30 millions par année. Six enquêtes dis-

tingentes ont révélées des problèmes et ont toutes recommandées un système de permis et d'enregistrement. Une enquête de la vérificatrice générale a trouvé des problèmes que le gouvernement a corrigé, mais elle a noté que les coûts n'ont pas été dépassés.

Le nouveau système de permis représente environ 60% des coûts totaux. Le système d'enregistrement des armes à feu ne représente que 30% des coûts. Maintenant que les armes sont enregistrées, éliminer la clause obligeant l'enregistrement des armes longues ne sauverait que \$10 à 15 millions par année.

Il faut conserver le contrôle des armes à feu. Les armes de chasse et les carabines, lorsqu'elles tombent dans les mauvaises mains, sont tout aussi dangereuses que les armes de poing.

L'octroi de permis d'armes à feu et leur enregistrement sont à la base d'une communauté plus sécuritaire. De fortes lois sur les armes à feu, au cours des derniers 15 ans, ont contribué à la diminution des homicides, des suicides et des accidents.

Toutes les armes illégales ont déjà été légales. Sans des contrôles stricts, il est impossible d'empêcher les armes à feu de tomber entre les mauvaises mains. La sécurité publique, et non les intérêts de propriétaires d'armes doit être la priorité. La National Rifle Association (USA) est souvent au Canada afin d'encourager le lobby canadien pro-armes. Des centaines de milliers de dollars ont été dépensés au cours de la campagne électorale afin de combattre le contrôle des armes. Toutefois, la plupart des Canadiens et des Québécois veulent davantage de contrôle sur les armes à feu.

Wendy Cukier, MA, MBA, PhD, LLD (HC) DU (HC) M.S.C.

Professeure d'études de droit, Université Ryerson  
Présidente, Coalition pour le contrôle des armes à feu

---

# Publications

---

## BLITTSS

Le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS) présente ce bulletin à l'intention de tous les collègues et partenaires dans la lutte contre les ITSS.

Pour ajout à la liste d'envoi, s'il vous plaît, le signifier à Danielle Comtois à l'adresse suivante : [danielle.comtois@msss.gouv.qc.ca](mailto:danielle.comtois@msss.gouv.qc.ca)

---

## SLITSS

La nouvelle version du site Web de lutte contre les ITSS a été lancée au cours de l'été 2006 avec le support et tout le dynamisme de l'équipe de Louis-Marie Drolet, webmestre à la Direction des communications du MSSS.

Dans un environnement attrayant et convivial, repérez rapidement les sujets qui vous intéressent concernant les ITSS: nouveautés, événements à surveiller, statistiques québécoises, canadiennes et internationales, publications les plus récentes, campagnes d'information, affiches de prévention contre les ITSS, liste des centres d'accès aux seringues, et toute la documentation officielle sur les ITSS, regroupée par différents types de clientèles, comme les jeunes, les utilisateurs de drogue par

injection, les personnes infectées, le public, les gais et bisexuels ainsi que les professionnels de la santé et de l'éducation. Une foire aux questions donne les réponses pertinentes et fiables aux interrogations d'ordre personnel ou professionnel. Des liens vous dirigent vers de l'aide et des ressources, vers les organismes de lutte contre le sida, des lignes téléphoniques et les services de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE). Pour continuer à enrichir le site et son contenu, vos commentaires seront appréciés et nous vous invitons à utiliser notre rubrique « À surveiller » sur notre page d'accueil comme vitrine pour publiciser des événements en rapport avec votre engagement dans la lutte contre les ITSS en nous contactant à l'adresse suivante : [slitss@msss.gouv.qc.ca](mailto:slitss@msss.gouv.qc.ca).

---

## Des info sur les vaccins traduites en plusieurs langues

Vous trouverez des informations sur les vaccins en plusieurs langues:

Asie:

Burmese, Cambodge, Chinois, Hindi, Hmong, Japonais, Koréen, Ilokano (Philippines), Laotien, Marshallese, Punjabi, Samoan, Tagalog, Thai, Vietnamien

Ouest:

Armenien, Bosnien, Croatien, Anglais, Allemand, Italien, Polonais, Portugais, Roumain, Russe, Serbo-Croate, espagnol

Moyen orient:

Arabe, Farsi, Somalien, Turquie

Visitez: [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

## **Voyage au coeur des valeurs des adolescents : la famille, grand pilier d'un système**

Un des numéros de la revue *Enfances, Familles, Générations* présente cet article intéressant, au <http://www.erudit.org/revue/efg/2006/v/n4/index.html>

---

## **Famille, réseaux et persévérance au collégial : le point sur les travaux en cours, notes de recherche**

BOURDON, Sylvain, Johanne CHARBONNEAU et Lynn LAPOSTOLLE (2006), Sherbrooke, équipe de recherche sur les transitions et l'apprentissage, 12p.  
Ce document est disponible en ligne :  
[http://erta.educ.usherbrooke.ca/documents/Perse\\_reseaux\\_note1.pdf](http://erta.educ.usherbrooke.ca/documents/Perse_reseaux_note1.pdf)

---

## **Stratégie d'intervention pour la prévention de la criminalité chez les jeunes des Pays-d'en-Haut**

Ce rapport d'une recherche menée par l'Indice marketing est disponible en ligne. Les conclusions de cette étude peuvent être utiles pour d'autres régions.  
<http://cf.geocities.com/concertationsme/pdf/rapportpreventioncriminalite.pdf#>.

---

## **Des mots d'ados**

GAUDET, Étienne  
Montréal, Les Éditions de l'Homme, 160p. (2006)

je suis  
je veux  
je peux  
ma santé  
c'est mon affaire!  
[www.jeunesensante.ca](http://www.jeunesensante.ca)



Take Control of Your Health!  
[www.youngandhealthy.ca](http://www.youngandhealthy.ca)

[www.acsa-caah.ca](http://www.acsa-caah.ca)



Association canadienne pour la santé des adolescents  
Canadian Association for Adolescent Health