

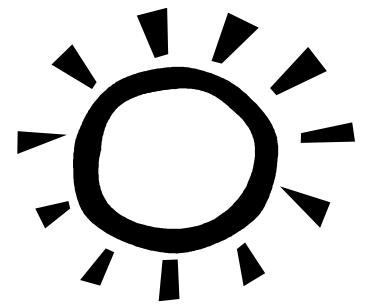


PRO ADO

Juin 2005

Volume 14

Numéro 1-2



Évènements scientifiques

Colloque annuel de l'ACSA

2ième colloque québécois sur la
maltraitance

8ième symposium québécois de
recherche sur la famille

Conférence canadienne sur la
prévention
des traumatismes et la promotion
de la sécurité

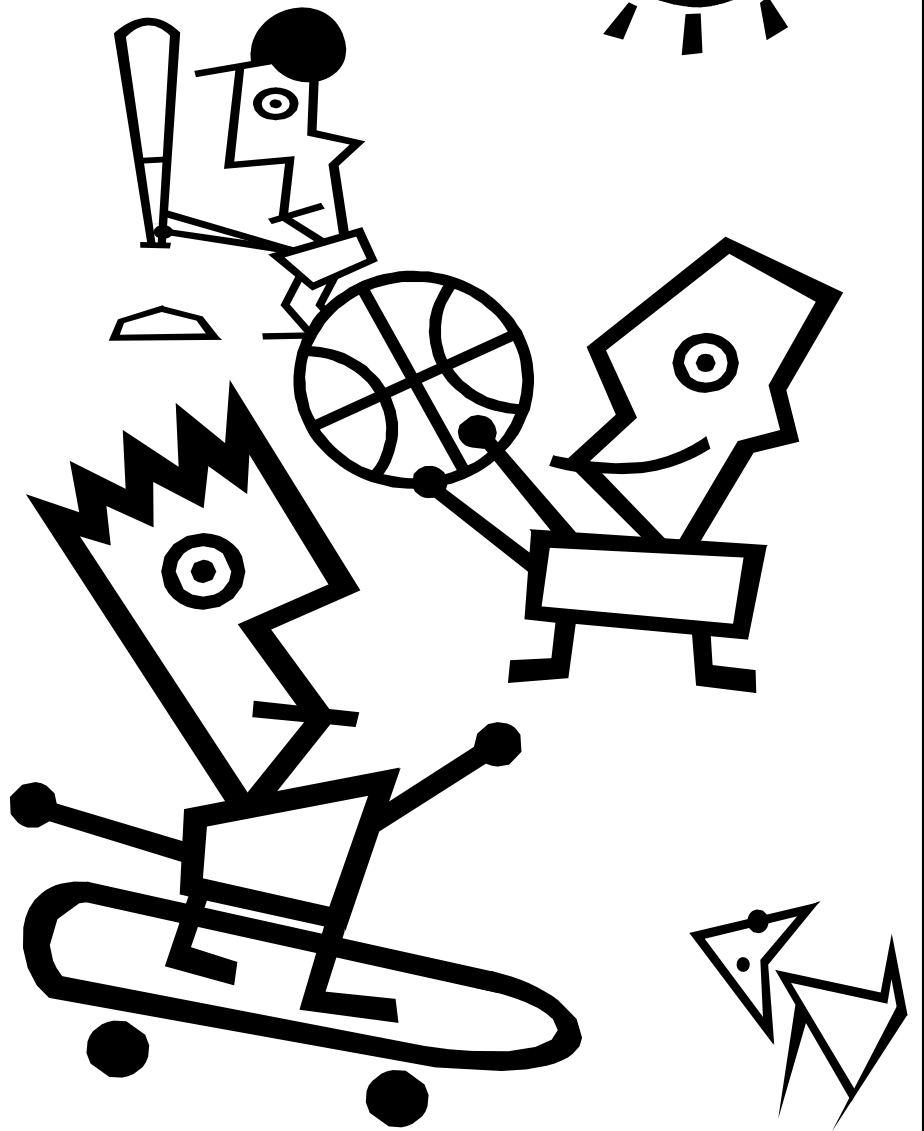
Articles

Le virus du papillome humain

La discipline des enfants au
Québec : Normes et pratique des
parents en 2004 au Québec

Parents et entraîneurs, comment
éviter les accidents liés aux sports
et activités de plein air l'été

La cybergépendance : Une
problématique en croissance chez
les adolescents.



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

Dr Jean-Yves Frappier

Rédacteurs adjoints

André Malo

John Duong

ACSA

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

Tel: (514) 345-9959

Télécopieur: (514) 345-4778

Web: www.acsa-caah.caE-mail: acsacaah@globetrotter.net**Comité Exécutif****Président**

Dr Jean-Yves Frappier

Vice-Présidente

Dr Eudice Goldberg

Secrétaire-Trésorier

Dr Marc Girard

Représentant des Directeurs

Dr Roger Tonkin

Bureau des directrices et directeurs

Dr Jean-Yves Frappier, Montréal

Dr Marc Girard, Montréal

Dr Eudice Goldberg, Toronto

Joanne Gusella (Ph.D. psychologie), Halifax

Faye Bebb, RN, BSN, MA, Vancouver

Dr Roger Tonkin, Vancouver

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

Remerciements	03
Partenariat entre l'ACSA et Merck Frosst Co.	04
Politiques régissant un partenariat avec une organisation à but lucratif ou reliée au secteur privé	05

Événement scientifiques

Colloque annuel de l'ACSA	08
2ième colloque québécois sur la maltraitance	09
8ième symposium québécois de recherche sur la famille	10
Conférence canadienne sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité	11

Articles

Le virus du papillome humain	12
La discipline des enfants au Québec : Normes et pratique des parents en 2004 au Québec	14
Parents et entraîneurs, comment éviter les accidents liés aux sports et activités de plein air l'été	22
La cyberdépendance : Une problématique en croissance chez les adolescents.	26

Publications	32
---------------------	-----------

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

Nouvelles de l'association

Remerciements

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

Nous tenons à remercier et à souligner le travail qu'a accompli André Malo, en tant que coordonnateur de nos principaux dossiers et activités: la banque de données informatisées des membres, le site Web, le PRO-ADO, le gestion et l'organisation secrétariale et informatique ainsi que la gestion de nos collaborateurs et collaboratrices.

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

Notre site web a bénéficié du travail de John Duong qui y a ajouté des documents intéressants.

Nous avons toujours notre contrat avec le réseau canadien de la santé (RCS). L'ACSA est devenue l'organisme coordonnateur de ce projet, en partenariat avec d'autres organismes canadiens avec qui nous étions dans ce projet depuis l'an 2000 soit : Jeunesse, J'écoute, McCreary Centre Society (Vancouver), Adolescent Division, Hospital for Sick Children

(Toronto), section de médecine de l'adolescence, Hôpital Ste-Justine et le Public health Sciences de l'université de Toronto pour l'évaluation. Nous serons l'affilié adolescent du RCS pour 2004-2006. Annie de Lorimier assume la coordination du projet RCS. Travaillent à ce projet : André Malo, Philippe Nechkov, Nicolas Thivierge, Alexandre Martin, Nicolas Fréchette, John Duong.

Je veux mentionner le travail du comité d'organisation du Congrès annuel l'ACSA tenu à Montréal en novembre 2004. Le Dr Franciska Baltzer était en charge du comité pour la partie anglaise du congrès. Un merci aussi à Johanne Charron et Lucie Hille de la Formation pédiatrique continue de Montréal pour leur soutien à l'organisation. Plus de 400 participants ont assisté au congrès qui fut un succès.

En conclusion,

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

Jean-Yves Frappier, Président ACSA

Partenariat entre l'ACSA et Merck Frosst Co.

Depuis le mois d'avril, l'association canadienne pour la santé des adolescents a entrepris un partenariat avec la compagnie Merck Frosst.

Les objectifs de ce partenariat sont :

- de diffuser de l'information en santé des adolescents, surtout aux jeunes mais aussi aux parents et aux intervenants qui travaillent en adolescence,
- plus particulièrement, de sensibiliser et d'informer les clientèles cibles ci-haut nommées à propos du virus du papillome humain (VPH) et de ses conséquences ainsi que des IST en général.

Comme on le sait, un vaccin est en développement pour le Virus du papillome humain. Il se peut que ce vaccin soit disponible dans un avenir rapproché. Le public cible pour ce vaccin sont les jeunes filles de 9 à 24 ans.

Pour celles et ceux qui sont moins familiers avec le VPH, rappelons que certains types de ce virus sont responsables des condylomes. Certains autres types

du virus sont plutôt responsables des changements cellulaires au niveau du col de l'utérus et sont un facteur dans le développement du cancer du col de l'utérus. Bien que ce cancer ne soit pas parmi les plus fréquents chez les femmes, c'est un des cancers les plus prévalents chez les femmes de 30 ans. (Voir article dans ce numéro).

Le VPH est très peu connu du public adulte comme jeune et ses conséquences ne sont pas bien comprises même chez les professionnels de la santé.

La compagnie Merck Frosst désire donc faire connaître le VPH et ses conséquences au public cible des adolescents.

Différentes activités seront prévues dans le cadre de ce partenariat qui n'a pas de durée définie, entre autres, le développement du site web de l'ACSA et l'ajout d'un portail pour les jeunes sur notre site et possiblement un sondage auprès des jeunes.

Dans le cadre de ce partenariat, l'ACSA a développé des lignes de conduite pour les commandites avec le secteur privé. Nous vous les présentons dans ce numéro.

Politiques de l'ACSA régissant un partenariat avec une organisation à but lucratif ou reliée au secteur privé

Les objectifs de l'ACSA

Les activités de l'ACSA visent les jeunes âgés de 10 à 24 ans, tout spécialement le groupe des 10 à 19 ans. Si nous parlons de santé, il s'agit tout autant de santé physique que mentale ou sociale.

L'Association canadienne pour la santé des adolescents est une association multidisciplinaire ayant pour mission d'améliorer la santé des adolescents. Ses principaux objectifs sont :

- De promouvoir la santé des adolescents au niveau régional et national. De faciliter la collaboration entre ceux qui s'intéressent à la santé des adolescents, les organisations ou individus, incluant les adolescents.
- De faciliter, pour les professionnels et les personnes travaillant auprès des adolescents, l'acquisition de connaissances et aptitudes dans le domaine des soins de santé et du bien-être des adolescents.
- De promouvoir la participation des adolescents dans les activités de l'association.
- De promouvoir la recherche et le développement des connaissances pertinentes à la santé des adolescents.
- De définir des standards de soins de santé et de services pour les adolescents.

- De promouvoir la défense de leurs droits par les adolescents eux-mêmes ou de servir de porte parole pour la cause de la santé des adolescents.

Introduction

La formation, l'information, le réseautage et se porter à la défense des droits et services pour adolescents sont les principales activités de l'ACSA. Ces activités sont des services offerts à nos membres. Elles ont pour objectif d'apporter aux professionnels, aux jeunes et à leurs parents une information crédible sur la santé de même que des soins de santé et des services globaux pour les jeunes.

Les ressources offertes par le secteur privé peuvent contribuer à notre effort pour atteindre nos objectifs. L'ACSA accepte la participation de corporations qui sont prêtes à soutenir nos programmes et nos activités, en autant que ce soit dans le meilleur intérêt des jeunes et des membres.

La commandite est acceptable dans la mesure où elle ne compromet pas les valeurs suivantes :

- Le respect de règles éthiques, de l'intégrité, de l'indépendance ou de la crédibilité de l'ACSA et de ses membres.
- Être compatible avec les objectifs de l'ACSA.
- Être favorable aux jeunes et agir dans le meilleur intérêt des jeunes.

Définition de ce qu'est une commandite

Une commandite implique un soutien financier ou toute forme de soutien pour des programmes, des activités spécifiques de recherche, un sondage, des activités éducatives ou de défense des droits, proposés par l'ACSA.

Vue d'ensemble de la politique

Sur le plan des commandites, l'ACSA devrait s'assurer que les conditions suivantes sont respectées :

- Tout financement sera reçu sous forme de subvention sans restriction.
- L'ACSA a une complète indépendance au plan des politiques éditoriales et de l'exploitation des fonds
- L'utilisation et la reconnaissance de la provenance des fonds pour toute activité ou projet seront discutées préalablement avec le commanditaire.
- Tous les projets sont revus annuellement par les directeurs de l'ACSA pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins.
- Tout matériel, activités ou recherche produits par l'ACSA grâce à des subventions sans restriction sont la propriété de l'ACSA qui en détient tous les droits. Aussi toute information, matériel, activités, sondage ou recherche produits par l'ACSA ne peuvent être reproduits ou modifiés de quelque façon, ni être utilisés dans une promotion pour un produit spécifique.
- Les commanditaires devront toujours obtenir la permission du bureau de direction de l'ACSA pour utiliser tout matériel et de

quelque façon que ce soit, à moins d'une entente écrite préalable.

- L'ACSA n'acceptera pas de commandite qui sera perçue comme un simple endossement de produit. L'ACSA n'endosse aucun produit commercial spécifique.
- Le financement d'événements éducatifs, d'activités et de matériel peut être sollicité d'une grande variété de commanditaires. Il peut arriver qu'un unique commanditaire soit approprié. Il faudra alors s'assurer qu'il n'y aura pas conflit d'intérêt avec les objectifs de l'ACSA.
- Dans le cas des organisations à but lucratif, leur soutien sera divulgué.
- L'ACSA possède le dernier mot dans l'approbation de tout matériel (informatif, éducationnel ou promotionnel) où le nom de l'ACSA, sa marque de commerce ou son logo est utilisé que ce soit dans du matériel écrit, une mention publique via les médias. L'utilisation du logo de l'ACSA ou de son nom doit être préalablement approuvée par le conseil de direction de l'ACSA.

Guide pour la sélection d'un Partenariat

L'ACSA travaillera avec des organisations qui rencontrent les critères suivants :

- Leurs produits ne doivent pas présenter un conflit d'intérêt avec les objectifs de l'ACSA, ni jugés hasardeux pour la santé des adolescents ou pour l'environnement, ni prétendre à une efficacité non prouvée.
- Doivent entériner les principes édictés dans le Rx&D Code of Marketing (sans égard à leur statut de membre) et dans le respect également de l'esprit du guide à l'intention

des médecins et de l'industrie pharmaceutique proposé par l'Association médicale canadienne.

Reconnaissance du commanditaire

La reconnaissance varie selon chacune des activités ou projets, même s'il s'agit du même commanditaire. Une entente séparée sera discutée avec le commanditaire pour chacune des activités et chacun des projets.

L'ACSA déterminera la formulation finale du texte et de la visibilité de la reconnaissance du commanditaire.

La reconnaissance du commanditaire ne fera aucune référence à un endossement ou un soutien pour des produits. En clair, les commanditaires n'auront pas la permission d'utiliser cette reconnaissance pour faire la promotion de leurs produits ou services. À titre d'exemple, ce qui suit ne sera pas permis : produit grâce à la compagnie X, fabriquant du produit Y. Ou encore : l'ACSA recommande le produit Y.

Possibilités de commandite

Site web, formation continue et éducation publique

L'ACSA produit du matériel imprimé et électronique destiné aux jeunes, à leurs parents et à des professionnels. La commandite de ces activités ou du www.acsa-caah.ca est possible. Par contre, des produits et des services ne peuvent être le commanditaire.

Subventions sans reconnaissance officielle

L'ACSA accepte des contributions sans reconnaissance officielle qui viennent aider l'avancement de programmes et activités qui sont essentielles à ses objectifs.

Autres types de commandite

L'ACSA accepte d'autres types de commandite sous forme d'imprimés, d'infographie ou de canaux de distribution. L'ACSA doit approuver tout le matériel à toutes les étapes du développement du projet pour s'assurer qu'il reflète le contenu ou la présentation proposée et encore une fois avant que le produit final soit imprimé. L'ACSA est seule dépositaire des droits d'auteur sur tout le matériel.

Services, recherche, sondages, etc.

L'ACSA accepte d'être commanditée pour des sondages ou de la recherche qui aidera la promotion de soins et de services adaptés aux besoins des jeunes et de leurs parents et qui permettra de fournir de l'information aux professionnels, aux jeunes et leurs parents. L'ACSA sera ou bien le seul responsable de tout le sondage ou de la recherche ou bien seulement d'une partie. Dans ce dernier cas, la reconnaissance de la participation de l'ACSA sera décidée dès le début et la formulation de cette reconnaissance sera déterminée par la direction de l'ACSA. L'ACSA détiendra les droits d'auteur sur la partie qu'elle aura exécutée et les politiques définies plus haut s'appliqueront sur l'ensemble des autres éléments.

L'ACSA n'endosse pas de services ou de matériel éducationnel produit par d'autres, à moins d'une approbation spécifique du bureau des directeurs de l'ACSA.

Approuvé par l'exécutif de l'ACSA en mars 2005.

Événement scientifique

Association canadienne pour la santé des adolescents 11ième Congrès annuel

Mercredi le 2 novembre 2005
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario, Canada

Ce congrès est organisé conjointement avec the Division of Adolescent Medicine, Hospital For Sick Children. Il se déroule en anglais. Il y aura trois conférences et plusieurs ateliers.

Conférence principale :

« Transition from Paediatric to adult health care system ».

John G. Reiss, PhD, Associate professor of Paediatrics, Institute for Child Health Policy, University of Florida

Autres conférenciers :

Diane Sacks, MD, ex-présidente de la Société canadienne de pédiatrie

Clive Chamberlain, MD, Adolescent Forensic Psychiatrist

Ateliers portant sur: urgence (gynécologique, psychiatrique et toxicomanie), dépression, dermatologie, contraception, toxicomanie, thérapie motivationnelle, relations parent/adolescent, VPH et autres IST, tabagisme, programme de conseil par les pairs, etc.

Présentation par affiches sur des sujets touchant à la santé des adolescents. Vous pouvez soumettre une affiche.

Pour plus d'information

Brenda.rau@sickkids.ca
416 813 8122

Voir aussi le site de l'ACSA pour consulter les derniers développements au niveau du programme :

www.acsa-caah.ca

Deuxième colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents

Montréal, 24-25 octobre 2005

Le premier Colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents, qui s'est tenu à Montréal en octobre 2003, fut sans contredit un succès. Forts de cette expérience, nous préparons une deuxième édition de l'événement, qui aura lieu les 24 et 25 octobre 2005 à Montréal, au Centre Mont-Royal. Organisé conjointement par le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, ce colloque s'adresse à tous les intervenantes et intervenants 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, communautaires, des CPE ou de l'éducation. Le thème choisi pour le colloque, « Contre la maltraitance : un défi de société », nous invite à se sensibiliser à ce problème, collectivement, en partageant nos connaissances et en développant nos savoir-faire. Plus spécifiquement, nous mettons de l'avant une approche interdisciplinaire en insistant plus particulièrement sur l'apport des milieux sociaux, médicaux, policiers, communautaires et judiciaires dans l'effort collectif de la société québécoise pour contrer la maltraitance envers les enfants et les adolescents.

Les plénières

Une plénière portera sur la correction physique et un panel suivra sur ce thème. Une autre plénière discutera des gangs de rue et du lien avec la maltraitance, enfin une autre plénière portera sur la violence psychologique.

Les ateliers

Il y aura plus de 35 ateliers portant sur la pratique clinique, les types et manifestations de la maltraitance et ses conséquences et impacts : prévention, dépistage, évaluation, concepts d'attachement, santé mentale des parents et maltraitance chez les enfants, aspects légaux, évaluation médicale, aspects sociaux et protection, multiculturalisme et maltraitance, transmission intergénérationnelle, etc.

Affiches

Des travaux de recherche seront présentés sous forme d'affiches.

Pour consulter le programme et vous inscrire

www.maltraitance.ca.

www.hsj.qc.ca/FPCM

Formation pédiatrique continue de Montréal - local
6813
CHU Sainte-Justine
3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5

Telephone : (514) 345-7735

FAX: (514) 345-2332

8^e symposium québécois de recherche sur la famille

3 et 4 novembre 2005, Université du Québec à Trois-Rivières

Le Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec (CDRFQ) en est à son 8^e symposium de recherche sur la famille, événement constituant toujours un forum multidisciplinaire permettant de réunir les chercheurs et les intervenants préoccupés de mieux comprendre la famille, de partager leurs connaissances et d'approfondir les questions ou les problématiques qui nourrissent leurs travaux et leurs pratiques. Rappelons que les symposiums du CDRFQ ont comme spécificité de réunir à la fois des chercheurs et des intervenants oeuvrant auprès des familles, et qu'ils visent tout particulièrement... la diffusion des connaissances scientifiques sur la famille, tant auprès des chercheurs que des milieux communautaires et familiaux, ainsi que des bénévoles et des intervenants en milieu familial; le transfert des connaissances et leur appropriation par les intervenants du milieu; la relève de la recherche en matière d'intervention auprès des familles, en assurant une place significative aux étudiants et en offrant deux bourses de recherche, prélevées à même le budget du symposium.

Après avoir soulevé des thématiques telles que les transformations dans les structures familiales, les réformes en matière de santé et de services sociaux, les rapports entre les générations, la question de l'enfance et celle du bénévolat, la question de l'avenir des associations communautaires famille et celle du transfert des connaissances, la question des politiques sociales à l'égard des familles et le développement de la médiation familiale, nous abordons, via ce 8^e symposium, le grand thème « Familles, médias, culture ».

Tel est le thème principal du 8^e symposium québécois de recherche sur la famille. Ce thème renvoie au rôle du milieu familial dans la formation et la transmission des intérêts culturels, ainsi qu'à la place de la famille dans les médias. Il fera l'objet des conférences d'ouverture et de clôture, d'une table ronde avec des professionnels des médias et des chercheurs, ainsi que de grands ateliers avec des équipes de recherche dans ce domaine.

Structure du symposium

Outre deux grandes conférences - l'une d'ouverture, l'autre de clôture -, ce symposium, comme les précédents, contient des sessions de communications scientifiques « classiques » (sélectionnées par notre Comité scientifique), tributaires des travaux de recherche en cours. L'appel de communications a été lancé en février 2004, et les chercheurs qui désiraient soumettre une proposition avaient jusqu'au 15 avril 2005 pour nous la faire parvenir. Les communications qui ont été retenues sont inscrites au programme. De plus, il laisse place à des « Laboratoires d'appropriation », au sein desquels sont présentés les travaux de grandes équipes de recherche : il s'agit d'activités réunissant les chercheurs d'une équipe et leurs partenaires du milieu, permettant de faire état d'une démarche de recherche réalisée en partenariat, et de favoriser ainsi l'appropriation réciproque des connaissances par les chercheurs et les intervenants. Et enfin, deux débats viendront enrichir les échanges : le premier s'intitule « L'image de la famille à travers les médias », le second, « Le bilan de la recherche dans le domaine de la famille et de l'enfance ». En bref, le 8^e symposium comprendra... une **conférence d'ouverture** prononcée par M. Olivier Donnat, grand spécialiste des pratiques culturelles, provenant du ministère français de la Culture et de la Communication. Sa communication a pour titre : « La famille au coeur de la transmission des passions culturelles »; un **débat** sur « L'image de la famille à travers les médias »; un **débat** sur « Le bilan de la recherche dans le domaine de la famille et de l'enfance »; dix **ateliers** de communications scientifiques « classiques »; six « **Laboratoires d'appropriation** »; une **conférence de clôture**, animée par M. Pierre Moeglin, directeur de la Maison des sciences de l'homme de Paris-Nord, sur le thème : « Où va l'éducation? L'école à l'heure du numérique ».

Pour le programme détaillé de la conférence, visitez : http://www.uqtr.ca/cdrfq/documents_pdf/Programme.8eSymposium.pdf

Conférence canadienne sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité

Présentée par : La Fondation pour des collectivités, Sécuri Jeunes Canada, Sauve-qui-pense et Pensez d'abord sont fiers de présenter

6 au 8 novembre 2005 l'hôtel Westin Nova Scotian, Halifax, Nouvelle-Écosse

De la connaissance à l'action

Thème général : De la connaissance à l'action: La prévention des traumatismes, de la violence, et du suicide.

La Conférence canadienne sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité mettra principalement l'accent sur les initiatives de prévention de la violence, du suicide et des traumatismes non intentionnels. Plus particulièrement:

- Mettra en évidence les plus récents développements et les pratiques efficaces en terme de politiques et de programmes.
- Permettra d'établir des ponts entre les nouvelles connaissances et la pratique en mettant l'accent sur des recommandations en matière de politiques et de pratiques issues de la recherche canadienne.
- Encouragera le réseautage et la concertation des différents secteurs d'activités pour promouvoir l'action et les changements en matière de politique.
- Facilitera la participation des principaux intervenants représentant les populations vulnérables au regard des traumatismes, de la violence et du suicide.
- Favorisera l'établissement d'une action durable de la part des intervenants aux niveaux municipal, régional, provincial et national.

Les présentations s'articulent autour des sous thèmes suivants :

- Définition de la problématique
- Facteurs de risque et de protection
- Mobilisation de la connaissance
- Stratégies de prévention et de promotion
- Recherche et évaluation

Le programme de la conférence présentement en cours de développement. N'hésitez pas à consulter le site web de la conférence de façon régulière pour avoir de plus amples renseignements.

Qui devrait participer?

Cette conférence concerne les intervenants communautaires, les praticiens de la santé physique ou mentale, les spécialistes de la sécurité, les agents de la sécurité publique, civile ou de la prévention des incendies, les évaluateurs, les chercheurs, les planificateurs, et les décideurs aux niveaux municipal, régional, provincial et national. Aidez-nous à les rejoindre en diffusant cette annonce.

Marquez votre calendrier!

N'hésitez pas à réserver les dates du 6 au 8 novembre 2005 dans votre agenda et pour plus de renseignements, vous pouvez communiquer avec Shelley Callaghan au purpledog@sympatico.ca ou (613) 798-8029. www.injurypreventionconference.ca

Articles

Le virus du papillome humain

Définition

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 monde¹.

Selon les chercheurs, il existerait plus de 200 différents types de VPH, mais seulement environ 80 types ont été identifiés².

Différents types de VPH sont responsables de différentes affections²:

- Les types de VPH 6 et 11 peuvent causer des verrues génitales;
- Les types de VPH 16 et 18 peuvent provoquer le cancer du col de l'utérus.

Le VPH se transmet par contact de peau à peau par le pénis, le scrotum, le vagin, la vulve ou l'anus de la personne infectée³.

- Le VPH se transmet aussi si l'on embrasse ou si l'on touche les parties génitales du partenaire;
- Le VPH ne se transmet pas par contact avec le sang;
- 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.

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.

Fréquence et importance

On estime que 75 pour cent des Canadiens sexuellement actifs seront infectés au moins une fois dans leur vie par le VPH⁴.

- Les taux d'infection les plus élevés se trouvent chez les personnes âgées de moins de 25 ans⁵.

La plupart (66 pour cent) des personnes qui ont des rapports sexuels avec un partenaire infecté par une verrue génitale auront elles-mêmes une verrue dans les trois mois suivant le contact⁶:

- On estime que 2 pour cent des Canadiennes sexuellement actives ont des verrues génitales⁷.

Au Canada, la prévalence des types de VPH causant le cancer chez les femmes de différents groupes atteint de 11 pour cent à 25 pour cent³.

Le cancer du col se situe au troisième rang des cancers les plus fréquents chez les femmes âgées de 20 à 34 ans⁸.

En 2002, on a estimé à 1 400 le nombre de Canadiennes susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus et on s'attendait à ce que 400 femmes en meurent⁸.

Signes et symptômes

De nombreuses personnes infectées par le VPH ne le savent pas.

Les verrues génitales se présentent comme des excroissances en forme de choux-fleurs. Elles peuvent provoquer notamment des démangeaisons et des

brûlures, ainsi que des saignements légers à la suite de rapports anaux ou après la défécation¹.

Les lésions du col de l'utérus (dysplasie cervicale constituant une affection précancéreuse) s'accompagnent rarement de symptômes perceptibles, mais elles peuvent être dépistées grâce à un test Pap.

Diagnostic

Les tests de dépistage du VPH par l'ADN ne sont pas offerts partout et ils coûtent cher.

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 pour cent à 20 pour cent⁹ avec un tiers de diagnostics faux négatifs attribuables à des erreurs d'interprétation, les deux autres tiers étant reliés à un prélèvement et une préparation d'analyse sur lame inadéquats¹⁰.

Le test Pap se révèle également moins précis s'il n'y a pas présence de lésions du col à haut degré de malignité¹¹. Le système CIN (néoplasies intra-épithéliales du col) permet de classer les lésions du col par gravité : les lésions de degré 1 sont peu malignes et peuvent disparaître d'elles-mêmes, alors que les lésions de degrés 2 et 3 présentent un haut degré de malignité et sont des précurseurs de cancer du col¹².

Traitement

Les femmes qui présentent des cellules anormales précancéreuses du col utérin détectées au Pap test peuvent être suivies et traitées avant que l'évolution ne soit dommageable.

Pour les cellules cancéreuses, selon le type de cancer du col, il existe des options thérapeutiques telles que la technique LEEP (excision électrochirurgicale à l'anse diathermique qui permet de retirer le tissu infecté), la thérapie au laser, l'hystérectomie, la

chimiothérapie et la radiothérapie¹³.

Les verrues génitales peuvent être enlevées par la thérapie au laser, des traitements chimiques ou l'immunothérapie, mais elles peuvent réapparaître¹⁴.

Il n'existe aujourd'hui aucune cure médicale permettant d'éliminer l'infection au VPH¹.

Références:

1. The Oral Cancer Foundation, The human papillomavirus web page (accessed at <http://www.oralcancerfoundation.org/facts/humanpapillomavirus.htm>)
2. Anhang R et al. HPV Communication: Review of Existing Research and Recommendations for Patient Education. *CA Cancer J Clin.* 2004;54:248-259
3. 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 (accessed at <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/pdf/hpv-e.pdf>)
4. Health Canada, *It's Your Health HPV* web page (accessed at http://www.hc-sc.gc.ca/english/iyh/diseases/hpv-vph_e.html)
5. SOGC web site (accessed at <http://www.sexualityandu.ca/eng/teachers/YSH/std.cfm>)
6. National Institute of Allergy & Infectious Diseases web site (accessed at <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/stdhvp.htm>)
7. Public Health Agency of Canada, Sexually Transmitted Disease Surveillance Report, Volume 24S1 – February 1998 (accessed at http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98vol24/24s1/stdh_e.html)
8. Public Health Agency of Canada, Cervical Cancer Screening in Canada: 1998 Surveillance Report, Executive Summary (accessed at http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccsic-dcuac/exec_e.html)
9. Popadiuk C et al. "Pap Smears: A review of What's New", *The Canadian Journal of CME.* October, 2002:109-117
10. Franco El et al. Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control. *Vaccine.* 2005; 23:2388-2394
11. National Institute of Health web site (accessed at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1.section.7063>)
12. Association of Reproductive Health Professionals (ARHP) web site (accessed at <http://www.arhp.org/healthcareproviders/onlinepublications/clinicalproceedings/cphpv/types.cfm?ID=149>)
13. University of Maryland Medical Centre, What are they general guidelines for treating cervical cancer? (accessed at http://www.um.edu/patient/articles/what_general_guidelines_treating_cervical_cancer_000046_11.htm)
14. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology website (accessed at http://www.asccp.org/edu/practice/vulva/hpv_vin/hpv_treat.shtml)

Reproduit et adapté d'un document de la Société canadienne d'obstétrique et de gynécologie (2005)

La discipline des enfants au Québec : Normes et pratique des parents en 2004 au Québec

Me. Clément, C. Chamberland, J. Aubin et D. Dubeau (2005), Institut de la statistique du Québec

En 1999, le Québec se dotait de la première enquête de population sur la violence familiale dans la vie des enfants¹. Cette enquête, représentative de l'ensemble des ménages avec un ou plusieurs enfants âgés entre 0 et 17 ans, permettait d'établir pour la première fois la prévalence annuelle du recours à la violence physique et psychologique envers les enfants. Elle venait ainsi combler un manque de données populationnelles sur le phénomène et ajouter de l'information aux mesures d'utilisation des services de protection de la jeunesse, seuls indicateurs dont nous disposions jusqu'alors. Elle donnait aussi l'occasion de mesurer les attitudes des mères à l'égard de la discipline physique et d'explorer les liens entre le recours à diverses formes de violence et certains facteurs individuels et familiaux.

Dans l'optique de suivre l'évolution des conduites parentales à caractère violent dans la population, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut de la statistique du Québec de reconduire l'étude en 2004. Cette seconde édition de l'enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants a donc été réalisée à partir d'une méthodologie similaire, auprès d'un échantillon représentatif de 3 148 mères, en vue de documenter à la fois l'ampleur du phénomène (prévalence annuelle) et les changements observés sur le plan des attitudes et des pratiques parentales depuis 1999. De plus, soucieux de documenter la perception différentielle du phénomène de la violence parentale selon le genre, le MSSS, en collaboration avec l'équipe de recherche GRAVE-ARDEC2, a financé la tenue parallèle d'un second volet auprès d'un échantillon indépendant et représentatif de 953 hommes faisant figure de père auprès d'au moins un enfant âgé entre 0 et 17 ans. En plus de répondre aux préoccupations soulevées dans les médias et la population à propos de l'absence des pères dans la dernière enquête sur la violence familiale,

ce second volet permettra de connaître leurs attitudes et perceptions du phénomène ainsi que les facteurs individuels, familiaux et sociaux qui y sont associés.

Pour des raisons méthodologiques de comparaisons temporelles, les résultats présentés dans ce fascicule sont principalement issus du volet de l'enquête réalisé auprès des mères. Ces résultats concernent uniquement la prévalence annuelle et l'évolution quinquennale des conduites de divers types, soit la discipline non violente, l'agression psychologique, la violence physique mineure et la violence physique sévère, adoptées à l'endroit des enfants ainsi que les attitudes parentales à l'égard de la discipline et de l'éducation. Les résultats complets seront publiés dans le rapport final de l'enquête à l'automne 2005. Dans le contexte actuel des débats entourant l'abrogation de l'article 43 du Code criminel canadien, ces premiers résultats permettent de dresser un portrait provincial de la situation actuelle quant aux attitudes et aux pratiques des parents à l'égard de la discipline et des châtiments corporels envers les enfants.

Pourquoi s'intéresser aux normes et aux pratiques parentales ?

L'enquête réalisée en 1999 avait montré que les mères les plus favorables au recours à la punition corporelle rapportent davantage ce type de conduites envers l'enfant. L'adoption de normes éducatives en faveur de la fessée ou d'autres châtiments corporels est d'ailleurs associée dans plusieurs études au recours à la violence physique et psychologique. L'enquête précédente avait aussi montré que la punition corporelle est rarement utilisée seule puisque les parents qui y ont recours rapportent également d'autres conduites comme crier, hurler, insulter ou menacer l'enfant. Les résultats précisaient également

que plus d'une mère sur 10 ayant déclaré le recours à la punition physique rapporte des formes plus sévères de violence telles que donner une claque au visage ou sur la main d'un enfant, le frapper sur les fesses avec un objet dur comme une ceinture ou un bâton, lui donner une claque au visage, sur la tête ou sur les oreilles, le saisir par le cou et lui serrer la gorge ou le secouer lorsqu'il est âgé de moins de 2 ans. Ce constat posait alors la question des dérapages possibles qu'il peut y avoir dans les conduites parentales à partir du moment où la punition corporelle est utilisée et acceptée, ou du moins, perçue comme une option éducative.

L'article 43 du Code criminel canadien stipule que « Tout instituteur, père ou mère, ou toute personne qui remplace le père ou la mère, est fondé à employer la force pour corriger un élève ou un enfant, selon le cas, confié à ses soins, pourvu que la force ne dépasse pas la mesure raisonnable dans les circonstances ».

Les conduites parentales à caractère violent : une menace à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant

Les conduites à caractère violent dont il est question font référence aux actions posées par un adulte de la famille (incluant toute personne habitant dans le ménage au moment de l'enquête : la mère, le père, un beau-père ou une belle-mère, un grand-parent, un grand frère ou une grande soeur âgés de 18 ans ou plus, etc.) qui, dans une situation de conflit avec l'enfant, risquent de compromettre l'intégrité ou le bien-être psychologique ou physique de ce dernier. Les études montrent que le caractère violent d'une agression, qu'elle soit psychologique ou physique, se mesure bien souvent à l'importance des atteintes et des séquelles qui affectent l'enfant. Certaines conduites perturbent sa qualité de vie alors que d'autres, plus sérieuses, menacent son potentiel de développement à plus long terme. L'intégrité physique, le sentiment de sécurité physique et affective, l'estime de soi ou encore la capacité de l'enfant à se lier positivement avec des pairs peuvent être plus ou moins compromis. Enfin, le recours à de telles conduites affecte aussi le climat relationnel où le parent et l'enfant se retrouvent bien souvent

adversaires. Il est dès lors probable que non seulement le conflit dégénère en escalade mais aussi que l'enfant n'adhère pas aux demandes ou aux attentes du parent. D'ailleurs, les recherches montrent que l'utilisation de la punition corporelle n'est pas efficace à long terme pour modifier les comportements indésirables de l'enfant³. En somme, cela engendre des situations où parent comme enfant sont perdants.

L'ampleur des pratiques parentales à caractère violent en 2004

Tout d'abord, les résultats de l'enquête montrent que la presque totalité des mères québécoises déclarent que les adultes habitant avec les enfants âgés de 0 à 17 ans ont recours de façon récurrente à des stratégies éducatives non violentes axées sur le retrait de privilèges, la communication ou la distraction (tableau 1). La grande majorité (80 %) rapportent aussi la présence d'au moins un épisode annuel d'agression psychologique envers l'enfant, ce taux diminuant à 52 % lorsque ces épisodes sont rapportés à trois reprises ou plus au cours de l'année. Le recours à au moins un épisode annuel de violence physique mineure (aussi appelée punition corporelle) est, quant

	Au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête	À 3 reprises ou plus dans les 12 mois précédant l'enquête
	%	
Discipline non violente	98,3	93,1
Agression psychologique	79,6	52,4
Violence physique mineure	42,9	17,1
Violence physique sévère	6,3	1,5*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source: Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004

à lui, rapporté par 43 % des mères québécoises. Ce taux diminue à 17 % lorsque les mères en rapportent l'utilisation récurrente par un adulte du ménage (ex. : donner une tape sur les fesses de l'enfant à main nue, donner une tape sur le bras, la main ou la jambe, pincer l'enfant pour le punir ou secouer un enfant âgé de 2 ans ou plus). Le recours à la violence physique sévère est, pour sa part, rapporté par 6 % des mères et le recours récurrent par 1,5 % d'entre elles.

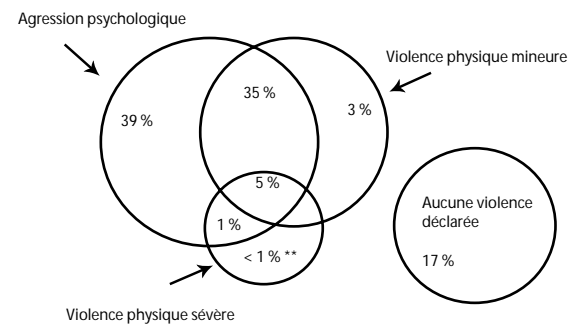
Outre la gravité de la violence physique sévère et l'utilisation récurrente de l'agression psychologique et de la violence physique mineure, le recours combiné de ces conduites est un autre indice qui peut témoigner de la présence de contextes disciplinaires coercitifs vécus par une proportion importante d'enfants. En effet, on observe que 41 % d'entre eux sont victimes à la fois d'agression psychologique et de violence physique mineure (35 %) ou sévère (1 %), ou même des trois formes au cours d'une année (5 %) (figure 1). Le même constat avait été fait en 1999, à savoir que les enfants sont rarement victimes de violence physique sans vivre également une forme d'agression psychologique. De plus, rares sont les enfants victimes de violence physique sévère qui n'ont pas vécu au moins une forme de punition corporelle (0,4 %).

L'évolution des pratiques parentales de 1999 à 2004

En 2004, les mères déclarent moins souvent le recours à la violence physique mineure envers l'enfant par un adulte du ménage qu'en 1999 (figure 2). En effet, c'est 43 % d'entre elles qui déclarent l'utilisation de la punition corporelle à l'endroit d'un enfant en 2004 comparativement à 48 % en 1999. Par ailleurs, cette baisse de la violence physique mineure est contrebalancée par un recours plus fréquent à des épisodes d'agression psychologique. En effet, 52 % des mères déclarent trois épisodes ou plus d'agression psychologique au cours de l'année comparativement à 48 % en 1999.

Figure 1

Coexistence de la violence physique et de l'agression psychologique envers l'enfant, Québec, 2004

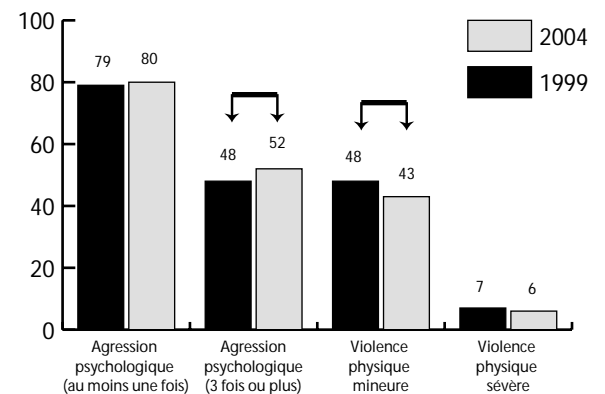


* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement. Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*.

Figure 2

Comparaison des conduites parentales à caractère violent, Québec, 1999 et 2004



Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999 et 2004*.

Les normes parentales en matière d'éducation et de discipline

À l'instar de la diminution observée dans le recours à la punition corporelle, une diminution des attitudes en faveur de cette méthode depuis cinq ans est également notée (figure 3). En effet, 45 % des mères croient que les parents qui donnent des tapes à leurs enfants ont tort de le faire comparativement à 40 % en 1999. Elles sont également proportionnellement moins nombreuses à penser que certains enfants ont besoin de tapes pour apprendre à bien se conduire. Or, elles sont plus nombreuses à croire que les parents du Québec sont trop mous avec leurs enfants. Ces résultats en apparence contradictoires permettent de croire que les mères distinguent fermeté et coercition parentale. D'ailleurs, elles sont davantage conscientes en 2004 des effets potentiellement néfastes du recours aux punitions corporelles, laissant ainsi supposer qu'elles sont à la recherche de stratégies qui leur permettraient d'être à la fois fermes, pacifiques et efficaces dans l'éducation de leurs enfants.

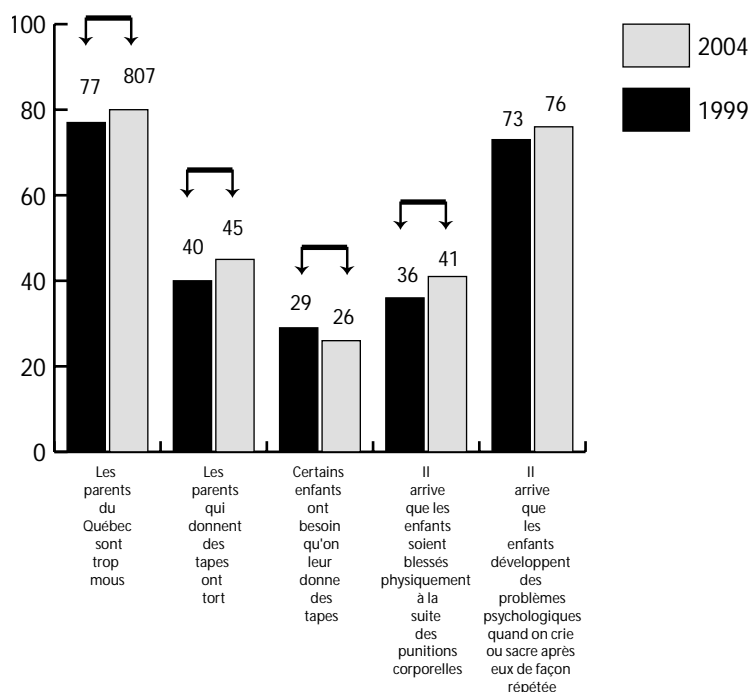
Bien que l'on assiste à une diminution des attitudes parentales favorables à la punition corporelle, les points de vue demeurent partagés sur la question. En effet, c'est près du quart des mères qui croient que certains enfants ont besoin d'une tape pour apprendre à bien se conduire. C'est aussi plus de la moitié qui croient que les parents qui donnent des tapes à leurs enfants ont raison de le faire. Des normes sociales différentes à propos de l'éducation des enfants semblent ainsi encore cohabiter au sein de la population québécoise.

De manière générale, pères et mères s'entendent sur l'importance d'imposer certaines limites aux enfants. Cependant, les mères ont des attitudes moins favorables face à la punition corporelle et perçoivent davantage les impacts négatifs sur les enfants. Ce résultat pourrait être en partie dû aux contextes distincts qui caractérisent les interactions mère-enfant et père-enfant (p. ex. : quantité de temps passé en interaction, types d'activités, âge et sexe de l'enfant)⁴. Les analyses ultérieures permettront de nuancer les résultats en explorant leurs liens avec les autres variables documentées dans l'enquête.

Rappelons aussi que l'on ne dispose pas de donnée sur les pères en 1999 de sorte qu'il est impossible de connaître l'évolution des normes paternelles à l'égard de la discipline et de l'éducation des enfants.

Figure 3

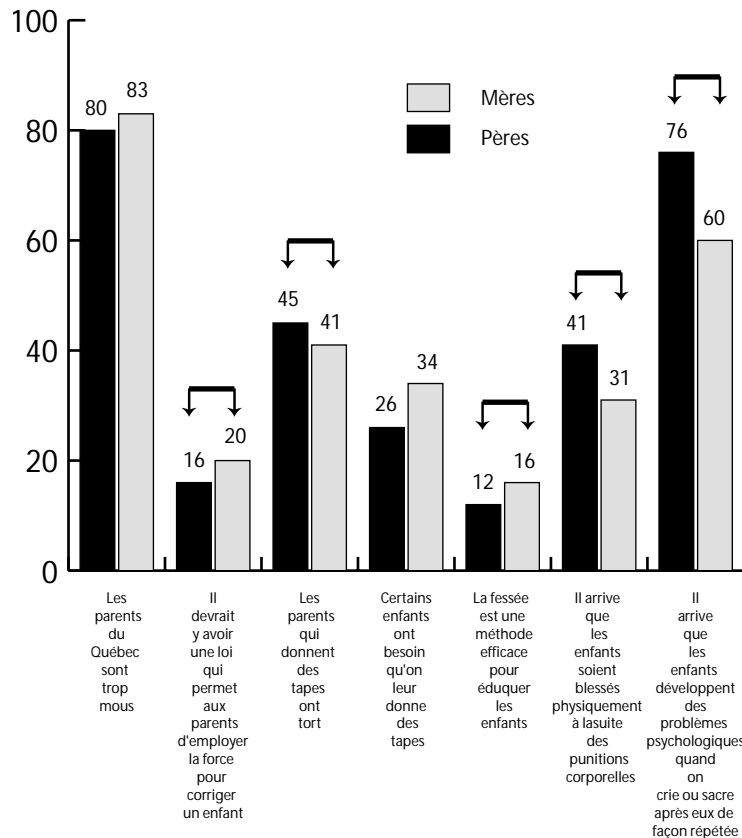
Comparaison des attitudes des mères à l'égard de la discipline, Québec, 1999 et 2004



Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999 et 2004*.

Figure 4

Comparaison des attitudes des pères et des mères à l'égard de la discipline, Québec, 2004



Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*.

Des indices de sévérité à considérer

Les résultats de l'enquête montrent que dans la plupart des cas, les épisodes d'agression psychologique et de violence physique mineure relèvent davantage de conduites ponctuelles et isolées, probablement liées à un contexte ou à un comportement de l'enfant particulièrement indésirable pour l'adulte, que de stratégies éducatives ancrées dans le répertoire parental. Par ailleurs, on observe que des conduites telles que taper sur ses fesses à main nue, le pincer ou lui donner une tape sur la main,

le bras ou la jambe sont rapportées à trois reprises ou plus au cours d'une année par une mère québécoise sur six. Cela témoigne d'une approche éducative davantage coercitive qui présente des risques plus importants pour le bien-être et le développement de l'enfant. Outre l'utilisation récurrente, le recours combiné de la violence physique et psychologique dans l'éducation des enfants témoigne aussi de la présence d'un contexte disciplinaire plus autoritaire et appuie l'hypothèse d'une escalade possible dans la gravité des conduites utilisées en situation de conflits parent-enfant.

Dans la même veine, la violence physique sévère représente une forme de châtiments corporels particulièrement dommageable pour la sécurité et le développement de l'enfant. Le recours récurrent à ce type de violence par un adulte du ménage déclaré par 1,5 % des mères est particulièrement inquiétant, puisqu'il s'agit là d'un indice de la présence d'abus physiques envers l'enfant. Les enfants qui subissent de tels événements à répétition sont 10 fois plus nombreux que le nombre de signalements retenus pour abus physique à la Protection de la jeunesse au Québec⁵. D'où la nécessité de poursuivre les efforts pour détecter et soutenir ces familles, majoritairement non connues des services de protection.

Moins de châtiments corporels, plus d'agressions psychologiques : une bonne ou une mauvaise nouvelle?

La baisse observée du recours à la punition corporelle dans l'éducation des enfants rejoint les tendances observées, au cours des dernières décennies, dans d'autres pays^{6 7}. D'une part, il est possible que les mères soient plus réticentes en 2004 à rapporter de telles conduites envers les enfants. En effet, bien qu'il s'agisse de comportements acceptés légalement, les récents débats publics et scientifiques indiquent une moins grande tolérance face à ces méthodes éducatives. D'autre part, il est également possible qu'on assiste à une diminution réelle de la violence parentale dans la population québécoise, résultat que l'on pourrait attribuer au changement d'attitudes qui s'observe actuellement dans la population à propos de la manière de discipliner les enfants.

Malgré la baisse du recours à la violence physique, on observe en contrepartie que les mères rapportent plus souvent la présence répétée (trois fois ou plus) d'agressions psychologiques en 2004. Ce résultat, pour le moins étonnant, pourrait être dû soit à une plus grande capacité à reconnaître ce type d'agression quand il survient dans la famille, soit à la diminution de la violence physique qui serait compensée par le recours à des conduites verbales coercitives comme stratégies éducatives alternatives.

L'importance de soutenir les parents dans leur rôle

Les résultats de cette seconde édition de l'enquête sur la violence familiale sont encourageants. En effet, une majorité croissante de mères désapprouvent le recours à la punition corporelle dans l'éducation et elles rapportent de moins en moins son utilisation envers l'enfant. Cette tendance semble indiquer que les normes sociales sont de plus en plus défavorables à l'endroit de la discipline violente, reflétant ainsi certaines dispositions légales et politiques québécoises mises de l'avant depuis une dizaine d'années⁸. D'ailleurs, la population du Québec se démarque des autres provinces à cet égard puisque de récents sondages montrent que les Québécois rapportent moins souvent le recours aux châtimements corporels dans l'éducation de leurs enfants comparativement au reste du Canada^{9 10}. C'est également la province où on retrouve le pourcentage le plus élevé d'individus favorables à une loi qui interdirait aux parents de donner la fessée¹¹. Dans la présente enquête, c'est 84 % des mères et 80 % des pères qui ne sont pas d'accord avec une loi qui permet aux parents d'employer la force dans la mesure du raisonnable. L'évolution des normes sociales québécoises en matière de châtimements corporels à l'endroit des enfants soulève la pertinence de relancer le débat entourant l'abrogation de l'article 43 du Code criminel canadien¹².

En somme, les résultats de l'enquête font clairement ressortir la nécessité de soutenir davantage les parents dans leur rôle. De fait, même si les méthodes coercitives sont de moins en moins approuvées socialement, une approche éducative trop permissive est clairement désavouée. Les parents semblent faire la distinction entre, d'une part, l'autorité parentale

nécessaire pour que l'enfant se développe et, d'autre part, l'utilisation de la violence dans la gestion des conflits. La promotion de méthodes alternatives fermes mais non violentes devrait mobiliser les acteurs sociaux dans les prochaines années dans une optique de protection et de développement optimal des enfants, un enjeu de société important.

Des analyses à suivre...

L'analyse plus poussée des données issues de cette enquête permettra de mieux cerner les facteurs individuels, familiaux et sociaux associés aux attitudes et aux conduites parentales à caractère violent. À titre d'exemple, il sera possible de documenter l'ampleur de la violence conjugale et parentale dans la population. Il sera également possible d'explorer les facteurs associés aux normes et pratiques parentales, tels que le stress parental induit par le tempérament de l'enfant perçu comme étant difficile, la violence physique et psychologique vécue dans l'enfance des parents et le niveau de satisfaction à l'égard du soutien social. Enfin, il sera également possible d'explorer plus en profondeur les différences de perception et d'attitudes des mères et des pères à l'égard de la discipline et de l'éducation des enfants.

La méthodologie en bref

Population visée

Pour des raisons de comparabilité, le premier volet de l'enquête visait à rejoindre un échantillon similaire à celui de 1999, c'est-à-dire l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans vivant dans un ménage privé du Québec et cohabitant avec une femme (mère ou belle-mère de l'enfant, nouvelle conjointe du père, tutrice, etc.) au moins 50 % du temps. À ce premier volet de l'enquête s'est ajouté un second échantillon indépendant, composé de l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans vivant dans un ménage privé du Québec et cohabitant avec un homme (père ou beau-père de l'enfant, nouveau conjoint de la mère, tuteur, etc.) au moins 50 % du temps.

Base de sondage

Dans les deux enquêtes, la base de sondage utilisée est une base de numéros de téléphone générée aléatoirement avec élimination des banques invalides. Cette base de sondage couvre 95 % de la population visée.

Taille et sélection de l'échantillon

Chez les mères, un échantillon de 35 895 numéros de téléphone a été sélectionné aléatoirement. Chez les pères, cet échantillon s'est élevé à 15 977. À noter que les numéros de téléphone échantillonnés ont été répartis proportionnellement à la taille des trois sous-populations suivantes : région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal, autres RMR du Québec, et reste du Québec. À l'intérieur de chacun des ménages, un seul enfant a été sélectionné de manière aléatoire.

Pondération

La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur, le poids, qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. Ainsi, tous les résultats ont été pondérés afin de permettre l'inférence à la population.

Résultat de la collecte

Au total, 3 148 entrevues ont été effectuées auprès des mères et 953 auprès des pères. Le taux de réponse pondéré s'élève à 57 % chez les mères et à 44 % chez les pères. Bien que ces taux soient plutôt faibles, les résultats sont considérés comme étant représentatifs de la population visée, grâce aux divers ajustements effectués lors de l'étape de la pondération des données.

Instrument et mode de collecte

Les entrevues téléphoniques ont été réalisées en français et en anglais entre février et septembre 2004. L'anonymat le plus strict des mères a été assuré. La plupart des questions relatives aux attitudes sont issues de l'enquête précédente et d'enquêtes populationnelles américaines¹³ alors que d'autres ont été développées pour les besoins de la présente

enquête. Les conduites parentales à caractère violent ont été évaluées par le biais de l'échelle de résolution de conflits parent-enfant¹⁴.

Présentation des résultats

Dans les figures, les différences significatives ($p < 0,05$) entre 1999 et 2004 ou entre les pères et les mères, pour la variable à l'étude, sont indiquées par le signe

**Pour en savoir davantage :**

Ce fascicule est disponible sur le site Internet de l'ISQ à l'adresse :

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/fasc_violence_enfant04.pdf

Il est aussi possible de contacter la responsable du dossier, Jacinthe Aubin au (514) 873-4749 ou au 1 (800) 463-4090 (aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis).

Références

1. CLÉMENT, M.-È., C. BOUCHARD, M. JETTÉ et S. LAFERRIÈRE (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p.
2. Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants – Alliance de recherche sur le développement des enfants dans leur communauté.
3. GERSHOFF, E. T. (2002). « Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review », *Psychological Bulletin*, vol. 128, no 4, p. 530-579.
4. DUBEAU, D., et S. COUTU (2003). « Un père et une mère, des différences qui font la différence pour l'enfant », *PRISME*, no 41, p. 58-75.
5. TOURIGNY, M., M. MAYER, S. HÉLIE, J. WRIGHT et N. TROCMÉ (2001). « Les mauvais traitements envers les enfants tels que rapportés aux Directeurs de la protection de la jeunesse », dans : Institut de la

statistique du Québec, *Portrait social du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 459-473.

6. STRAUS, M. A. (2001). *Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families and its effects on children* (2nd ed.), New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 317 p.

7. PHILLIPS, B., et P. ALDERSON (2003). « Beyond anti-smacking: Challenging parental violence and coercion », *Child Abuse Review*, vol. 12, no 5, p. 282-291.

8. Pensons notamment à l'abolition en 1994 de la disposition du Code civil québécois qui attribuait aux parents le droit de correction modérée envers l'enfant et aux politiques familiales mises de l'avant ces dernières années.

9. LÉGER MARKETING (2001). *La violence faite aux enfants*, Rapport d'enquête, Montréal, Léger Marketing.

10. IPSOS-REID. *Parents on parenting: How are Canada's children being raised?*, Ipsos-Reid/CTV/Globe & Mail, [En ligne] : www.ipsosna.com/news/pressrelease.cfm?id=2098 (page consultée le 26 janvier 2005).

11. LÉGER MARKETING, *op. cit.*

12. LÉGER MARKETING, *op. cit.*

13. DARO, D. (1999). *Public opinion and behaviors regarding child abuse prevention: 1999 survey*, Washington DC, The Center on Child Abuse Prevention Research, 11 p.

14. STRAUS, M. A., S. L. HAMBY, D. FINKELHOR, D. W. MOORE et D. W. RUNYAN (1998). « Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents », *Child Abuse and Neglect*, vol. 22, no 4, p. 249-270.

Parents et entraîneurs, comment éviter les accidents liés aux sports et activités de plein air l'été

L'été, lorsque les adolescents s'amuse, seuls ou avec leurs amis, et qu'ils font du skate, de la bicyclette, de la natation ou tout autre sport, ils ont le goût de s'éclater, de performer, d'être les meilleurs ou de montrer leur savoir faire à leurs copains. Ils n'ont surtout pas envie d'être ficelé comme un poulet BBQ qu'on s'apprête à faire cuire sur la broche.

Ils se sentent en forme, ils savent qu'ils sont habiles. Ils pensent que rien ne va leur arriver! Et pourtant...

Leur vie leur appartient. Ils ont la responsabilité de gérer leur risque, parce qu'il y a toujours un risque quand on fait des activités de plein air ou du sport. Gérer leur risque ne veut pas dire prendre tous les risques. Quand ils font du sport, ils sont souvent seuls en contrôle. Il vous appartient, vous les parents et les adultes qui les encadrez, de les aider à prendre conscience de cette responsabilité. Comme vous le savez, avec les jeunes il faut être vigilant et répéter souvent. Interdire ou défendre est souvent mal reçu par les adolescents. Il faut essayer de les convaincre, de faire appel à leur sens des responsabilités.

Lorsqu'ils participent à des sports d'équipe, il y a en général quelqu'un qui prévoit l'équipement nécessaire pour assurer leur protection; mais c'est lorsqu'ils jouent seuls ou avec des amis, dans la rue, au parc ou ailleurs qu'ils doivent assurer leur protection et leur sécurité.

Ils doivent protéger leur tête, toujours. À bicyclette, en scooter, en VTT, en skate, le port du casque est important. Ils n'ont qu'une tête et s'ils la cassent, ça peut ruiner leur vie.

Les activités aquatiques tuent aussi beaucoup d'adolescents. Il ne faut pas se baigner dans des endroits qu'on ne connaît pas sans d'abord avoir fait une exploration des lieux.

Si l'adolescent a une maladie chronique comme un problème cardiaque, un problème pulmonaire ou musculo-squelettique ou de l'épilepsie, il devrait consulter son médecin pour savoir quel sport il peut pratiquer en toute sécurité. La majorité du temps, il peut pratiquer des sports même avec une maladie chronique, mais son médecin pourra le conseiller pour éviter de petits inconvénients.

Pour se rendre dans les lieux où certains sports sont pratiqués, il faut parfois voyager en auto avec des amis, les frères des amis, un frère ou une sœur. C'est l'auto qui tue le plus d'adolescents et d'adolescentes. Le port de la ceinture est important, il y a cinq fois moins de chance de mourir s'il y a un accident. Ils ne doivent pas monter à bord d'un véhicule si le chauffeur a consommé de l'alcool ou des drogues. Ces chauffeurs-là ont une tendance prononcée à avoir des accidents mortels.

Au Canada, plus de 1,300 enfants et adolescents décèdent de leurs blessures dans des accidents de sports et plus de 45,000 sont hospitalisés chaque année. Les adultes qu'ils soient parents, entraîneurs, voisins ou autres doivent donc aider les jeunes dans le but de leur éviter des incidents fâcheux. Rappelez aux jeunes les consignes de sécurité. Même s'ils ne semblent pas écouter, ce sont des balises importantes. Pratiquez vous-mêmes ces consignes de sécurité, l'exemple est une bonne publicité.

Voici des recommandations spécifiques pour aider les jeunes à bien se protéger en pratiquant des sports ou des activités de plein air.

Recommandations de sécurité : bicyclette

- La bicyclette n'est pas un jouet
- Il faut choisir la bicyclette en tenant compte de la longueur des jambes (3 cm

entre la barre transversale et la fourche des jambes alors que les deux pieds sont à plat sur le sol).

- Veiller à ce que l'entretien de la bicyclette soit fait
- Établir les limites de randonnées en fonction de l'âge et de la maturité de l'adolescent
- Insister sur le Port du casque protecteur
- Décourager l'utilisation du baladeur
- Et rappeler les règles de sécurité :
 - o Circuler sur une piste cyclable ou sur le côté droit de la chaussée dans le sens de la circulation. Signaler ses intentions
 - o Arrêter aux intersections et regarder des deux côtés avant de s'engager dans la rue. Respecter les panneaux et les feux de signalisation
 - o Ne pas circuler dans la pénombre ou au coucher du soleil sans réflecteurs et lumières soit : réflecteur blanc à l'avant, rouge à l'arrière, jaune sur chaque pédale, rouge dans rayons roues arrières, phare blanc à l'avant.

Recommandations de sécurité : rouli-roulant et patins à roues alignées

Leur rappeler de porter

- un casque
- des protecteurs à poignets, à coudes et à genoux
- des gilets à manches longues

De se protéger

- choisir une chaussée en bon état, sans fissure ni trou
- entrer les lacets à l'intérieur de la chaussure
- respecter le code de la route

Et attention

- De ne pas utiliser de baladeurs en patinant
- De ne pas patiner le soir ou lorsqu'il pleut
- De ne pas patiner dans les rues achalandées

Recommandations de sécurité : baignade

Il est important de répéter aux adolescents certains conseils de sécurité à compter du printemps jusqu'à l'automne. Comme les activités aquatiques sont celles qui comportent plus de risques, un petit rappel est de mise.

Natation

- Ne pas nager après avoir ingéré un bon repas, des médicaments ou de l'alcool.
- Ne pas nager durant un orage.
- Ne pas prendre pour acquis que les cours "d'initiation" à la natation préparent aux situations réelles d'urgence.
- Plonger seulement si la profondeur exacte de l'étendue d'eau est connue et sécuritaire pour le plongeur.

Piscine

- Ne pas plonger dans une piscine où la profondeur n'est pas adéquate; même les piscines ayant une profondeur de plus

de 2.6 mètres ne sont pas toujours sécuritaires.

- Disposer près du bord de la piscine d'un matériel de sauvetage et d'une trousse de premiers soins. S'assurer que quelqu'un connaît les bases de la réanimation
- Enlever tous les fils électriques près de la piscine
- Mettre des points de repères sur le bord de la piscine pour en indiquer la profondeur à ces niveaux
- Placer une échelle qui doit avoir une largeur minimale de 76 cm et faite de matière non glissante
- Recouvrir la piscine d'une toile lorsque non utilisée.

Bateau

- Ne pas conduire une embarcation en état d'ébriété
- Exiger la présence d'au moins une personne qui sait nager pour chaque personne ne sachant pas nager
- Ne pas surcharger le bateau
- Avoir à bord de l'embarcation autant de vêtements de flottaison que de passagers
- Avoir à bord selon le type d'embarcation:
 - o des avirons
 - o une écope ou une pompe à main
 - o un extincteur (pour bateau muni d'un moteur intérieur ou d'un appareil à cuisson)
 - o des signaux de détresse

- Connaître et faire appliquer les nouvelles règles pour les embarcations de plaisance qui existent depuis 1999, interdisant entre-autre à toute personne de moins de 16 ans de conduire une motomarine. (voir : http://www.sportfishingcanada.ca/CCG/boatsafetips_f.htm)

Recommandations de sécurité : éviter le feu et les brûlures

- Posséder un extincteur de feu et savoir comment l'utiliser que ce soit à la maison ou en camping
- Établir un plan d'évacuation en cas de feu
- Ne pas fumer au lit
- Tenir les combustibles dans des lieux sécuritaires et hors de la maison ou de la tente en camping
- Jouer de prudence avec des feux d'artifices
- Attention aux orages, la foudre peut mettre le feu et brûler.

Recommandations de sécurité : terrains de jeux

- S'assurer que les appareils de jeu à domicile, au parc et à l'école sont sécuritaires. Les surfaces sous les appareils de jeu doivent être en sable et d'une épaisseur de 30 centimètres (12 pouces) pour les appareils ne dépassant pas 1.8 mètre (6 pieds) de haut et elles doivent couvrir un périmètre de 1.8 mètre (6 pieds) autour de l'appareil. La pelouse, l'asphalte et les surfaces en terre battue ne sont pas des surfaces de protection sécuritaires.
- Choisir un matériel léger pour le siège de la balançoire.
- Fixer solidement au sol les équipements.

- Isoler du terrain de jeu, par des barrières ou des clôtures, les zones de jeux actifs (baseball, soccer, etc.).
- Mettre du matériel non glissant sur les surfaces de grimpage.
- Utiliser une couleur spéciale pour les équipements en fonction du groupe d'âge.
- Mettre des couleurs brillantes sur les pièces faisant protrusion des équipements de jeux.
- Tracer des parcours bien délimités sur le terrain de jeu et encourager les jeunes à circuler sur ces derniers, évitant ainsi les zones de balançoires et d'équipements mobiles.
- Avoir un téléphone disponible et bien visible près du terrain de jeu avec les numéros d'urgence bien en vue.
- Nettoyer régulièrement les terrains de jeux et porter attention aux morceaux de verre brisé ou aux objets de métaux pointus.

- Inspecter régulièrement et entretenir le terrain afin d'assurer une sécurité adéquate des équipements et de l'environnement de jeu.

Recommandations de sécurité : piéton

À compter du printemps, les jeunes sortent et jouent à l'extérieur plus souvent. Il est bon de rappeler quelques règles de sécurité.

- Choisir des endroits sécuritaires de jeux (parc, école, etc.):
- Éviter les entrées de garage (les automobilistes ne voient pas toujours le jeune qui sort de l'entée), éviter les rues passantes
- Marcher sur le trottoir
- Respecter le code de la route
- Porter des vêtements colorés.

La cyberdépendance : Une problématique en croissance chez les adolescents.

Anne Brault-Labbé, interne en psychologie
Sous la supervision de Paul-André Arsenault, Ph.D.
Section de médecine de l'adolescence
CHU Hôpital Ste-Justine

Au cours de la dernière décennie, l'utilisation d'Internet et de tous les services qui sont offerts en ligne s'est répandue à grande vitesse à l'échelle mondiale et fait désormais partie de notre quotidien. Malgré tous les avantages que présente cette nouvelle technologie, il semble qu'elle soit également la source de difficultés majeures chez certaines personnes qui l'utilisent de façon excessive et pour qui la vie gravite essentiellement autour de l'univers virtuel. La population adolescente semble être une cible particulièrement vulnérable à cette problématique que l'on nomme la *cyberdépendance*, et les professionnels de la santé travaillant auprès de cette clientèle sont à risque d'être confrontés de plus en plus fréquemment à ce type de dépendance encore peu connue mais dont la prévalence élevée soulève de nombreuses questions dans les milieux clinique et scientifique.

Un bref historique

Mentionnée pour la première fois dans la littérature scientifique par Griffiths en 1995, la problématique de dépendance à Internet a rapidement attiré l'attention de chercheurs qui ont tenté de la conceptualiser de façon à pouvoir l'étudier empiriquement. La première définition a été proposée par Goldberg (1996), qui a tenté d'appliquer les critères diagnostiques d'abus de substance du DSM-IV à l'utilisation abusive d'Internet. Ainsi, Goldberg a défini la cyberdépendance comme un trouble dans lequel l'individu utilise Internet à l'excès au point que : A) l'utilisation entraîne de la souffrance et une altération significative de l'équilibre émotionnel, et B) l'utilisation a des répercussions négatives dans plusieurs sphères de fonctionnement de l'individu (sphères physique, psychologique, interpersonnelle,

amoureuse, financière et/ou sociale). Goldberg a également créé l'échelle *IAD (Internet Addictive Disorder)*, qui inclut sept critères diagnostiques permettant d'évaluer la présence de cette problématique chez les individus.

Depuis cette première tentative de Goldberg, d'autres chercheurs (Brenner, 1996; Moharan-Martin & Schumacher, 2000; Sherer, 1997; Young, 1998) ont également tenté de conceptualiser la problématique de dépendance à Internet et de l'étudier à partir d'échelles de mesure créées sur la base des critères diagnostiques d'autres dépendances citées dans le DSM-IV (pour un résumé des définitions et des échelles créées, voir Johansson & Götestam, 2004). Bien que ces diverses conceptualisations se recoupent entre elles et présentent de nombreux points communs, il n'y a pas de consensus à l'heure actuelle sur une appellation et une définition précises de ce que l'on nomme communément la cyberdépendance. Cela dit, l'intérêt accordé à cette problématique semble avoir pris une importance telle au cours des dernières années qu'on évoque, dans la littérature, la possibilité qu'une esquisse de certaines formes de *cybertroubles* soit incluse dans une version préliminaire du DSM-V (King, 1996).

La symptomatologie

Bien qu'aucune symptomatologie spécifique et unanimement reconnue ne soit encore élaborée en termes de critères diagnostiques de la cyberdépendance, il s'avère néanmoins possible de dépister les symptômes associés à une utilisation néfaste et excessive d'Internet, soit par l'utilisation des échelles de mesure développées dans le cadre d'études empiriques citées préalablement, soit par

les observations et les connaissances cliniques acquises dans ce domaine au cours des dernières années. À cet égard, Marissa Hecht Orzack, Ph.D., clinicienne spécialisée dans le traitement des conduites dépendantes, fondatrice et coordonnatrice du *Centre de dépendance aux ordinateurs* de l'Hôpital McLean et psychologue affiliée à la faculté de médecine de l'Université Harvard, rapporte une série de symptômes physiques et psychologiques communément observés chez les individus soupçonnés de souffrir de cyberdépendance, incluant les adolescents.

Parmi ces symptômes, on retrouve notamment au niveau physique le syndrome du tunnel carpien, la sécheresse des yeux, des maux de tête migraineux ainsi que des maux de dos, symptômes fréquemment associés à une utilisation excessive d'un ordinateur. On retrouve également des comportements de négligence au niveau de l'hygiène de vie, comportements souvent observés par les parents des adolescents concernés: perturbation du cycle du sommeil ou insomnie, négligence de l'hygiène personnelle et modification des habitudes alimentaires (repas irréguliers ou sautés). Enfin, sur la plan psychologique, certains symptômes typiques d'autres dépendances sont généralement reconnaissables dans les présumés cas de cyberdépendance et témoignent de la gravité de la problématique au niveau du fonctionnement psychosocial. On retrouve notamment chez l'individu:

- un sentiment de vide, une humeur dépressive et/ou de l'irritabilité lorsqu'il est privé de l'accès à Internet;
 - un sentiment de bien-être et/ou d'euphorie durant sa navigation sur Internet;
 - une incapacité de s'arrêter dans l'utilisation qu'il fait d'Internet;
 - un besoin croissant d'augmenter toujours davantage le temps qu'il consacre à Internet (phénomène de tolérance);
- une attitude négligente à l'égard de ses relations interpersonnelles (famille, amis, relations amoureuses), conduisant parfois à des ruptures;
 - des mensonges racontés à la famille et/ou aux amis concernant son emploi du temps;
 - l'apparition de difficultés importantes à l'école ou au travail (ex. : diminution du rendement, absentéisme, manque de ponctualité).

En plus de ces symptômes fréquemment observés, certaines spécificités diagnostiques doivent être considérées dans l'évaluation de la cyberdépendance. D'abord, plusieurs recherches ont démontré que ce n'est pas la *fréquence* d'utilisation d'Internet qui représente en soi un risque significatif de dépendance, mais bien le *type* d'utilisation excessive qui en est faite (Caplan, 2002; Johansson & Götestam, 2000; Moharan-Martin & Schumacher, 2004). Dans cette optique, il est important de distinguer les utilisateurs *passionnés*, chez qui l'utilisation ajoute une valeur positive et stimulante à la vie sans pour autant entraîner de dysfonctionnement majeur, des utilisateurs *compulsifs* chez qui l'utilisation entraîne des conséquences négatives et devient source de dysfonctionnement (King, 1996). De plus, une utilisation fréquente mais *utilitaire* d'Internet – par exemple, une utilisation régulière requise dans des programmes scolaires en informatique – doit être distinguée d'une utilisation *identitaire*, dans laquelle l'individu développe une nouvelle image de lui-même dans une communauté virtuelle, image qui devient souvent plus significative et valable à ses yeux que celle qu'il considère avoir dans la réalité hors-ligne (ce point sera abordé plus en détails dans une section ultérieure du présent article). Enfin, bien qu'à l'heure actuelle aucun critère relatif à la durée des symptômes n'est inclus dans les éléments diagnostiques proposés par les cliniciens et les chercheurs, il demeure important de distinguer un épisode d'usage intense d'Internet dû à la *nouveauté* d'utilisation, d'un usage excessif qui *se maintient* dans le temps au-delà de

l'excitation ou du plaisir de la découverte récente d'Internet par l'individu.

La prévalence dans la population adolescente

Dans la littérature scientifique, de nombreux auteurs et chercheurs ciblent les populations adolescentes et étudiantes comme étant particulièrement vulnérables à la problématique de cyberdépendance, de par leur exposition précoce et fréquente à Internet (Griffiths & Wood, 2000; Johansson & Götestam, 2004; Kandell, 1998; Moharan-Martin & Schumacher, 2000; Sherer, 1997). D'ailleurs, de plus en plus d'institutions d'enseignement mettent sur pied des ressources visant à offrir des services de sensibilisation et de support pour les étudiants dépendants d'Internet, en réponse à une demande croissante à cet égard. Les sites Internet visant à sensibiliser les jeunes de même que leurs parents à cette problématique se multiplient également, et plusieurs chercheurs relèvent dans leurs écrits l'importance de rapidement développer et évaluer des modalités de traitement spécifiquement adaptées aux particularités de cette forme contemporaine de dépendance (Davis, 2001; Kandell, 1998; King, 1996; Johansson & Götestam, 2004; Sherer, 1997).

Les résultats de recherches empiriques convergent systématiquement vers cette idée voulant que la cyberdépendance touche massivement les populations d'adolescents et de jeunes adultes, et

ce dans plusieurs régions du monde et dans plusieurs cultures. Le tableau 1 inclut des résultats d'études dont l'un des objectifs était d'identifier le taux de prévalence de dépendance à Internet chez des populations adolescentes et étudiantes. Bien que ces études ne soient pas comparables entre elles, tant du point de vue méthodologique qu'au niveau des échelles de mesure de cyberdépendance utilisées, les taux de prévalence obtenus (entre 5,9% et 13,0%) témoignent néanmoins de l'étendue de la problématique chez les jeunes.

Il est important de noter que les études qui se sont intéressées à évaluer la prévalence de la cyberdépendance en fonction du sexe des individus ont mis en relief une prédominance significative de la problématique chez les étudiants de sexe masculin, certains ratios allant jusqu'à quatre garçons touchés par la cyberdépendance pour une fille (Johansson & Götestam, 2004; Moharan-Martin & Schumacher, 2000; Sherer, 1997).

Profils d'utilisation des jeunes cyberdépendants

En plus de s'intéresser à la conceptualisation de la cyberdépendance et à l'évaluation de la prévalence de cette problématique, certains auteurs se sont penchés sur les profils d'utilisation d'Internet qui caractérisent les présumés cyberdépendants. Sherer (1997) a notamment tenté de distinguer les étudiants dépendants d'Internet des étudiants non-dépendants quant au type d'activités ou de services auxquels ils ont respectivement recours sur Internet. Les six catégories d'activités virtuelles investiguées par l'auteur se retrouvent au tableau 2. Dans cette étude, on constate que le nombre d'étudiants non-dépendants ayant rapporté utiliser Internet à des fins académiques ou pour le maintien de relations interpersonnelles déjà existantes était équivalent au nombre d'étudiants dépendants ayant recours à Internet pour les mêmes raisons. Cependant, un pourcentage significativement plus élevé d'étudiants dépendants rapportait utiliser Internet à des fins de socialisation (nouvelles rencontres et expérimentation sociale), ainsi que pour avoir accès à du matériel sexuel ou encore

Tableau 1 - Prévalence de la cyberdépendance chez des populations étudiantes et adolescentes

Auteurs	Pays	Prévalence
Johansson & Götestam (2004)	Norvège	10.66%
Chou & Hsiao (2000)	Taiwan	5.9%
Xuanhui & Conggu (2001)	Chine	9.6%
Wang (2001)	Australie	9.6%
Moharan-Martin & Schumacher (2000)	États-Unis	8.1%
Sherer (1997)	États-Unis	13.0%

du matériel illégal ou jugé immoral par une majorité d'individus.

Dans une optique semblable mais en se basant cette fois sur 19 types d'activités offertes sur Internet, Moharan-Martin & Schumacher (2000) ont comparé les habitudes virtuelles de trois groupes d'étudiants : un groupe de cyberdépendants, un groupe présentant des symptômes limités de cyberdépendance, et un troisième groupe ne présentant aucun symptôme de cyberdépendance. Conformément aux résultats préalablement obtenus par d'autres chercheurs,

les trois groupes ne présentaient pas de différence significative quant à la fréquence globale d'utilisation d'Internet qu'ils rapportaient respectivement. De plus, il n'y avait aucune différence significative quant à leur fréquence d'utilisation d'Internet pour des activités à visée académique, pour leurs communications avec des membres de la famille ou des amis, ainsi que pour des activités reliées à l'emploi ou à la recherche d'emploi. Cependant, les utilisateurs cyberdépendants rapportaient une fréquence d'utilisation d'Internet plus élevée que les deux autres groupes ($p < .01$) à des fins de détente ou de loisirs ainsi que pour faire de nouvelles rencontres, pour discuter d'intérêts communs avec autrui, pour rechercher du support émotionnel, pour simplement « passer le temps » ou pour avoir accès à du matériel relié au *gambling*, au *cybersexe* et à des jeux variés.

À la lumière des résultats obtenus dans le cadre des recherches tout juste mentionnées ainsi que sur la base de l'accumulation d'observations cliniques, deux types d'utilisation pathologique d'Internet se distinguent actuellement en psychologie (Davis, 2001). Le premier type, que l'on considère *spécifique*, n'est pas considéré comme de la cyberdépendance en tant que telle, mais est plutôt décrit comme une dépendance à une activité précise offerte sur Internet (par exemple, le *gambling* ou le *cybersexe*), dépendance qui existerait sans doute même en l'absence d'un accès possible à Internet. Dans ce cas, le *WEB* ne devient qu'un facilitateur pour

Tableau 2 - Comparaison des dépendants et des non-dépendants quant à leur profil d'utilisation d'Internet (Sherer, 1997)

Catégories d'utilisation	Dépendants (N = 49)	Non-dépendants (N = 336)
Utilisation académique	87.5%	91.7%
Maintien de relation existante	100%	97.6%
** Rencontre de nouvelles personnes	58.3%	32.1%
** Expérimentation sociale	45.8%	17.0%
** Recherche de matériel sexuel	41.7%	11.6%
** Recherche de matériel illégal ou immoral	37.5%	9.2%

** Différence significative $< .01$

l'individu qui s'adonne à l'activité en question, de par la quantité et la variété de matériel auquel il donne accès en tout temps. Pour les adolescents, Internet constitue un facilitateur d'autant plus alléchant que leur âge et leur identité peuvent aisément être faussés lorsqu'ils souhaitent avoir accès à du matériel que la loi interdit aux mineurs (Griffiths & Wood, 2000).

Le second type d'utilisation pathologique d'Internet réfère à l'usage *multidimensionnel* et *généralisé* qui en est fait, caractérisé par une navigation sur le *WEB* qui se fait fréquemment sans objectif précis, simplement pour passer le temps ou encore pour s'adonner à des activités de socialisation dans une communauté virtuelle que l'individu juge plus invitante ou agréable que son réseau social réel. Dans ce type de dépendance, l'individu en vient souvent à préférer la vie « en ligne » au point d'adopter un mode de fonctionnement presque entièrement centré sur Internet, durant des périodes pouvant aller jusqu'à 18 heures consécutives d'utilisation par jour dans les cas les plus extrêmes (King, 1996).

De nombreuses études tendent à démontrer de plus en plus clairement que ce second type de dépendance est fortement relié, chez les populations étudiantes et adolescentes, à l'anxiété sociale et à la symptomatologie dépressive, incluant plus spécifiquement une faible estime de soi ainsi qu'un sentiment de solitude important (Amachai-Hamburger & Ben-Artzi, 2003; Caplan, 2002; Davis, 2001; Kraut

& al., 1998; Moharan-Martin & Schumacher, 2000; Sherer, 1997; Ybarra, Alexander, & Mitchell, 2005). Les auteurs expliquent notamment ce lien par le fait que les adolescents pour qui les interactions sociales sont source d'une grande anxiété trouveraient un certain soulagement et une certaine aisance à interagir sur Internet, étant donné la nature moins anxiogène de la communication virtuelle. Cette dernière permet en effet notamment d'interagir de façon anonyme ou sous le couvert d'une fausse identité; elle permet également de se retirer en tout temps des interactions difficiles et de contrôler le degré d'intimité qui caractérise les échanges; elle permet de s'exprimer sans restriction et sans craindre que l'interaction ait des répercussions directes dans la réalité; elle permet de masquer les réactions spontanées et empêche que soient visibles des indices non-verbaux de malaise ou de gêne aux yeux de l'interlocuteur; enfin, le délai de communication permet de composer ses pensées avant de les transmettre, et ainsi de projeter une meilleure image de soi. De plus, les contacts avec les étrangers tendent à être normalisés et valorisés dans les communautés virtuelles, ce qui facilite les comportements d'approche. L'adolescent souffrant d'anxiété sociale parvient donc non seulement à éviter les aspects les plus anxiogènes des contacts sociaux dans ses interactions virtuelles, mais il peut également accéder à des renforcements et à un statut social qui lui paraissent inaccessibles dans la réalité concrète. Il a ainsi tendance à se replier sur lui-même et sur sa vie virtuelle, d'où l'apparition d'un dysfonctionnement majeur dans plusieurs sphères de sa vie réelle. Son discours pourra alors être caractérisé par des verbalisations telles que : « *Je me sens vraiment quelqu'un quand je suis en ligne, alors que je suis nul quand je suis hors-ligne* » ou « *Internet est la seule place où je suis respecté et aimé* ».

Conclusion

L'une des principales difficultés diagnostiques de la cyberdépendance chez les adolescents relève du fait qu'il est extrêmement rare que ceux-ci présentent leur dépendance à Internet comme motif de consultation aux professionnels de la santé. En général, d'autres symptômes font écran à l'utilisation pathologique d'Internet, qui est découverte parfois tardivement comme condition comorbide à un diagnostic déjà

établi (King, 1996). Le dépistage de la problématique chez les adolescents et adolescentes concernés est d'autant plus difficile que ceux-ci nient fréquemment leur difficulté ou, s'ils la reconnaissent, tendent souvent à rechercher du soutien directement sur Internet, ce qui risque très souvent d'accroître le problème. La vigilance des professionnels et leur connaissance de la cyberdépendance peuvent contribuer à briser cet isolement et cette tendance à se replier dans la communauté virtuelle, d'où l'importance d'être sensibilisés à la problématique et aux manifestations qui peuvent l'accompagner.

Références

- Amachai-Hamburger, Y. & Ben-Artzi, E. (2003). Loneliness and Internet Use. *Computers in Human Behavior, 19*, 71-80.
- Brenner, V. (1996). An Initial Report on the Online Assessment of Internet Addiction: The First 30 Days of the Internet Usage Survey. (Disponible en ligne à <http://www.ccsnet.com/prep/pap/pap8b/638b/012p.txt>)
- Caplan, S.E. (2002). Problematic Internet Use and Psychosocial Well-Being: Development of a Theory-Based Cognitive-Behavioral Measurement Instrument. *Computers in Human Behavior, 18*, 553-575.
- Chou, C. & Hsiao, M.C. (2000). Internet Addiction, Usage, Gratification, and Pleasure Experience: The Taiwan College Students' Case. *Computers and Education, 35*, 65-80.
- Davis, R.A. (2001). A Cognitive-Behavioral Model of Pathological Internet Use. *Computers in Human Behavior, 17*, 187-195.
- Goldberg, I. (1996). *Internet Addiction*. Electronic message posted to Research Discussion List. Disponible à <http://www.rider.edu/~suler/psycyber/supportgp.html>
- Griffiths, M. (1995). Technological Addictions. *Clinical Psychology Forum, 76*, 14-19.

- Griffiths, M. & Wood, R.T. (2000). Risk Factors in Adolescence: the Case of Gambling, Videogame Playing, and the Internet. *Journal of Gambling Studies*, 16 (2-3), 199-225.
- Johansson A., & Götestam K.G. (2004). Internet Addiction : Characteristics of a Questionnaire and Prevalence in Norwegian Youth (12-18 Years). *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 223-229.
- Kandell, J.J. (1998). Internet Addiction on Campus: The Vulnerability of College Students. *Cyberpsychology and Behavior*, 1 (1), 11-17.
- King, S.A. (1996). Is the Internet Addictive, or Are Addicts Using the Internet? Retrieved from the World Wide Web: <http://www.concentric.net/~Astorm/iad.html>.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V. Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet Paradox: A Social Technology That Reduces Social Involvement and Psychological Well-Being? *American Psychologist*, 53 (9), 1017-1031.
- Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2000). Incidence and Correlates of Pathological Internet Use among College Students. *Computers in Human Behavior*, 16, 13-29.
- Orzack, M.H.. Computer Addiction Services. McLean Hospital, MA, USA. <http://www.computeraddiction.com/>
- Scherer, K. (1997). College Life On-Line: Healthy and Unhealthy Internet Use. *Journal of College Student Development*, 38 (6), 655-665.
- Wang, W. (2001). Internet Dependency and Psychosocial Maturity Among College Students. *International Journal of Human Computer Studies*, 55, 919-938.
- Xuanhui, L. & Gonggu, Y. (2001). Internet Addiction Disorder, Online Behavior and Personality. *Chinese Mental Health Journal*, 15, 281-283.
- Ybarra, M.L., Alexander, C., & Mitchell, K.J. (2005). Depressive Symptomatology, Youth Internet Use, and Online Interactions: A National Survey. *Journal of Adolescent Health*, 36, 9-18.
- Young, K.S. (1998). Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 237-244.

Publications

«Qu’attend-on des jeunes d’aujourd’hui? Les jeunes et leurs valeurs»

Ce numéro spécial de *Recherches sur la famille* est consacré au compte rendu de notre colloque du 5 novembre 2004, qui avait pour thème : «Qu’attend-on des jeunes d’aujourd’hui? Les jeunes et leurs valeurs».

L’événement, organisé en collaboration avec l’Observatoire Jeunes et Société (dont nous reparlerons un peu plus loin dans le document), a attiré 250 personnes d’un peu partout au Québec, oeuvrant principalement dans le milieu communautaire, dans les secteurs de l’employabilité et de l’implication sociale des jeunes, dans le secteur de l’éducation, au sein du monde municipal, des secteurs de la Santé et des services sociaux, des Centres jeunesse, du milieu de la recherche ainsi que de divers ministères et instances parapubliques. De nombreux étudiants ont également saisi cette occasion pour agrandir leur réseau de contacts. Ce

colloque avait comme objectifs, outre de fournir aux participants l’occasion d’échanger avec des chercheurs et des intervenants préoccupés par la thématique jeunesse, de dresser un bilan des connaissances sur les valeurs des jeunes et de favoriser la diffusion de ces connaissances.

Des synthèses de la conférence d’ouverture, des deux tables rondes et de chacun des ateliers de la journée sont présentées ici. Des recensions d’ouvrages récents portant sur les jeunes, ainsi que la présentation de deux sites Web dédiés à la jeunesse viennent compléter le bulletin.

À noter que la version électronique de ce document est disponible sur le site Web du CDRFQ, à l’adresse suivante : www.uqtr.ca/cdrfq.

Un dossier sur la pornographie dans « le Devoir »

Le Devoir offre un dossier sur la pornographie et les jeunes. Ce dossier de plusieurs articles explore en profondeur la présence et l’influence de la pornographie dans la sexualité et dans l’éducation sexuelle des adolescents. Il met aussi l’accent sur la

facilité d’accès au matériel pornographique sur l’Internet tout en posant les questions pertinentes sur le rôle des parents et des intervenants.

Visitez www.ledevoir.com/dossiers/357/