



Les services des CLSC de la région de Québec pour les jeunes de 12 à 17 ans

MISE À JOUR DES CONNAISSANCES
SUR LES PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES
TOUCHANT LES JEUNES DE 12 À 17 ANS ET
SUR LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS

Monique Comeau
Nicole April

En collaboration avec

Lise Cardinal, Pascale Chaumette, Johanne Harvey,
Francine Michaud et Dominique Roberge

Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Décembre 2001

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport

Sylvie Bélanger
Direction de santé publique de Québec
Centre de documentation
2 400, d'Estimauville
Beauport, Québec
G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

**Coût du rapport : 15,00 \$
plus TPS (total 16,05 \$)
payable à l'avance par chèque à l'ordre du CHUQ CHUL**

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2002
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2002

ISBN pour l'ensemble des 3 documents : 2-89499-202-9
ISBN pour ce document : 2-89496-204-5

Citation suggérée :

COMEAU, Monique, APRIL, Nicole et collaboratrices. *Les services des CLSC de la région de Québec pour les jeunes de 12 à 17 ans. Mise à jour des connaissances sur les principales problématiques touchant les jeunes de 12 à 17 ans et sur les conditions de succès des interventions*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 2001, 86 p.



COMITÉ DU PANIER DE SERVICES DES CLSC POUR LES JEUNES DE 12 À 17 ANS

Le Comité du panier de services pour les jeunes de 12 à 17 ans a été désigné par la Table des gestionnaires Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de la région de Québec. Il a commencé son travail en janvier 1999 pour le terminer au cours de

l'automne 2001. Cette « œuvre collective » a bénéficié de la réflexion critique de différentes personnes. Certaines ont quitté ou ont joint le comité en cours de route; d'autres ont été de fidèles associées et associés de ce long processus.

Nicole April, Direction de santé publique, RRSSS de Québec

Raymond Béland, Centre de santé de Portneuf (jusqu'en septembre 2000)

Colette Belzile, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières (jusqu'en juillet 1999)

Monique Comeau, Direction de santé publique, RRSSS de Québec

Louise Duval, CLSC-CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (octobre 1999 à février 2000)

Michel Fillion, CSLC Charlevoix (jusqu'en juillet 1999)

Christiane Goyette, Direction de l'organisation des services, RRSSS de Québec

Hugues Matte, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières (à partir de mars 2000)

Céline Morand, Centre de santé de Portneuf (à partir d'octobre 2000)

Pierre Racette, Centre jeunesse de Québec

Hélène Verville, Commission scolaire des Premières Seigneuries, représentante de la Table des coordonnateurs en Adaptation scolaire et services complémentaires de la région 03-12



REMERCIEMENTS

Le présent document s'inscrit dans le cadre des travaux entrepris par la Table des gestionnaires Famille-Enfance-Jeunesse pour mettre à jour le panier de services des CLSC de la région de Québec à l'intention des jeunes de 12 à 17 ans.

Je désire souligner le soutien de l'ensemble de ces gestionnaires. Ils ont dû notamment s'astreindre à répondre à un volumineux questionnaire et ont révisé avec nous les deux versions du rapport sur l'état des ressources et des services. Plusieurs d'entre eux ont également participé, à un moment ou un à un autre, aux travaux de notre comité.

La production de ce travail a été rendue possible aussi par la collaboration de professionnelles de la Direction de santé publique qui ont accepté de préparer des avis sur diverses problématiques et sur les

interventions les plus efficaces pour les prévenir. J'adresse donc les remerciements du comité à **Lise Cardinal, Pascale Chaumette, Johanne Harvey, Francine Michaud** et **Dominique Roberge**. Je voudrais de plus souligner l'excellent travail de **Lidy van de Vliet** et de **Danielle Dupont**, respectivement au secrétariat et à l'infographie.

Enfin, je remercie nos partenaires de la Régie régionale, du Centre jeunesse de Québec et de la Table des coordonnateurs en Adaptation scolaire et services complémentaires de la région 03-12 qui ont siégé au Comité de travail, et plus particulièrement **Monique Comeau** et **Nicole April** pour leur exceptionnelle contribution à la réflexion, à la recherche, à l'écriture et à la réécriture. Sans leur soutien, leur patience et leur ténacité, nous n'en serions sûrement pas venus à bout.

Hugues Matte

Responsable du Comité de travail



TABLE DES MATIÈRES

COMITÉ DU PANIER DE SERVICES.....	3
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIÈRES	7
INTRODUCTION.....	11
BIBLIOGRAPHIE.....	12
CADRE CONCEPTUEL.....	13
LE MODÈLE ÉCOLOGIQUE	13
LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	14
LES ÉTAPES ET LES CARACTÉRISTIQUES DU DÉVELOPPEMENT DE L' ADOLESCENT ET DE L' ADOLESCENTE.....	15
BIBLIOGRAPHIE.....	15
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES, DES BLESSURES ET AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE.....	19
LA FICHE DE SANTÉ.....	19
LES PREMIERS SOINS	19
LES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES.....	19
BIBLIOGRAPHIE	20
ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE	21
ÉTAT DE LA SITUATION.....	21
LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS.....	23
1. Alimentation.....	23
2. Activité physique.....	25
BIBLIOGRAPHIE.....	25
TABAC, ALCOOL ET DROGUES	27
ÉTAT DE LA SITUATION.....	27
LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS.....	28
1. En promotion de la santé et en prévention du tabagisme et de la consommation abusive d'alcool et de drogues	28

1.1 Les programmes scolaires	28
1.2 La prise en main par les jeunes de leur santé.....	29
1.3 La participation des parents	29
1.4 Les environnements favorables	30
1.5 L'action communautaire	30
2. En traitement du tabagisme chez les jeunes.....	31
3. En traitement et réadaptation des jeunes aux prises avec une consommation abusive d'alcool ou de drogues.....	31
BIBLIOGRAPHIE.....	32
SEXUALITÉ, GROSSESSES ET MTS/SIDA	35
ÉTAT DE LA SITUATION.....	35
LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS.....	37
1. En prévention de la violence dans les relations amoureuses	37
2. En prévention de la grossesse, des MTS et du VIH.....	38
2.1 Les programmes scolaires	38
2.2 La prévention auprès de groupes particuliers.....	39
2.3 Les cliniques de planification des naissances et de prévention des MTS	42
2.4 La prévention du sida auprès des toxicomanes	42
3. En soins et services	43
3.1 Le soutien-conseil et le dépistage des MTS et du VIH	43
3.2 Le suivi des adolescentes enceintes.....	43
3.3 L'intégration des services en matière de MTS et de planification des naissances.....	44
3.4 L'adaptation des services à la population ciblée.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	44
SANTÉ MENTALE.....	47
QUELQUES PRÉCISIONS TERMINOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES	47
ÉTAT DE LA SITUATION.....	47
1. Les transitions, les états et les événements difficiles de la vie.....	47
2. Les problèmes de santé mentale les plus fréquents à l'adolescence.....	50
3. Les liens entre maladie mentale et suicide	53
4. Le recours aux services de santé et aux services sociaux.....	54
LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS.....	54
1. En promotion de la santé mentale et en prévention des problèmes de santé mentale.....	55
1.1 Survol des interventions en promotion de la santé mentale et en prévention des problèmes de santé mentale auprès des jeunes de 12 à 17 ans.....	55
1.2 L'intervention préventive auprès des parents d'adolescents et d'adolescentes	62
1.3 Certains éléments garants de succès en promotion de la santé mentale et en prévention des problèmes de santé mentale à l'adolescence	63
2. En traitement des problèmes de santé mentale	64
3. En réadaptation des problèmes de santé mentale	65

BIBLIOGRAPHIE.....	66
SUICIDE.....	71
ÉTAT DE LA SITUATION.....	71
LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS.....	72
BIBLIOGRAPHIE.....	75
JEUNES DE LA RUE.....	77
ÉTAT DE LA SITUATION.....	77
LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS.....	80
1. En promotion de la santé et prévention de l'émergence de nouveau jeunes en difficulté qui aboutissent dans la rue	80
2. En intervention sur le milieu afin de réduire les conséquences de la vie de rue sur la santé et d'assurer la sécurité des jeunes de la rue.....	80
2.1 Offrir des services adaptés à cette clientèle marginale.....	80
2.2 Former des équipes multidisciplinaires d'intervention dédiées aux jeunes de la rue dans les secteurs à risque.....	81
2.3 Reconnaître l'importance du travail d'accompagnement de type « out-reach ».....	81
2.4 Harmoniser les approches d'intervention.....	82
2.5 Former les intervenants et les intervenantes en prévention du suicide et en toxicomanie	82
3. En réadaptation et réinsertion sociale	82
3.1 Accroître l'accès pour les jeunes de la rue à des possibilités réelles de sortir de la marginalité et de prendre part activement à la vie sociale et économique de la collectivité.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....	83
CONCLUSION	85



INTRODUCTION

Ce document a été conçu pour permettre la mise à jour des connaissances sur diverses problématiques touchant les jeunes de 12 à 17 ans. Il a été réalisé dans le cadre de la réflexion sur les services à mettre en place par les CLSC de la région de Québec à l'intention de cette clientèle. Deux autres documents sont issus de cette réflexion¹.

Plusieurs livres et articles scientifiques sont publiés chaque année sur la santé et le bien-être des adolescentes et des adolescents. Quelques enquêtes québécoises, canadiennes et américaines effectuées dans la dernière décennie apportent un éclairage sur de multiples attitudes et comportements des jeunes. C'est donc un exercice bien réducteur qui est livré ici! Il a cependant le mérite d'offrir une synthèse de l'information aux lecteurs et aux lectrices dont le temps est compté. Plusieurs programmes évalués sont également recensés afin de diriger les gestionnaires et le personnel d'intervention vers les meilleures pratiques préventives.

D'après les diverses enquêtes consultées, la majorité des jeunes se portent bien. Ce portrait, globalement optimiste, ne saurait

cependant faire oublier que, pour une minorité de jeunes, la vie est beaucoup plus difficile. Des problèmes importants mettent en péril le développement de 10 à 15 % des jeunes qui sont à risque de marginalisation, à un âge de plus en plus précoce (Cloutier et autres, 1994; Cloutier, 1998).

L'étude *Ados, familles et milieux de vie* a questionné les jeunes sur des « incidents de parcours » définis ainsi : problème avec la police, problème d'alcool, de drogue, MTS, problème sérieux à l'école, grossesse, rejet par les amis, expérience homosexuelle, fugue, tentative de suicide, avortement et expérience de prostitution. Le nombre d'incidents de parcours est un indicateur de la gravité des problèmes. Une proportion de 11 % des jeunes disent avoir vécu trois incidents de parcours ou plus et 13 % en ont vécu deux. C'est donc le quart des jeunes des écoles secondaires qui ont éprouvé des difficultés à un moment ou à un autre de leur adolescence (Cloutier et autres, 1994).

Le cœur du présent document est constitué de sept états de la situation sur autant de problématiques qui touchent les jeunes de 12 à 17 ans, suivis des conditions de succès des interventions à mettre en place. Les problématiques abordées concernent l'alimentation et l'activité physique, l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues, la sexualité, la santé mentale, le suicide et les jeunes de la rue. Il est précédé d'une section sur les activités de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, des blessures et autres problèmes de santé offertes par les CLSC en milieu scolaire.

¹ M. Comeau et N. April (2001), *Identification des ressources et services offerts en 1998-1999 par les CLSC de la région de Québec pour les jeunes de 12 à 17 ans*, Beauport, Direction de santé publique de la RRSSS de Québec, 46 p. et annexe.

Table des gestionnaires Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de la région de Québec et Direction de santé publique de la RRSSS de Québec (2001), *Les services des CLSC de la région de Québec pour les jeunes de 12 à 17 ans : panier de services*, Beauport, 39 p.

BIBLIOGRAPHIE

Cloutier, R (1998), « Les adolescents de l'an 2000 », *Le médecin du Québec*, 33 : 31-36.

Cloutier, R; Champoux, L; Jacques, C; Chamberland, S (1994), *Ados, famille et milieu de vie*, Rapport de recherche de l'ACJQ et du CRSC de l'Université Laval, 124 p. et annexe.



CADRE CONCEPTUEL

Un cadre conceptuel a été élaboré par un groupe de travail du Comité de concertation en promotion de la santé et prévention du Conseil des directeurs de la santé publique (Conférence des RRSSS du Québec, 1999) pour poser les fondements théoriques des interventions offertes aux enfants et aux jeunes. Dans le présent travail, il a été adapté pour tenir compte du contexte territorial où interviennent les CLSC et pour considérer les problématiques spécifiques de l'adolescence.

Les éléments du cadre conceptuel retenus sont les suivants :

- ♦ Le modèle écologique;
- ♦ Les facteurs et les déterminants de la santé et du bien-être des adolescents et des adolescentes;
- ♦ Les étapes et les caractéristiques du développement des adolescents et des adolescentes.

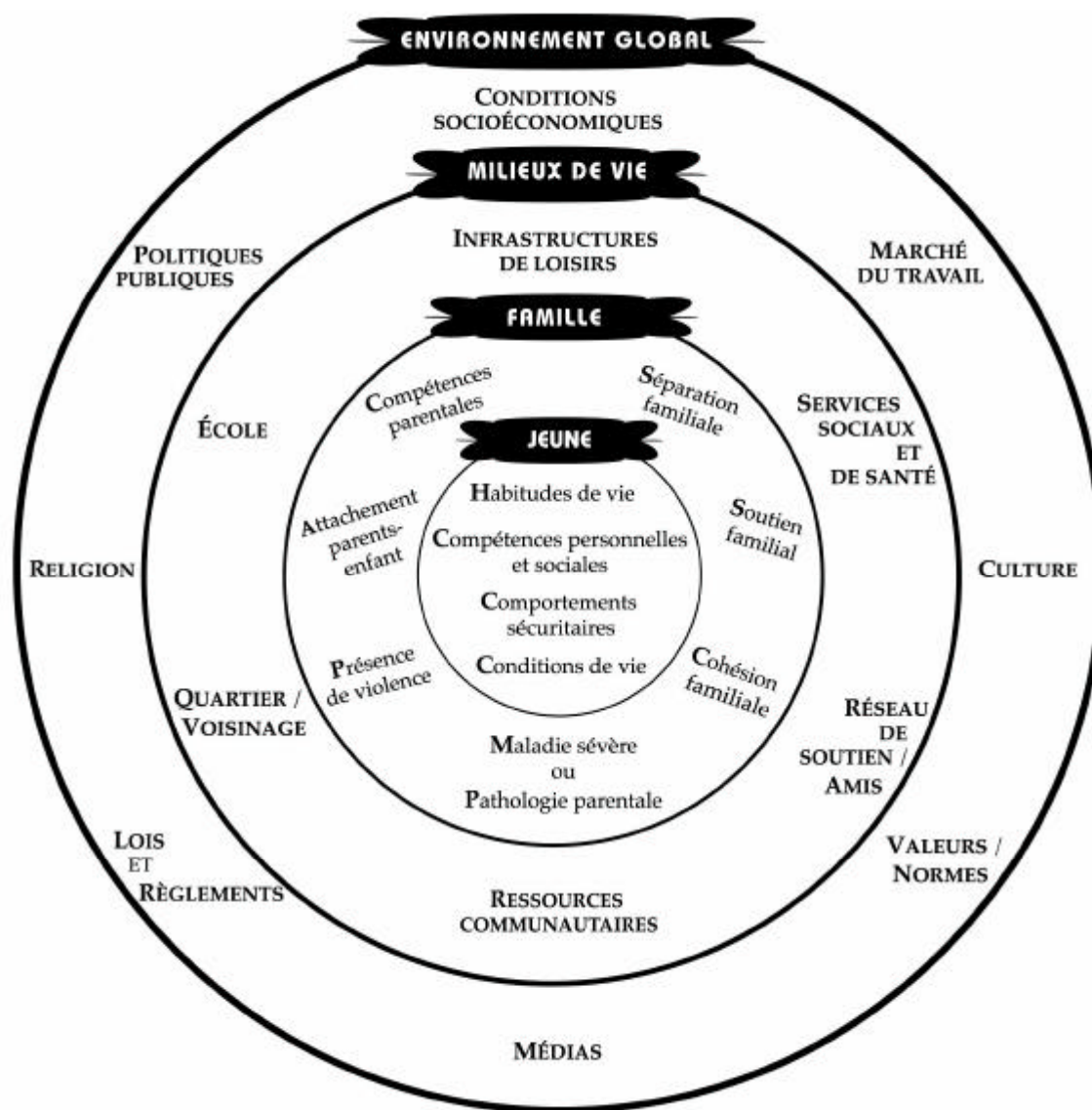
LE MODÈLE ÉCOLOGIQUE

« Le modèle écologique développé et appliqué par Bronfenbrenner à la psychologie du développement situe le développement humain dans un contexte global d'adaptation mutuelle et progressive entre une personne et les propriétés changeantes de l'environnement physique et social à l'intérieur duquel elle évolue » (Conférence des RRSSS du Québec, 1999, p. 6). Le schéma présenté à la page suivante s'inspire de deux adaptations du modèle de

Bronfenbrenner, l'une proposée par le groupe de travail du Conseil des directeurs de la santé publique, l'autre présentée par Martinet, Terrisse et Lefebvre (1997). Ce modèle permet de dégager quatre niveaux d'influence qui interagissent pour favoriser la santé et le bien-être des adolescents et des adolescentes : le jeune (l'individu), la famille, les milieux de vie et l'environnement global.

Ces niveaux d'influence sont autant de niveaux d'intervention. Les stratégies de promotion de la santé et de prévention sont donc multiples et vont du développement d'habiletés individuelles à l'élaboration de politiques publiques.

Les CLSC sont rarement impliqués dans les stratégies aux niveaux social et politique. Le plus souvent, ils offrent des services au jeune et à sa famille et interviennent dans ses milieux de vie, notamment l'école et la communauté.



LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

Les notions de facteurs de risque et de protection sont issues de l'épidémiologie. Les facteurs de risque augmentent la probabilité qu'un problème surgisse. Il semble que, en ce qui concerne les problèmes d'adaptation sociale, le nombre de facteurs de risque soit l'élément le plus important et que la présence de facteurs de protection ait un effet pondérateur sur ces

facteurs de risque (Newcomb, Maddahian et Bentler, 1986).

Il n'est pas possible d'analyser ici l'ensemble des facteurs de risque et de protection des problèmes rencontrés à l'adolescence. Toutefois, le groupe de travail du Conseil des directeurs de la santé publique a regroupé en sept principales catégories les facteurs retenus pour proposer des interventions. Ces catégories de facteurs sont les suivantes :

- Les habitudes de vie et les comportements sécuritaires des jeunes;
- Les compétences personnelles et sociales des jeunes;
- Les conditions de vie des jeunes et de leur famille;
- Les compétences parentales et la qualité du soutien parental;
- La qualité de l'environnement scolaire et la présence de services intégrés;
- La qualité de l'environnement communautaire et la présence de ressources et d'activités;
- La qualité de l'environnement social et la présence de politiques publiques saines et harmonisées ainsi que de valeurs significatives.

Le schéma ci-dessus présente les principaux facteurs de risque et de protection associés à la santé et au bien-être des adolescents et des adolescentes, disposés dans chacun des niveaux d'influence du modèle écologique.

LES ÉTAPES ET LES CARACTÉRISTIQUES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADOLESCENTE

L'adolescent ou l'adolescente présente des caractéristiques et des besoins particuliers qui changent au cours de son développement et qui doivent être pris en considération dans l'intervention. Il est donc pertinent de comprendre le processus de développement de l'adolescent ou de l'adolescente dans ses dimensions affective, cognitive, morale, physique, sexuelle et sociale.

Le tableau présenté dans les pages suivantes schématise ce développement. Fruit de la démarche déjà mentionnée du groupe de

travail du Conseil des directeurs de la santé publique (Conférence des RRSSS du Québec, 1999), il est tiré d'une revue de la littérature réalisée par le Groupe interministériel sur les curriculums - Volet santé et bien-être (MSSS-MEQ, 1998).

BIBLIOGRAPHIE

Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1999), *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, proposition du Comité de concertation en promotion et en prévention adoptée par le Conseil des directeurs de la santé publique, Québec, 65 p.

Martinet, N; Terrisse, B; Lefebvre, M-L (1997), *Interventions éducatives précoces offertes aux familles des milieux défavorisés*, Prisme, 7 : 3-4.

Newcomb, MD; Maddahian, E; Bentler, PM (1986), Risk Factor for Drug Use among Adolescents : Concurrent and Longitudinal Analysis, *American Journal of Public Health*, 76 : 525-531.

MSSS-MEQ (1998), *Les compétences essentielles liées à la santé et au bien-être*, 75 p.

ÉTAPES ET CARACTÉRISTIQUES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADOLESCENTE DE 10 À 17 ANS²
Période 10 à 13 ans

AFFECTIF	COGNITIF	MORAL	PHYSIQUE	SEXUEL	SOCIAL
• Plus grande stabilité sur le plan affectif, plus grande confiance en soi, meilleure acceptation des différences de l'autre; • Vulnérabilité à l'anxiété liée à la performance, à la compétition exagérée, au développement d'un sentiment d'infériorité; • Amorce d'un besoin important de distanciation d'avec les parents.	• Poursuite de l'importante phase de développement de l'apprentissage; • Stade de la pensée formelle.	• Développement de la pensée opératoire réversible permettant de considérer plus d'un point de vue.	• Poursuite et consolidation du développement psychomoteur, de la découverte et de l'utilisation de son corps et de ses habiletés; • Baisse du niveau global de l'activité physique surtout chez les garçons de 10 à 14 ans et niveau d'activité physique faible chez les fille âgées de 10 à 14 ans; • Phase où la famille et les pairs jouent un rôle important dans le comportement alimentaire; • Vulnérabilité aux accidents et aux blessures; • Sollicitation de l'entourage pouvant influencer les habitudes de vie : alimentation, activités physiques, tabac, drogues et alcool.	• Apparition des différences physiques associées aux sexes féminin et masculin; • Vulnérabilité à l'exploitation sexuelle; • Vulnérabilité au développement des stéréotypes sexuels.	• Importance grandissante du groupe de pairs et de son potentiel d'influence; • Propension aux conduites à risque.

² Source : Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1999), *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, proposition du Comité de concertation en promotion et en prévention adoptée par le Conseil des directeurs de la santé publique, Québec : pages 15 et 17.

ÉTAPES ET CARACTÉRISTIQUES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADOLESCENTE DE 10 À 17 ANS³
Période 13 à 17 ans

AFFECTIF	COGNITIF	MORAL	PHYSIQUE	SEXUEL	SOCIAL
• Acquisition progressive de son identité personnelle et sexuelle; • Période de remise en question des normes et des valeurs reçues; • Émotions labiles; • Vulnérabilité aux détresses psychologiques, aux peines d'amour, aux idées suicidaires et au suicide; • Début de l'expérience de l'intimité avec une autre personne.	• Développement et consolidation de la capacité de raisonner et d'analyser (formuler des hypothèses, planifier des activités, établir des stratégies, tirer des conclusions, estimer les chances de succès ou d'échec); • Développement et consolidation de la capacité d'abstraction, élaboration de la pensée abstraite.	• Éloignement par rapport au conformisme social; • Exercice d'une autonomie plus complète.	• Pousée de croissance importante chez les filles (12 ans) et les garçons (13 ans); • Baisse du niveau global de l'activité physique chez les adolescents de 15 à 19 ans et niveau d'activité physique plus faible chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans; • Préoccupation importante de l'image corporelle; • Apparition de la vulnérabilité liée aux modèles stéréotypés et aux images corporelles véhiculés par la société; • Vulnérabilité aux désordres alimentaires, particulièrement chez les adolescentes; • Vulnérabilité aux accidents et aux blessures.	• Maturation des fonctions de reproduction et des caractères sexuels primaires et secondaires; • Engagement possible dans les premières relations sexuelles; • Vulnérabilité aux grossesses précoces; • Exposition aux maladies transmises sexuellement; • Vulnérabilité à la violence dans les relations amoureuses.	• Acceptation par les pairs et loyauté envers eux; • Responsabilisation face aux rôles sociaux, filiaux, conjugaux, maternels, paternels, civiques et de travailleurs; • Modulation des choix par l'influence des pairs.

³ Source : Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1999), *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, proposition du Comité de concertation en promotion et en prévention adoptée par le Conseil des directeurs de la santé publique, Québec : pages 15 et 17.



PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES, DES BLESSURES ET AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Par Nicole April

LA FICHE DE SANTÉ

La fiche de santé est remplie en début d'année scolaire par tous les parents. Elle permet de repérer en début d'année les élèves présentant des particularités (ex. : maladie, déficience, prise de médicament) en vue d'établir un suivi et de formuler au besoin des recommandations aux personnes intéressées. Elle sert également à renouveler les modalités et l'autorisation parentale d'agir en cas d'urgence (MSSS-MEQ, 1993). En 1993, dans la définition de l'entente MSSS-MEQ sur les services des CLSC en milieu scolaire, il était également question de vérifier le statut vaccinal des jeunes. Depuis l'utilisation répandue du logiciel *Vaxin*, la fiche de santé n'est plus utile à cet égard.

Les écoles reçoivent la fiche de santé remplie par les parents. Les infirmières des écoles sont informées lorsque des adolescentes et des adolescents ont des problèmes de santé. Leur rôle est de collaborer au plan d'intervention visant ces jeunes et de faire des recommandations au personnel de l'école, aux parents ou aux jeunes, lorsque nécessaire.

LES PREMIERS SOINS

En milieu scolaire, les premiers soins sont les « mesures d'urgence à prendre afin de porter secours aux élèves et de leur apporter les soins qu'exige leur état » (MSSS-MEQ, 1993). Ces soins peuvent être requis

notamment lors d'accidents ou de chocs anaphylactiques.

Les écoles sont autonomes et elles ont la responsabilité de porter secours et de donner les premiers soins aux élèves, d'appliquer des mesures de prévention et de traitement des chocs anaphylactiques ainsi que de prendre en charge ou d'orienter les jeunes qui requièrent des soins de nature ponctuelle (CLSC de la région de Québec et CSP, 1997). Cette responsabilité implique d'assurer la présence d'un nombre suffisant de secouristes et la disponibilité d'un nombre suffisant de trousse de premiers soins. Le matériel doit être mis à jour régulièrement et un registre des accidents et des événements à risque doit être tenu (MSSS-MEQ, 1993).

Les CLSC offrent aux écoles, par l'entremise des infirmières scolaires, le soutien et l'expertise en matière de premiers soins ainsi que de prévention et de traitement des chocs anaphylactiques (CLSC de la région de Québec et CSP, 1997).

LES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES

La vaccination est la principale mesure de prévention des maladies infectieuses. Pour les adolescentes et les adolescents, le Programme québécois des immunisations prévoit un rappel du vaccin contre la diphtérie et le tétanos (D2T5) en troisième année du secondaire. Depuis 1994, le vaccin

contre l'hépatite B est donné aux enfants de quatrième année du primaire. Afin d'assurer une plus grande couverture vaccinale contre cette infection, les jeunes de cinquième année du secondaire ont aussi été vaccinés en 1999-2000 et 2000-2001. En 2001-2002, la cohorte des premiers enfants vaccinés en quatrième année atteindra la cinquième année du secondaire, et il ne sera donc plus nécessaire de vacciner contre l'hépatite B au secondaire.

La vaccination en 3^e secondaire est la dernière occasion de rencontrer l'ensemble de cette population pour une mesure de santé publique. Il est pertinent de vérifier le carnet de vaccination de tous les jeunes et de mettre à jour la vaccination de base de ceux qui sont mal vaccinés, ce qui représente environ 5 % des adolescentes et des adolescents.

Les interventions de contrôle visent à empêcher la transmission des maladies contagieuses et à prévenir les épidémies. En cas d'éclosion, l'enquête épidémiologique a pour but d'identifier l'agent pathogène responsable ainsi que le vecteur de transmission de l'infection et éventuellement de prendre les mesures nécessaires pour enrayer la transmission. La principale source d'informations sur les maladies infectieuses est la déclaration des «maladies à déclaration obligatoire» (MADO). En vertu de la Loi sur la santé publique et de ses règlements, les médecins et les laboratoires sont tenus de déclarer certaines maladies à la Direction de santé publique. Celle-ci a la responsabilité de faire les enquêtes et de s'assurer que les mesures de contrôle sont prises.

Dans chacun des CLSC, une infirmière est déléguée pour la santé publique, conformément au protocole d'entente entre ceux-ci et la Direction de santé publique. Dans la majorité des CLSC, cette infirmière relève des services courants. Sa tâche est de

vacciner, de faire les enquêtes dans les cas de tuberculose et d'hépatite B et d'aider la Direction de santé publique dans les enquêtes sur les toxi-infections alimentaires. Par ailleurs, les infirmières scolaires qui relèvent des équipes «famille-enfance-jeunesse» vaccinent les élèves des écoles dont elles ont la responsabilité et collaborent aux autres activités de contrôle des maladies infectieuses, notamment pour obtenir des informations au cours d'enquêtes ou pour faire connaître les avis de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

Ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation (1993), *Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire*, Gouvernement du Québec, 47 p.

Table des coordonnateurs Enfance-Jeunesse des CLSC de la région de Québec et Centre de santé publique (1997), *Les services à visée préventive des CLSC à offrir en milieu scolaire aux enfants de 5 à 12 ans de la région de Québec*, sans lieu, 59 p.



ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Par Pascale Chaumette et Dominique Roberge

ÉTAT DE LA SITUATION

La préoccupation à l'égard du poids. La préoccupation à l'égard du poids et la recherche obsessionnelle de moyens de contrôler celui-ci sont des phénomènes de plus en plus fréquemment observés dans notre société. En effet, selon les données canadiennes de l'enquête de King, Boyce et King (1999), plus de filles que de garçons estiment devoir perdre du poids et une proportion beaucoup plus élevée de filles suivent un régime, proportion qui augmente avec chaque niveau scolaire. La situation à cet égard n'a pas beaucoup changé entre l'enquête de 1994 et celle de 1998 (King, Boyce et King, 1999). Les données québécoises tirées d'une étude liée à l'expérimentation du programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* indiquent que 74 % des jeunes filles de 15 à 19 ans désirent perdre du poids (Brassard et Mongeau, 1999). De même, selon les données inédites d'un sondage réalisé dans une école de la région de Québec, 60 % des filles de 4^e secondaire veulent maigrir (Suzanne Savard, communication personnelle). Toutefois, seulement 20 % des garçons et 12 % des filles chez les 15-19 ans ont un excès de poids, selon les données préliminaires de l'enquête Santé Québec (Ledoux, en préparation). Ces comportements et attitudes par rapport au poids sont associés à l'affaiblissement de l'estime de soi ainsi qu'à l'adoption de conduites alimentaires dysfonctionnelles (Parham, 1996; Berg, 1997). La préoccupation excessive à l'égard du poids et de l'image corporelle est une réalité qui entrave le

développement de la santé physique et mentale des jeunes (Lafontaine et Moor, 1999). L'habitude de répéter des cycles de diète au fil des années peut aussi contribuer au développement de l'obésité (Piran, 1993; Palla et Litt, 1988; Berg, 1997).

Les habitudes alimentaires. Une saine alimentation contribue au bien-être physique et émotif qui, à son tour, influe sensiblement sur de nombreux autres domaines de la vie des élèves. Les adolescentes et les adolescents sont particulièrement vulnérables aux mauvaises habitudes alimentaires dans leur phase d'affirmation de soi et d'indépendance face aux adultes. Une étude réalisée à Montréal a même établi un lien entre les élèves éprouvant des difficultés académiques et le déficit en nutriments dans leur régime alimentaire tels que les protéines, le magnésium, la folacine, le phosphore, le calcium et la vitamine D (Houde-Nadeau, 1991).

Les habitudes alimentaires des adolescentes, plus particulièrement, ne semblent pas s'être améliorées. On observe une tendance vers une alimentation à teneur trop faible en calcium, en fer et en énergie et trop élevée en lipides, même si chez un bon nombre d'adolescentes l'apport alimentaire est adéquat pour la plupart des nutriments (Chapmann, 1994). Dans l'ensemble, les habitudes alimentaires se sont légèrement modifiées et sont caractérisées par une moins grande consommation d'aliments plus nutritifs et une consommation accrue d'aliments moins nutritifs. On a constaté qu'une plus grande proportion de filles consomment des fruits et des légumes

quotidiennement. Toutefois, un peu plus de garçons que de filles consomment chaque jour du pain de blé entier. Plus de 60 % des jeunes disent boire quotidiennement du lait faible en gras. À tous les niveaux scolaires, une plus grande proportion de garçons consomment des friandises, des boissons gazeuses, des croustilles, des frites, des hamburgers et des hot dogs (King, Boyce et King, 1999).

Toutefois, lorsqu'on interroge les jeunes, la majorité d'entre eux disent avoir une bonne alimentation. En effet, 55 % considèrent s'alimenter souvent correctement, mais seulement 30 % disent manger toujours bien. De plus, 87 % déclarent manger en moyenne trois fois par jour (Champoux et Giroux, 1991). Cependant, le déjeuner continue d'être le repas le plus omis. Le taux de jeunes qui ne déjeunent pas a augmenté, passant de 11 à 18 % selon Desharnais, Godin et Bradet (1997). Mais selon l'enquête de King, Boyce et King (1999), c'est presque la moitié des garçons de 4^e secondaire et plus de 60 % des filles qui ne prennent pas leur déjeuner tous les matins. En outre, ce phénomène est plus important dans les milieux défavorisés, chez les adolescentes et les adolescents plus âgés et chez les filles (Lamirande, 1998).

Enfin, associées au manque d'activité physique, les mauvaises habitudes alimentaires des adolescentes et des adolescents pourraient augmenter les risques d'ostéoporose, d'anémie, d'obésité et de maladies cardiovasculaires chez certains d'entre eux; pour d'autres, les problèmes se présenteraient à l'âge adulte (Chapmann, 1994; Frank, 1998; Berg, 1997; Strong et autres, 1999). Par ailleurs, étant donné leurs besoins en nutriments essentiels, il est indiqué pour les enfants et les jeunes en pleine croissance de maintenir une saine alimentation et d'augmenter leur activité physique de manière à présenter un bilan

énergétique équilibré (Comité scientifique de Kino-Québec, 2000). Ainsi, manger sainement et bouger forment un duo inséparable (Lamirande, 1998).

La pratique de l'activité physique. Les données québécoises montrent un fort taux d'abandon de la pratique de l'activité physique au cours de l'adolescence. En effet, selon les résultats des enquêtes menées au Québec et aux États-Unis, la proportion de jeunes dont l'activité physique n'atteint pas le minimum recommandé par les autorités scientifiques et médicales augmente considérablement entre le début et la fin de l'adolescence. En 1998, c'était le cas de 57 % des Québécoises et de 51 % des Québécois âgés de 15 à 19 ans (Comité scientifique de Kino-Québec, 2000).

L'activité physique pratiquée au cours de l'adolescence a un effet favorable sur la masse et la densité osseuses si cette activité impose un important stress mécanique aux os. Il semble que les bienfaits se prolongent jusqu'à l'âge adulte, indépendamment du degré d'activité au sortir de l'adolescence, ce qui porte à penser que ce type d'activité physique contribue à prévenir l'ostéoporose. Toutefois, les bienfaits cardiovasculaires de l'activité physique des jeunes ne sont observés à l'âge adulte que s'il y a eu poursuite de la pratique. Le fait de demeurer actif durant le passage à l'âge adulte retarde donc l'apparition de l'athérosclérose.

Les effets de l'activité physique. Des déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescentes et adolescents, l'activité physique compte parmi ceux dont la connaissance a évolué à un rythme particulièrement rapide au cours des dernières années. En effet, le Comité scientifique de Kino-Québec a effectué récemment une imposante revue bibliographique sur cette question. Selon la majorité des études recensées par le comité,

la pratique régulière d'activités physiques, sous forme de sports ou d'activités moins encadrées, en plus de favoriser le maintien ou l'amélioration de la condition physique des enfants et des adolescentes et adolescents, est associée à une meilleure santé mentale (meilleur contrôle des effets du stress et de l'anxiété, réduction des symptômes de la dépression) et a un effet positif sur plusieurs aspects de la santé physique : masse et densité osseuses, masse corporelle (réduction de l'embonpoint et de l'obésité), profil lipidique, pression artérielle et santé cardiovasculaire.

À la lumière de ces résultats, il importe – notamment pour éviter une augmentation des besoins en soins de santé – d'amener les jeunes à conserver un mode de vie physiquement actif toute leur vie.

Les influences. Enfin, l'influence des amies et amis semble particulièrement importante. Pour être acceptés dans le groupe, les jeunes peuvent assimiler certaines habitudes ou certains choix alimentaires. L'encadrement des parents semble aussi important. Ainsi, les jeunes qui ne bénéficient pas des conseils et des recommandations des adultes risquent d'être davantage influencés par la publicité et les amies et amis (Roy, 1999).

Il est important de concevoir l'alimentation et l'activité physique comme des éléments d'une vie saine ayant un lien avec l'acquisition de l'estime de soi et le respect de l'environnement. Pour ces deux habitudes, la situation se détériore avec le passage au secondaire. Il est donc primordial d'y consacrer des efforts afin de consolider les acquis et de freiner le désengagement des jeunes, particulièrement à l'égard de la pratique de l'activité physique.

LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS

Les pistes d'action à envisager tant pour l'alimentation que pour l'activité physique devraient inclure la création de milieux favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire et l'acquisition des aptitudes individuelles tant par les jeunes que par les parents et le personnel enseignant (Leblanc, 1999). Les interventions doivent donc cibler à la fois le programme scolaire, les activités parascolaires, accorder une place aux parents et reconnaître et favoriser le talent des jeunes.

1. Alimentation

Concernant la problématique de l'alimentation des adolescentes et des adolescents, quatre éléments ressortent de façon plus marquée : l'environnement alimentaire, l'intégration de la thématique dans le programme scolaire, la préoccupation à l'égard de l'image corporelle et, dans le cas des populations plus démunies, la sécurité alimentaire.

L'environnement alimentaire. Il est évident que l'environnement alimentaire joue un rôle déterminant dans l'alimentation des adolescentes et des adolescents et ce, tant de façon négative que de façon positive. Ainsi, certaines études ont démontré que les collations consommées à l'école sont souvent moins nutritives que celles prises à la maison. Peut-être est-ce en raison du choix plus limité de collations à l'école qu'à la maison? Selon les adolescentes et les adolescents, la principale intervention à faire en priorité par les professionnelles et les professionnels de la santé afin d'améliorer leur alimentation serait de retirer les machines distributrices du milieu scolaire ou

de modifier leur contenu de tablettes de chocolat, croustilles et boissons gazeuses (Chaumette et Guay, 2000).

Il est donc important de travailler de concert avec le service alimentaire afin d'améliorer l'accessibilité d'aliments constituant une alimentation saine et de renforcer ainsi le message éducatif.

L'intégration de la thématique dans le programme scolaire. L'adoption de saines habitudes alimentaires dépend à la fois de la disponibilité et de la compréhension des informations telles qu'elles sont présentées, par exemple, dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Comité directeur conjoint, 1996). Les comportements alimentaires acquis durant l'enfance et l'adolescence sont la première ébauche du patron alimentaire de l'adulte (Frank, 1998). Il faut donc favoriser l'intégration de cette thématique dans le programme scolaire en insistant sur l'importance d'une alimentation saine pour les adolescentes et les adolescents. On doit insister sur les grands principes que sont consommer des aliments en conformité avec le *Guide alimentaire canadien* et considérer que tous les repas, particulièrement le déjeuner, sont importants pour conserver le maximum d'énergie et d'attention en classe. En effet, un apport alimentaire insuffisant ou l'omission du petit déjeuner peuvent avoir des effets négatifs sur les performances physiques et sur certains aspects liés aux fonctions cognitives (Lamirande, 1998). Selon Lafontaine et Moor (1999), des carences dans l'apport nutritionnel pourraient expliquer une mauvaise performance scolaire.

Enfin, Johnson et Johnson (1985), au cours d'une méta-analyse de quelque 300 projets de recherche, ont remarqué que l'éducation en nutrition est un moyen efficace d'enrichir les connaissances sur la nutrition, d'encourager l'adoption d'attitudes ouvertes à

l'égard de l'alimentation et d'augmenter la consommation d'aliments nutritifs.

La préoccupation à l'égard de l'image corporelle. On mise beaucoup sur l'actualisation des compétences personnelles et sociales pour favoriser la progression et l'adaptation sociale des jeunes. De même, le développement d'une bonne estime de soi est une tâche importante liée au bien-être et à la capacité de se réaliser dans plusieurs sphères de la vie. Sur le plan physique, l'estime de soi se bâtit à partir de l'image que l'on a de soi, de son image corporelle (Leblanc, 1999).

Aussi, les filles ayant d'elles une image corporelle négative sont plus sujettes à fumer et à prendre de l'alcool (Lamirande, 1998). Ainsi, le niveau de tabagisme est plus élevé chez les adolescentes que chez les adolescents (Institut de la statistique du Québec, 1999). Il faut donc favoriser, chez les jeunes, une estime de soi positive par une perception positive de leur corps et promouvoir le respect des autres personnes, quelle que soit leur apparence.

Né au Québec en 1995, le programme *Bien dans sa tête bien dans sa peau* a pour but de faire la promotion en milieu scolaire d'une image corporelle positive. Le programme aborde la question du poids de façon globale, c'est-à-dire qu'il déborde du contexte de la classe pour intervenir sur l'environnement scolaire. En plus d'un travail direct avec les élèves du secondaire, il prévoit l'emploi de stratégies visant les attitudes du personnel enseignant et des parents. Il favorise l'adoption de comportements sains concernant l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme. Le programme vise également à démystifier plusieurs croyances irrationnelles au sujet du contrôle de son poids corporel, des photos de mannequin et des diètes. Il permet aussi de promouvoir le

respect des autres personnes, quelle que soit leur apparence. Ce programme est présentement en implantation dans deux écoles de deux territoires différents de la région de Québec : l'école La Camaradière (CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières) et la polyvalente de Donnacona (CLSC-CHSLD de Portneuf).

La sécurité alimentaire. Pour les familles à faible revenu, le problème de l'insécurité alimentaire peut compromettre la consommation d'aliments nécessaires non seulement à la croissance et au développement des adolescentes et des adolescents, mais aussi au bien-être du reste de la famille. Il apparaît donc important de participer aux efforts visant à assurer la sécurité alimentaire pour tous en donnant accès aux familles dans le besoin à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif à un coût raisonnable. Il faut s'assurer que de telles mesures sont offertes à un plus grand nombre d'enfants vivant en milieu défavorisé. On doit aussi promouvoir ces mesures auprès des dirigeantes et dirigeants scolaires. Il est démontré que les programmes de mesures alimentaires ont un impact positif sur le rendement scolaire des jeunes. Les conditions de succès de ces interventions sont la volonté, l'engagement et la collaboration du milieu scolaire, un budget pour les aliments et la collaboration d'organismes communautaires et des intervenantes et intervenants du CLSC (Morrow, 1997).

Des mesures comme des repas ou des collations, fournis gratuitement aux élèves ciblés, existent déjà dans certains milieux et pourraient être proposées à d'autres.

2. Activité physique

Les données disponibles sur les stratégies de promotion de la santé indiquent que les programmes doivent tenir compte des

facteurs de motivation propres aux enfants et aux adolescents des deux sexes. L'approche préconisée par Kino-Québec est d'agir principalement sur l'**environnement** des jeunes (installations sportives accessibles, parents donnant l'exemple, éducation physique à l'école, parcs et pistes cyclables sécuritaires, etc.), afin que ceux-ci découvrent le plaisir d'être actifs tous les jours et qu'ils pratiquent au moins trois fois par semaine une activité d'intensité moyenne ou plus élevée. Le défi est de donner aux jeunes **le goût de l'activité physique** en leur proposant des activités agréables et diversifiées qui développeront leurs habiletés motrices et s'intégreront harmonieusement à leur mode de vie. Enfin, il faut préparer des **activités de communication** dans l'optique de soutenir les interventions tout en favorisant une attitude positive vis-à-vis l'activité physique (Kino-Québec, 2000; Comité scientifique de Kino-Québec, 2000).

Kino-Québec, par ces interventions, soutiendra le milieu scolaire pour qu'il offre des environnements favorables à la pratique d'activités physiques. Au moyen du guide *Mieux vivre dans la cour d'école*, Kino-Québec aidera les écoles intéressées à améliorer l'animation et l'aménagement de leur cour d'école.

Il offrira également aux écoles le programme *Voltage* qui vise à développer chez les jeunes des écoles le « leadership » en vue de la promotion de saines habitudes de vie, dont l'activité physique, à l'école.

BIBLIOGRAPHIE

Berg, FM (1997), *Afraid to Eat - Children and Teens in Weight Crisis*, Healthy Weight Publishing Network, 320 p.

Brassard, J; Mongeau, J (1999), *Bien dans sa tête et bien dans sa peau - Projet de promotion d'une image*

corporelle saine en milieu scolaire, Rapport de synthèse des années 1 et 2, Collectif action en alternative en obésité, Montréal, 134 p.

Chapmann, G (1994), « Pratique et préoccupation alimentaires chez les adolescentes », *Le point INN*, Institut national de la nutrition, Études, 9(23) : 1-4.

Champoux, L; Giroux, L (1991), *Les habitudes de vie des élèves du secondaire*, Québec, ministère de l'Éducation et Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, 74 p.

Chaumette, P; Guay, I (2000), *Focus groups réalisés en mai 2000 dans deux écoles secondaires de la région 03 (l'école De Rochebelle et l'école St-Jean de Brébeuf)*, Direction de la santé publique de Québec.

Comité directeur conjoint (1996), *Élaboration d'un plan national sur la nutrition pour le Canada*, Santé Canada, 28 p.

Comité scientifique de Kino-Québec (2000), *L'activité physique déterminant de la santé des jeunes*, Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 24 p.

Desharnais, R; Godin, G; Bradet, R (1997), *A Longitudinal Analysis of Adolescent Health Behaviors*, San Francisco, The Society of Behavioral Medicine (présentation sur affiche).

Frank, G (1998), "Nutrition for Teens" dans Henderson, A; Champlin, S et Evashwick, W (Éds), *Promoting Teen Health*, Thousand Oaks, Sage Publication, p.28-45.

Houde-Nadeau, M, (1991), *Problèmes nutritionnels et performance scolaire en milieux défavorisés*, Département de nutrition, Université de Montréal.

Institut de la statistique du Québec (1999), *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, Collection La santé et le bien-être, Les Publications du Québec, Québec.

Johnson, DW; Johnson, RT (1985), « Nutrition Education : A Model for Effectiveness, a Synthesis of Research », *Journal of Nutrition Education*, 17 (suppl.).

King, AJC; Boyce, WF; King, MA (1999), *La santé des jeunes : tendances au Canada, Les comportements des jeunes d'âge scolaire*, Une étude multinationale de l'Organisation mondiale de la santé, 110 p.

Kino-Québec (2000), *Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de*

l'activité physique, Secrétariat au loisir et au sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 35 p.

Lafontaine, G; Moor, D (1999), *À toute jeunesse. Agir en couleurs, Répertoire d'intervention de santé publique auprès des jeunes de 5 à 17 ans*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 300 p.

Lamirande, C (1998), *De l'énergie j'en mange ! Alimentation à l'adolescence - Information et activités*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill, 216 p.

Leblanc, M.P (1999), *La préoccupation excessive à l'égard du poids et de l'image corporelle chez les jeunes : Derrière le miroir, un enjeu de santé publique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 16 p.

Ledoux, M, « Poids corporel », dans : *Rapport de l'enquête sociale de santé de 1998*, Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec (en préparation).

Morrow, C (1997), « Sécurité alimentaire », dans : *Les services à visée préventive des CLSC à offrir en milieu scolaire aux enfants de 5 à 12 ans de la région de Québec*, Allard, F; Gauthier, A; Hardy, M et autres, 1997, Table des coordonnateurs Enfance-Jeunesse des CLSC de la région de Québec, Centre de santé publique de Québec, 59 p.

Palla, B; Litt, I (1988), « Medical Complications of Eating Disorders in Adolescents », *Pediatrics*, 81 : 613-623.

Parham, ES (1996), « Is There a New Weight Paradigm? », *Nutrition Today*, 31(4) : 155-161.

Piran, N (1993), *Prévenir les troubles alimentaires*, Institut national de la nutrition, 8(1) : 4-5.

Roy, L (1999), « Consultation en nutrition. La nutrition dans la pratique de tous les jours. Une bonne alimentation chez les enfants d'âge scolaire : un défi facile à relever? », *Le Clinicien*, 14(2) : 47-58.

Strong, JP; Malcolm, GT; McMahan, CA et autres (1999), « Prevalence and Extent of Atherosclerosis in Adolescents and Young Adults ». Implication for Prevention From the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study. *JAMA*, 281(8) : 727-735.



TABAC, ALCOOL ET DROGUES

Par Nicole April

ÉTAT DE LA SITUATION

La cigarette. La cigarette est la première drogue consommée par les jeunes. Elle contient 4 000 substances actives dont 43 sont reconnues cancérogènes. La nicotine a une forte puissance d'accoutumance. Le tabagisme est la première cause de décès prématurés. Cette habitude est responsable de 30 % de tous les cancers, de 85 à 90 % des cancers du poumon et de 30 % des maladies cardiovasculaires.

Les jeunes fumeurs. D'après l'enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (Institut de la statistique du Québec, 1999), près de 20 % des élèves sont des fumeurs établis (quotidiens et occasionnels) et un peu plus de 10 % sont en phase d'expérimentation. Environ sept jeunes sur dix ne fument pas. Les filles sont plus nombreuses à fumer que les garçons (23 % c. 17 %). L'initiation au tabagisme semble se faire de plus en plus tôt. Les filles commencent plus tôt que les garçons. Généralement, elles commencent à fumer entre la première et la deuxième année du secondaire. Chez les garçons, cette période s'étend jusqu'à la troisième année du secondaire. Le tabagisme suit une progression entre le début et la fin du secondaire, passant de 10 à 29 % (Institut de la statistique du Québec, 1999). Il n'est donc jamais trop tard pour prévenir.

L'initiation à la consommation d'alcool et de drogues illicites. L'expérimentation de

l'alcool et des drogues durant l'adolescence est un phénomène fréquent. La précocité de la consommation est un bon indicateur des problèmes futurs associés à ces produits. L'âge moyen de l'initiation à l'alcool est de 13,5 ans. Pour les drogues, il est de 14 ans (Giroux et Legault, 1994).

L'évolution vers des problèmes. Certains adolescents et adolescentes vont expérimenter un produit puis cesser, ou encore continuer à consommer à l'occasion sans développer de problèmes. D'autres vont consommer des drogues plus dangereuses ou adopter des modes de consommation plus à risque.

Les jeunes les plus susceptibles de développer des problèmes sont ceux qui ont une histoire familiale d'abus de substances, ceux qui sont dépressifs, ceux qui ont une faible estime d'eux-mêmes et ceux qui ne se sentent pas socialement adaptés (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997). Les facteurs familiaux associés à l'abus d'alcool et de drogues sont : les pratiques parentales inadéquates, la présence d'un problème psychologique chez un parent, la présence de conflits familiaux et la violence familiale. Par contre, le fait pour le jeune de disposer d'un réseau de soutien à l'extérieur de la famille a un effet protecteur (Brook et autres, 1990).

Les principales conséquences négatives associées à la consommation abusive d'alcool et de drogues sont la dépendance à ces produits, l'échec scolaire et le manque

de jugement qui expose aux risques d'accidents, de violence, d'activités sexuelles non protégées et de suicide (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997).

La fréquence de l'abus d'alcool et de la consommation de drogues chez les jeunes.

L'abus d'alcool est un comportement fréquent chez les jeunes. Près du tiers (32 %) des adolescents et adolescentes de 15 à 17 ans disent avoir bu cinq consommations ou plus en une seule occasion au moins cinq fois pendant l'année. Ce comportement est plus fréquent chez les garçons que chez les filles (45 % c. 27 %). Parmi les jeunes de 15 à 17 ans, 27 % disent avoir pris de la drogue au moins une fois au cours de leur vie. La moitié d'entre eux n'ont pris que des dérivés du cannabis et l'autre moitié ont aussi consommé d'autres drogues (Camirand, 1996).

Il semble que la diminution de la consommation de tabac et de drogues illicites observée dans les années 1980 ait été renversée et que la consommation de ces produits ait augmenté durant les années 1990. Dans les écoles secondaires de l'Outaouais, la consommation de tabac, de cannabis, d'hallucinogènes et de médicaments prescrits a augmenté entre 1991 et 1996. Cette augmentation est surtout concentrée chez les plus jeunes (Deschesnes, 1996). Toutefois, la consommation d'alcool a diminué chez les jeunes comme dans toute la population, mais il y a toujours autant de personnes qui s'intoxiquent (Camirand, 1996).

Les problèmes associés. Chez un sous-groupe de jeunes à haut risque, l'abus d'alcool et la consommation de drogues s'accompagnent d'un risque accru de comportements délinquants, de grossesse à l'adolescence ou d'échec scolaire. Ces

problèmes sont interreliés de façon complexe et partagent plusieurs déterminants communs (Dryfoos, 1990). Par ailleurs, les jeunes qui présentent à la fois d'importants problèmes de consommation de drogues et de délinquance peuvent avoir des maladies mentales associées. Celles-ci peuvent précéder la consommation de drogues, apparaître de façon concomitante ou encore en être la conséquence (Weinberg et autres, 1998).

LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS

1. En promotion de la santé et en prévention du tabagisme et de la consommation abusive d'alcool et de drogues

1.1 Les programmes scolaires

Les interventions les plus étudiées sont les **programmes scolaires**. Ils sont efficaces à long terme pour diminuer la consommation de tabac, d'alcool et de drogues lorsqu'ils ont toutes les composantes suivantes : 1) l'enseignement d'habiletés personnelles et sociales générales pour construire l'estime de soi, gérer l'anxiété, communiquer, développer des relations personnelles et affirmer ses droits; 2) le développement d'habiletés spécifiques pour reconnaître les pressions sociales qui poussent à fumer, à boire ou à prendre des drogues ainsi que de celles nécessaires pour résister à ces pressions; 3) la transmission de connaissances sur les conséquences à court terme de la consommation; 4) la correction de la croyance selon laquelle la majorité des jeunes consomment dans leur milieu (Botvin et Dusenbury, 1989; Botvin et autres, 1995; Dusenbury et Falco, 1995). *Éduc et moi*, conçu par Domrémy La Pocatière, est l'un

de ces programmes (Gilbert et Michaud, 1995).

Non seulement le contenu du programme mais aussi la façon de faire est importante. Le programme doit être intense (15 sessions la première année et 15 rappels sur deux ans), être mis en œuvre selon le protocole prévu et utiliser des méthodes pédagogiques interactives (Botvin et Dusenbury, 1989).

Les activités qui misent **uniquement sur la transmission d'informations sur la nature et sur les conséquences néfastes de l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues sont inefficaces** et peuvent même avoir pour effet d'augmenter l'usage de ces produits (Goodstadt, 1980).

Les programmes de développement des compétences personnelles et sociales qui ne font pas du tout référence aux substances psychotropes peuvent avoir un intérêt pour la promotion de la santé mentale, mais ils n'ont pas d'effet sur le tabagisme ou la consommation d'alcool ou de drogues (Tobler, 1992).

L'efficacité de certains programmes scolaires américains visant à diminuer la consommation de tabac, d'alcool et de drogues a été démontrée chez des jeunes du secondaire. Une étude récente réalisée à Montréal a cependant fait état d'effets négatifs d'un programme visant la consommation de tabac chez des enfants du primaire (Beaudet et autres, 1999). Par conséquent, d'ici à ce qu'on ait mieux compris les effets de ces programmes, on recommande de ne les offrir qu'à des élèves du niveau secondaire.

1.2 La prise en main par les jeunes de leur santé

Il est difficile d'amener des changements de comportement par les approches habituelles de transmission de connaissances et de développement d'habiletés. Il semble de plus en plus que la reconnaissance des façons de voir des jeunes soit un atout pour les soutenir dans une démarche d'appropriation de leur santé. L'école québécoise est en pleine évolution et s'oriente vers des programmes scolaires axés sur l'acquisition de compétences (MEQ, 1997). Ce pourrait être l'occasion de définir avec le milieu scolaire des actions centrées sur la prise en charge par les jeunes de leur santé. Il faut cependant admettre que beaucoup reste à faire pour développer des approches en ce sens (Gélinas et Schoonbroodt, 2000).

1.3 La participation des parents

Il n'existe pas d'expérience évaluée qui puisse donner de l'information valable sur les programmes de prévention à l'intention des parents. Le plus grand problème est de recruter des parents, puis de les garder dans le programme (Dufour, 1996). Il est possible d'accroître leur participation par l'identification de personnes clés servant de liaison dans la communauté pour recruter les parents (Harachi, Catalano et Hawkins, 1997). Dans la région de Québec, certains organismes communautaires et CLSC réussissent le défi de faire participer des parents à des groupes de rencontre. Le plus souvent, les parents qui participent vivent des difficultés avec un de leurs enfants. Les conditions de succès de la participation des parents, d'après les responsables de ces groupes de rencontre, sont la motivation des parents et des animateurs, le climat de groupe, ainsi qu'un contenu centré sur le quotidien. Ces groupes évoluent parfois pour devenir des réseaux d'entraide (Jen, 1998).

1.4 Les environnements favorables

L'approche consistant à offrir aux jeunes de participer à des activités de loisirs, à des projets communautaires ou à une formation est basée sur la théorie voulant que les jeunes s'engagent dans des comportements à risque pour répondre à leurs besoins de s'occuper, de sortir de leur isolement ou de s'associer à un groupe. Il s'agit donc de leur offrir des solutions de remplacement aux comportements problématiques (« alternatives à la consommation ») (Jessor, 1991). Un auteur juge que cette approche est efficace (Bruvold, 1993), alors que d'autres considèrent que les résultats des évaluations sont variables (Hawkins, Catalano et Miller, 1992).

Aménager le milieu scolaire pour favoriser la transition du primaire au secondaire est une stratégie de prévention. Dans une étude expérimentale, on a regroupé les nouveaux élèves dans des classes situées à proximité les unes des autres. Les professeurs étaient responsables d'un groupe d'élèves et bénéficiaient d'un soutien professionnel (Felner et Adan, cités par Blanchet et autres, 1993, p. 54-55). Cette approche a eu pour résultats d'améliorer la performance scolaire, de diminuer l'abandon scolaire, la dépression, la consommation de psychotropes et la délinquance.

Une politique scolaire à l'égard de l'alcool et des drogues a l'avantage de clarifier les règles de l'école et de mettre en place des services de soutien pour les jeunes qui ont des problèmes. Elle comporte trois composantes : un programme de prévention, un programme d'intervention précoce visant les élèves qui consomment de l'alcool et des drogues, ainsi que des mesures disciplinaires pour les élèves qui contreviennent aux règlements. Il est recommandé qu'une telle politique soit élaborée par un groupe

représentatif des personnes visées et de la communauté. (Barry et autres, 1988). L'efficacité de cette mesure n'a jamais été évaluée.

Pour ce qui est du tabac, la **loi antitabac** poursuit deux objectifs : protéger la santé des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement et restreindre l'accessibilité aux produits du tabac dans le but de freiner la hausse du tabagisme chez les jeunes. Entre autres mesures, la loi dicte les restrictions en cette matière dans les lieux publics, notamment à l'école, et comporte des mesures visant à restreindre l'accès aux produits du tabac aux mineurs et aux mineures (MSSS, 1999).

1.5 L'action communautaire

L'action communautaire est définie comme le processus par lequel les individus et les communautés se regroupent pour définir leurs besoins et choisir les stratégies d'action qui leur conviennent. L'évaluation des effets de ce processus de mobilisation communautaire sur la consommation d'alcool et de drogues est cependant très difficile à réaliser (Yin et autres, 1997).

Il n'existe pas de programme miracle et aucune intervention ne peut à elle seule réduire le problème de consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes. Une condition de succès est de mettre en œuvre, dans les différents milieux de vie des jeunes, des interventions multiples, complémentaires et bien articulées entre elles.

Plusieurs programmes qui utilisent des stratégies multiples et font appel à la communauté ont réussi à modifier des comportements chez les jeunes, notamment la consommation d'alcool (Perry et autres, 1996). Les Tables d'actions préventives jeunesse (TAPJ), mises en place au Québec

depuis 1989, sont un exemple de cette approche à laquelle les CLSC collaborent étroitement. Des plans d'action locaux définis par chacune de ces tables sont nécessaires pour établir les priorités, pour assurer la complémentarité des activités et pour garantir la continuité lorsque des leaders quittent. De plus, les projets réalisés dans des milieux particuliers dans une démarche d'action communautaire devraient être évalués avant d'être exportés dans des milieux où le contexte communautaire est différent.

2. En traitement du tabagisme chez les jeunes

Les professionnels et les professionnelles ont un rôle important à jouer dans la réduction du tabagisme. Le soutien-conseil antitabagique a un effet positif sur les fumeurs, mais il est nécessaire de le répéter à chaque consultation car cet effet est transitoire. Lorsqu'un jeune consulte, sa situation par rapport au tabagisme est évaluée de même que, le cas échéant, sa motivation à cesser de fumer. Un soutien-conseil adapté à sa volonté de changement peut ainsi lui être offert (Bérubé et Rochefort, 1998).

La thérapie de remplacement de la nicotine est une mesure efficace de soutien à la cessation tabagique (Fiore et autres, 1994). «Le médecin peut recommander une thérapie de remplacement à la nicotine à un adolescent qui ne réussit pas à cesser de fumer sans aide pharmacologique. Il est important d'individualiser la dose ainsi que la durée de traitement et d'offrir un suivi» (Tremblay et Lacroix, 2000).

Une étude américaine (Coleman-Wallace et autres, 1999) a montré que des programmes basés sur le modèle des stades du

changement peuvent être efficaces pour amener les jeunes à cesser de fumer. Ce modèle a été largement étudié chez les adultes en ce qui a trait au tabagisme et à la consommation d'alcool et de drogues. Il est fondé sur le fait que les changements comportementaux se produisent selon un cycle qu'il est possible de diviser en cinq stades : précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien. L'intervention est adaptée au stade où se situe la personne dans sa motivation à changer, mais une personne peut passer par plusieurs cycles avant d'adopter définitivement un nouveau comportement (Coleman-Wallace et autres, 1999). À ce jour, nous n'avons pas trouvé de programmes de ce type francophones à l'intention des adolescents et des adolescentes, mais, s'il en existe, ils devraient faire l'objet d'une évaluation de leur efficacité avant d'être implantés.

3. En traitement et réadaptation des jeunes aux prises avec une consommation abusive d'alcool ou de drogues

Le PAJT (*Programme accès jeunesse en toxicomanie*) (RRSSS de Québec, 2000) est un mécanisme d'accès aux services spécialisés en toxicomanie pour les jeunes de 12 à 18 ans ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues. D'abord réalisé sur la base d'un projet expérimental d'une durée de 12 mois, le programme est mis en place dans la région de Québec depuis 2000.

Ce programme a d'abord permis de définir une trajectoire simple et efficace des services appropriés aux jeunes aux prises avec des problèmes d'alcool ou de drogue. Il propose en premier lieu un outil de dépistage : la *Grille de dépistage de la*

consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents est le questionnaire actuellement recommandé aux intervenants de première ligne de la région de Québec (CLSC, écoles, organismes communautaires et privés, hôpitaux, centres jeunesse et Justice). Il permet de distinguer les jeunes qui ont besoin de services spécialisés de ceux qui peuvent bénéficier de services de première ligne.

Ensuite, toute demande de services spécialisés passe par un guichet d'accès unique. La demande est faite à la personne responsable de la coordination de l'accès qui voit à ce qu'une évaluation spécialisée soit faite rapidement par un intervenant en toxicomanie. Cette évaluation est réalisée au moyen d'un outil commun à l'ensemble des établissements et organismes spécialisés en toxicomanie juvénile (« IGT-adolescents »). L'adolescente ou l'adolescent est ensuite orienté vers les services appropriés à ses besoins selon des critères d'appariement précis.

Le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, les Centres Jean Lapointe pour adolescents et adolescentes, Portage Québec (site de Saint-Damien) et le Centre jeunesse de Québec offrent ces services spécialisés aux adolescents et aux adolescentes. Grâce au PAJT, ces organismes ont été en mesure d'établir avec précision le profil des populations cibles.

BIBLIOGRAPHIE

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), *Teens : Alcohol and Other Drugs*, www.aacap.org/publications/factsfam/teendrug.htm.

Barry, K; Simpson, R; Silverman, G; Solomon, R; Stevens-Lavigne, A (1988), *Politiques en matière d'alcool et de drogues. Guide à l'intention des*

conseils scolaires, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Ottawa.

Beaudet, N; Déry, V et autres (1999), *Programme Cœur en santé St-Louis du Parc, Analyse des effets paradoxaux : réflexions et recommandations*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Bérubé, M; Rochefort, L (1998), « Le tabagisme à l'adolescence, une jeunesse qui s'envole en fumée », *Le Médecin du Québec*, 33 : 59-63.

Blanchet L. et autres (1993), *La prévention et la promotion en santé mentale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 138 p.

Botvin, GJ; Baker, E; Dusenbury, L; Botvin, EM; Diaz, T, (1995), « Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population », *Journal of the American Medical Association*, 273 : 1106-1112.

Botvin, GJ; Dusenbury, L (1989), « Substance Abuse Prevention and the Promotion of Competence », In : Bond, LA; Compas, BE, *Primary Prevention and Promotion in the Schools*, Newbury Park, Sage Publications, p. 146-179.

Brook, JS; Brook, DW; Gordon, AS; Whiteman, M; Cohen, P (1990), « The Psychosocial Etiology of Adolescent Drug Use : A Family Interactional Approach », *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116 : 111-267.

Bruvold, WH (1993), « A Meta-Analysis of Adolescent Smoking Prevention Programs », *American Journal of Public Health*, 83 : 872-880.

Camirand, J (1996), *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Monographie n° 3, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Colleman-Wallace, D; Lee, JW; Montgomery, S; Blix, G; Wang, DT (1999), « Evaluation of Developmentally Appropriate Programs for Adolescent Tobacco Cessation », *Journal of School Health*, 69 : 314-419.

Deschesnes, M (1996), *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire, 1985-1991-1996*, Hull, Régie de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique.

Dryfoos, JG (1990), *Adolescents at Risk, Prevalence and Prevention*, New York, Oxford University Press.

Dufour, MH (1996), *Recension critique des programmes de prévention des toxicomanies axés sur*

la famille, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Dusenbury, L; Falco, M (1995), « Eleven Components of Effective Drug Abuse Prevention Curricula », *Journal of School Health*, 65 : 420-425.

Fiore, MC; Smith, SS; Jorenby, DE; Baker, TB (1994), « The Effectiveness of the Nicotine Patch for Smoking Cessation, A Meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, 271 : 1940-1947.

Gélinas, A; Schoonbroodt, C (2000), *Étude de pertinence des interventions préventives sur le tabagisme auprès des jeunes en milieu scolaire*.

Gilbert, M; Michaud, J (1995), *Programme d'intervention Éduc et moi en prévention des toxicomanies chez les jeunes : Rapport d'évaluation*, CH du Grand-Portage, Unité de santé publique, avec la collaboration de Domrémy La Pocatière et du CLSC Les Aboiteaux.

Giroux, L; Legault, G (1994), *La consommation de drogues licites et illicites chez les filles et les garçons du secondaire et les conduites suicidaires*, Québec, ministère de l'Éducation.

Goodstadt, MS (1980), Drug Education—A Turn On or a Turn Off?, *Journal of Drug Education*, 10 : 89-99.

Harachi, TW; Catalano, RF; Hawkins, JD (1997), « Effective Recruitment for Parenting Programs Within Ethnic Minority Communities », *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14 : 23-39.

Hawkins, JD; Catalano, RF; Miller, JY (1992), « Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention », *Psychological Bulletin*, 112 : 64-105.

Institut de la statistique du Québec (1999), *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, Collection La santé et le bien-être, Québec, Les Publications du Québec.

Jen, Y (1998), *De la cuisine à la communauté : la prévention de la toxicomanie axée sur la famille*, Rapport de stage, Direction de la santé publique de Québec.

Jessor, J (1991), « Adolescent Development and Behavioral Health », In : Fondation de la recherche sur la toxicomanie, *Drug Use by Adolescents : Identification, Assessment and Intervention*, Ottawa, Santé et Bien-être social, p. 1-24.

Ministère de l'Éducation (1997), *Prendre le virage du succès, L'école, tout un programme, Énoncé de politique éducative*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2000), *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération) 2000*, Québec, p. 1-3.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999), *Loi sur le tabac*, Gouvernement du Québec.

Perry, CL; Williams, CL, et autres (1996), « Project Northland : Outcomes of a Communitywide Alcohol Use Prevention Program during Early Adolescence », *American Journal of Public Health*, 86 : 956-965.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), *Programme accès jeunesse en toxicomanie, région de Québec*, Québec, 10 p.

Tobler, N, (1992), « Drug Prevention Programs Can Work: Research Findings », *Journal of Addictive Diseases*, 11 : 1-28.

Tremblay, M; Lacroix, C (2000), « Controverses sur les traitements antitabagiques », *Le Clinicien*, 15 : 124-140.

Weinberg, NZ; Rahdert, E; Colliver, JD; Glantz, MD (1998), « Adolescent Substance Abuse : A Review of the Past 10 Years », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37 : 252-261.

Yin, RK; Kaftarian, SJ; Yu, P; Jansen, MA (1997), « Outcomes from CASP'S Community Partnership Program : Findings from the National Cross-Site Evaluation », *Evaluation and Program Planning*, 20 : 345-355.



SEXUALITÉ, GROSSESSES ET MTS/SIDA

Par Francine Michaud

ÉTAT DE LA SITUATION

Les relations amoureuses. Selon l'enquête provinciale *Ados, familles et milieux de vie*, 77 % des jeunes de 11 à 14 ans et 89 % des 15-19 ans s'estiment prêts à s'engager dans une relation amoureuse, alors que, dans les faits, seulement 26 % et 40 % respectivement de ceux-ci vivent effectivement une relation de couple (Cloutier et autres, 1994).

La première relation sexuelle. Un bilan des recherches menées auprès des adolescents et des adolescentes du Québec révèle que l'âge moyen à la première relation sexuelle varie de 12 à 15 ans selon les études. Avec le temps, l'âge à la première relation se serait abaissé : pour les filles nées avant 1964, il est de 18 ans, alors qu'il est de 15 ans chez celles qui sont nées après 1973 (Otis, 1996).

Les jeunes actifs sexuellement. La proportion de jeunes Québécois et Québécoises ayant déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration varie de 12 à 23 % chez les 12-13 ans et de 31 à 68 % chez les 15-17 ans (Otis, 1996). Ce n'est donc qu'à l'âge de 16 ans que plus de 50 % des jeunes ont une vie sexuelle active. De plus, 25 % des jeunes de 18 ans n'auraient pas encore commencé leurs activités sexuelles (Cloutier et autres, 1994). À l'âge de 16 et 17 ans, les filles sont plus actives sexuellement que les garçons du même âge (Cloutier et autres, 1994; Otis, 1996). Il semble que chez la majorité des jeunes la première expérience ait eu lieu dans le cadre d'une relation amoureuse et non d'une

aventure sans lendemain et ce, particulièrement pour les filles. Dans 75 % des cas, cette première expérience est vécue dans une maison privée, la voiture venant en second lieu (Cloutier, 1996).

La grossesse à l'adolescence. Entre 1980 et 1995, au Québec, le taux de grossesses chez les filles de moins de 18 ans a été en progression, passant de 12,2 à 19,4 pour 1 000, et le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est passé de 5,9 à 12,8 pour 1 000 (Rochon, 1997). En 1997, le taux de naissances vivantes était de 5,5 sur 1 000, alors que le taux d'avortements provoqués s'élevait à 12,6 sur 1 000 chez les adolescentes de moins de 18 ans (Rochon, 1999). Entre 1986 et 1994, la région de Québec a présenté une hausse de 36 % du nombre absolu de grossesses (IVG et naissances) chez les 15 à 19 ans, le taux de grossesses chez les filles de ce groupe d'âge en 1994 s'étant chiffré à 30,4 pour 1 000. La répartition géographique du taux de grossesses laisse voir des disparités importantes entre les territoires de CLSC, une concentration urbaine de la grossesse à l'adolescence étant observée (Cyr, Dumas et Guilbert, 1997).

Les maladies transmissibles sexuellement (MTS). Pour ce qui est des MTS à déclaration obligatoire, signalons qu'au Québec comme au Canada, en 1997, le tiers des cas déclarés touchaient les jeunes de 15 à 19 ans (Parent et Alary, 2000; Santé Canada, 1999). En 1998, l'incidence de la chlamydia, chez les garçons de 15 à 19 ans, était de 114,9 pour 100 000, et chez les filles

elle grimpait à 827,9 pour 100 000. L'incidence de la gonorrhée chez les 15-19 ans était de 5,1 pour 100 000 chez les jeunes hommes et de 16,3 pour 100 000 chez les adolescentes. Pour l'hépatite B à infection aiguë, en 1998, elle était de 1,6 pour 100 000 pour les garçons de 15 à 19 ans et de 3,3 pour 100 000 chez les filles (Parent et Alary, 2000).

Le VIH et le sida. Au 31 décembre 1999, il y avait 5 565 cas de sida cumulés au Québec. Le sous-groupe des 15-19 ans constituait 0,4 % de ce total, alors que les 20-24 ans et les 25-29 ans représentaient respectivement 3,1 % et 13,3 %. Étant donné la longue période d'incubation du VIH, il faut noter que, même si peu de jeunes sont atteints du sida, bon nombre des 20-29 ans et des 30-39 ans ont été fort probablement infectés pendant leur adolescence (CQCS, 1999).

Les agressions sexuelles. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des données précises sur les agressions commises sur les enfants au Canada, car jusqu'à 90 % d'entre elles ne sont pas déclarées à la police (MSSS, 2001), les études les plus rigoureuses sur le plan méthodologique suggèrent qu'une femme sur trois et un homme sur six sont victimes d'une agression sexuelle avant d'atteindre l'âge de la majorité (Tourigny et Guillot, 1999). Parmi l'ensemble des agressions sexuelles déclarées aux services policiers canadiens, en plus du fait que 82 % des victimes étaient de sexe féminin, 32 % étaient des jeunes de 12 à 17 ans et 30 % des enfants de moins de 12 ans (MSSS, 2001). Quant aux agresseurs sexuels, en grande majorité des hommes, plus de la moitié d'entre eux ont commis leur première agression sexuelle à l'adolescence (MSSS, 2001).

La violence sexuelle dans les relations amoureuses. Selon l'enquête provinciale *Ados, familles et milieux de vie*, 18 % des filles et 4 % des garçons actifs sexuellement auraient déjà eu une relation sexuelle contre leur gré (Cloutier et autres, 1994). Dans le cadre d'une étude réalisée dans une école secondaire de la région de Québec, 2,4 % des filles et 13,0 % des garçons ont révélé avoir déjà exercé de la violence sexuelle dans leur relation amoureuse, alors que 33,3 % des filles et 11,1 % des garçons ont dit en avoir déjà subi. De plus, près du tiers des jeunes de cet échantillon ont déclaré avoir été témoins de violence sexuelle chez d'autres couples de jeunes (Gagné, Lavoie et Hébert, 1994).

L'orientation sexuelle. On estime à 10 % la proportion d'individus dans la population adulte nord-américaine qui se définissent d'orientation homosexuelle; et un pourcentage semblable de personnes vivraient, à un moment ou à un autre de leur vie adulte, une expérience homosexuelle (MSSS, 1997). Toutefois, l'hétérosexisme très présent dans la société imprègne la réalité des hommes et des femmes qui se révèlent homosexuels ou homosexuelles et concourt à dresser des obstacles sur le chemin de leur épanouissement individuel (Berthelot, 1996). En effet, du côté des problèmes, plusieurs recherches effectuées hors Québec dépeignent certaines caractéristiques des jeunes homosexuels : ils cachent leur orientation sexuelle, particulièrement à la famille; ils ont de la difficulté à nommer une personne ayant été d'un soutien majeur; ils sont isolés socialement; ils sont régulièrement victimes de harcèlement et la cible de violence verbale et physique; ils sont enclins à l'absentéisme et au décrochage scolaires; ils font une consommation importante de substances psychoactives (alcool, produits du cannabis, cocaïne et dérivés); ils font un

usage irrégulier du condom dans les relations sexuelles anales; ils sont plus à risque de vivre des crises psychosociales; ils ont de fréquentes idéations suicidaires et tentatives de suicide (Berthelot, 1996).

L'usage du condom. Il ressort, des différentes études menées au Québec auprès des jeunes en milieu scolaire, que de 13 à 20 % des jeunes actifs sexuellement auraient eu plus de six partenaires sexuels à vie (Otis, 1996). Parmi ces jeunes actifs sexuellement, de 50 à 76 % déclarent avoir utilisé le condom à la première relation sexuelle, de 44 à 69 % l'ont utilisé à la dernière relation, et 13 à 48 % l'utiliseraient de façon constante (Otis, 1996).

Les facteurs de risque associés aux MTS et au sida. Chez les 15-19 ans, les facteurs de risque pour le sida sont principalement liés aux produits sanguins, puis à la relation homosexuelle ou hétérosexuelle et, en troisième lieu, au double risque que représentent la relation homosexuelle et l'usage de drogues injectables (Otis et autres, 1997). De plus, un lien semble exister entre l'expérimentation de l'alcool et l'initiation à la vie sexuelle. En effet, l'enquête Santé Québec (1992) révèle qu'environ 12 % des jeunes avaient consommé de l'alcool lors de leur première relation sexuelle. En fait, selon les données de cette étude, l'initiation à la consommation d'alcool précéderait d'environ une année (approximativement à 15 ans) la première relation sexuelle (approximativement à 16 ans). Chez les jeunes sexuellement actifs, la fréquence hebdomadaire de consommation d'alcool, la quantité moyenne d'alcool consommé par semaine et la quantité moyenne d'alcool consommé par occasion sont toutes plus élevées que chez les jeunes non actifs sexuellement.

LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS

1. En prévention de la violence dans les relations amoureuses

Quelques expériences d'intervention de groupe en prévention de la violence dans les relations amoureuses effectuées dans différents milieux – milieu scolaire et communautaire jeunesse, centre de réadaptation – ont été recensées (Lavoie, Mercier et Piché, 1991; Entraide Jeunesse Québec, 1992; Lavoie et autres, 1993; Guérin, 1997). Parmi celles-ci, un programme en particulier, VIRAJ, a été validé auprès de jeunes Québécois et Québécoises. Son évaluation a permis de constater que les élèves, garçons et filles, qui ont participé au programme ont amélioré leurs connaissances et leurs attitudes à l'égard de la violence, un préalable nécessaire pour nouer des relations égalitaires et pour contrer les situations de violence auxquelles ils peuvent faire face (Lavoie et autres, 1993). Le programme VIRAJ vise les jeunes de deuxième cycle du secondaire et travaille sur les notions de contrôle, de droit et sur les différentes formes de violence (Lavoie et autres, 1993). L'organisme communautaire Entraide Jeunesse a repris ce programme et s'implique activement auprès des jeunes de différents milieux de la région de Québec afin de leur offrir cette intervention préventive. Cette équipe d'animation est constituée de gens spécialisés dans la problématique de la violence vécue par les jeunes, ce qui constitue un atout très appréciable aux dires même des conceptrices et concepteurs du programme (Lavoie et autres, 1993).

2. En prévention de la grossesse, des MTS et du VIH

Une recension d'écrits révèle que la plupart des stratégies de prévention de la grossesse mettent l'accent sur trois aspects négatifs : les désavantages de la grossesse et d'être parent trop tôt, les conséquences des MTS, l'aspect mortel du sida. C'est le cas aussi bien des programmes qui prônent l'abstinence jusqu'au mariage que de ceux qui font la promotion d'une éducation sexuelle globale. Or, la sexualité et l'expression sexuelle sont choses normales et saines. Pour aider les jeunes à vivre des relations sexuelles réalistes et responsables, les stratégies de prévention devraient éviter cette approche négative (Flinn et autres, 1998).

Plusieurs auteurs affirment que les efforts de prévention de la grossesse, des MTS et du sida devraient être coordonnés dans les différents milieux selon une approche multidisciplinaire. En outre, les services ou centres de santé devraient être situés à l'école (Gunatilake, 1998). Notamment parce que la grossesse à l'adolescence est un problème complexe, les solutions efficaces ne peuvent être unidimensionnelles; elles requièrent une approche globale, multimodale et à long terme qui aborde l'estime de soi des garçons et des filles, les perspectives d'avenir, la réussite scolaire, les problèmes de santé physique et mentale, l'accès aux soins de santé, aux contraceptifs et autres services dans la communauté (Flinn et autres, 1998). Les programmes multimodaux combinent des stratégies éducatives, des services de santé et des programmes de motivation pour créer une stratégie préventive plus large. En outre, les réalités et les besoins particuliers des populations visées par les programmes de prévention doivent être pris en compte dans

l'élaboration de ces programmes. Le fait d'établir des liens avec d'autres programmes destinés aux jeunes dans d'autres situations à haut risque augmente les chances de succès de ces programmes (Flinn et autres, 1998).

2.1 *Les programmes scolaires*

En ce qui concerne les programmes scolaires, il ressort que ceux qui n'ont pas les effets désirés véhiculent des messages de peur et de honte, cherchent à réprimer la sexualité, donnent une information incomplète et biaisée, font appel à la participation forcée des parents. Ces programmes éducatifs ont des visées à court terme. Ceux qui prônent l'abstinence sont fondés sur une conception erronée, à savoir que l'information donnée sur la contraception et la prévention des MTS incite les jeunes à devenir actifs sexuellement. De plus, ces programmes sont jumelés à des services de santé inadéquats et une certaine censure existe dans les options de services médicaux offerts aux jeunes (Flinn et autres, 1998).

En contrepartie, certains auteurs (Kirby, 1997; 1999; Janz et autres, 1996) montrent que les programmes scolaires jugés efficaces pour retarder la première relation sexuelle, diminuer la fréquence des relations sexuelles ou augmenter l'utilisation du condom ou d'autres contraceptifs :

- possèdent une structure souple;
- sont centrés sur un ou plusieurs comportements sexuels qui conduisent à la grossesse indésirée ou aux MTS/VIH;
- sont basés sur des cadres théoriques dont l'efficacité a été démontrée pour influencer d'autres comportements à risque pour la santé et spécifient les facteurs de

risque et de protection devant être modifiés par ces activités;

- misent sur les forces des adolescentes et des adolescents et visent des résultats positifs plutôt que de s'appuyer sur les faiblesses et des résultats négatifs;
- envoient des messages clairs en renforçant continuellement les comportements désirés;
- donnent l'information de base et juste sur les risques des relations sexuelles non protégées et sur les façons de les éviter dans le cadre d'une intervention plus globale;
- incluent des activités qui abordent les pressions sociales incitant aux relations sexuelles;
- favorisent les jeux de rôle et la pratique de la communication, de la négociation et des habiletés à refuser et créent un forum ouvert à la discussion;
- emploient une variété de méthodes d'enseignement qui font appel à la collaboration des participants, sollicitent leur engagement et leur permettent de personnaliser l'information reçue;
- comportent des objectifs comportementaux, des méthodes d'enseignement et du matériel appropriés à l'âge, à l'expérience sexuelle et à la culture de la population cible;
- sont d'une durée suffisante pour réaliser adéquatement les activités importantes;
- ont recours à des enseignants et des enseignantes et à des pairs qui croient au programme implanté et

qui donnent une formation à ces personnes.

2.2 La prévention auprès de groupes particuliers

C'est parce que le problème de la grossesse à l'adolescence touche particulièrement la population résidant sur le territoire de Québec-Centre que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, dans son plan d'action en matière de planification des naissances, a proposé de mettre en oeuvre un projet d'actions concertées pour ce secteur de la région. Plus précisément, dans le volet concernant la clientèle jeune, l'objectif fixé dans ce plan d'action est « d'assurer aux jeunes le développement d'une sexualité saine et responsable tout en réduisant les grossesses à l'adolescence » (RRSSS, 1997). La Direction de santé publique, en partenariat avec la Commission scolaire de la Capitale, a donc élaboré un programme d'éducation à la sexualité, le programme ESPAR. Ce programme, fondé sur le pouvoir d'agir et de réfléchir des jeunes en matière de sexualité, vise à ce que, sur le plan individuel, les élèves acquièrent des connaissances, un esprit critique et des compétences (attitudes, expression des affects, habiletés sociales) en matière de sexualité. De plus, sur le plan collectif, il veut amener les élèves à développer une conscience critique de groupe en matière de sexualité ainsi qu'un climat d'entraide. Ce programme s'échelonne sur deux années scolaires, chacune comportant une quinzaine de rencontres de 75 minutes. Dès janvier 2002, il sera implanté en 1^{re} secondaire dans quatre écoles secondaires situées sur le territoire de Québec-Centre (les écoles secondaires Vanier, Notre-Dame-du-Rocamadour, Joseph-François-Perrault et Cardinal-Roy). Pendant l'année scolaire 2002-2003, dans les mêmes écoles, il sera offert à tous les élèves

de 1^{re} et 2^e secondaire. Pendant toute la durée de cette expérimentation, son implantation fera l'objet d'une évaluation.

Au Québec, un certain nombre de programmes destinés aux jeunes présentent des avenues prometteuses du fait qu'ils rejoignent ces derniers et les intéressent à la prévention. Pour les jeunes du **secteur d'adaptation scolaire**, plusieurs programmes ou guides d'activités ont été mis au point. Notamment, le programme *Mon bien-être sexuel et celui de l'autre*, élaboré à partir des postulats de l'approche expérientielle, a été implanté dans des écoles des régions de Québec et de la Chaudière-Appalaches à l'intention des jeunes en cheminement particulier continu. Son évaluation a permis de constater que ce programme, d'une intensité profitable (17 rencontres de 75 minutes chacune) et privilégiant une approche participative, correspond aux besoins des élèves en matière de bien-être sexuel et de prévention des grossesses et des MTS (Otis et autres, 1999). L'appréciation des élèves et des enseignantes et des enseignants participants est très bonne. Ce programme améliore les connaissances des élèves sur les MTS et le VIH, il prône les valeurs saines vis-à-vis de la sexualité, il améliore leur attitude face à l'usage du condom, il renforce la croyance en son efficacité personnelle et il favorise un style de communication plus affirmatif. Toutefois, le devis utilisé ne permet pas de mesurer les effets réels du programme sur les conduites préventives des jeunes. Néanmoins, cette recherche évaluative permet de mettre en lumière certaines conditions de la poursuite et de la prise en charge du programme, notamment l'accessibilité, de façon ponctuelle, à des ressources pour soutenir les enseignantes et les enseignants sur le plan des contenus biomédicaux (Otis et autres, 1999). De surcroît, ce programme exige une expertise

particulière afin d'en respecter l'esprit et la lettre, c'est-à-dire de pouvoir enseigner les contenus prévus en respectant ses fondements qui reposent sur l'approche expérientielle. À cause des contenus abordés et des apprentissages signifiants qui peuvent être faits dans l'expérience actuelle si des relations sont faites avec les expériences passées, ce programme peut être l'occasion pour les jeunes de prendre conscience de certains problèmes ou il peut raviver certaines douleurs du passé. Aussi, l'équipe d'intervenantes et d'intervenants psychosociaux en milieu scolaire doit pouvoir offrir un soutien réel aux enseignantes et aux enseignants pour les jeunes qui nécessiteraient des interventions individuelles et spécifiques. Avant même de commencer l'implantation d'un tel programme, des ententes formelles devraient être prises afin que les enseignantes et les enseignants soient assurés de tout le soutien nécessaire de l'équipe psychosociale. Enfin, certains thèmes du programme devraient faire l'objet de quelques réaménagements, notamment celui des drogues et la sexualité, considérant que les jeunes visés sont plus à risque que les jeunes en milieu scolaire régulier.

Le même **programme adapté à des jeunes de la rue**, une clientèle que le système scolaire n'arrive pas à rejoindre, a été expérimenté auprès d'une dizaine de jeunes de 16 à 23 ans. Le programme, réduit à dix activités, a été apprécié par ces jeunes parce qu'il permettait une interaction entre eux-mêmes de même qu'avec les formatrices sur le thème de la sexualité et qu'il débordait des données objectives habituellement présentées dans les programmes de prévention des MTS et de la grossesse à l'adolescence (Binet et autres, 2000). Toutefois, afin d'arrimer concrètement ce programme à la réalité spécifique des jeunes de la rue, comme le soulignent les

évaluateurs, certaines améliorations devraient y être apportées. Notamment, l'introduction d'une réflexion éthique à partir de cas concrets qui les touchent directement favoriserait la réflexion chez ces jeunes et les aiderait à donner un sens à leur vie. Par ailleurs, une distinction plus nette entre le VIH/sida et les autres MTS éviterait la banalisation des autres MTS par ces jeunes (Binet et autres, 2000). De plus, il nous semble qu'un approfondissement du thème de la grossesse à l'adolescence et une meilleure harmonisation des messages de prévention des MTS et de prévention de la grossesse non désirée, afin de promouvoir la « double protection », amèneraient les jeunes à développer une conception plus globale de la prévention dans le domaine de la sexualité.

Le programme *Opération j'capote* a été très apprécié par les **jeunes de la rue fréquentant la Maison Dauphine** à Québec, parce qu'il préconise aussi une approche participative et favorise l'interaction entre eux sur le thème de la sexualité et des pratiques sexuelles sécuritaires. Selon les animateurs du programme, sa principale qualité tient au fait qu'il aborde les contenus et transmet les messages de prévention au moyen d'activités et d'outils originaux conçus par les jeunes (Chamberland, sans date). En plus des services cliniques déjà donnés dans les locaux de la Maison Dauphine – la vaccination contre les hépatites A et B quatre fois par an et des tests de dépistage des MTS et du sida quinze fois par an – par les professionnelles et les professionnels du CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, cette expérience pilote semble démontrer la pertinence de faire des interventions de prévention de façon régulière et continue auprès des jeunes fréquentant la Maison Dauphine, tout en assurant une diversité

dans les activités de manière à capter leur attention.

Comme près de 70 % de tous les cas de sida sont concentrés dans la **population homosexuelle** (CQCS, 1999), pour les adolescents de sexe masculin qui apprivoisent leur sexualité et découvrent leur homosexualité, la menace de cette maladie apparaît plus grande que pour les autres jeunes, étant donné la probabilité plus élevée de rencontrer un partenaire sexuel infecté par le VIH. De plus, plusieurs enquêtes ont montré que les jeunes homosexuels mal dans leur peau à cause de leur orientation sexuelle ont davantage de comportements sexuels à risque que les autres jeunes (Berthelot, 1998). Depuis 1990, le CLSC Haute-Ville-Des-Rivières a mis sur pied une ressource régionale, le « Groupe jeunes gais et lesbiennes 14-17 ans », à l'intention des garçons et des filles âgés de 14 à 17 ans pour qui l'homosexualité est un fait significatif dans leur vie sexuelle. Cette intervention vise à ce que la découverte de son homosexualité ne devienne pas un obstacle majeur au développement psychosocial harmonieux de l'adolescent ou de l'adolescente. Plus précisément, elle vise à ce que le jeune accepte son homosexualité et qu'il développe des habiletés sociales pour composer avec une orientation sexuelle stigmatisée (Berthelot, 1998). Bien que jusqu'à présent cette intervention n'ait pas fait l'objet d'une évaluation formelle, les réactions et les commentaires des jeunes sur les effets de leur participation au groupe et sur leur degré de satisfaction quant à la façon dont les rencontres se déroulent font croire aux animateurs du programme que celui-ci est pertinent pour ces jeunes et qu'il contribue à augmenter leur estime de soi, facteurs justifiant le maintien de cette intervention.

2.3 Les cliniques de planification des naissances et de prévention des MTS

Des auteurs ont souligné le point commun qu'ont la grossesse et les MTS. Toutes deux s'acquièrent par relation sexuelle non protégée. Aussi, recommandent-ils de saisir toutes les occasions pour aborder l'autre sujet lorsqu'un adolescent ou une adolescente consulte pour une MTS ou une grossesse non désirée, et donc de jumeler les messages de prévention de la grossesse non désirée et de prévention des MTS-sida en parlant de « double protection » (Cates et Stone, 1992).

De plus, **les cliniques de planification qui répondent adéquatement aux besoins des jeunes**, en plus des soins de santé et des services de contraception, donnent de l'information, du soutien-conseil et dirigent les jeunes vers les ressources appropriées. Des heures d'ouverture en soirée et les fins de semaine sont prévues, en plus de l'accessibilité par transport public et de plages-horaire sans rendez-vous. La confidentialité est assurée et les services sont dispensés par du personnel amical et bien entraîné. Une variété de services en planification familiale, un soutien-conseil en profondeur sur les différentes options en contraception aident les jeunes à choisir une méthode efficace et à continuer de l'utiliser. Lorsqu'ils sont basés dans les écoles, ces cliniques offrent en plus des services généraux de santé (Flinn et autres, 1998).

2.4 La prévention du sida auprès des toxicomanes

Comme il est connu qu'un certain nombre de jeunes consomment des drogues injectables dès l'adolescence, il convient de se préoccuper de l'échange de seringues usagées entre eux, car il s'agit là d'un moyen privilégié de transmission du VIH, et

d'améliorer l'accès à des seringues stériles (MSSS, 1998). D'après le Comité permanent de lutte à la toxicomanie, « l'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage de psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou « addictifs ») à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements » (Forget, 1999).

Depuis le milieu des années 1980, des programmes de distribution et d'échange de seringues ont été mis en place pour contrer la propagation de l'infection au VIH chez les utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables et chez leurs partenaires sexuels. On estimait, au 1^{er} janvier 2000, qu'il existait au Québec 656 centres d'accès à des seringues. Ces services sont offerts par 397 pharmacies, 166 CLSC, 51 centres hospitaliers, 30 organismes communautaires, 8 cliniques médicales et 4 centres spécialisés. « Malgré leur petit nombre, les centres spécialisés et les organismes communautaires offrent le plus grand nombre de seringues. Par ailleurs, parmi ces 656 centres d'accès, 55 % offrent des seringues gratuitement, 55 % les vendent et 80 % acceptent de les récupérer » (MSSS, 2000a).

Dans la région de Québec, 31 pharmacies et un centre spécialisé (Point de Repères) offrent des seringues. Cette région est la seule où aucun CLSC n'est engagé dans cette activité de prévention de l'infection au VIH (MSSS, 2000a).

3. En soins et services

3.1 Le soutien-conseil et le dépistage des MTS et du VIH

Au Québec comme au Canada, des directives claires sont émises régulièrement par nos différents gouvernements en matière de MTS. Nous retenons tout particulièrement que l'on recommande à tous les médecins et infirmières de première ligne de sensibiliser systématiquement les patients aux MTS et à la santé sexuelle, par des messages verbaux et non verbaux de prévention primaire tels que des affiches qui montrent que l'on est prêt à discuter des MTS et d'autres aspects de la santé sexuelle (Santé Canada, 1998). On insiste aussi fortement sur le soutien-conseil éducatif en matière de MTS et de contraception dans le cadre de la prise en charge de tous les patients atteints d'une MTS, en particulier les adolescents (Santé Canada, 1998). Santé Canada (1998) reconnaît d'emblée que toute personne active sexuellement de moins de 25 ans est à risque de MTS. On considère comme à risque élevé, toute personne ayant eu un contact sexuel avec un cas connu de MTS, les jeunes de la rue et les usagers de drogues, les personnes ayant eu des relations sexuelles non protégées, les personnes qui ont eu un nouveau partenaire dans les six derniers mois, celles qui en ont plus de deux, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes ayant reçu un diagnostic antérieur de MTS. Dans cette perspective, en ce qui concerne les jeunes, on ajoute que, chaque fois que des adolescents sexuellement actifs consultent, il faudrait envisager le dépistage de MTS et les inviter systématiquement à subir des tests de dépistage de l'infection au VIH (Santé Canada, 1998). De même, il est bon de leur donner des condoms, de les informer des lieux où ils peuvent s'en procurer ainsi que de l'existence des programmes d'échange de

seringues. Enfin, on souligne l'importance d'informer les partenaires des personnes infectées par une MTS ou même par le VIH, sur les risques de leur exposition et sur la nécessité d'être traités afin d'interrompre la chaîne de transmission (MSSS, 1998, 2000b; Santé Canada, 1998; Groupe de travail sur la notification aux partenaires, 1997).

3.2 Le suivi des adolescentes enceintes

Bien que des efforts considérables soient consentis afin de réduire ou retarder la grossesse chez les jeunes, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre d'entre elles vivent une grossesse pendant leurs années d'adolescence. En effet, en 1994, pour l'ensemble des territoires de CLSC de la région 03, on enregistrait pas moins de 223 naissances chez les jeunes filles de 15-19 ans (Cyr, Dumas et Guilbert, 1997). Devant le nombre toujours important de grossesses chez les adolescentes, devant le fait que ces mères adolescentes sont plus susceptibles de donner naissance à des bébés prématurés ou de petit poids (Charbonneau et autres, 1989) et que devenir parent à l'adolescence place les jeunes couples, les jeunes mères et les jeunes enfants dans des perspectives malheureuses (Bouchard et autres, 1991), des recommandations ont été formulées par le Comité Famille-Enfance de la Division communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec en 1989. Il est notamment préconisé que les CLSC offrent prioritairement un soutien prénatal multidisciplinaire individuel ou de groupe aux adolescentes, qu'un plan d'intervention prénatal, périnatal et postnatal adapté soit instauré pour chacune des adolescentes, que des CLSC des territoires socio-économiquement défavorisés puissent intégrer des médecins qui assureront, à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire, le suivi médical des adolescentes enceintes et, enfin, que soit amélioré le soutien postnatal

aux parents adolescents afin de favoriser le développement de leur compétence parentale (Charbonneau et autres, 1989).

3.3 L'intégration des services en matière de MTS et de planification des naissances

Les politiques sur les MTS et celles sur la planification des naissances recommandent d'offrir, d'une manière intégrée, des services à la fois pour les MTS et la planification des naissances (Santé Canada, 1998; MSSS, 1995). Les orientations ministérielles en matière de planification des naissances précisent le rôle des CLSC. Ceux-ci doivent « répondre aux besoins particuliers des jeunes en leur offrant des services adaptés en matière de contraception, d'interruption volontaire de grossesse, de sexualité (et de MTS le cas échéant), allant de l'information à la consultation et au suivi » (MSSS, 1995). La qualité des interventions devrait être telle que les services ne doivent pas orienter mais soutenir toutes les personnes qui consultent, hommes et femmes, adolescents et adolescentes, dans l'exercice de leurs choix, particulièrement en planification des naissances (MSSS, 1995).

3.4 L'adaptation des services à la population ciblée

Il est bien connu que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes constituent toujours un des groupes les plus touchés par l'infection au VIH et le sida (CQCS, 1999) et que des conditions particulières de vulnérabilité viennent parfois compliquer la situation, notamment la discrimination (MSSS, 1998). Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec affirme que tous les groupes touchés par l'infection au VIH et le sida doivent bénéficier de services qui soient socialement et culturellement

appropriés. Aussi, considère-t-il de la plus haute importance de rompre le silence des intervenants et des intervenantes sur la question de l'homosexualité et de briser l'isolement des personnes homosexuelles qui ont besoin de services. Il recommande donc de favoriser, dans les établissements de chaque région, un accueil sans préjugés et des interventions adaptées aux réalités de la population homosexuelle de manière à ce que celle-ci reçoive des services de qualité requis pour le maintien ou l'amélioration de leur santé et de leur bien-être (MSSS, 1997). De plus, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, dans ses cibles d'action en promotion de la santé et en prévention, pour la période 2000-2003, préconise le soutien du milieu scolaire dans sa mission de développement des habiletés personnelles et sociales des jeunes afin de leur permettre de mieux composer avec différents facteurs de vulnérabilité, notamment l'homosexualité (RRSSS, 2000).

BIBLIOGRAPHIE

Berthelot, P (1996), « Des jeunes hommes et leur orientation sexuelle stigmatisée », *Revue sexologique*, 4(1) : 7-27.

Berthelot, P (1998), *Jeunes homosexuels 14-17 ans. Modèle d'intervention de groupe*, Beauport, Direction de la santé publique de Québec.

Binet, L; Trottier, G; Girard, C; Noël, L; Pelletier, R; Otis, J; Baillargeon, L; Séguin, S (2000), *Mon bien-être sexuel et celui de l'autre. Approche d'éducation et de prévention des comportements à risque à l'École de la Rue*, Maison Dauphine, Rapport d'évaluation, (s.l.).

Bouchard, C et autres (1991), *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail pour les jeunes, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cates, W; Stone, KM (1992), « Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update – part II, *Family Planning Perspectives*, 24(3) : 122-128.

Chamberland, M (s.d.). *Bilan du projet de prévention «Opération j'capote»*, Québec, Les Œuvres de la Maison Dauphine inc.

Charbonneau, L; Forget, G; Frappier, JY; Gaudreault, A; Guilbert, E; Marquis, N (1989), *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Québec.

Cloutier, R (1996), *Psychologie de l'adolescence*, 2^e édition, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

Cloutier, R; Champoux, L; Jacques, C; Chamberland, S (1994), *Enquête « Ados, familles et milieux de vie »*, Québec, Université Laval, CRSC.

CQCS (1999), *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), Québec, cas cumulatifs 1979-1999, mise à jour no 1999-2*, Montréal, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Unité Maladies infectieuses, Programme de surveillance du sida au Québec.

Cyr, L; Dumas, S; Guilbert, É (1997), *Grossesse à l'adolescence et interruption volontaire de grossesse. État de situation et organisation des services de prévention, Régions 03 et 12, 1994*, Beauport, Centre de santé publique de Québec.

Entraide Jeunesse Québec (1992), *Le trèfle à quatre feuilles*, document non publié, Québec.

Flinn, SK; Davis, L; Pasarell, S; Shah, J; Zare, R (1998), « Adolescent Pregnancy and Too-Early Childbearing », dans Henderson, A., Champlin, S., Evashwick, W. (Eds), *Promoting Teen Health : Linking Schools, Health Organizations, and Community*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 132-150.

Forget, J (1999), *Toxicomanie et réduction des méfaits*, Les cahiers du CPLT, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Gagné, MH; Lavoie, F; Hébert, M (1994), « La violence sexuelle dans les fréquentations chez un groupe d'adolescents et d'adolescentes », *Revue sexologique*, 2(1) : 145-169.

Groupe de travail sur la notification aux partenaires (1997), *Lignes directrices concernant la notification aux partenaires dans le cas de VIH/sida*, Rédigé par les membres du groupe de travail sur la notification aux partenaires du comité consultatif

fédéral/provincial/territorial sur le VIH/sida, Ottawa, Association canadienne de santé publique.

Guérin, O (1997), *Expérimentation d'un programme de prévention auprès d'une clientèle féminine en difficulté d'adaptation*, essai de maîtrise non publié, Québec, Université Laval, École de service social.

Gunatilake, S (1998), « Recognizing and Preventing Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents », dans Henderson, A; Champlin, S; Evashwick, W (Eds), *Promoting Teen Health : Linking Schools, Health Organizations, and Community*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 100-116.

Janz, NK; Zimmerman, MA; Wren, PA; Israël, BA; Freudenberg, N; Carter, RJ (1996), « Evaluation of 37 AIDS Prevention Projects : Successful Approaches and Barriers to Program Effectiveness », *Health Education Quarterly*, 23(1) : 80-97.

Kirby, D (1997), « No Easy Answers : Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy », *The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy*, Washington, DC.

Kirby, D (1999), « Reflections on Two Decades of Research on Teen Sexual Behavior and Pregnancy », *Journal of School Health*, 69(3) : 89-94.

Lavoie, F; Mercier, N; Piché, C (1991), « Recension des programmes de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes », *Apprentissage et Socialisation*, 14(3) : 179-192.

Lavoie, F; Vézina, L; Piché, C; Boivin, M (1995), « Evaluation of Prevention Program for Violence in Teen Dating Relationships », *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4) : 299-313.

Lavoie, F; Vézina, L; Gosselin, A; Robitaille, L (1993), *VIRAJ : Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995), *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997), *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*, Orientations ministérielles, Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998), *Priorités nationales de santé publique 1997-2000*, Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000a), *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération) 2000*, Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000b), *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, Orientations 2000-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001), *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, Gouvernement du Québec.

Otis, J (1996), *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH. Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Otis, J; Baillargeon, L; Côté, R; Vermette, G; Fournier, K; Séguin, S; Veilleux, D; Rousseau, J; Burelle, R; Audet, MC; Godin, G; Fortin, C (1999), *Mon bien-être sexuel et celui de l'autre. Validation d'un design pédagogique destiné à mettre en œuvre l'approche expérientielle appliquée au bien-être sexuel et à la prévention des MTS et du sida auprès de jeunes en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*, Rapport de recherche, Sainte-Marie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de la santé publique.

Otis, J; Roy, E; Burelle, R; Thabet, C (1997), «Le sida et ses répercussions chez les adolescents », dans Lévy, JJ; Cohen, H (sous la direction de), *Le sida : Aspects psychosociaux, culturels et éthiques*, Montréal, Éditions du Méridien.

Parent, R; Alary, M (2000), *Analyse des cas de chlamydiae, de gonorrhée, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile : 1995-1995*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Rochon, M (1997), *Taux de grossesse à l'adolescence Québec, 1980 à 1995, Régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service de la recherche.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1997), *Plan d'action en matière de planification des naissances, Région de Québec (03)*, Québec.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), *Cibles d'action en promotion de la santé et en prévention pour la période 2000-2003*, Québec.

Rochon, M (1999), *Taux de grossesse à l'adolescence Québec, 1995-1997*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service de la recherche.

Santé Canada (1998), *L'essentiel des Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Ottawa, Laboratoire de lutte contre la maladie, Division de la prévention et de la lutte contre les MTS.

Santé Canada (1999), *Le VIH et le sida chez les jeunes au Canada*, Ottawa, Division générale de la protection de la santé, Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida et des MTS, Laboratoire de lutte contre la maladie.

Santé Québec (1992), *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tourigny, M; Guillot, M-L (1999), *Conséquences entourant la prise en charge par les services sociaux et judiciaires des enfants (0-17 ans) victimes d'agression sexuelle*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.



SANTÉ MENTALE

Par Monique Comeau

QUELQUES PRÉCISIONS TERMINOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES

Une terminologie variée pour des phénomènes apparentés. Selon les auteures et auteurs consultés, les référents terminologiques pour parler de problématiques psychosociales typiques de l'adolescence fluctuent beaucoup. Il sera tour à tour question d'inadaptation sociale ou de problèmes d'adaptation sociale, ou encore de problèmes de comportement, qu'ils soient extériorisés ou intériorisés, sans qu'aucune allusion à la santé ou à la maladie mentale soit faite. D'autres documents vont favoriser l'usage de termes tels que problèmes psychologiques, détresse émotionnelle, difficultés psychiques ou problèmes de santé mentale. L'univers psychiatrique regroupe, pour sa part, l'ensemble de ces conduites adolescentes selon différents critères diagnostiques établissant la présence d'une pathologie mentale, d'un trouble mental.

De la maladie mentale à la santé mentale. Sans vouloir alimenter une polémique, il importe de soulever un malaise relativement au choix des mots dans ce domaine d'intervention. Tudor (1996) fait une éloquente démonstration de la confusion qu'a générée il y a un peu plus de vingt ans la censure du terme maladie mentale pour le remplacer par celui de santé mentale, moins stigmatisant. Cet auteur dénonce le fait que le même terme, la santé mentale, désigne ou est utilisé pour parler de son exact contraire, la maladie mentale.

Des moyens diagnostiques encore peu assurés. À la grande confusion terminologique s'ajoutent le peu de validité des instruments d'évaluation des problèmes de comportement ainsi que le manque d'uniformité dans les outils nosographiques disponibles. Cet état de fait explique en grande partie les prévalences variées des troubles observées dans la littérature scientifique (Gagnon et Vitaro, 2000; Henderson, 2000).

ÉTAT DE LA SITUATION

1. Les transitions, les états et les événements difficiles de la vie

Le passage de l'école primaire à l'école secondaire. Le début de l'adolescence marque chez la plupart des jeunes le passage de l'école primaire à l'école secondaire, vu comme l'une des transitions importantes de la vie. Le passage au secondaire nécessite un ajustement pour tous et toutes, mais la situation sera plus aisée pour les jeunes qui réussissent bien à l'école et dont les parents valorisent les études (Cloutier, 1996). Comme le rappelle la revue de documentation d'Ayotte et Laurendeau (1999), ce passage exige l'apprentissage de nouveaux rôles, la reconstruction d'un réseau de ressources et la réorganisation de ses perceptions du monde. Cette transition a surtout été étudiée sous l'angle de ses effets potentiels sur l'estime de soi et l'adaptation à la vie scolaire (Ayotte et Laurendeau, 1999) ou sur l'usage de substances psychoactives (RRSSS de Québec, 1998).

Les changements pubertaires. Selon Tanner (1998), il faut garder en tête un phénomène biologique qui modèle de manière importante les rapports de l'adolescente ou de l'adolescent avec lui-même mais aussi avec l'entourage : la maturation pubertaire se produit habituellement deux années plus tôt chez les adolescentes que chez les adolescents. Il importe de se rappeler également les écarts importants entre jeunes du même âge, tant chez les filles que chez les garçons. En effet, certains jeunes ont terminé leur développement alors que d'autres ne manifestent encore aucun signe de puberté. La maturation physique et sexuelle constitue une étape stressante du développement, particulièrement pour les filles, chez qui cette précocité a été associée au fait d'avoir une moins bonne image corporelle d'elles-mêmes et une moins grande estime personnelle.

La rupture des parents. Il est difficile d'estimer la proportion de jeunes qui vivront pendant leur cours secondaire la désunion de leurs parents. Diverses études québécoises informent toutefois qu'au secondaire 70 % des jeunes vivent dans leur famille intacte, les autres ayant vu cette structure se modifier (Institut de la statistique du Québec, 1998). Cet événement stressant cause des perturbations d'ordres physiologique et psychologique chez les adolescentes et les adolescents (Thompson, 1998). Une étude récente a constaté des liens statistiquement significatifs entre la rupture parentale et des problèmes de comportements extériorisés. L'hypothèse la plus plausible pour expliquer ce phénomène serait que le parent devenu chef de famille – souvent la mère – exercerait moins de supervision parentale à cause de sa surcharge de travail, de ses problèmes économiques et de ses soucis, voire de ses humeurs dépressives, ce qui entraînerait chez l'adolescente ou

l'adolescent une diminution de sa performance scolaire, une faible estime personnelle, une détresse psychologique, une association avec des jeunes déviants, une activité sexuelle précoce et l'usage de substances psychotropes (Simons et autres, 1999).

La recomposition familiale. Environ 11 % des jeunes du secondaire vivent dans une famille recomposée (Institut de la statistique du Québec, 1998). Selon les écrits recensés par Saint-Jacques, Drapeau et Cloutier (2000), les adolescentes et les adolescents de familles recomposées seraient deux fois plus à risque de vivre des difficultés d'adaptation. Comme le constatent Parent et Beaudry (1997), ces nouvelles unions sont encore plus fragiles que les premières et les difficultés vécues comportent un potentiel de risque important pour la stabilité de tous les membres de la famille.

La découverte de son homosexualité. Dans un contexte encore hostile à la réalité homosexuelle, rien ne facilite la démarche d'acceptation personnelle ou le dévoilement de son orientation sexuelle. Parmi ces jeunes au parcours identitaire différent, plusieurs vivent des menaces à leur sécurité et à leur développement harmonieux, en partie à cause de la rareté de modèles positifs mais aussi par la difficulté que pose la perception d'une différence à une période de la vie où l'identification aux pairs est cruciale (Berthelot, 1996). Dorais (2000) souligne d'ailleurs que devant les difficultés d'adaptation que peuvent vivre les personnes homosexuelles et le fait que leur environnement ne leur offre souvent pas le soutien adéquat, leur malaise peut être suffisant pour en amener plusieurs « à renoncer au désir de vivre ».

La violence dans les relations amoureuses. La violence dans le couple est définie

comme tout geste ayant pour effet de nuire au développement de l'autre en compromettant son intégrité physique, sexuelle ou psychologique. Il s'établit une relation de domination, de contrôle, où l'un est actif (agresseur) et l'autre est passif (agressé). Les couples adolescents ne sont pas exempts de ces manifestations de violence, mais la prévalence est difficile à établir compte tenu de la rareté des recherches et surtout, du manque d'uniformité dans l'utilisation d'un concept aussi complexe. Les filles sont plus nombreuses que les garçons à être victimes de violence. Les recherches mettent en lumière l'association entre des problèmes de santé mentale et la violence au sein du couple adolescent, encore plus évidente lorsqu'elle s'ajoute à un passé de violence sexuelle pendant l'enfance (Lavoie, 2000). La dépression modérée et grave chez les filles victimes de violence dans leurs relations amoureuses constitue le diagnostic le plus fréquent, suivi des troubles anxieux. La situation des garçons agresseurs ou victimes et celle des filles agresseuses ont été peu étudiées (Lavoie, 2000). Il semble également, selon les études recensées par Lavoie (2000), que le phénomène de revictimisation est fréquent chez les filles qui ont vécu de la violence dans leurs relations adolescentes, les rendant moins confiantes dans leur capacité à réagir adéquatement dans des situations de violence.

La maladie d'un des parents. Le lien entre la maladie physique prolongée ou la maladie mentale d'un de ses parents et les difficultés vécues par les enfants ou les adolescents et les adolescentes a été documenté (Seifer, 1996; Ayotte et Laurendeau, 1999). La dépression et autres troubles de l'humeur des parents ont été reconnus comme des facteurs de tension qui placent les jeunes à risque de

mésadaptation et d'humeur dépressive (Institute of Medicine, 1994).

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte.

La période qui s'étend de 16 à 23 ans constitue une phase particulièrement cruciale de la définition d'un projet d'insertion dans l'âge adulte. Qu'il s'agisse de l'engagement dans un programme d'études, de l'entrée à temps plein sur le marché du travail, du projet de couple ou d'enfant, plusieurs choix majeurs marquent de façon déterminante ces années vers l'autonomie et s'avèrent à plusieurs égards générateurs de tensions.

Le retrait précoce des activités usuelles.

Le stress est commun à tous, mais certains jeunes de 16 à 18 ans inquiètent plus particulièrement par leur absence des lieux usuels d'activité des jeunes et leur «déconnection» du monde scolaire, du marché du travail et de la vie en société. Bien qu'il soit de plus en plus admis de prendre tôt au cours de sa vie une «année sabbatique», le phénomène de «déconnection» devient préoccupant chez les jeunes qui restent en marge, sans projet, pendant trois années consécutives ou plus. L'étude réalisée par Besharov et Gardiner (1998) révèle que ces jeunes gens vivent des problèmes chroniques sur les plans social et socio-économique (difficulté d'insertion professionnelle, divorce, séjour en prison, revenu annuel minimal). Les adolescentes et les adolescents qui sont à très haut risque de vivre ce retrait important présentent des caractéristiques communes : leurs parents ont quitté prématurément l'école secondaire, leur famille est prestataire de l'aide gouvernementale, leurs habiletés intellectuelles ou leurs performances scolaires sont moindres, ils abandonnent le secondaire avant d'obtenir leur diplôme, ils font usage de substances psychotropes, ils se retrouvent parents plus tôt que les jeunes insérés socialement (Besharov et Gardiner,

1998). Pour les lectrices et les lecteurs intéressés à se documenter sur les caractéristiques et les conséquences du vécu d'une partie de ces jeunes « déconnectés », une section de ce document aborde spécifiquement la problématique des jeunes de la rue.

2. Les problèmes de santé mentale les plus fréquents à l'adolescence

La détresse psychologique rapportée. L'indicateur de santé mentale utilisé dans les enquêtes de Santé Québec est la détresse psychologique et il s'applique aux personnes de 15 ans et plus. En 1992-1993, ce sont 37 % des jeunes de 15 à 19 ans qui se retrouvent dans la catégorie élevée sur l'échelle de la détresse psychologique (Camirand, 1996). Tant chez les garçons que chez les filles, le fait de vivre dans un ménage non familial et celui de décrire son soutien social comme faible semblent être liés à la détresse psychologique élevée ; par contre, l'aisance économique et la perception de son état de santé comme excellent ou très bon paraissent, pour les 15-19 ans, présager une prévalence moindre de détresse élevée (Camirand, 1996).

Les troubles anxieux. La prévalence des troubles anxieux chez les enfants et les adolescentes et adolescents serait de 10 à 20 % (Turgeon et Brousseau, 2000). Par ordre d'importance, cette catégorie regroupe la phobie spécifique, l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée, la phobie sociale, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif et le stress post-traumatique. La présence de comorbidité (dépression, trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, abus de substances psychotropes, trouble des conduites) est très élevée chez les jeunes présentant un trouble anxieux. Les recherches indiquent que les troubles

anxieux sont susceptibles d'entraver le fonctionnement de l'enfant ou du jeune sur le plan interpersonnel ou scolaire. Les jeunes présentant des troubles anxieux, sans être rejetés, seront plus négligés par leurs pairs qui les perçoivent comme moins socialement compétents (Turgeon et Brousseau, 2000). Des liens entre la présence de troubles anxieux pendant l'enfance et pendant l'âge adulte ont été clairement démontrés. De plus, une étude longitudinale a montré que les adolescentes et les adolescents présentant un trouble anxieux sont plus sujets à développer un trouble dépressif ou la maladie bipolaire au début de l'âge adulte (Johnson, Cohen et Brook, 2000). D'après Turgeon et Brousseau (2000), bien que peu d'études s'attardent aux troubles anxieux, différents facteurs de risque ont été répertoriés. Ces troubles touchent une fois et demie à trois fois plus de filles que de garçons. Quant aux phobies spécifiques, neuf fois plus de filles que de gars en sont atteintes. Un autre facteur de risque est associé au tempérament de l'enfant caractérisé par une inhibition comportementale devant la nouveauté, de la gêne et de l'évitement. Les pratiques parentales de surprotection, de contrôle exagéré, le renforcement des comportements d'évitement et le manque de renforcement des comportements de bravoure ont également été mis en relation avec ce trouble mental chez les jeunes. Enfin, la psychopathologie des parents constitue un facteur de risque important : les enfants dont les parents sont anxieux ou dépressifs courent un risque important d'éprouver un problème d'anxiété.

Le trouble dépressif. Dans un document récent, Saint-Jacques, McKinnon et Potvin (1999) rappellent les différents symptômes de ce trouble : irritabilité excessive, déprime ou tristesse permanente, perte d'intérêt ou de plaisir pour toute activité, perte ou gain

d'appétit ou de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement, fatigue ou manque d'énergie, dévalorisation ou culpabilité excessive, difficulté de concentration, pensées récurrentes de mort ou de suicide. L'humeur dépressive aurait été constatée chez 20 à 35 % des adolescents et chez 25 à 40 % des adolescentes, alors qu'un syndrome dépressif aurait été découvert chez 16 % des élèves québécois du secondaire participant à une étude (Marcotte, 2000). Le trouble dépressif est le diagnostic le plus souvent posé (42 %) par les professionnelles et les professionnels de la santé mentale qui rencontrent des jeunes (Marcotte, 2000).

L'augmentation des symptômes dépressifs est dramatique entre l'enfance et l'adolescence. Alors que pendant l'enfance les garçons et les filles sont également dépressifs, à l'adolescence deux fois plus de filles que de garçons présentent ce trouble. Encore ici, la présence de comorbidité serait fréquente, particulièrement les troubles anxieux, le trouble des conduites et l'abus de substances psychotropes. Le premier épisode dépressif serait remarqué dès l'âge de 12 ou 13 ans chez les jeunes qui présentent une histoire familiale de dépression; il se produirait vers 16 ou 17 ans en l'absence de cette caractéristique familiale (Marcotte, 2000). C'est autour de l'âge de 16 ans que se manifestent le plus les symptômes dépressifs. La présence d'une histoire familiale de dépression est le facteur de risque non démographique le plus important pour les troubles affectifs. En fait, les jeunes issus de ces familles présentent un risque quatre fois plus élevé de vivre une dépression (Marcotte, 2000). Saint-Jacques, McKinnon et Potvin (1999) font remarquer que chez les jeunes pris en charge par les centres jeunesse l'incidence et la sévérité de la dépression sont comparables à celles observées dans une population adolescente

psychiatisée. Les recherches récentes mettent en lumière un rapport étroit qui n'avait pas encore beaucoup attiré l'attention au secondaire : il s'agit du lien entre la dépression des jeunes, les difficultés d'apprentissage et l'abandon scolaire (Marcotte, 2000).

Les troubles de la conduite alimentaire.

Au-delà de la préoccupation à l'égard du poids abordée dans la section de ce document qui traite de l'alimentation et de l'activité physique, la conduite alimentaire peut devenir pathologique. Ces troubles, presque exclusivement féminins, sont surtout connus par les deux manifestations que sont l'anorexie nerveuse et la boulimie. La première se manifeste par le refus de maintenir son poids corporel minimum normal, la peur intense de prendre du poids et l'altération de la perception de son corps. La prévalence de l'anorexie serait de 0,5 à 1 % (APA, 1996). La seconde manifestation se reconnaît par l'absorption en peu de temps d'une quantité importante d'aliments, par le sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire, par le recours récurrent aux vomissements, aux laxatifs, aux diurétiques, aux lavements, aux jeûnes, à l'exercice physique excessif et par une estime de soi influencée par la forme corporelle. La prévalence de la boulimie serait de 1 à 3 % (APA, 1996). Wilkins (1998) fait état de deux études réalisées au Québec où il est constaté que plusieurs adolescentes présentent un trouble de la conduite alimentaire sous-clinique, c'est-à-dire qu'il manque une ou deux caractéristiques du trouble pour certifier le diagnostic : près de 15 % des jeunes femmes interrogées tant au secondaire qu'au collégial avaient des attitudes et des comportements inadaptés face à l'alimentation et au poids.

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Ce trouble est caractérisé par une longue liste de symptômes dont bon nombre doivent être apparus avant l'âge de 7 ans : difficulté de prêter attention aux détails, difficulté de soutenir son attention, difficulté de se conformer aux consignes, difficulté d'organiser ses travaux, perte régulière d'objets nécessaires au travail ou au jeu, distraction facile par des stimulants externes, oublis fréquents. En présence d'hyperactivité, s'ajoutent l'agitation physique, la volubilité, la difficulté d'attendre, l'interruption régulière des autres. Ce trouble toucherait les garçons trois fois plus que les filles (Turner, 2000). La prévalence est difficile à établir étant donné le manque de rigueur souvent observé dans l'établissement du diagnostic. Toutefois, dans un rapport récent utilisant des données québécoises, elle est estimée entre 3 et 5 % des enfants (MEQ, 2000). Contrairement à l'idée répandue de la disparition du trouble au début de l'adolescence, de 30 à 70 % des enfants diagnostiqués présenteraient encore ce trouble une fois adultes (Larochelle et Racine, 2000).

Le trouble de l'opposition avec provocation. Il s'agit d'un ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs persistant pendant au moins six mois : colères fréquentes, contestation des adultes, refus de se plier aux règles, dérangement délibéré d'autrui, accusation d'autrui pour ses propres mauvaises conduites, susceptibilité ou agacement facile, ressentiment, méchanceté ou attitude vindicative (APA, 1996). Le trouble de l'opposition est parfois difficile à distinguer du trouble des conduites : il serait une forme mineure et souvent annonciatrice du trouble des conduites (Saint-Jacques, McKinnon et Potvin, 1999).

Le trouble des conduites. Il s'agit des troubles associés à l'ensemble des conduites, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet : agressions envers des personnes ou des animaux, destruction de biens matériels, fraude ou vol, violations graves de règles établies (non-respect des consignes données par les parents, fugues, absences scolaires fréquentes) (APA, 1996). Ce trouble est considéré comme la psychopathologie infantile la plus stable et la plus persistante (Frick et Loney, 1999). Selon les diverses sources consultées par Gagnon et Vitaro (2000), la prévalence du trouble des conduites varierait de 6 à 16 % chez les garçons et de 2 à 9 % chez les filles. Les mêmes auteurs soulignent que plus de la moitié des jeunes portant ce diagnostic présentent également des symptômes d'un autre diagnostic, régulièrement celui du trouble de l'opposition avec provocation mais aussi celui du TDAH. Un double diagnostic est considéré comme prédicteur d'une aggravation plus rapide des difficultés comportementales et de leur persistance tout au long de l'adolescence et de la vie adulte (Pakiz, Reinherz et Giaconia, 1998). Par ailleurs, les liens entre le trouble des conduites et l'utilisation de substances psychotropes de même qu'avec les difficultés de fonctionnement scolaire et social ont été maintes fois démontrés (Gagnon et Vitaro, 2000; Tremblay, LeMarquand et Vitaro, 1999).

La dépendance aux jeux de hasard et d'argent. Ce trouble se manifeste par la pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu (APA, 1996). À l'adolescence, les activités de jeu sont essentiellement les loteries, les cartes et les paris sur l'issue d'événements sportifs. Diverses données québécoises tirées de l'analyse de Ferland et

Ladouceur (2000) sont révélatrices de la situation : en 1988, une étude indiquait que 24 % des élèves du secondaire étaient des joueurs réguliers et des joueuses régulières. En 1998, une autre étude informait que 19 % des adolescents et 8 % des adolescentes interrogés jouaient toutes les semaines, alors que près de 4 % des garçons et 1,5 % des filles éprouvaient des problèmes de jeu. Cette dernière donnée fait passer le taux de prévalence du jeu pathologique chez les jeunes de 12 à 18 ans du Québec à 2,6 %. Il semble que les proportions de joueurs et joueuses pathologiques et de joueurs et joueuses à risque sont plus élevées à l'adolescence qu'à l'âge adulte (Ferland et Ladouceur, 2000). Depuis 1993, au Québec, l'accessibilité aux jeux est de plusieurs façons facilitée et la problématique du jeu pathologique irait en s'aggravant. Les liens entre le jeu pathologique ou à risque chez les adolescentes et les adolescents et l'usage régulier de drogues, d'alcool et de tabac ainsi que les difficultés scolaires et les actes délinquants ont été démontrés (Ladouceur et autres, 1999). Les habitudes de jeu des parents sont associées à la probabilité élevée que les enfants s'adonnent à des activités de jeux de hasard et d'argent et en développent un problème (Ferland et Ladouceur, 2000).

L'abus de substances psychotropes. Une section de ce document porte exclusivement sur le tabac, l'alcool et les drogues; les lectrices et les lecteurs intéressés s'y référeront pour approfondir le sujet. Il importe de spécifier ici que l'usage abusif de tabac, d'alcool et de drogues et non l'expérimentation épisodique de ces produits trouve sa place dans les troubles mentaux (APA, 1996). Comme le rappelle Pépin (1996), la toxicomanie en elle-même n'explique rien et est associée à une foule de conditions psychiatriques, psychosociales, à des impasses existentielles, à des deuils non

résolus, à des problèmes professionnels et économiques, etc.

Les troubles de la personnalité. Cette large catégorie de troubles est habituellement réservée aux adultes, bien que des manifestations peuvent déjà s'observer au cours de l'adolescence. La prévalence des troubles de la personnalité n'est pas connue puisque la plupart des individus qui en souffrent n'iront jamais consulter (Coleman, Butcher et Carson, 1980). Les troubles de la personnalité sont issus d'un développement immature de la personnalité causant de manière persistante des perceptions et des réactions inadaptées. Deux des points communs des personnes présentant un trouble de la personnalité sont les relations interpersonnelles chaotiques et la difficulté de répondre positivement au traitement psychothérapeutique (Coleman, Butcher et Carson, 1980). Rappelons qu'il existe plusieurs troubles de la personnalité dont les plus connus sont les suivants : antisocial, dépendant, évitant, histrionique, limite (*borderline*), multiple, narcissique, obsessionnel-compulsif, paranoïaque, passif-agressif, schizoïde et schizotypique.

3. Les liens entre maladie mentale et suicide

La thématique du suicide est traitée dans une section spécifique de ce document, mais il importe de rappeler les liens étroits qui existent entre les problèmes de santé mentale des adolescents et des adolescentes et l'acte suicidaire. En effet, il semble que les troubles mentaux constituent un facteur de risque chez 90 % des jeunes qui se donnent la mort (Turgeon et Brousseau, 2000). Le trouble dépressif, les troubles anxieux, les troubles de l'opposition ou des conduites ainsi que le TDAH s'avèrent les plus régulièrement recensés lors de l'autopsie

psychologique des jeunes décédés par suicide.

4. Le recours aux services de santé et aux services sociaux

Selon différents organismes publics et gouvernementaux, près de 10 % des jeunes du primaire et du secondaire auront besoin de services spécialisés afin de surmonter des problèmes émotionnels ou comportementaux (Bowen et autres, 2000).

L'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans (Valla et autres, 1994) a révélé qu'en milieu scolaire, chez les jeunes de 12 à 14 ans, l'obtention des services d'orthopédagogie est le lot de 5,5 % d'entre eux, alors que les services d'un ou une psychologue ou d'un travailleur social ou d'une travailleuse sociale ont été requis par 4,7 % de l'échantillon. Moins de 1 % des adolescentes et adolescents ont consulté un ou une orthophoniste. Hors du milieu scolaire, le bureau privé du médecin et le ou la psychologue étaient le plus consultés (1,9 %), suivis par le CLSC (1,2 %) et l'urgence d'un centre hospitalier (1,1 %). Il faut surtout retenir que les jeunes de 12-14 ans consulteraient plus régulièrement les représentantes et les représentants du corps médical, même pour des problèmes émotionnels ou de comportement.

La perception par les parents du besoin d'aide constitue également une variable non négligeable dans le choix de recourir à une aide professionnelle (Valla et autres, 1994). Il est possible que les troubles intériorisés des filles attirent moins l'attention parentale que les troubles extériorisés des garçons. Valla et son équipe (1994) ont constaté que les quatre raisons invoquées le plus fréquemment par les parents pour ne pas recourir à des services professionnels hors

du milieu scolaire étaient de croire que le problème passerait avec le temps (30 %), de vouloir régler le problème eux-mêmes (24 %), de juger le problème comme insuffisamment important (24 %) et de ne pas savoir où s'adresser pour obtenir de l'aide (19 %).

Chez les jeunes de 15 à 19 ans ayant participé à l'enquête Santé Québec, un peu plus d'un sur dix se classait dans la catégorie élevée sur l'échelle de la détresse psychologique et a déclaré avoir « consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations » (Camirand, 1996).

Une étude montréalaise réalisée dans des écoles secondaires fait clairement ressortir que les garçons et les filles n'ont pas la même conception des choses en ce qui regarde leur manière faire face aux menaces à l'endroit de leur santé mentale (Villeneuve et autres, 1996). Les filles donnent beaucoup d'importance au fait de se comprendre et de s'exprimer ; conséquemment, elles déclarent recourir plus régulièrement à une aide professionnelle lorsqu'elles sont confrontées à un problème. Les garçons accordent plus d'importance à la fatalité et à l'évitement des ennuis comme stratégie pour surmonter les problèmes et ils ont donné, dans le questionnaire, moins de valeur au recours à l'aide professionnelle (Villeneuve et autres, 1996).

LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS

Comme les problèmes de santé mentale exposés dans la section précédente sont extrêmement variés et commandent des interventions spécifiques, il apparaît opportun de commencer cette section par un survol des actions de promotion de la santé

et de prévention expérimentées face à plusieurs des éléments présentés dans l'état de la situation. Une fois recensées les interventions inefficaces et celles qui semblent prometteuses ou efficaces, il sera plus aisé de dégager les conditions de succès en promotion de la santé mentale et en prévention des problèmes de santé mentale.

1. En promotion de la santé mentale et en prévention des problèmes de santé mentale

1.1 Survol des interventions en promotion de la santé mentale et en prévention des problèmes de santé mentale auprès des jeunes de 12 à 17 ans

1.1.1 Les activités de sensibilisation aux maladies mentales

Les activités de sensibilisation doivent être vues comme un ingrédient nécessaire mais non suffisant pour faire la promotion de la santé mentale. Ces courtes animations peuvent conscientiser les jeunes du secondaire à la condition qu'elles s'insèrent dans une mosaïque locale de programmes plus intenses et spécifiques de même que d'actions de prise en charge de jeunes déjà aux prises avec des problèmes.

- Pour contrer les préjugés

Bien que les thèmes de la santé et de la maladie mentales soient maintenant plus couramment abordés dans la vie de tous les jours, la méconnaissance du sujet et les préjugés négatifs tenaces qui y sont associés motivent l'organisation formelle d'activités de sensibilisation. Une recherche en territoire anglophone a démontré que la participation à une activité de formation sur le thème des maladies mentales a généré des changements positifs dans les perceptions

des jeunes du secondaire (Hébert, Voyer et Valois, 1998). Ce genre d'activités vise donc à modifier des normes sociales.

Dans la région de Québec, l'organisme communautaire Océan offre depuis quelques années ce type de sensibilisation à l'activité *Prisme* dans la presque totalité des écoles secondaires. Il s'agit d'une activité de démystification de la maladie mentale dans laquelle on laisse place à une réflexion sur les moyens de prendre soin de sa santé mentale. Les jeunes discutent de la nécessité d'obtenir de l'aide et une carte de ressources de format portefeuille leur est remise. L'animation interactive dure 75 minutes par classe et s'adresse préférentiellement à des jeunes des 3^e, 4^e et 5^e années du secondaire. Dans la même optique de sensibilisation à la maladie mentale, la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM) a expérimenté et évalué un programme de huit leçons intitulé «*Les préjugés...j'en connais pas!*». Ce programme est conçu pour les élèves de 5^e secondaire et peut être animé par le personnel scolaire. L'évaluation au moyen d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin d'élèves a révélé que le programme de sensibilisation permet d'augmenter les connaissances, de modifier les attitudes et de réduire la distance sociale exprimée vis-à-vis des personnes atteintes de maladie mentale (Hébert, Voyer et Valois, 1998; 2000).

- Pour favoriser la prise de conscience du caractère non anodin des troubles alimentaires et de la dépression à l'adolescence

La sensibilisation peut également être spécifique. À titre d'exemple, depuis quelques années une animation interactive de 75 minutes par classe a été mise au point par l'organisme communautaire La Maison de transition L'Éclaircie spécialisée dans les

troubles alimentaires. Cette activité intéresse plus directement les élèves des 3^e, 4^e et 5^e années du secondaire.

Il importe également de souligner la tournée nationale de la Fondation québécoise des maladies mentales qui aborde habituellement les jeunes de 4^e secondaire avec une activité de 75 minutes dédiée au phénomène de la dépression à l'adolescence : préjugés, statistiques, symptômes, façon d'apporter son aide à un ami ou à une amie qu'on soupçonne en dépression, ressources d'aide à l'école et dans la communauté. Il s'agit de *Solidaires pour la vie*.

1.1.2 Les programmes

On ne saurait s'attendre à des effets extraordinaires et durables d'interventions dont la durée n'excède pas quelques semaines et qui ne sont pas suivies de rappels réguliers (Gagnon et Vitaro, 2000). Très peu de programmes à visée universelle, sélective ou indiquée répondent à cet incontournable prérequis. Cette section du texte est centrée sur les programmes (québécois, lorsqu'ils existent) qui ont démontré leur inefficacité ou leur efficacité à modifier des comportements liés à la santé mentale des jeunes.

Le passage de l'école primaire à l'école secondaire. Comme le précise le document de la RRSSS de Québec (1998), les interventions préventives universelles efficaces pour faciliter la transition de l'école primaire à l'école secondaire sont soit une réorganisation de l'environnement scolaire, soit des interventions visant l'amélioration de l'estime de soi.

Dans le premier cas, il s'agit d'opérer une réorganisation de l'environnement de la polyvalente pour réduire sa complexité sociale et physique et de repenser le rôle du

personnel scolaire. Une expérience américaine concluante est résumée dans un des avis du Comité de la santé mentale du Québec (Blanchet et autres, 1993); il s'agit du *School Transitional Environment Project*.

Dans le second cas, touchant davantage le registre des compétences personnelles et sociales que celui des aspects organisationnels, la Direction de santé publique de Montréal-Centre a expérimenté avec succès un programme visant l'adaptation des jeunes de 1^{re} et 2^e secondaire dans des écoles montréalaises défavorisées (Ayotte et Laurendeau, 1999). L'intervention universelle est adaptée du travail de pionnier effectué par Robert W. Reasoner et touchant à l'estime de soi, également appelée concept de soi et comportant plusieurs ramifications, tels le concept de soi académique et le plus travaillé par le programme de Montréal, le concept de soi relationnel, moral et général. Ce programme « clé en main », nommé *Le sac à dos* (RRSSS de Montréal-Centre, 2000), est offert par le personnel enseignant à raison de 19 leçons. Il vise à développer un sentiment de sécurité psychologique, un sentiment de pouvoir, le sentiment d'être soutenu sur les plans scolaire et social, à favoriser la poursuite de buts personnels significatifs ainsi qu'à améliorer la capacité de résoudre les problèmes scolaires et sociaux. La comparaison des mesures entre les jeunes qui ont suivi le programme et ceux et celles qui ne l'ont pas reçu démontre clairement les bénéfices de l'intervention (Ayotte et Laurendeau, 1999).

La rupture des parents et la recomposition familiale. À part le programme sélectif *EntramiS* adapté de l'américain et évalué en sol québécois auprès des enfants de 8 à 11 ans ayant vécu la séparation de leurs parents, on ne recense aucun autre programme ayant fait ses

preuves face à la problématique de la séparation conjugale (Saint-Jacques, McKinnon et Potvin, 1999). Une version américaine de *EntramiS* pour les 12-14 ans existe déjà, mais elle n'a pas encore fait l'objet d'une adaptation et d'une évaluation québécoises. Le programme *Entreprenants*, conçu et évalué à l'École de psychologie de l'Université Laval et destiné à faciliter l'adaptation des parents à la rupture, semble être une mesure sélective prometteuse (Nicole Lemieux, Ph.D. en psychologie, communication personnelle). Appliquer ce programme aux adultes en même temps qu'une intervention est menée auprès des enfants ou des adolescentes et des adolescents de la famille pourrait potentialiser la démarche d'adaptation familiale (Marcotte, 2000; Saint-Jacques, Drapeau et Cloutier, 2000).

Actuellement, il n'est pas encore possible de faire la promotion de programmes destinés à aider les enfants ou les parents de familles recomposées, faute de conceptions et d'évaluations rigoureuses (Saint-Jacques, Drapeau et Cloutier, 2000). Il existe toutefois dans la région de Québec, à Sainte-Foy plus exactement, un groupe communautaire nommé L'Horizon Familles monoparentales de Sainte-Ursule qui offre un service d'aidants et d'aidantes bénévoles pour les familles recomposées. Ce service novateur n'a cependant pas été évalué.

La découverte de son homosexualité. Une autre section de ce document, celle traitant de la sexualité, aborde la question de la découverte de l'homosexualité à l'adolescence et propose des pistes d'intervention pour faciliter l'acceptation de cet état de fait chez les jeunes qui l'expérimenteront. Les lectrices et les lecteurs intéressés par cette problématique pourront donc s'y documenter.

La violence dans les relations amoureuses. Mis à part quelques programmes évalués de conception américaine qui visent à prévenir la violence dans les couples adolescents et une expérience favorisant une approche intégrée en milieu scolaire et communautaire dont les résultats ne sont pas encore tous connus (Lavoie, 2000), le programme québécois évalué VIRAJ qui s'adresse aux jeunes de 3^e secondaire et est offert par l'organisme Entraide Jeunesse de Québec constitue un choix valable. Ce programme est également recensé dans la section de ce document portant sur la sexualité. Il s'agit d'un programme de type universel offert aux garçons et aux filles. Entraide Jeunesse offre une intervention structurée de deux rencontres en classe qui permet de sensibiliser les jeunes aux diverses formes de violence, à ce que signifie le contrôle abusif d'autrui, au changement de normes face à la violence, au traitement inégalitaire entre les sexes, à l'acquisition d'un comportement prosocial et à la responsabilité de l'acte violent.

Fait rare, une intervention de type indiqué basée sur une série de rencontres en petits groupes de huit à douze cible à la fois les jeunes à risque qui ont développé un agir violent dans les relations intimes et ceux et celles qui ont été victimes de violence (Wolfe et autres, 1996). Ce programme ontarien est en cours d'évaluation.

La maladie d'un des parents. Bien peu d'expériences évaluées ont été tentées afin d'offrir une intervention préventive de type sélectif à des jeunes du primaire et du secondaire dont un proche est atteint d'une maladie physique ou mentale. Toutefois, l'invitation à se pencher sur la situation de ces jeunes en détresse se fait de façon pressante, particulièrement dans les cas de maladie mentale d'un parent. Dans la région de Québec, un groupe communautaire, La

Boussole, offre depuis plus de deux ans une intervention de groupe sur plusieurs semaines à l'intention des jeunes vivant cette problématique. Un camp de jour leur est également destiné pendant la période estivale. À travers des activités ludiques ou la création artistique, des causeries et des exercices permettent aux participantes et aux participants de mieux saisir la nature des grandes maladies mentales (dépression, maniaque-dépression, schizophrénie, personnalité limite) et les comportements caractéristiques des adultes qui en sont atteints. Des efforts soutenus de recherche documentaire et d'expérimentation restent à faire dans ce domaine, mais l'approche préconisée par La Boussole semble être très bénéfique aux jeunes qui ont participé à l'intervention de groupe : meilleure compréhension de la maladie, culpabilité moindre, acquisition de stratégies pour composer avec la personne atteinte, bris de l'isolement, création de nouvelles amitiés (communication personnelle avec le groupe de jeunes, été 1999).

Le retrait précoce des activités usuelles.

Pour aider à réduire le nombre de jeunes qui se « déconnectent » après avoir atteint l'âge où la loi ne les oblige plus à fréquenter l'école, l'école justement reste le lieu d'intervention par excellence. Dans leur exploration de la littérature, Besharov et Gardiner (1998) relèvent l'efficacité de trois mesures. La première consiste à offrir aux jeunes à risque d'abandon des cursus scolaires taillés sur mesure qui facilitent l'orientation professionnelle et préparent au marché du travail. La seconde mesure vise à offrir un lieu supervisé aux adolescentes et aux adolescents après les heures de classe, moment considéré comme propice aux activités délictueuses de toute nature chez les jeunes qui ne se sont pas investis dans le projet scolaire et dont les parents offrent peu d'encadrement. La troisième mesure,

incontournable, consiste à cibler spécifiquement les déficits des jeunes à risque d'abandon, en leur accordant une attention individuelle particulière sur les plans scolaire et psychologique.

L'ouvrage de Saint-Jacques, McKinnon et Potvin (1999) dresse une liste de programmes conçus pour prévenir l'abandon scolaire. Deux programmes de langue anglaise évalués ont produit des résultats concluants dans la réduction du taux d'abandon scolaire : *Strategies with Technology and Affective and Remedial Support Program (STARS)* et *Vocational Special Needs Program*. Plus près de nous, au Québec, parmi les cinq programmes recensés, un seul a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse et a démontré son efficacité. Il s'agit du *Programme de support à la motivation*, qui mise surtout sur l'influence d'un adulte bénévole qui accompagne un jeune ou une jeune après avoir reçu une formation appropriée (Papillon et Rousseau, 1995). Malheureusement, ce programme efficace ne s'est réalisé qu'avec des élèves du 2^e cycle du primaire. Toutefois, le recours à un mentor est régulièrement cité comme une stratégie gagnante avec les adolescentes et les adolescents au parcours scolaire difficile (Besharov et Gardiner, 1998). Les autres programmes sont respectivement *Les petits pas* (Potvin et autres, 1992), le *Groupe de motivation en milieu scolaire* (Rivard, 1992) ainsi que deux programmes émanant de la Commission scolaire Des Découvreurs, *L'école, j'y demeure* (Baillargeon, 1993) et *Heureux comme... Atelier de motivation pour jeunes de 12 à 16 ans* (Catellier et Vachon, 1993). Ce sont des interventions préventives de type indiqué qui se réalisent en petits groupes, parfois avec l'ajout de rencontres individuelles. Les programmes sont axés sur les facteurs de réussite et amènent les participantes et les participants à

acquérir des compétences personnelles, sociales et scolaires qui leur font défaut. Le programme *Les petits pas*, en plus de comporter comme les autres susnommés un volet pour les jeunes, est pourvu d'un volet parents, d'un volet enseignants et d'un volet communautaire qui semblent prometteurs.

Les troubles anxieux. La recherche sur la prévention des troubles anxieux des enfants et des adolescentes et adolescents est encore rare. Quelques programmes américains et australiens ont été expérimentés auprès des jeunes de l'école primaire et peu de projets québécois ont été tentés (Turgeon et Brousseau, 2000). Deux projets pilotes sont en cours d'évaluation dans l'Outaouais, créations de professeurs de l'Université du Québec à Hull. Une intervention visant les élèves de 8 à 12 ans a pour nom *Les trucs de Dominique*. Pour les élèves de 13 à 18 ans, le programme se nomme *Yo! Pas de panique (YoPP!)*. Il s'agit d'un programme de prévention indiquée de 11 séances qui vise des adolescentes et des adolescents à risque de développer un trouble anxieux. Les jeunes sont sélectionnés sur le critère qu'un de leurs parents présente ce type de trouble et qu'eux-mêmes ont un tempérament inhibé. Ce programme aborde quatre points majeurs : la crainte de l'inconnu, la peur de perdre le contrôle, la difficulté à régler ses problèmes et la tendance à éviter les situations qui font peur. Il est divisé en neuf thèmes : l'interprétation catastrophique des sensations physiques et des maladies, l'importance accordée à l'opinion des autres, le perfectionnisme, le sentiment exagéré de sa responsabilité, la tendance à ruminer, le développement de la neutralisation, l'intolérance envers l'incertitude, la croyance que s'inquiéter est utile et, enfin, la faible estime de soi. À l'heure actuelle, l'efficacité de l'intervention au primaire ou au secondaire n'est pas encore connue.

Le trouble dépressif. Marcotte (2000) ainsi que Saint-Jacques, McKinnon et Potvin (1999) proposent quelques programmes visant à prévenir les problèmes de dépression chez les jeunes. On se rappellera la forte prévalence de ce trouble à l'adolescence, particulièrement chez les filles. L'examen de ces interventions révèle toutefois la frontière ténue entre la prévention et le traitement puisque la totalité des programmes nommés sont offerts à des adolescents et à des adolescentes qui présentent déjà des symptômes dépressifs. Il s'agit tout de même, selon Marcotte (2000), de prévention indiquée. Point positif à retenir : les interventions de groupe, habituellement basées sur une approche cognitive ou cognitivo-comportementale, se sont révélées efficaces pour réduire les symptômes de dépression et pour éviter les rechutes (Marcotte, 2000). Parmi les programmes énumérés, plusieurs s'adressent aux adolescentes et aux adolescents, mais un seul est de facture québécoise : il s'agit d'un programme basé sur la thérapie émotivo-rationnelle (Marcotte et Baron, 1993) et adapté d'un programme conçu par Bernard et Joyce (1986, cités par Marcotte, 2000) qui contient un guide détaillé. Ce programme est destiné aux jeunes de 13 à 17 ans et comprend 12 rencontres animées selon une approche didactique et éducationnelle. Trois niveaux d'intervention sont offerts selon l'âge des adolescentes et des adolescents. L'évaluation a révélé des effets positifs chez les jeunes du groupe expérimental : amélioration du score de dépression au post-test, diminution des croyances irrationnelles, particulièrement de la tendance à dramatiser, faible tolérance à la frustration et à l'égard de sa valeur personnelle (Marcotte, 2000).

Les troubles alimentaires. Le culte de la minceur véhiculé par la société contemporaine constitue un défi pour les interventions ciblant la conduite alimentaire.

Au Québec, le programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* se révèle la percée la plus prometteuse face aux problématiques de santé mentale et alimentaire des jeunes du secondaire. Il s'agit d'un programme de promotion de la santé et non de prévention des troubles alimentaires. Il est fait mention de ce programme de type universel dans la partie de ce document qui traite de l'alimentation et de l'activité physique.

En prévention des troubles alimentaires, certains programmes américains ont révélé soit des effets nuls malgré 18 leçons réparties sur une année scolaire, soit des effets négatifs de l'intervention qui a incité des adolescentes en réflexion sur leur image corporelle à opter pour des méthodes inadéquates de perte de poids discutées au cours des séances en classe. Sauf dans des milieux à risque comme des écoles spécialisées dans l'enseignement de la danse ou des sports (Piran, 1999), il est maintenant suggéré de ne pas recourir à des programmes de prévention universelle qui visent l'ensemble des élèves réguliers d'un cycle scolaire, mais plutôt d'offrir une intervention indiquée à un petit groupe d'adolescentes ou d'adolescents à haut risque, dépistés sur la base de conduites alimentaires atypiques, d'une pratique excessive de l'activité physique ou de la prise de stéroïdes (Raphael, 1996; Mizes et Palermo, 1997). L'approche cognitivo-comportementale en groupe s'est révélée la plus propice à induire des changements significatifs dans les croyances erronées et les comportements alimentaires inappropriés de filles ciblées. Toutefois, aucun programme « clé en main » n'est actuellement disponible.

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Tous les programmes évalués qui ont comme objectif de prévenir ou de tempérer le TDAH sont offerts à la clientèle dès les premières

manifestations du trouble, souvent au premier cycle du primaire.

Le trouble des conduites. Pratiquement aucune étude rigoureuse ne fait état de résultats positifs persistants d'une intervention auprès de jeunes diagnostiqués comme présentant un trouble des conduites (Gagnon et Vitaro, 2000). Ce constat prêche en faveur de l'investissement des efforts dans la prévention de cette problématique plutôt que dans son traitement. Cette prévention doit se réaliser massivement de la période prénatale à l'entrée à l'école, mais aussi durant les années du primaire (Gagnon et Vitaro, 2000). Toutefois, le début de la fréquentation de l'école secondaire constituerait encore un moment propice d'intervention pour contrer l'accentuation rapide de l'agir problématique des jeunes aux comportements antisociaux et violents (Poulin et autres, 1998).

Le regroupement homogène de jeunes à tendance déviante dans des classes ou des ateliers est une procédure très répandue en milieu scolaire, en institution et dans le cadre de diverses stratégies d'intervention. S'agissant de ce type de regroupement, un appel à l'extrême prudence est lancé. L'évaluation effectuée par Poulin et ses collaborateurs (1998) d'un programme américain nommé *Adolescent Transition Program* a révélé des effets négatifs sur les participants à l'intervention. Trois ans après la fin du programme, les garçons du groupe expérimental fumaient davantage la cigarette et présentaient plus de comportements délinquants que les garçons du groupe n'ayant pas suivi le programme. L'explication offerte par les chercheurs réside dans le fait que le regroupement de ces jeunes leur offre la possibilité de nouer de nouvelles amitiés avec des pairs déviants et de vivre ce que l'on nomme

l'entraînement à la déviance (Poulin et autres, 1998).

Pour intervenir efficacement, Poulin et ses collaborateurs (1998) suggèrent la formation de groupes composés de jeunes à risque et de jeunes prosociaux. Leur expérience américaine les incite également à travailler les habiletés des parents des jeunes à risque et d'assouplir la communication entre l'école secondaire et ces parents. En réponse à l'échec de la première version, la deuxième version de l'*Adolescent Transition Program*, basé sur un modèle écologique à niveaux multiples d'intervention, a démontré que l'école est vraiment un site privilégié pour intervenir auprès des parents d'élèves difficiles du secondaire. Toutefois, dans ce projet, l'impact d'un centre de ressources pour les parents avec son intervenante ou son intervenant dédié, créé dans trois écoles de milieu défavorisé, ainsi que les effets du recours à une entrevue de motivation avec les familles ne sont pas encore connus.

L'ouvrage de Saint-Jacques, McKinnon et Potvin (1999) donne une liste de programmes efficaces ou prometteurs pour agir sur les comportements antisociaux des adolescents. Trois programmes de langue anglaise dûment évalués ont pu démontrer des gains pour les garçons y ayant participé. Il s'agit de l'*Art of Self Control Program*, de l'*EQUIP Program* et de l'*Aggression Replacement Training*. Ces programmes ne semblent pas avoir été adaptés pour le Québec. Le seul programme québécois destiné aux jeunes du secondaire proposé dans l'étude de Saint-Jacques et autres (1999) a le désavantage de ne pas avoir été évalué, ce qui ne permet pas de connaître son efficacité à atteindre les objectifs qu'il propose. Il s'agit de *Prends le volant*, issu des travaux de Pierre Potvin et de son équipe de l'Université du Québec à Trois-Rivières (1994).

Plus près de nous, dans la région de Portneuf et à Beauport, une autre expérimentation prometteuse est présentement en cours d'évaluation. Il s'agit d'une intervention préventive indiquée multimodale qui vise des jeunes du début du secondaire présentant un problème de comportement et leurs parents, en faisant également appel au personnel de l'école, du CLSC et du Centre jeunesse. Le *Programme intégré de développement des compétences (PIDC)*, qui se veut une mesure alternative au placement, comporte deux volets, l'un axé sur la compétence parentale et l'autre sur le développement des habiletés sociales des jeunes (Royer et autres, 1997). Il vise à relever les compétences, à enseigner des habiletés de communication et à aider parents et jeunes dans la négociation des conflits. L'accompagnement des familles à domicile peut se faire, si le besoin s'en fait sentir, par un éducateur ou une éducatrice du Centre jeunesse.

La dépendance aux jeux de hasard et d'argent. Peu de programmes de prévention dans ce domaine ont fait l'objet d'une évaluation systématique. Au Québec, des chercheuses et chercheurs de l'École de psychologie de l'Université Laval ont été les précurseurs des interventions destinées aux adolescentes et aux adolescents (Gaboury et Ladouceur, 1993). À partir d'une première expérience pilote auprès des élèves de 4^e et 5^e secondaire, un programme adapté aux élèves de 1^{er}, 2^e et 3^e secondaire a été testé. Il comporte en trois rencontres interactives de 60 minutes par classe et explore ce qu'est un jeu de hasard et d'argent, les pièges des jeux, le concept de hasard, l'illusion du contrôle, les superstitions, la résistance aux pressions sociales en situation de jeu et les conséquences possibles d'une pratique abusive. Une version abrégée de ce programme universel Σ et depuis peu disponible Σ s'est révélée efficace pour

augmenter les connaissances des jeunes et pour modifier leur attitude face aux jeux de hasard et d'argent. Il s'agit d'une cassette de 20 minutes, *Lucky, le hasard on ne peut rien y changer*, accompagnée d'un guide de présentation des concepts en jeu et de trois activités de sensibilisation que l'enseignante ou l'enseignant peut animer en classe avant et après le visionnement (Centre pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval, 2000).

L'abus de substances psychotropes. Les lectrices et les lecteurs intéressés par cette thématique se référeront à la section traitant de ce sujet.

Les troubles de la personnalité. Cette catégorie de troubles prend racine en très bas âge chez l'enfant. Ces troubles sont habituellement assez complexes à reconnaître, particulièrement pendant l'adolescence où leur caractère diffus a été remarqué (Becker et autres, 2000). Il n'a pas été possible de repérer des interventions préventives conçues spécifiquement pour empêcher l'apparition de tels troubles.

1.2 L'intervention préventive auprès des parents d'adolescents et d'adolescentes

Différents programmes abordés dans les sections précédentes comportent un volet d'intervention auprès des parents dont les jeunes vivent des difficultés bien spécifiques. Toutefois, le simple fait de traverser l'adolescence peut être une aventure déstabilisatrice à plusieurs égards. Plusieurs jeunes vivent une période intense d'exploration et d'affranchissement; plusieurs parents en viennent à mettre en cause leurs compétences parentales. Cette transition nécessite pour certaines familles un accompagnement plus structuré. Il est reconnu que les styles parentaux permissif et

autoritaire de même que l'absence de supervision et de communication placent les jeunes en situation de risque face aux problèmes de comportement de divers ordres (Lerner et Galambos, 1998). De plus, si les jeunes ne sont pas attachés positivement à leurs parents, la probabilité d'adopter des conduites à risque est plus élevée.

Dans la région de Québec, le programme *Les idées claires* de la Maison des jeunes L'Escapade de Val-Bélair (Chabot et Labbé, 1998) offre une plate-forme d'échanges et d'entraide aux deux générations. L'intervention d'une durée d'environ six mois vise principalement à amener, en même temps mais dans des groupes séparés, des jeunes et leurs parents à mieux se connaître comme individus, à saisir ce qu'implique être jeune ou parent, à réfléchir sur leurs mécanismes de communication et sur leur façon de résoudre des problèmes typiques de l'adolescence ainsi qu'à mieux connaître et utiliser les ressources de la communauté. Ce programme est présentement en cours d'évaluation.

Différents CLSC et organismes communautaires de la région de Québec, notamment Entraide-Parents, offrent pour leur part des ateliers en groupe, seulement aux parents, à ceux et celles qui se questionnent sur le vécu de leur adolescence ou de leur adolescent et désirent partager avec d'autres parents des stratégies pour se sentir plus compétents.

1.3 Certains éléments garants de succès en promotion de la santé mentale et en prévention des problèmes de santé mentale à l'adolescence

Les expériences en promotion de la santé mentale et en prévention des problèmes de santé mentale sont suffisamment

nombreuses pour que des leçons soient tirées des échecs et des succès révélés par les évaluations effectuées. Voici, dans une vision assez générale et englobant l'ensemble des problématiques, une liste d'éléments relevés comme étant garants de succès :

- L'intervention est basée sur des fondements scientifiques (Malo, 1991 ; Blanchet et autres, 1993 ; CSMQ, 1994).
- L'intervention propose d'agir le plus précocement possible dans l'histoire naturelle du problème de santé mentale (CSMQ, 1994 ; Robichaud et autres, 1994).
- L'intervention est offerte en première priorité aux jeunes qui vivent dans la pauvreté, facteur macrosocial le plus important pour prédire les problèmes de santé mentale (Vitaro et Caron, 2000).
- L'intervention dépasse la simple transmission de connaissances par l'approche didactique (exposé oral, démonstration, dépliants, affiches, etc.) pour s'appuyer plutôt sur le travail en petits groupes, les jeux de rôles, les questionnaires, les devoirs à faire en dehors des heures de classe, etc., et sur une animation interactive utilisant plusieurs moyens de communication (CRRSSS, 1999).
- L'intervention auprès des adolescents et des adolescentes est axée sur des problématiques spécifiques plutôt que sur des visées générales liées au développement harmonieux (Vitaro et Caron, 2000).
- L'entraînement aux habiletés personnelles et sociales n'est pas

réalisé « dans le vide », mais toujours en lien avec une problématique spécifique (Lerner et Galambos, 1998).

- L'intervention offre plusieurs angles d'approche du problème abordé au moyen d'activités multiples et interdépendantes (Mongeon, 1983 ; Lavoie et autres, 1985 ; CSMQ, 1994 ; Brassard et Mongeau, 1999).
- L'intervention vise à diminuer les facteurs de risque et à augmenter les facteurs de protection (Coie et autres, 1993).
- L'intervention se veut continue, intense et soutenue, avec des activités de rappel régulières, particulièrement pour les jeunes qui présentent un niveau de risque élevé (CSMQ, 1994 ; Robichaud et autres, 1994 ; Gagnon et Vitaro, 2000 ; Vitaro et Caron, 2000).
- L'intervention se déroule à l'école ou dans la communauté, mais elle est appuyée par des organisations de travail variées et complémentaires (Lerner et Galambos, 1998).
- L'intervention travaille de manière concomitante avec plusieurs systèmes dans lesquels gravite le ou la jeune : groupe de pairs, parents, école, communauté, etc. (Durlak, 1997 ; Lerner et Galambos, 1998).
- Malgré son approche de groupe, l'intervention propose également une attention individualisée grâce à un lien privilégié entre un adulte et un jeune (Lerner et Galambos, 1998).
- L'intervention vise à bonifier le réseau de soutien social de la population ciblée (Lavoie et autres,

1985; Guberman et autres, 1993; CSMQ, 1994).

- L'intervention avec des programmes de type sélectif mise sur les périodes de transition puisque les individus y sont plus ouverts au changement (Lavoie et autres, 1985; CSMQ, 1994; Robichaud et autres, 1994).
- L'intervention comprend un volet axé sur le marché du travail qui fait vivre aux jeunes des expériences concrètes (Lerner et Galambos, 1998).
- L'intervention n'est pas « unisexe », compte tenu du fait que les filles et les garçons ne se développent pas de la même façon et présentent des patrons de mésadaptation différents (Marcotte, 2000; White, 2000).
- L'intervention est offerte de manière proactive par des activités de dépistage des jeunes à risque, du moins pour les problématiques de santé mentale qui ne se détectent pas aisément, notamment les symptômes dépressifs (White, 2000). Il ne faut surtout pas attendre que les jeunes viennent frapper au bureau des intervenantes et des intervenants...
- L'intervention prévoit l'offre d'une formation aux intervenantes et aux intervenants qui joueront un rôle dans la prestation du programme (Brousseau et Paiement, 1996).

Puis, de façon plus prescriptive :

- L'intervention universelle est moins préconisée face à différentes problématiques pour lesquelles il

est suggéré d'utiliser des programmes indiqués ciblant les jeunes qui présentent déjà des signes ou des symptômes du trouble à prévenir (trouble dépressif, troubles alimentaires, trouble des conduites, etc.).

- L'intervention évite de rassembler uniquement des jeunes présentant des comportements typiques du trouble des conduites et favorise le rassemblement avec des jeunes prosociaux.
- L'intervention mise sur une approche d'inspiration cognitivo-comportementale en groupe, particulièrement auprès de ceux et celles présentant des symptômes de dépression ou de troubles alimentaires.

2. En traitement des problèmes de santé mentale

Une part importante et reconnue du travail des intervenantes et des intervenants psychosociaux des CLSC concerne le traitement de jeunes de 12 à 17 ans qui vivent des problèmes de santé mentale et des atteintes à leur bien-être. Un regard critique sur les pratiques professionnelles dépasse toutefois largement le cadre du présent document.

Il importe cependant de souligner le recours très fréquent aux entrevues individuelles avec la clientèle en besoin de services. Il est reconnu que l'intervention clinique en petits groupes, à laquelle il est toujours possible d'arrimer des entretiens individuels, est une option plus que valable, particulièrement à l'adolescence. L'intérêt de cette approche ne se fait pas sentir seulement du point de vue thérapeutique; elle a aussi ses vertus économiques, du fait qu'elle touche

plusieurs jeunes en même temps. De plus, elle diminue l'attente pour la prise en charge. Malheureusement, peu d'intervenantes et d'intervenants ont été formés à offrir de la thérapie de groupe.

Il faut également mentionner combien certaines interventions réalisées auprès des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale deviennent plus efficaces lorsqu'une intervention structurée est offerte aux parents. En effet, selon une conception systémique de la vie familiale, les parents participent à l'apparition et au maintien des attitudes et des comportements dysfonctionnels chez leurs jeunes. Dans le cas d'un trouble anxieux, l'intervention familiale peut être particulièrement bénéfique puisque la présence de ce trouble à la fois chez le ou la jeune et chez un parent est fréquente (Turgeon et Brousseau, 2000).

Le mandat de traitement des problèmes de santé mentale des adolescentes et des adolescents du territoire de chaque CLSC est partagé avec différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Les jeunes ne doivent pas vivre des problématiques qui comportent un risque de compromission ou une activité délictuelle, ce qui en ferait davantage des clients et des clientes du Centre jeunesse. L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec de même que l'Association des Centres jeunesse du Québec ont entrepris de rendre explicites leurs mandats respectifs et les zones de responsabilités communes dans la prise en charge des enfants, des jeunes et de leur famille (ACLSCCHSLDQ et ACJQ, 1998). D'autre part, les ressources spécialisées sont organisées de manière à prendre le relais des services de première ligne. Récemment, dans la région de Québec, un nouveau modèle d'équipe territoriale en santé mentale a été expérimenté et évalué (Racine, 2001). Il

consiste à offrir dans leur milieu de vie aux jeunes atteints de troubles mentaux des services spécialisés en santé mentale par des ressources expertes vers lesquelles les intervenantes et les intervenants de première ligne dirigent le jeune lorsque la situation clinique est tellement complexe qu'elle dépasse leurs compétences professionnelles. La proposition à l'effet que la région de Québec dispose de trois équipes territoriales (Portneuf, Québec-Métro, Charlevoix) avec leur noyau de base composé de pédopsychiatres, de médecins omnipraticiens, d'infirmières et de psychologues auxquels pourront s'adjoindre, selon les besoins, des intervenantes et des intervenants des équipes Famille-Enfance-Jeunesse ou du personnel du Centre jeunesse (CLSC de la région de Québec, 2001) a été acceptée en juin 2001 par le conseil d'administration de la RRSSS de Québec. Cette nouvelle organisation de services est porteuse d'une meilleure concertation entre les établissements, d'une plus grande rapidité dans la prise en charge des cas et d'une réponse mieux adaptée aux besoins thérapeutiques des jeunes et des familles touchés.

3. En réadaptation des problèmes de santé mentale

Il est vivement suggéré de prévoir de façon détaillée la réinsertion à l'école d'une adolescente ou d'un adolescent qui s'est absenté pour un problème de santé mentale. Ce travail de préparation avec le ou la jeune de même qu'avec la famille et le personnel scolaire facilite un « retour à la normale » moins ardu. Un suivi régulier du jeune ou de la jeune diminuerait les rechutes en offrant sans délai les services nécessaires avant une nouvelle détérioration de l'état mental.

BIBLIOGRAPHIE

- ACLSCCHSLDQ et ACJQ (1998), *Services à la jeunesse. CLSC et Centres jeunesse : des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Montréal, 20 p.
- American Psychiatric Association (1996), *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*, version française complétée des codes CIM-10, Paris, Masson, 361 p.
- Ayotte, V; Laurendeau, M-C (1999), *Effets d'un programme de promotion des compétences sur l'adaptation psychosociale d'adolescents de milieu urbain défavorisé*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 52 p.
- Baillargeon, P (1993), *L'école, j'y demeure... : activités de groupe pour contrer le décrochage*, Sainte-Foy : Commission scolaire Des Découvreurs & École secondaire Les Compagnons de Cartier.
- Becker, DF; Grilo, CM; Edell, WS; McGlashan, TH (2000), « Comorbidity of Borderline Personality Disorder with Other Personality Disorders in Hospitalized Adolescents and Adults », *American Journal of Psychiatry*, 157(12) : 2011-2016.
- Berthelot, P (1996), « Des jeunes hommes et leur orientation sexuelle stigmatisée », *Revue sexologique*, 4(1) : 7-27.
- Besharov, DJ; Gardiner, KN (1998), « Preventing Youthful Disconnectedness », *Children and Youth Services Review*, 20(9-10) : 797-818.
- Blanchet, L; Laurendeau, M-C; Paul, D; Saucier, J-F (1993), *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Comité de la santé mentale du Québec, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 138 p.
- Bowen, F; Desbiens, N; Rondeau, N; Ouimet, I (2000), « La prévention de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire », chapitre tiré de Vitaro, F; Gagnon, C (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 165-229.
- Brassard, J; Mongeau, L (1999), « Bien dans sa tête, bien dans sa peau » *Projet de promotion d'une image corporelle saine en milieu scolaire*, Rapport synthèse des années 1 et 2.
- Brousseau, L; Paiement, M (1996), *Formation sur le plan global et intersectoriel pour la priorité Jeunesse*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 162 p.
- Camirand, J (1996), *Un profil des enfants et des adolescents québécois, monographie n° 3, Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 194 p.
- Catellier, C; Vachon, V (1993), *Heureux comme... Atelier de motivation pour jeunes de 12 à 16 ans*, Sainte-Foy, CLSC Sainte-Foy-Sillery & Commission scolaire Des Découvreurs.
- Centre pour la prévention et le traitement du jeu (2000), *Lucky, le hasard on ne peut rien y changer* (Guide d'animation et cassette audiovisuelle), Sainte-Foy, École de psychologie de l'Université Laval, 18 p.
- Chabot, I; Labbé, Y (1998), *Guide d'animation du programme Les idées claires*, Maison des Jeunes de Val-Bélair.
- Cloutier, R (1996), *Psychologie de l'adolescence*, 2^e édition, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 326 p.
- CLSC de la région de Québec (2001), *Les équipes territoriales en santé mentale des jeunes dans la région de Québec : proposition d'organisation de services*, Document de travail du 28 mars.
- Coie, JD; Watt, NF; West, SG; Hawkins, JD; Arsanow, JR; Markman, HJ; Ramey, SL; Shure, MB; Long, B (1993), « The Science of Prevention. A Conceptual Framework and some Directions for a National Research Program », *American Psychologist*, 48 : 1013-1022.
- Coleman, JC; Butcher, JN; Carson, RC (1980), *Abnormal Psychology and Modern Life*, 6th Edition, Glenview, Ill, Scott, Foresman and Company, 702 p. et annexes.
- Comité de la santé mentale du Québec (1994), *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 60 p.
- Conférence des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec (1999), *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, Proposition du Comité de concertation en promotion et en prévention adoptée par le Conseil des directeurs de la santé publique, Québec, 65 p.

- Dorais, M (2000), *Mort ou vif. Contextes et mobiles de tentatives de suicide chez des adolescents et des jeunes hommes homosexuels ou identifiés comme tels et perspectives de prévention*, Québec, Université Laval, CRSC.
- Durlack, JA (1997), *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents*, New York, Plenum Publishing Corporation, 241 p.
- Ferland, F; Ladouceur, R (2000), « La prévention du jeu pathologique », dans Vitaro, F; Gagnon, C (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 380-403.
- Frick, PJ; Loney, BR (1999), « Outcomes of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder », dans Quay, HC; Hogan, AE (Eds), *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 507-524.
- Gaboury, A; Ladouceur, R (1993), « Evaluation of a Primary Prevention Program of Pathological Gambling among Adolescents », *Journal of Primary Prevention*, 14(1) : 21-28.
- Gagnon, C; Vitaro, F (2000), « La prévention du trouble des conduites, avec centration sur les comportements violents », dans Vitaro, F; Gagnon, C (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 231-290.
- Guberman, N; Broué, J; Lindsay, J; Spector, L; Blanchet, L; Dorion, F; Fréchette, F (1993), *Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, publié en collaboration avec le Comité de la santé mentale du Québec, 186 p.
- Hébert, M; Voyer, J-P; Valois, D (1998), *Évaluation du programme « Les préjugés... j'en connais pas! »*, Sainte-Foy, Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 45 p. et annexes.
- Hébert, M; Voyer, J-P; Valois, D (2000), « Évaluation du programme « Les préjugés... j'en connais pas! » auprès des jeunes de secondaire V », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 19(1) : 105-126.
- Henderson, S (2000), « Epidemiology of Mental Disorders : The Current Agenda », *Epidemiologic Reviews*, 22(1) : 24-28.
- Institut de la statistique du Québec (1998), *Enquête québécoise sur le tabagisme des élèves du secondaire*, Collection Santé et Bien-être, Québec, Les publications du Québec.
- Institute of Medicine (1994), *Reducing Risks for Mental Disorders : Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington, DC, National Academy Press, 605 p.
- Johnson, JG; Cohen, P; Brook, JS (2000), « Associations Between Bipolar Disorder and Other Psychiatric Disorders During Adolescence and Early Adulthood : A Community-based Longitudinal Investigation », *American Journal of Psychiatry*, 157(10) : 1679-1681.
- Ladouceur, R; Jacques, C; Ferland, F; Giroux, I (1999), « Prevalence of Problem Gambling : A Replication Study Seven Years Later », *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(8) : 802-804.
- Larochelle, M; Racine, S (2000), « Dossier : Déficit de l'attention et hyperactivité, le TDA : un trouble qui affecte aussi l'adulte », *Psychologie Québec*, 17(6) : 32-34.
- Lavoie, F (2000), « La prévention de la violence dans les relations de couple à l'adolescence », dans Vitaro, F; Gagnon, C (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 405-460.
- Lavoie, F; Tessier, L; Lamontagne, Y (1985), *La santé mentale : prévenir, traiter et réadapter efficacement. Tome 2, L'efficacité de la prévention*, Québec, Gouvernement du Québec, Comité de la santé mentale du Québec, 101 p.
- Lerner, RM; Galambos, NL (1998), « Adolescent Development : Challenges and Opportunities for Research, Program, and Policies », *Annual Review of Psychology*, 49 : 413-446.
- Malo, C (1991), *Recension des écrits sur les programmes de prévention primaire et de promotion en santé mentale : de la conceptualisation à l'évaluation*, Document de travail produit à la demande du Comité de la santé mentale du Québec, 180 p.
- Marcotte, D (2000), « La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents », dans Vitaro, F; Gagnon, C (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I : Les problèmes internalisés*,

Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 223-270.

Marcotte, D; Baron, P (1993), « L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotivo-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs du milieu scolaire », *Canadian Journal of Counselling/Revue canadienne de counselling*, 27(2) : 77-92.

Ministère de l'Éducation du Québec (2000), *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*, consulté sur le site www.meq.gouv.qc.ca/reforme/ritalin.

Mizes, JS; Palermo, TM (1997), « Eating Disorders », dans Ammerman, RT; Hersen, M (Eds), *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents. Intervention in the Real World Context*, New York, John Wiley & Sons, p. 572-603.

Mongeon, M (1983), « Point de vue sur la prévention en santé mentale dans les Départements de santé communautaire (DSC) », *Santé mentale au Québec*, VIII(1) : 80-89.

Pakiz, B; Reinherz, HZ; Giaconia, RM (1997), « Early Risk Factors for Serious Antisocial Behavior at Age 21 », dans Muuss, RE; Porton, HD (Eds), *Adolescent Behavior and Society. A Book of Readings*, Boston, McGraw-Hill College, p. 441-451.

Papillon, S; Rousseau, R (1995), *La prévention de l'abandon scolaire : effets d'un programme de support à la motivation*, Rimouski, GREME, 221 p.

Parent, C; Beaudry, M (1997), « Une intervention préventive pour les couples qui vivent la recomposition de leur famille », *Service social*, 46(2-3) : 241-260.

Pépin, J-P (1996), « Limites de l'intervention psychologique périnatale », *Prisme*, 6(1) : 72-84.

Piran, N (1999), « Eating disorders : A trial of prevention in a high risk school setting », *The Journal of Primary Prevention*, 20(1) : 75-90.

Potvin, P; Gagnon, G; Hébert, S; Cauchon, N; Boudreault, N; Gagnier, J-P (1992), *Guide d'intervention et d'activités pour prévenir l'abandon scolaire : Les Petits Pas... Trois-Rivières*, Université du Québec à Trois-Rivières ↯ Emploi et Immigration Canada.

Potvin, P; Massé, L; Veillette, M; Goulet, N; Letendre, M; Desruisseaux, M (1994), *Prends le volant. Programme pour développer les habiletés sociales et l'autocontrôle des adolescents ayant des*

troubles de comportement, deuxième édition, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Poulin, F; Dishion, TJ; Kavanagh, K; Kiesner, J (1998), « La prévention des problèmes de comportement à l'adolescence : le Adolescent Transition Program », *Criminologie*, 31 : 69-85.

Racine, P (2001), *Évaluation de l'implantation de deux équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sur trois territoires : CLSC La Source, CLSC Orléans et le Centre de santé de Portneuf*, Québec, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 59 p. et annexes.

Raphael, F (1996), « The Prevention of Eating Disorders », dans Kendrick, T.; Tylee, A; Freeling, P (Eds), *The Prevention of Mental Illness in Primary Care*, Cambridge, University Press, p. 207-222.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2000), *Le sac à dos. Faire face aux défis scolaires avec confiance... Oui, mais comment?*, Montréal, RRSSS de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 272 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1998), *Programme de prévention de la toxicomanie chez les jeunes de 10 à 14 ans et leurs parents*, Québec, RRSSS03, 69 p.

Rivard, C (1992), *Le groupe de motivation en milieu scolaire. Guide d'intervention préventive auprès des décrocheurs potentiels*, Lasalle, Éditions Hurtubise HMH Limitée, 142 p.

Robichaud, J-B; Guay, L; Colin, C; Pothier, M; Saucier, J-F (1994), *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité*, Comité de la santé mentale du Québec, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 247 p.

Royer, É; Morand, C; Moisan, S; Bitadeau, I (1997), « Intervention concertée auprès d'adolescents présentant des difficultés de comportement : étude préliminaire », *Prisme*, 7(2) : 420-429.

Saint-Jacques, M-C; Drapeau, S; Cloutier, R (2000), « La prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes de familles séparées ou recomposées », dans Vitaro, F; Gagnon, C (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 355-388.

- Saint-Jacques, M-C; McKinnon, S; Potvin, P (1999), *Les problèmes de comportement chez les jeunes. Comprendre et agir efficacement*, Beauport, Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, 131 p. et annexe.
- Seifer, R (1996), « Les enfants nés de parents atteints de troubles mentaux : état de la recherche sur leur évolution et leurs troubles éventuels », *Prisme*, 6(1) : 8-21.
- Simons, RL; Lin, K-H; Gordon, LC; Conger, RD; Lorenz, FO (1999), « Explaining the Higher Incidence of Adjustment Problems among Children of Divorce Compared with Those in Two-parent Families », *Journal of Marriage and the Family*, 61(November) : 1020-1033.
- Tanner, JM (1998), « Sequence, Tempo, and Individual Variation in Growth and Development of Boys and Girls Aged Twelve to Sixteen », dans Muuss, RE; Porton, HD (Eds), *Adolescent Behavior and Society. A Book of Readings*, Boston, McGraw-Hill College, p. 34-46.
- Thompson, P (1998), « Adolescents from Families of Divorce : Vulnerability to Physiological and Psychological Disturbances », *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(3) : 34-39.
- Tremblay, RE; LeMarquand, D; Vitaro, F (1999), « The Prevention of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder », chapitre tiré de Quay, HC; Hogan, AE (Eds), *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 525-555.
- Tudor, K (1996), *Mental Health Promotion. Paradigms and Practice*, London, Routledge, 308 p.
- Turgeon, L; Brousseau, L (2000), « La prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes », dans Vitaro, F; Gagnon, C (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 191-220.
- Turner, S (2000), « Dossier : Déficit de l'attention et hyperactivité, Les réponses de la recherche aux questions les plus fréquentes », *Psychologie Québec*, 17(6) : 16-17.
- Valla, JP; Breton, JJ; Bergeron, L; Gaudet, N; Berthiaume, C; Saint-Georges, M; Daveluy, C; Tremblay, V; Lambert, J; Houde, L; Lépine, S (1994), *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, 1992. Rapport synthèse*, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, 132 p.
- Villeneuve, C; Bérubé, H; Ouellet, R; Delorme, A (1996), « Prevention Concerning Mental Health : The Adolescent's Perspective », *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(August) : 392-399.
- Vitaro, F; Caron, J (2000), « La prévention face à la comorbidité des problèmes d'adaptation et à la présence de déterminants multiples », dans Vitaro, F; Gagnon, C (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 557-586.
- White, J (2000), *Les interventions « avant le fait ». Les meilleures pratiques de prévention du suicide chez les jeunes*. Conférence prononcée au colloque « La prévention du suicide chez les jeunes. Le modèle de la Colombie-Britannique, un regard sur les pratiques québécoises », UQAM, Montréal, 7 décembre.
- Wilkins, J (1998), « Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence », *Pro-Ado*, 7(4) : 13-29.
- Wolfe, DA; Wekerle, C; Gough, R; Reitzel-Jaffe, DK; Grassley, C; Pittman, AL; Lefebvre, L; Stumpf, J (1996), *The Youth Relationships Manual. A Group Approach with Adolescents for the Prevention of Woman Abuse and the Promotion of Healthy Relationships*, Thousand Oaks, Sage Publications, 196 p.



SUICIDE

Par Lise Cardinal

ÉTAT DE LA SITUATION

Les suicides complétés. Les jeunes Québécois, les garçons et les jeunes hommes en particulier, présentent l'un des plus hauts taux de suicides complétés pour ce groupe d'âge de tous les pays industrialisés. La hausse la plus préoccupante touche les garçons de 15 à 19 ans. On fait également état d'une augmentation du nombre de cas de suicide chez les 10-14 ans. Quoique le nombre de cas soit peu élevé (entre 10 et 22 cas par an selon les années, entre 1991 et 1998), le phénomène est inquiétant (Bureau du coroner, 1993 à 2000). Au Québec en 1998, 116 jeunes âgés de 10 à 19 ans se sont enlevé la vie (Bureau du coroner, 2000). On dénombre dans la région de Québec chez les jeunes de 10 à 19 ans, pour 1997 et 1998, respectivement 14 et 12 cas de suicide complété. Pour l'année 1998, la pendaison, suivie de l'utilisation d'une arme à feu et de l'intoxication (le plus souvent l'intoxication médicamenteuse) sont les principaux moyens utilisés par les 19 ans et moins. Au Québec, les armes à feu demeurent associées au quart des suicides complétés chez les hommes de 15 à 19 ans (Conseil permanent de la jeunesse, 1997).

Les tentatives de suicide. Selon les études, les tentatives de suicide présentent un ratio variant de 50 à 100 tentatives par suicide complété. Chaque année, plus d'un millier de jeunes font une tentative de suicide non mortelle qui requiert une hospitalisation (Conseil permanent de la jeunesse, 1997). Le taux d'hospitalisation pour tentative de

suicide atteint un sommet chez les filles de 15 à 19 ans (MSSS, 1998). Selon l'Enquête sociale et de santé 1998 (Boyer et autres, 2000), les personnes de 15 à 24 ans ont signalé une tentative de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête dans une proportion de 1,4 %, proportion plus élevée que dans les cohortes plus âgées. Des quelques études recensées qui ont utilisé de larges échantillons de type probabiliste et comparé les jeunes homosexuels ou bisexuels aux jeunes hétérosexuels, il ressort que le nombre de tentatives de suicide signalées est de 6 à 16 fois plus élevé chez les premiers que chez les seconds (Dorais, 2000).

Les idéations suicidaires. Selon des études menées dans trois régions différentes du Québec (Pronovost, Côté et Ross, 1990; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988; Vachon, Pronovost, Leclerc, soumis, cités dans Saint-Jacques et autres, 1999), un jeune sur sept affirme avoir entretenu des idéations suicidaires sérieuses au cours de la dernière année. L'Enquête sociale et de santé 1998 (Boyer et autres, 2000) révèle qu'au Québec 7 % des personnes âgées de 15 à 24 ans ont pensé sérieusement au suicide au cours de l'année précédant l'enquête, alors que cette proportion atteint 2,9 % chez les personnes de 45 à 64 ans.

Les facteurs de risque. Plusieurs études rétrospectives permettent de dresser la liste des principaux facteurs de risque le plus fréquemment associés aux comportements suicidaires chez les jeunes. Ils sont regroupés en trois catégories (MSSS, 1998) :

- les **prédispositions individuelles** (par exemple le type de personnalité, les troubles mentaux comme la dépression majeure, les abus de substances psychotropes, les antécédents de tentative de suicide, les problèmes chroniques de relation avec les pairs, la difficulté de la reconnaissance ou de l'acceptation de l'orientation sexuelle);
- les **facteurs liés au milieu social** (par exemple les antécédents familiaux de suicide et de maladie mentale grave, les abus et la négligence parentale);
- les **événements circonstanciels ou déclencheurs** (par exemple la séparation des parents, l'échec scolaire ou amoureux, l'accès facile aux moyens de se suicider).

Ces facteurs de risque touchent beaucoup de jeunes, mais seulement un petit nombre en viendra au suicide, ce qui rend difficile la prédiction du geste suicidaire. Il faut reconnaître la faiblesse des instruments de mesure à prédire, sur le plan individuel, quelle personne se suicidera. Trois constats rendent la prévention du suicide chez les jeunes particulièrement difficile (Gagnon, 1996) :

- les facteurs qui prédisposent les jeunes au suicide sont complexes et difficiles à préciser;
- certains facteurs de stress liés au suicide sont relativement normaux et fréquents chez les jeunes;
- les interventions salutaires sont limitées à cause du caractère impulsif du suicide chez certains jeunes, notamment chez les individus à très haut risque, ce qui implique un intervalle de temps très court entre le facteur déclencheur et le passage à l'acte.

La vulnérabilité des jeunes clients des centres jeunesse. Concernant la clientèle des centres jeunesse, selon Pronovost et Leclerc (1998), 68 % de ces adolescents présentent un risque suicidaire modéré à élevé et 49 % disent avoir fait une tentative de suicide. Ces données viennent corroborer les résultats d'une enquête menée en 1995 auprès de 374 jeunes admis ou inscrits dans six centres de réadaptation du Centre jeunesse de Québec. Les répondants et répondantes ont déclaré dans une proportion de 41 % avoir tenté de se suicider. Plus de la moitié de ces jeunes (53 %) étaient des filles. Cette même étude révélait que les deux tiers des jeunes (64 %) avaient déjà pensé à se suicider (Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1995). En 1996 et 1997, 32 % de tous les jeunes Québécois de 18 ans et moins décédés par suicide étaient connus des centres jeunesse (Comité sur le suicide des jeunes, 1999).

LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS

La réduction du nombre de cas de suicide passe par la coordination des efforts selon deux approches : 1) une approche plus large de travail précoce en promotion de la santé et en prévention, agissant non seulement sur la problématique du suicide mais sur plusieurs problématiques, et 2) une approche plus spécialisée, qui cible les individus dans une perspective de traitement ou de protection dans le contexte précis de la problématique du suicide (White et Jodoin, 1998). Les mesures présentées dans les pages suivantes sont spécifiques de la problématique du suicide.

La sensibilisation à la problématique du suicide. La sensibilisation des élèves est

l'une des stratégies les plus utilisées en milieu scolaire. La majorité des études évaluatives portant sur la sensibilisation de tous les élèves au suicide dans les écoles indiquent au mieux un impact à court terme sur les connaissances acquises par les jeunes, mais rarement sur les attitudes ou les comportements (Conseil permanent de la jeunesse, 1997). On a mesuré, par ordre décroissant, certains effets positifs chez les filles, les garçons et chez les jeunes en difficulté. On constate que ces activités rejoignent peu souvent les jeunes à haut risque (fugueurs et fugueuses, décrocheurs et décrocheuses scolaires, toxicomanes). Par ailleurs, on évoque la possibilité de perturber les jeunes plus vulnérables, surtout les garçons, et certains experts ont recommandé d'abandonner ces mesures (CDC, 1992).

D'autres auteurs et auteures recommandent tout de même des activités de sensibilisation s'adressant à tous les élèves dans la mesure où sont également prévus : a) la formation du personnel enseignant et non enseignant de l'école; b) des politiques, procédures et protocoles pour les élèves à haut risque qui seront dépistés ou pour les jeunes qui seront bouleversés par les activités de sensibilisation; c) une bonne connaissance des ressources locales de santé mentale et un arrimage étroit avec ces dernières (White et Jodoin, 1998). On comprend que le cadre dans lequel doit se faire ce type d'activité dépasse largement des rencontres ponctuelles avec les jeunes en classe ou dans une salle de conférence.

En priorité, on devrait offrir aux adultes significatifs entourant les enfants, les adolescentes et les adolescents, dont le personnel enseignant et non enseignant des écoles, une formation et un soutien adéquats leur permettant de reconnaître les jeunes en difficulté et de leur venir en aide dans la

perspective d'un réseau de sentinelles (CDC, 1992).

Le réseau de sentinelles. La notion de réseau de personnes sentinelles réfère aux individus qui sont susceptibles, de par leur travail ou leur rôle dans la communauté, d'être en contact avec la population visée par l'intervention, en l'occurrence les jeunes en difficulté. Le personnel des écoles et des centres jeunesse de même que certains acteurs clés dans la communauté, comme les entraîneurs sportifs ou le personnel des maisons de jeunes, peuvent jouer ce rôle. Il s'agit d'augmenter leurs connaissances et leurs compétences dans la reconnaissance et la gestion de la crise suicidaire chez des jeunes potentiellement suicidaires. On a constaté des effets positifs sur les connaissances des sentinelles et sur leur sentiment de compétence face à des événements suicidaires, de même que sur le volume de demandes d'évaluation de jeunes que l'action des sentinelles a générées (CDC, 1992).

Compte tenu de la charge émotive que comporte la problématique du suicide, certains experts avancent que seuls des adultes devraient exercer ce rôle de sentinelle en milieu scolaire secondaire. Le soutien constant des sentinelles par des professionnelles et professionnels, à l'intérieur de l'école (psychologue) ou à l'externe (Centre de prévention du suicide) est une condition essentielle de la mise en œuvre de cette mesure. De plus, le mode de recrutement des personnes sentinelles doit permettre une certaine discrimination entre les personnes qui sont en mesure d'entrer en relation d'aide avec des jeunes en crise et ceux qui ne le sont pas. La meilleure stratégie de mobilisation des jeunes eux-mêmes serait davantage de type «pairs aidants», axée sur l'entraide et la solidarité entre élèves, tablant sur l'écoute et

l'empathie, mais excluant l'intervention de crise suicidaire.

Le dépistage. À l'heure actuelle, la plupart des jeunes suicidaires ne sont ni dépistés, ni dirigés vers les ressources d'aide appropriées (Spirito et autres, 1989; Conseil permanent de la jeunesse, 1997). À cet égard, on ne saurait trop insister sur l'importance du rôle des divers intervenants et intervenantes auprès des jeunes en difficulté dans le contexte de services cliniques individuels. Des activités de formation sur les pratiques de dépistage auprès de ces personnes auraient un impact significatif sur l'amélioration des connaissances, des attitudes et des activités de dépistage (signes de dépression aiguë et signes plus spécifiques de l'intention suicidaire) et de référence (Conseil permanent de la jeunesse, 1997; Shaffer et autres, 1988). Une organisation des services en santé mentale qui prévoit différents niveaux d'intervention (première ligne et services spécialisés comme la pédopsychiatrie) et des trajectoires de services appropriées est indispensable pour soutenir les activités de dépistage.

Par contre, comme il a été mentionné plus haut, compte tenu de la faible valeur prédictive des instruments d'évaluation, toute entreprise de dépistage conduit nécessairement à identifier à tort des jeunes comme étant à risque de suicide alors qu'ils ne le sont pas. De ce fait, certains jeunes peuvent éventuellement être stigmatisés par cet exercice. Cette stigmatisation peut toutefois être atténuée par une approche de dépistage des jeunes basée sur l'ensemble de leurs difficultés, au travers desquelles la problématique du suicide peut être abordée individuellement et confidentiellement (Garland et Zigler, 1993; Shaffer et autres, 1988). White et Jodoin (1998) rappellent qu'un jeune ou une jeune « faux positif » dans la problématique du suicide est fort

probablement une personne en difficulté qui, de toute façon, nécessite de l'aide.

Une politique scolaire d'intervention et de postvention. Une politique claire sur la problématique du suicide consiste en un positionnement écrit de l'école en ce qui a trait aux rôles et aux responsabilités de chacun lorsque survient un événement suicidaire à l'école (suicide complété, tentative de suicide ou intention suicidaire chez un ou une élève ou un membre du personnel), aux mesures à prendre de même qu'aux conditions essentielles de leur application. Cette politique régit l'intervention auprès de la personne en difficulté et la postvention auprès des personnes touchées. La postvention vise à donner un sens à l'événement, à maintenir la sécurité des jeunes plus vulnérables et à atténuer les conséquences négatives de ce type d'événement. La politique doit préciser les termes de la coordination, de l'intervention et des communications. À ce dernier égard, une meilleure gestion des communications avec les médias lors d'un événement suicidaire permet une exploitation moins sensationnaliste de ce genre de tragédie, de même qu'une moindre banalisation de celle-ci. La stratégie de postvention s'appuie notamment sur la démonstration du phénomène des suicides par contagion/ imitation qui touche particulièrement les jeunes de moins de 20 ans (Association canadienne de prévention du suicide, 1994; Phillips et Carstensen 1986; O'Carroll et Potter, 1994, Conseil de presse du Québec, 1995).

La réduction de l'accès aux moyens utilisés pour se suicider. Cette réduction de l'accès peut entraîner un délai suffisant pour que s'atténue la crise suicidaire et que se présentent des alternatives au suicide. Cela est particulièrement vrai chez les jeunes garçons dont le caractère impulsif du geste

suicidaire est plus fréquemment observé (Kellermann et autres, 1992; Kellermann et autres, 1998; Kellermann, Lee et Mercy, 1991; Brent et autres, 1991). De plus, l'utilisation d'un moyen moins létal donne une plus grande possibilité d'apporter du secours médical à la victime (CDC, 1992; White et Jodoin, 1998; Kreitman, 1976). On peut contribuer à la réduction de l'accès aux moyens de se suicider en sensibilisant davantage la population aux liens qui existent entre l'accès aux armes à feu et aux médicaments et l'avènement de ces drames. Il importe également que les professionnelles et les professionnels de la santé s'enquière systématiquement de la présence d'armes ou de médicaments à domicile dans toute situation clinique présentant un risque de geste suicidaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Association canadienne de prévention du suicide (1994), *Suicide : Trousse documentaire à l'intention des médias*, Calgary, Alberta, 19 p.
- Boyer, R et autres (2000), *Idées suicidaires et parasuicides. Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 17, p. 355-366.
- Brent, DA; Perper, JA; Allman, C et autres (1991), « The Presence and Accessibility of Firearms in the Homes of Adolescent Suicides, *JAMA*, 266(21) : 2989-2995.
- Bureau du Coroner (1993), *Bilan annuel 1992*, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Bureau du Coroner (1994), *Bilan annuel 1993*, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Bureau du Coroner (1995), *Bilan annuel 1994*, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Bureau du Coroner (1996), *Bilan annuel 1995*, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Bureau du Coroner (1997), *Bilan annuel 1996*, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Bureau du Coroner (1998), *Bilan annuel 1997*, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Bureau du Coroner (1999), *Bilan annuel 1998*, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Bureau du Coroner (2000), *Bilan annuel 1999*, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC, 1992), *Youth Suicide Prevention Programs : A Resource Guide*, Atlanta; U.S., Department of Health and Human services.
- Comité sur le suicide des jeunes (1999), *Le suicide chez les usagers des Centres jeunesse : il est urgent d'agir*, Rapport préparé par le comité formé de représentants de l'Association des Centres jeunesse du Québec, du Collège des médecins du Québec et du Protecteur du citoyen.
- Conseil permanent de la jeunesse (1997), *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse !* Avis du Conseil permanent de la jeunesse.
- Conseil de presse du Québec (1995), *Nommer ou ne pas nommer (avis)*, Québec, 7 p.
- Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec en collaboration avec les Centres jeunesse de Québec (1995), *Enquête auprès de la clientèle des centres de réadaptation des centres jeunesse de Québec*, Québec, 87 p. et annexes.
- Dorais, M (2000), *Mort ou vif. Contextes et mobiles de tentatives de suicide chez des adolescents et des jeunes hommes homosexuels ou identifiés comme tels et perspectives de prévention*, Québec, Université Laval, CRSC.
- Gagnon, A (1996), « Suicide chez les jeunes », *L'Omnipraticien*, 6 mars 1996, p. 22-23.
- Garland, A; Zigler, E (1993), « Adolescent Suicide Prevention. Current Research and Social Policy Implications », *American psychologist*, 48(2) : 169-182.
- Kellermann, AL; Lee, RK; Mercy, JA; Banton, J (1991), « The Epidemiologic Basis for the Prevention of Firearm Injuries », *Annu. Rev. Public Health*, 12 : 17-40.
- Kellermann, AL; Rivara, FP; Lee, RK; Banton, JG (1998), « Injuries and Deaths Due to Firearms in the Home », *The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care*, 45(2) : 263-267.
- Kellerman, AL; Rivara, FP; Somes, G et autres (1992), « Suicide in the Home in Relation to Gun Ownership », *New England Journal of Medicine*, 327(7) : 470.

Kreitman, N (1976), « The Coal Gas Story. United Kingdom Suicide Rates, 1960-1971 », *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 30 : 86-93.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1998), *Stratégie d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*, Gouvernement du Québec, 94 p.

O'Carroll, PW; Poter, LB (1994), « Suicide Contagion and the Reporting of Suicide : Recommendations from a National Workshop », Center for Disease Control, *MMWR*, 43(6RR-?): 9-17 et annexe.

Philips, DP; Carstensen, MS (1986), « Clustering of Teenage Suicide after Television News Stories about Suicide », *New England Journal of Medicine*, 315(11) : 685-689.

Pronovost, J; Leclerc, D (1998), *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en Centre jeunesse : rapport final*, Université du Québec à Trois-Rivières avec la collaboration des Centres jeunesse du Québec, 47 p. et annexes.

Saint-Jacques, M-C; McKinnon, S; Potvin, P (1999), *Les problèmes de comportement chez les jeunes. Comprendre et agir efficacement*, Beauport, Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, 131 p. et annexe.

Shaffer, D et autres (1988), « Preventing teenage suicide : A Critical Review (Special article) », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27(6) : 675-687.

Spirito, A et autres (1989), « Attempted Suicide in Adolescence : A Review and Critique of the Literature », *Clinical Psychology Review*, 9 : 335-363.

White, J; Jodoin, N (1998), « *Before-the-fact* » *Interventions : A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, Ministry for Children & Families, British Columbia, 276 p.



JEUNES DE LA RUE

Par Johanne Harvey

ÉTAT DE LA SITUATION

L'absence de définition. Les jeunes de la rue forment un groupe hétérogène pour lequel il n'existe pas de définition claire (Shériff, 1999). Ces jeunes sont souvent victimes d'abandon ou de négligence de la part du noyau familial et rompent de façon temporaire ou permanente avec leur milieu de provenance. On les définit comme des adolescents et adolescentes qui passent le plus clair de leur temps dans la rue. Ils se répartissent en divers sous-groupes, dont les suivants : fugueurs; chômeurs et décrocheurs; sans-abri; toxicomanes et alcooliques; délinquants juvéniles et jeunes contrevenants; travailleurs de l'industrie du sexe (Edmonds, 1998). Ces catégories ne sont pas tout à fait étanches, mais on s'entend pour reconnaître que tous les jeunes de la rue sont confrontés à des contraintes similaires une fois dans la rue.

La fréquence. Pour des raisons évidentes, il n'est pas facile d'obtenir des données exactes sur le nombre de jeunes de la rue. Dans la ville de Québec, les observateurs avancent un nombre autour de 50 en hiver et 500 en été (Shériff, 1999). À la Maison Dauphine (Les Œuvres de la Maison Dauphine, 1999), un des organismes communautaires de la région de Québec voué aux jeunes de la rue, on dénombre pour l'année 1998-1999 un total de 888 interventions internes : 21 % chez les 12-17 ans, comparativement à 57 % et 22 % respectivement pour les 18-20 ans et les 21 ans et plus. Les filles sont représentées à

59 % comparativement à 41 % pour les garçons. Au regard de l'habitat, 26 % se déclarent sans domicile, 62 % vivent en logement et 12 % résident chez leurs parents. Pour ce qui est de la provenance, 51 % proviennent du centre-ville de Québec, 28 % de la région de Québec et 21 % de l'extérieur.

Le vécu familial et scolaire. Le dysfonctionnement familial est un facteur majeur dans la vie des jeunes de la rue. Plusieurs proviennent de familles où règnent instabilité, conflits et abus (Whitbeck et autres, 1997). L'abandon scolaire est une variable fréquente chez les jeunes de la rue. La désadaptation à la discipline du milieu scolaire, l'isolement social, l'absence de motivation aux études ou des difficultés d'apprentissage sont tous des éléments menant au décrochage scolaire (Shériff, 1999). Dans l'étude de Roy et autres (1996), 27 % des filles et 11 % des garçons fréquentaient l'école. Environ les trois quarts n'ont pas terminé leurs études secondaires.

La situation financière. D'après les données approximatives sur la situation économique des parents, la moitié de la population des jeunes de la rue serait issue de parents de classes moyenne et aisée, alors que l'autre moitié viendrait de familles à petit salaire ou recevant de l'assurance-chômage (Shériff, 1999). Quant au statut des jeunes fréquentant le local de la Maison Dauphine (Les Œuvres de la Maison Dauphine, 1999), 60 % d'entre eux reçoivent de l'aide sociale et 35 % sont sans revenu (dont plusieurs d'âge mineur). Seuls 3 % ont

un travail. Dans l'étude de Roy et autres (1996), la plupart des jeunes mentionnent avoir plusieurs sources de revenu dans les six mois précédant la recherche. Les garçons sont plus nombreux à avoir eu comme sources de revenu la sécurité du revenu, le travail occasionnel ou régulier, l'assurance-chômage, le vol et la vente de drogues, alors que les filles ont plus souvent recours au soutien familial, à la quête et à la prostitution.

L'abus et la violence. Une histoire d'abus physique ou sexuel est souvent retrouvée chez les jeunes de la rue. Dans une étude menée à Ottawa, presque la moitié des jeunes de la rue disent avoir été abusés sexuellement, l'incidence étant plus élevée chez les filles (68 %) que chez les garçons (39 %) (Tam et autres, 1996). D'après une recherche menée à Montréal, les deux tiers (67 %, n = 181) des filles et plus du quart (27 %, n = 176) des garçons ont déjà été abusés sexuellement (Roy et autres, 1996). Les jeunes de la rue sont victimes de toutes sortes de violences, dans la famille, parfois à l'école, souvent dans les milieux d'accueil et de réadaptation et aussi dans la rue. Ils connaissent la violence physique, la violence psychologique et la violence morale (Shériff, 1999). Dans une étude faite à Ottawa (Regional Municipality of Ottawa-Carleton, 1992), 62 % des 64 jeunes de la rue interrogés déclaraient avoir été battus depuis leur séjour dans la rue. Les jeunes de la rue disent également avoir été victimes de crimes dans une proportion de 65 %, battus ou attaqués dans 69 % des cas, abusés sexuellement ou violés dans 14 % des cas et agressés par couteau ou blessés par arme à feu dans 12 % des cas (Edmonds, 1998). En plus d'être victimes, notons qu'ils sont aussi capables de poser des gestes violents et d'en subir des conséquences non négligeables.

La consommation d'alcool et de drogues.

La consommation d'alcool et de drogues est un élément incontournable de la vie des jeunes de la rue. Dans l'étude de Shériff (1999), tous les jeunes consomment ou ont consommé des drogues, avant et pendant leur séjour dans la rue. La majorité ont expérimenté plus d'une drogue. À Montréal, sur un total de 919 jeunes âgés de 12 à 25 ans, 1 % disent ne jamais avoir pris d'alcool et 3 % n'avoir jamais pris de drogue, mais 66 % ont déjà consommé au cours de leur vie plus de quatre types de drogues différentes. Pour 97 % des jeunes qui consomment différentes drogues, l'ordre d'importance est le suivant : la marijuana, l'alcool, les hallucinogènes (acide, PCP, mescaline), la cocaïne, l'héroïne et le crack. Plus du tiers se sont injecté des drogues au cours de leur vie. Les filles ont tendance à s'injecter des drogues plus tôt (âge moyen = 16 ans) que les garçons (âge moyen = 17,3 ans) (Roy et autres, 1996).

Les comportements sexuels. La majorité des jeunes de la rue sont sexuellement actifs (95 % des garçons et 93 % des filles) (Société canadienne de pédiatrie (SCP), 1998). Une étude américaine révèle que près de la moitié des jeunes interrogés ont eu au moins dix partenaires sexuels différents (MacDonald et autres, 1994). À Montréal, pour ce qui est des partenaires à risque, les filles ont plus souvent que les garçons eu des relations avec des utilisateurs de drogues intraveineuses, avec des hommes ayant eu des relations avec d'autres hommes ou des hommes prostitués, alors que les garçons ont plus souvent eu des relations avec des femmes s'adonnant à la prostitution (Roy et autres, 1996). Il n'y a pas de différence significative entre les garçons et les filles pour ce qui est de l'âge moyen déclaré à la première activité sexuelle, soit 13,6 ans. L'utilisation constante du condom est peu fréquente. Les filles sont moins nombreuses

que les garçons à dire qu'elles ont toujours utilisé le condom lors de pénétrations vaginales (9 % c. 15 %) de même que lors de pénétrations anales (25 % c. 36 %). Plus du tiers des jeunes disent être souvent ou toujours sous l'effet de la drogue ou de l'alcool lorsqu'ils ont des activités sexuelles (Roy et autres, 1996).

Les grossesses. En raison de plusieurs facteurs de risque déjà mentionnés, il apparaît que les jeunes filles de la rue sont particulièrement à risque d'une grossesse non désirée. Une étude comparant les taux de prévalence de trois études américaines a démontré que les jeunes de la rue présentent le plus haut taux à vie de grossesses, soit 48 %, suivi à 33 % des jeunes en centre d'hébergement et à moins de 10 % des jeunes vivant dans leur famille (Greene et Ringwalt, 1998).

Les MTS et le VIH. Dans leur étude menée auprès de jeunes de la rue, de jeunes prostitués des deux sexes et de femmes vivant des problèmes de comportement ou d'adaptation sociale fréquentant différents organismes de la région de Québec, Alary et autres (1999) ont trouvé des prévalences de *Neisseria gonorrhoeae* de 1,1 % et de *Chlamydia trachomatis* de 5,8 %. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les hommes et les femmes. Les facteurs indépendants associés étaient : avoir moins de 20 ans, s'être injecté des drogues et avoir eu des partenaires occasionnels. Chez les jeunes de la rue de Montréal âgés de 14 à 20 ans, la prévalence du VIH est de 0,49 %, alors qu'elle est de 4,66 % chez les 21-25 ans. La prévalence chez les garçons est de 2,2 %, alors chez les filles elle est de 1,1 % (Roy et autres, 1996).

Les raisons de vivre dans la rue. D'après une étude réalisée à Québec, les raisons évoquées par les jeunes pour adopter le

mode de vie de la rue sont, dans l'ordre : les conflits avec la famille; l'attrait de la rue, renchéri par un besoin impérieux de liberté chez les jeunes placés en centre de réadaptation; la consommation de drogues, la violence, les problèmes scolaires; l'angoisse de vivre, le manque de spiritualité et la pauvreté (Shériff, 1999).

Les conséquences sociosanitaires de la vie dans la rue. L'accès limité à des refuges, l'exposition à un environnement parfois très difficile, un cycle de sommeil perturbé, une mauvaise nutrition et les traumatismes physiques et psychologiques subis contribuent aux problèmes médicaux, dentaires et émotionnels rencontrés chez les jeunes de la rue (Busen et Beech, 1997).

Le suicide et les morts violentes. Le thème de la santé mentale revient constamment dans les études sur la population des jeunes marginaux. Cela inclut la faible estime de soi, la dépression, le syndrome du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité et la suicidalité (Unger et autres, 1997). Dans un avis intitulé le *Défi de l'accès pour les jeunes de la rue* (DSPMC, 1998), le directeur de la santé publique de Montréal-Centre présente des données relatives à une étude de cohorte où, durant le suivi, 13 jeunes étaient décédés : 11 garçons âgés de 18 à 26 ans et deux filles âgées de 16 et 22 ans. La cause du décès a été confirmée pour dix de ces jeunes. Selon les données du Bureau du coroner, quatre se sont pendus, trois sont décédés d'une surdose de drogue, l'un a fait une chute d'un balcon alors qu'il était en état d'ébriété et un autre a été frappé par une voiture. Un autre est décédé d'une hépatite A fulminante. Au moment du décès, neuf jeunes s'étaient déjà injecté des drogues et deux étaient VIH positifs. Le taux de mortalité des jeunes de la rue de Montréal est estimé à 13 fois celui des jeunes du Québec du même âge. Le questionnaire de

suivi de cette cohorte révèle que, dans les 12 mois précédents, 63 % des 432 répondants et répondantes avaient déjà eu des idées suicidaires et 35 % avaient déjà essayé de se suicider, généralement par intoxication médicamenteuse ou surdose de drogue.

LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES INTERVENTIONS

1. En promotion de la santé et prévention de l'émergence de nouveaux jeunes en difficulté qui aboutissent dans la rue

Il est évident que les mesures de promotion de la santé et de prévention déjà mentionnées en ce qui concerne le tabac, l'alcool et les drogues, la sexualité, les grossesses et les MTS-sida ainsi que la santé mentale touchent également cette population et qu'il n'est pas nécessaire de les aborder de nouveau dans cette section.

Rappelons toutefois que l'école est le principal lieu où les stratégies conçues pour empêcher les jeunes d'opter pour la rue devraient être mises en œuvre, qu'il s'agisse du dépistage des jeunes à risque ou du soutien à leur apporter afin d'éviter le décrochage scolaire (Caputo et autres, 1997).

Un resserrement significatif des mailles du filet des services sociaux est également nécessaire pour réduire le nombre de jeunes en difficulté qui aboutissent dans la rue. L'apprentissage de ces jeunes est souvent limité en ce qui concerne les habiletés de base de la vie courante. De plus, lorsque ces jeunes se retrouvent en institution, en centre de réadaptation ou en prison, la planification de la transition du milieu fermé à un fonctionnement en milieu ouvert est souvent incomplète (DSPMC, 1998).

2. En intervention sur le milieu afin de réduire les conséquences de la vie de rue sur la santé et d'assurer la sécurité des jeunes de la rue

2.1 Offrir des services adaptés à cette clientèle marginale

Les études laissent entendre que rares sont les professionnels et les professionnelles des services réguliers véritablement au courant des réalités de la rue. De plus, rares sont les jeunes à avoir un médecin de famille. Les jeunes de la rue se plaignent du manque de sensibilité du personnel médical et des préjugés qu'il entretient à leur égard, notamment le personnel des salles d'urgence des hôpitaux (SCP, 1998). Ils font cependant confiance aux infirmières, mais ils ne se présentent aux urgences des hôpitaux qu'en dernier recours. Les études indiquent que les jeunes marginaux fréquentent également les cliniques populaires et qu'ils profitent du passage des infirmières et des médecins dans les centres d'accueil pour venir les consulter (SCP, 1998).

Le système de santé et de services sociaux et les professionnels et professionnelles qui y travaillent doivent s'adapter aux jeunes de la rue, tant socialement que culturellement. Il est essentiel que les intervenantes et les intervenants comprennent les caractéristiques sociales et personnelles des jeunes de la rue. Il est donc primordial de mettre en place des services individualisés spécifiques, car plusieurs programmes actuels ne permettent pas de répondre adéquatement aux besoins de la plupart de ces jeunes (Caputo et autres, 1997).

Les besoins des jeunes de la rue sont multiples mais les intervenants et les intervenantes doivent d'abord établir une priorité dans les besoins. Ainsi, les besoins

relatifs à la nourriture et un toit pour dormir précèdent tous les autres. Sans un environnement sécuritaire, il est difficile d'envisager une réadaptation, des activités liées aux soins médicaux, à l'éducation et même à l'emploi (Busen et Beech, 1997).

Les jeunes marginaux ont besoin de renseignements clairs et précis venant de personnes en qui ils ont confiance (Radford et autres, 1989). La confidentialité des services est une priorité pour les jeunes de la rue et la crainte de son non-respect est un obstacle à la consultation (SCP, 1998). À ce titre, la présentation de la carte d'assurance-maladie ne devrait pas être une obligation car elle représente un obstacle important : soit les jeunes n'en possèdent pas, soit ils refusent de la présenter par crainte qu'elle ne permette de les retracer (SCP, 1998).

Il importe aussi de reconnaître que ces jeunes vont changer seulement lorsqu'ils se sentiront prêts. Ce style de vie est aimé par nombre de ces jeunes et le processus de sortie de la rue peut être long. Il est donc suggéré de faire preuve de patience en axant les interventions sur les besoins élémentaires tels que la nourriture et le logement, tout en essayant de gagner leur confiance et d'offrir un accompagnement personnalisé aux jeunes qui veulent quitter la rue (Caputo et autres, 1997).

2.2 Former des équipes multidisciplinaires d'intervention dédiées aux jeunes de la rue dans les secteurs à risque

La formation d'équipes multidisciplinaires est un concept de travail d'équipe qui appuierait les organismes communautaires déjà en place. Ces équipes doivent être facilement identifiables par les partenaires et par les jeunes de la rue. Les services de santé

de première ligne y seraient accessibles et des contacts étroits permettraient de diriger les jeunes vers les services spécialisés lorsque nécessaire.

Voici les types de services suggérés qu'offriraient ces équipes (DSPMC, 1998) :

- des services d'accueil et d'information (par des jeunes et des infirmières);
- des soins médicaux de base (actes délégués, nursing);
- des services psychosociaux (dépistage, intervention précoce en suicide et toxicomanie et suivi post-tentative suicidaire);
- des services d'aide en toxicomanie (traitement de substitution sous contrôle médical; aide au sevrage; soutien-conseil sur la consommation à risque réduit);
- un arrimage étroit avec les milieux de vie et les organismes du milieu;
- la référence aux services de deuxième ligne au besoin (professionnels spécialisés sur place; corridors de référence vers les services spécialisés des établissements).

2.3 Reconnaître l'importance du travail d'accompagnement de type « outreach »

La nécessité du travail d'accompagnement de type « outreach » doit être reconnue (DSPMC, 1998). Ce type d'intervention vise un accompagnement global et personnalisé. Différents organismes de la communauté ont développé une expertise en ce sens. Le lieu privilégié d'intervention est la rue ainsi que

les divers endroits fréquentés par les jeunes de la rue (SCP, 1998).

2.4 *Harmoniser les approches d'intervention*

L'harmonisation de l'approche de la sécurité publique et de celle du réseau de la santé et des services sociaux face à la marginalité constitue également un élément essentiel de la problématique. Des expériences réalisées ailleurs montrent qu'une plus grande concertation peut bien servir tout autant les jeunes eux-mêmes que les intervenants et intervenantes et la population. En ce sens, dans la région de Québec, l'expérience Macadam avec le corps policier de la Ville de Québec et l'existence du Comité de concertation sur les jeunes de la rue et leur environnement (CCJRE) en sont de bons exemples.

2.5 *Former les intervenants et les intervenantes en prévention du suicide et en toxicomanie*

Une formation en prévention du suicide et en toxicomanie ressort comme une priorité pour les intervenants et les intervenantes des établissements et des organismes communautaires concernés (DSPMC, 1998). Des sommes devraient être consacrées aux initiatives de recherche visant à mieux comprendre la question du suicide chez les jeunes de la rue et à mettre au point des modèles d'intervention appropriés.

3. En réadaptation et réinsertion sociale

3.1 *Accroître l'accès pour les jeunes de la rue à des possibilités réelles de sortir de la marginalité et de prendre part activement à la vie sociale et économique de la collectivité*

Plusieurs réalisations et projets issus principalement des organismes communautaires ont permis de mettre en évidence certaines réponses par des initiatives valorisantes et accroissant les compétences des jeunes de la rue. Il est essentiel de développer des partenariats entre les organismes communautaires, les établissements, les milieux d'affaires de même qu'avec les officiers de police (DSPMC, 1998). Il a été démontré que dans certaines communautés où l'on a créé des écoles alternatives et des options de logis transitoires, où les jeunes peuvent apprendre et acquérir de nouveaux comportements, les chances sont augmentées de trouver un emploi et un rôle significatif dans la société (Rotheram-Borus et autres, 1996).

Parcours scolaires adaptés. L'École de la rue mise sur pied afin d'aider les jeunes qui fréquentent la Maison Dauphine de Québec à terminer leurs études primaires et secondaires rend possible l'intégration scolaire de ces jeunes.

Insertion à l'emploi. Il est important de développer des initiatives d'insertion au marché du travail. Encore une fois, les partenaires sociaux sont essentiels au succès de tels projets. À cet effet, la Maison Dauphine a créé un poste de conseiller en emploi en 1998. Un autre projet, *Carumba*, a permis à cinq jeunes de la Maison Dauphine de mettre sur pied leur propre entreprise (Les Œuvres de la Maison Dauphine, 1999).

Logement social. L'accessibilité au logement social est une condition essentielle, selon les intervenants du milieu, à toute tentative de réinsertion communautaire adéquate. L'accès au logement doit se faire par l'entremise d'un accompagnement personnalisé, particulièrement avec les jeunes qui ne sont pas encore adultes (DSPMC, 1998).

BIBLIOGRAPHIE

Alary, M; Carbonneau, D; Boily, MC et autres (1999), *Étude de faisabilité d'un programme de dépistage et de prévention de certaines MTS chez les personnes à risque élevé de MTS ou d'infection au VIH de la région de Québec*, Rapport final à la Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, 29 p.

Busen, N; Beech, B (1997), « A Collaborative Model for Community-based Health Care Screening of Homeless Adolescents », *Journal of Professional Nursing*, 13(5) : 316-324.

Caputo, T; Weiler, R; Anderson, J (1997), *Étude sur le style de vie de la rue*, Santé Canada, 51 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1998), *Le 'Défi de l'accès' pour les jeunes de la rue*, Avis du directeur de la santé publique sur la mortalité chez les jeunes de la rue de Montréal, 48 p.

Edmonds, L (1998) *Getting Street Smart : Re-imaging Adolescent Health Care for Street Youth*, document de travail, Société canadienne de pédiatrie, 23 p.

Greene, JM; Ringwalt, CL (1998), « Pregnancy Among Three National Samples of Runaway and Homeless Youth », *Journal of Adolescent Health*, 23(6) : 370-377.

Les Œuvres de la Maison Dauphine (1999), *Rapport annuel 1998-1999*, 50 p.

MacDonald, N; Fisher, WA; Wells, GA et autres (1994), « Canadian Street Youth : Correlates of Sexual Risk-taking Activity », *The Paediatric Infectious Disease Journal*, 3(8).

Radford, JL; King, AJC; Warren, WK (1989), *Street youth and AIDS*, Ottawa, Health and Welfare Canada.

Regional Municipality of Ottawa-Carleton (1992), *Support Services to Homeless/Street Youth in Ottawa-Carleton : A Needs Assessment and Plan for Action*, Ottawa.

Rotheram-Borus, M,J; Parra, M; Cantwell, C et autres (1996), « Runaway and Homeless Youths », In DiClemente, RJ; Hansen, WB et Ponton LE (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*, New York, Plenum, p. 369-391.

Roy, E; Haley, N; Boivin, JF; Frappier, JY; Claessens, C (1996), *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH*, Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH, 36 p.

Shériff, T (1999), *Parcours initiatiques des jeunes de la rue*, Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, Direction du développement de la pratique professionnelle, 214 p.

Société canadienne de pédiatrie (1998), *S'ouvrir aux réalités de la rue : des soins de santé adaptés aux jeunes*, document de travail, 25 p.

Tam, R; MacDonald, N; Feder, S et autres (1996), « Chlamydia Infection in Street Youth : Need for More Aggressive Screening Programs », *Canadian Journal of Infectious Disease*, 7(1) : 49-52.

Unger, JB; Kipke, MD; Simon, TR et autres (1997), « Homeless Youths and Young Adults in Los Angeles : Prevalence of Mental Health Problems and the Relationship Between Mental Health and Substance Abuse Disorders », *American Journal of Community Psychology*, 25(3) : 371-392.

Whitbeck, LB; Hoyt, DR; Ackley, KA (1997), « Families of Homeless and Runaway Adolescents : A Comparison of Parent/Caretaker and Adolescent Perspectives on Parenting, Family Violence, and Adolescent Conduct », *Child Abuse and Neglect*, 21(6) : 517-518.



CONCLUSION

L'adolescence... serait-ce un problème de santé publique ? À lire les chapitres de ce document, on y croirait presque ! Mais au-delà des problématiques, bien réelles, des maladies infectieuses, de l'alimentation et de l'activité physique, de l'usage de tabac, d'alcool et de

drogues, de la sexualité, de la santé mentale, du suicide et des jeunes de la rue, il y a la vie qui bat, avec son lot de plaisirs et de frustrations et les multiples expériences qui façonnent les adultes en devenir. Vous souvenez-vous de votre adolescence ?

L'adolescence :

*ce n'est pas seulement avoir des boutons,
c'est perdre sa peau d'abricotier;
c'est grandir;
c'est avoir ses premières règles,
avoir à peine quinze printemps;*

*c'est être dans le gris, le bleu;
c'est l'opulence et le néant à la fois;
c'est avoir tant de choses à voir, à faire mais être bloquée par un champ de
vision qui ne nous permet pas de voir l'extrémité du possible, qui se
bloque au déjà vu, au raisonnable
et c'est aussi à la fois tout vouloir et n'avoir que l'accessible;
c'est du nickel couvert de glaise;
c'est de l'onyx à polir indéfiniment;
c'est se sculpter dans un bloc grossier;
c'est mouler un moule selon son propre moule de vie;
ce sont des champs déserts où flotte la mort, le suicide;
c'est le moment où l'on se fait des amis pour la vie;
c'est prendre ses parents pour des cons, les renier, les éviter, les engueuler,
c'est flotter les samedis matins;
c'est être cassée constamment;
c'est faire des pyjamas-party entre filles;
c'est attendre juin;
attendre Noël;
attendre la fonte de la neige;
jouer dehors de moins en moins;*

*c'est respirer dans un cadre trop petit, être prisonnière d'une
prison sans barreaux,
c'est manquer de liberté à en avoir le souffle coupé; c'est suffoquer, se
sentir écrasée alors que ce devrait être le moment le plus délicat de tous, le
moment où la fleur est assez ouverte pour épandre son propre parfum,
pour se faire sentir, se faire connaître, pour se faire aimer et haïr,
c'est imiter;
c'est ne pas savoir;
c'est apprendre;
apprendre à être, à respirer;
c'est avoir peur;
c'est cacher et regretter d'avoir caché;
c'est vivre.*

Mathilde Bélanger, 17 ans

Prisme (1992), 2(3) : 380-381