

Santé mentale et adaptation sociale

Santé mentale

Violence et problèmes de comportement

Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence

Chapitre 19

Santé mentale

Jean-Jacques Breton

Service de recherche, Hôpital Rivière-des-Prairies
Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
Département de psychiatrie, Université de Montréal

Gilles Légaré

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Institut national de santé publique du Québec

Johanne Laverdure

Institut national de santé publique du Québec

Yvan D'Amours

Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires
Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec

Introduction

Diminuer les problèmes de santé mentale et réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide constituent deux objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). Lors du bilan d'implantation de la politique de santé mentale, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ont demandé d'accorder une priorité aux problèmes de santé mentale des jeunes (MSSS, 1997a). Le suicide et l'adaptation sociale des jeunes sont devenus en 1997 des priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997b). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) identifie maintenant les jeunes comme une des deux clientèles prioritaires dans son *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale au Québec* (MSSS, 1998a). Le rapport *Accentuer la transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* (MSSS, 2001) confirme la priorité à accorder à la santé mentale des jeunes, particulièrement ceux présentant des troubles mentaux. C'est dire toute l'importance dévolue

actuellement à la santé mentale et à l'adaptation sociale des jeunes québécois.

Cette priorité accordée aux problèmes de santé mentale des jeunes s'appuie sur une réalité de santé publique incontournable. Les taux de suicide des jeunes québécois de 10 à 24 ans se révèlent constamment supérieurs à la moyenne canadienne depuis le début des années 90. Le Québec se retrouve dans le peloton de tête des pays occidentaux (D'Amours, 1997). Avec un taux de suicide de 20,2 par 100 000 pour les adolescents de 15 à 19 ans en 1994, le Québec se situe légèrement au-dessous du taux européen le plus élevé observé en Finlande (22,0) et au-dessus des taux observés en Norvège (17,1), en Autriche (15,5) et dans les autres pays européens (Rey et autres, 1997). La situation est à ce point préoccupante que le MSSS a récemment défini une stratégie d'action face au suicide (MSSS, 1998b).

La détresse psychologique touche également les jeunes québécois. Elle constitue, en 1998, le lot quotidien de 29 % des adolescents de 15 à 19 ans (Légaré et autres, 2000). L'étude des troubles mentaux

les plus fréquents à l'adolescence dans la population générale révèle, selon les réponses des jeunes, une prévalence de 18 % sur une période de 6 mois chez les jeunes de 12 à 14 ans en 1992 et de 24 % chez ceux de 14 à 17 ans en 1995-1997 (Breton et autres, 1999; Romano et autres, 2001).

Certes, les problèmes de santé mentale des jeunes ont fait l'objet de plusieurs recherches au cours des deux dernières décennies. Il s'agit, cependant, en majorité d'études locales ou régionales réalisées en collaboration avec le milieu scolaire. Par exemple, les conduites suicidaires ont été étudiées auprès des jeunes des régions de Montréal (Tousignant, Hamel et Bastien, 1988) et de Trois-Rivières (Côté, Pronovost et Ross, 1990) et plusieurs aspects de la vie des jeunes incluant l'estime de soi, la détresse psychologique et les conduites suicidaires ont été étudiés dans les régions de l'Outaouais (Deschesnes et Scheafer, 1997) et du Saguenay—Lac-Saint-Jean (Veillette et autres, 1998; Perron et autres, 1999). Peu d'enquêtes nationales représentatives de tous les jeunes québécois ont été réalisées. Les enquêtes générales de Santé Québec de 1987, 1992-1993 et 1998 ont apporté des connaissances sur la détresse psychologique et les conduites suicidaires, mais uniquement chez les personnes de 15 ans et plus. L'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992* (Breton et autres, 1999) et l'étude longitudinale des enfants de maternelle (Romano et autres, 2001) ont orienté surtout leurs recherches sur les troubles mentaux intériorisés et extériorisés.

Il n'existe pas non plus de données nationales au sujet de l'estime de soi des jeunes du Québec. Pourtant l'estime de soi, c'est-à-dire le respect et la valeur qu'un jeune s'accorde à lui-même, constitue un facteur de protection auquel ont fréquemment recours les programmes québécois de prévention et de promotion en santé mentale. L'estime de soi varie selon l'âge, le sexe, la qualité des liens familiaux et parentaux; elle est associée aux problèmes de santé mentale des jeunes

comme la dépression, les idées suicidaires et les troubles de comportement (Ayotte, 1996; Harter, 1993). L'étude de la santé mentale des jeunes, dans le cadre de la présente enquête, prend en compte l'estime de soi en lien avec plusieurs autres variables, en conformité avec les modèles écologique (Bronfenbrenner, 1989) et transactionnel du développement (Sroufe et Rutter, 1984). Comment l'estime de soi varie-t-elle selon l'âge et le sexe des jeunes ainsi que le soutien affectif des parents? Comment cette variable est-elle associée à la détresse psychologique et aux conduites suicidaires? Voilà des questions auxquelles tente de répondre ce chapitre.

Les données nationales sur les troubles émotifs et les idées suicidaires des enfants de 9 ans et la détresse psychologique des adolescents de 13 ans font également défaut. Qu'en est-il des troubles émotifs à l'âge de 9 ans? Est-ce que la fréquence des idées suicidaires est élevée chez les jeunes de 9 ans? Y a-t-il une association entre les idées suicidaires à 9 ans et le soutien affectif des parents? Y a-t-il une association entre la détresse psychologique à l'adolescence et le nombre de sources de soutien? Voilà d'autres questions auxquelles tente de répondre le chapitre.

Enfin, l'étude des comportements de recherche d'aide des jeunes à risque de suicide ou qui démontrent un niveau élevé de détresse psychologique constitue une dimension importante du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale au Québec* (MSSS, 1998a). Les jeunes à risque de suicide se confient surtout à leurs pairs (Côté, Pronovost et Ross, 1990; Deschesnes, 1997; Gariépy, 1997; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988). Pourquoi ne consultent-ils pas un professionnel? Est-ce pour des raisons instrumentales comme la disponibilité ou à cause de barrières psychologiques comme les réactions de la famille ou les croyances personnelles? Voilà les dernières questions qu'aborde ce chapitre.

Le texte se divise en trois parties. Les aspects méthodologiques sont présentés en premier lieu. Les résultats sur l'estime de soi, les troubles émotifs des enfants, la détresse psychologique des adolescents et finalement les idées et tentatives de suicide suivent. Les principales conclusions et recommandations font l'objet de la dernière partie du chapitre.

19.1 Aspects méthodologiques

L'estime de soi des enfants de 9 ans est mesurée à l'aide des questions E22a à E22h du questionnaire destiné aux enfants de 9 ans. Cette sous-échelle de type Likert sur le concept général de soi comprend huit items; elle provient du Questionnaire d'autodescription de Marsh (1990). La fiabilité et la validité du questionnaire d'origine ont été évaluées lors de nombreuses études (Marsh, 1990). Une version française de l'instrument a fait l'objet d'une validation auprès d'un échantillon d'enfants québécois du deuxième cycle du primaire. Les résultats confirment la bonne fiabilité et validité de la version française à l'exception du concept général de soi chez les garçons (Gagnon et autres, 1994). Un indice dont l'étendue varie de 8 à 32 a été construit. Plus le score est élevé, plus le niveau d'estime de soi est élevé. La moyenne est utilisée pour fins de comparaison. Le taux de non-réponse partielle des enfants de 9 ans à cet indice s'élève à 5,2 % et se répartit également selon le sexe.

L'estime de soi des adolescents de 13 et 16 ans a été étudiée à l'aide de la traduction française du *Rosenberg's self esteem scale* (Vallières et Vallerand, 1990). Ce bref questionnaire composé de 10 items permet d'évaluer à quel point un individu se considère comme une personne de valeur, possédant un certain nombre de belles qualités, ayant une attitude positive à l'égard de lui-même et ne se considère pas comme inutile ou bon à rien (questions A23a à A23j et Q31a à Q31j). Il se compare au concept général de soi du Questionnaire d'autodescription de Marsh. Les qualités psychométriques de la traduction française sont acceptables et se comparent favorablement à celles de

la version anglaise (Vallières et Vallerand, 1990). L'échelle de Rosenberg a été utilisée dans trois enquêtes québécoises (Deschesnes et Shaefer, 1997; Perron et autres, 1999; Bellerose et autres, 2001). L'étendue de l'échelle varie de 10 à 40. Plus le score est élevé, plus le niveau d'estime de soi est élevé. Trois catégories de répondants sont identifiées selon la répartition utilisée dans l'étude du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Perron et autres, 1999) : une estime de soi faible correspondant au quintile inférieur, une estime de soi moyenne correspondant aux 2^e, 3^e et 4^e quintiles et une estime de soi élevée correspondant au quintile supérieur. Le taux de non-réponse partielle, de 5,6 % chez les adolescents de 13 ans, se répartit également selon le sexe; il est de 2,7 % chez les adolescents de 16 ans.

L'évaluation des troubles émotifs des enfants de 9 ans a été réalisée à l'aide d'un indice comportant sept items. Il s'agit des questions PE55a à PE55g du questionnaire autoadministré destiné aux parents qui mesurent la fréquence de sept symptômes de dépression et d'anxiété chez les enfants. Cet indice, dont les questions proviennent de l'enquête ontarienne sur la santé des enfants (Offord et autres, 1987), a été identifié a posteriori à la suite du premier cycle de la collecte des données de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants* (ELNE 1994-1995) (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995). Pour la présente enquête, un indice a été construit dont l'étendue varie de 0 à 14. Plus le score est élevé, plus les symptômes de troubles émotifs sont importants. Deux catégories de répondants sont identifiées : le niveau faible/moyen correspondant aux quartiles un à trois et le niveau élevé correspondant au quartile supérieur. Le taux de non-réponse partielle à cet indice atteint 8,9 % et est plus élevé chez les garçons (11 %) que chez les filles (6 %). Il ne varie pas selon la scolarité des parents ni leur niveau à l'indice de détresse psychologique; par contre, il est associé au type de milieu familial, la non-réponse étant plus élevée chez les répondants de familles avec un seul parent.

L'indice de détresse psychologique de Santé Québec a été retenu pour estimer le niveau de détresse psychologique des adolescents de 13 et de 16 ans. Cet indice comprenant 14 questions mesure la fréquence des symptômes liés à la dépression, l'anxiété, l'agressivité et aux troubles cognitifs au cours de la semaine précédant l'enquête. Il s'agit des questions A33a à A33n et Q41a à Q41n du questionnaire autoadministré s'adressant aux adolescents. Cet indice a été utilisé lors des enquêtes générales de Santé Québec réalisées en 1987, 1992-1993 et 1998 et lors d'enquêtes régionales. Deschesnes (1998) a démontré que la fiabilité et la validité de cet indice étaient acceptables pour une population adolescente québécoise. Son étendue varie de 0 à 100. Deux catégories de répondants sont identifiées : le niveau faible/moyen correspondant aux quintiles un à quatre, le niveau élevé correspondant au quintile supérieur. La consultation d'un professionnel et les raisons qui ont empêché de demander de l'aide sont également étudiées (questions A35-A36 et Q43-Q44). La liste des raisons qui auraient empêché le recours à de l'aide provient de l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992* (Breton et autres, 1997). Le taux de non-réponse partielle à l'indice de détresse psychologique est inférieur à 1 % chez les adolescents. La non-réponse partielle est relativement élevée pour les questions portant sur les motifs de non-consultation (10 % et 5 % chez les 13 et 16 ans respectivement); celle-ci n'est toutefois associée ni au sexe, ni à l'année d'études des adolescents.

La prévalence des idées suicidaires sérieuses des enfants de 9 ans a été étudiée à l'aide d'une question utilisée lors de l'évaluation d'un programme de prévention du suicide (Mishara, 1998). Il s'agit de la question E46 du questionnaire autoadministré destiné aux enfants. Une étude en profondeur de plus de 100 enfants québécois de 6 à 12 ans a démontré qu'ils possèdent une conception de la mort et du suicide suffisamment évoluée pour assurer une validité de contenu raisonnable (Mishara, 1999). Les questions

mesurant les comportements suicidaires des adolescents sont issues d'enquêtes américaines et canadiennes (Brener et autres, 1995; Kann et autres, 1998). Les questions sur l'estimation de l'intensité des idées suicidaires et la recherche d'aide proviennent d'enquêtes québécoises récentes (Légaré et autres, 1995; Champoux et Giroux, 1991; Deschesnes et Schaefer, 1997; Breton et autres, 1997). Il s'agit des questions A37 à A42 et Q45 à Q50.

La différence de libellé des questions sur les idées suicidaires à 9 ans et à 13 ou 16 ans ne permet pas de comparaison valide entre ces deux groupes. Le taux de non-réponse pour les idées suicidaires et les tentatives de suicide est de moins de 3,5 %; il est de moins de 6 % pour l'intensité des idées suicidaires chez les 13 ans et de 5 % chez les 16 ans pour les motifs de non-consultation pour conduites suicidaires.

19.2 Résultats

19.2.1 Estime de soi

À l'âge de 9 ans, la moyenne à l'échelle d'estime de soi est d'environ 28,0 pour les garçons et de 27,6 pour les filles (données non présentées). L'estime de soi des enfants de cet âge est associée à la scolarité des parents (tableau 19.1). La moyenne à l'échelle d'estime de soi est plus élevée pour les enfants de parents ayant complété le cégep ou l'université que pour les enfants de parents avec un secondaire complété ou l'équivalent (28,3 c. 27,2). Le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien sont également associés à l'estime de soi. La moyenne à l'échelle d'estime de soi est plus élevée pour les enfants percevant un niveau élevé de soutien affectif maternel et paternel que pour ceux rapportant un niveau faible ou moyen. Il en est de même pour les enfants disposant de quatre sources de soutien social et plus comparativement à ceux disposant de trois sources et moins.

Tableau 19.1

Moyenne à l'échelle d'estime de soi des enfants de 9 ans selon le plus haut niveau de scolarité des parents, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, Québec, 1999

	Moyenne
Plus haut niveau de scolarité des parents [†]	
Secondaire incomplet ou moins	27,6
Secondaire complété, école de métiers, etc.	27,2 ¹
Cégep ou université	28,3 ¹
Soutien affectif maternel ^{(1)†}	
Élevé	28,7 ^{2,3}
Moyen	27,3 ^{2,4}
Faible	26,0 ^{3,4}
Soutien affectif paternel ^{(2)†}	
Élevé	28,6 ^{5,6}
Moyen	27,5 ^{5,7}
Faible	26,1 ^{6,7}
Nombre de sources de soutien [†]	
Trois et moins	26,3
Quatre et plus	28,0

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte de sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

† Les tests de différence de moyennes entre l'estime de soi et le plus haut niveau de scolarité des parents, entre l'estime de soi et le soutien affectif maternel, entre l'estime de soi et le soutien affectif paternel et entre l'estime de soi et le nombre de sources de soutien sont significatifs au seuil de 0,05.

¹⁻⁷ Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Une échelle distincte permet d'évaluer le niveau d'estime de soi chez les adolescents. Les proportions d'adolescents présentant un niveau élevé d'estime de soi se révèlent supérieures chez les garçons comparativement aux filles, à 13 ans (26 % c. 15 %) tout comme à 16 ans (37 % c. 25 %) (tableau 19.2).

À l'âge de 13 et 16 ans, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien sont associés au niveau d'estime de soi (tableau 19.3). En effet, la proportion d'adolescents de 13 ans ayant un niveau faible d'estime de soi est supérieure parmi ceux qui perçoivent un niveau faible de soutien affectif maternel que parmi ceux qui perçoivent un niveau élevé de soutien affectif maternel (37 % c. 13 %). Le même

écart s'observe chez les adolescents de 16 ans (29 % c. 16 %). Le niveau d'estime de soi varie de façon similaire selon le niveau de soutien affectif paternel chez les adolescents de 13 ans (39 % c. 14 %) et 16 ans (34 % c. 14 %). Un profil semblable se dégage de l'analyse relative au nombre de sources de soutien rapportées par les adolescents de 13 ans et 16 ans : environ 30 % de ceux qui rapportent trois sources et moins et 20 % de ceux qui en rapportent quatre et plus ont un niveau faible d'estime de soi.

Tableau 19.2

Niveau d'estime de soi des adolescents[†] de 13 ans et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999

	13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%			
Faible	16,8 ¹	27,6 ¹	15,7 ³	27,2 ³
Moyen	57,8	57,0	47,6	47,5
Élevé	25,5 ²	15,5 ²	36,7 ⁴	25,2 ⁴

¹⁻⁴ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre le sexe et le niveau d'estime de soi est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Tableau 19.3
Niveau faible d'estime de soi des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Soutien affectif maternel ^{(1)†}		
Élevé	13,0 ¹	15,7 ²
Moyen	27,9	24,4
Faible	37,3 ¹	29,1 ²
Soutien affectif paternel ^{(2)†}		
Élevé	13,9 ³	14,4 ⁴
Moyen	29,7	25,3
Faible	38,9 ³	34,4 ⁴
Nombre de sources de soutien [†]		
Trois et moins	29,2	30,1
Quatre et plus	19,8	19,0

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte de sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

¹⁻⁴ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Les tests d'association entre l'estime de soi et le soutien affectif maternel, entre l'estime de soi et le soutien affectif paternel, et entre l'estime de soi et le nombre de sources de soutien sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

19.2.2 Troubles émotifs des enfants et détresse psychologique des adolescents

L'indice des troubles émotifs des enfants de 9 ans, tels que rapportés par les parents, révèle que la proportion des garçons qui présentent un niveau élevé de troubles émotifs a tendance à être supérieure à celle des filles (27 % c. 22 %); cependant, cette différence n'est pas significative (tableau 19.4). La proportion des enfants de 9 ans présentant un niveau élevé de troubles émotifs est plus élevée parmi ceux dont le parent répondant présente un niveau élevé de détresse psychologique (45 %) comparativement à ceux dont le parent a un niveau faible ou moyen (20 %). Le niveau de troubles émotifs des enfants est également associé au type de milieu familial et au niveau de soutien affectif paternel. On remarque que la proportion d'enfants

ayant un niveau élevé de troubles a tendance à être plus importante chez les enfants vivant avec un parent et un beau-parent (33 %) ou avec un parent seul (30 %), de même que chez ceux qui déclarent un faible niveau de soutien affectif paternel (32 %).

Tableau 19.4
Niveau élevé de troubles émotifs des enfants de 9 ans selon le sexe, le type de milieu familial, le niveau de détresse psychologique du parent et le niveau de soutien affectif paternel, Québec, 1999

	%
Sexe	
Garçons	27,3
Filles	22,3
Sexes réunis	24,8
Type de milieu familial [†]	
Avec mère et père	22,2
Avec parent et beau-parent	32,6*
Avec parent seul	30,3
Niveau de détresse psychologique du parent [†]	
Faible ou moyen	19,9
Élevé	45,3
Soutien affectif paternel ^{(1)†}	
Élevé	22,7
Moyen	21,6*
Faible	32,2

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

[†] Les tests d'association entre le niveau de troubles émotifs et le type de milieu familial, entre le niveau de troubles émotifs et le niveau de détresse psychologique et entre le niveau de troubles émotifs et le soutien affectif paternel sont significatifs au seuil de 0,05.

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

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Selon les données de l'enquête, la proportion d'adolescents ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique se situe, par définition, à environ 22 % et 19 % chez les jeunes de 13 ans et 16 ans respectivement (tableau 19.5). Ces proportions se révèlent plus élevées chez les filles que chez les garçons. En effet, un peu plus d'une fille de 13 ou 16 ans sur quatre présente un niveau élevé de détresse

psychologique comparativement à un garçon de 13 ans sur six et à un garçon de 16 ans sur huit.

On n'observe pas d'association entre le type de milieu familial et la détresse psychologique chez les adolescents de 13 et 16 ans. L'estime de soi s'avère cependant associée à la détresse psychologique à l'adolescence. En effet, on estime que chez les jeunes de 13 ans qui ont un niveau élevé d'estime de soi seulement 2,2 % rapportent un niveau élevé de détresse psychologique alors que la proportion augmente à 46 % chez ceux dont le niveau d'estime de soi est faible. La même association s'observe chez les adolescents de 16 ans (4,2 % c. 49 %).

À l'âge de 13 et 16 ans, le soutien affectif maternel et paternel et le nombre de sources de soutien sont aussi associés à la détresse psychologique. Ainsi, la proportion estimée d'adolescents de 13 ans avec un niveau élevé de détresse psychologique est inférieure chez ceux qui perçoivent un niveau élevé de soutien affectif maternel comparativement à ceux ayant un niveau faible de soutien maternel (16 % c. 37 %). Il en est de même chez les adolescents de 16 ans (15 % c. 24 %). On note des associations semblables en ce qui a trait au soutien affectif paternel chez les adolescents de 13 ans (13 % c. 42 %) et de 16 ans (12 % c. 35 %). La proportion d'adolescents ayant un niveau élevé de détresse varie également selon le nombre de sources de soutien rapportées par les adolescents de 13 ans (19 % c. 32 %) et de 16 ans (17 % c. 32 %), cette proportion étant inférieure chez ceux qui déclarent pouvoir disposer de quatre sources de soutien et plus.

Comportements de recherche d'aide des adolescents ayant un niveau élevé de détresse psychologique

Un peu moins de 30 % des jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique (29 % et 28 % des 13 et 16 ans respectivement) ont déclaré avoir consulté un professionnel de la santé pour ces symptômes au cours d'une période de 12 mois (données non présentées). L'analyse des trois catégories de raisons invoquées par les jeunes en détresse qui n'ont pas recherché d'aide professionnelle révèle que les principales raisons invoquées sont celles liées à des croyances personnelles (passerait avec le

temps, pas assez important) (tableau 19.6). Les raisons instrumentales (ne savait pas où s'adresser, ça aurait pris trop de temps, personne n'était disponible) et les raisons psychologiques (peur que mes parents ou d'autres le sachent) sont invoquées par de plus faibles proportions d'adolescents. Notons que plus d'un jeune sur cinq a déclaré ne pas savoir ce qui l'avait empêché de demander de l'aide.

Tableau 19.5
Niveau élevé de détresse psychologique des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, le niveau d'estime de soi, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Sexe [†]		
Garçons	16,3	12,0
Filles	27,1	26,8
Sexes réunis	21,6	19,4
Niveau d'estime de soi [†]		
Faible	45,8 ¹	48,8 ²
Moyen	19,1	16,3
Élevé	2,2 ^{**1}	4,2 ^{**2}
Soutien affectif maternel ^{(1)†}		
Élevé	15,8 ³	14,7 ⁴
Moyen	22,3	23,2
Faible	37,3 ³	24,3 ⁴
Soutien affectif paternel ^{(2)†}		
Élevé	13,4 ⁵	12,4 ⁶
Moyen	28,5	20,5
Faible	42,0 ⁵	35,2 ⁶
Nombre de sources de soutien [†]		
Trois et moins	32,0	31,8
Quatre et plus	19,0	16,5

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte de sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

1-6 Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Les tests d'association entre le niveau de détresse et le sexe, entre le niveau de détresse et le niveau d'estime de soi, entre le niveau de détresse et le soutien affectif maternel, entre le niveau de détresse et le soutien affectif paternel et entre le niveau de détresse et le nombre de sources de soutien sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Tableau 19.6

Principal motif de non-consultation, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant un niveau élevé de détresse psychologique et n'ayant pas consulté⁽¹⁾, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Raisons instrumentales	11,7*	9,2**
Raisons psychologiques	7,6**	2,4**
Croyances personnelles	54,6	69,1
Ne sait pas	26,1*	19,3*

⁽¹⁾ Sur une période de 12 mois.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

19.2.3 Idées et tentatives de suicide

Chez les enfants de 9 ans, la prévalence des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois est estimée à 8 %. La différence entre les filles (7 %) et les garçons (8 %) n'est pas significative (tableau 19.7).

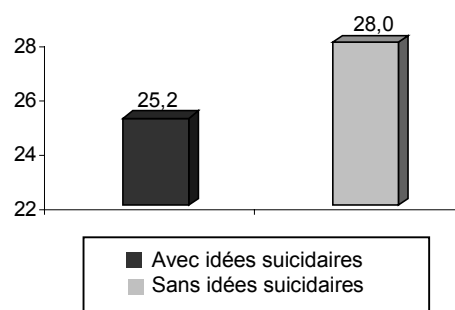
Certains facteurs tels le niveau d'estime de soi, la réussite scolaire et le niveau de soutien affectif parental sont reliés à la présence d'idées suicidaires chez les jeunes. Ainsi, les enfants de 9 ans qui ne rapportent pas d'idées suicidaires ont une moyenne à l'échelle d'estime de soi de Marsh supérieure à la moyenne de ceux qui rapportent de telles idées (28,0 c. 25,2) (figure 19.1).

De même, un indicateur de réussite scolaire, le redoublement, est associé à la prévalence des idées suicidaires chez les enfants de 9 ans (tableau 19.7). Les enfants qui n'ont jamais redoublé une année rapportent moins fréquemment des idées suicidaires sérieuses (7 %) que ceux qui ont déjà répété une année d'études (16 %). On note également une association entre les niveaux de soutien affectif maternel et paternel rapportés par les enfants de 9 ans

et la présence d'idées suicidaires. En effet, la proportion estimée d'enfants rapportant de telles idées est supérieure chez les enfants ayant un niveau faible de soutien affectif maternel (13 %) que chez ceux rapportant un niveau élevé de soutien affectif (4,5 %). La même tendance s'observe pour le niveau de soutien affectif paternel (11 % c. 6 %).

Figure 19.1

Moyenne à l'échelle d'estime de soi des enfants de 9 ans selon la présence d'idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois[†], Québec, 1999



[†] Le test de différence entre les moyennes à l'échelle d'estime de soi selon la présence d'idées suicidaires est significatif au seuil de 0,05.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Par ailleurs, la prévalence estimée des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois est plus élevée chez les adolescents de 16 ans que chez ceux de 13 ans (10 % c. 7 %) (tableau 19.8). La prévalence chez les garçons de 16 ans est supérieure (8 %) à celle notée chez leurs cadets de 13 ans (3,6 %). La présence d'idées suicidaires sérieuses est également associée au sexe, les adolescentes obtenant une prévalence supérieure à celles des garçons tant à 13 ans (10 % c. 3,6 %) qu'à 16 ans (12 % c. 8 %).

Tableau 19.7
Présence d'idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois selon le sexe, le redoublement et le niveau de soutien affectif parental, enfants de 9 ans, Québec, 1999

	%
Sexe	
Garçons	8,0*
Filles	7,2*
Sexes réunis	7,6
Pe'000	6,7
Redoublement [†]	
Non	7,5
Oui	16,1**
Soutien affectif maternel ^{(1)†}	
Élevé	4,5* ¹
Moyen	9,3*
Faible	12,9* ¹
Soutien affectif paternel ^{(2)†}	
Élevé	5,5*
Moyen	7,5**
Faible	11,2*

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte de sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

¹ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Les tests d'association entre la présence d'idées suicidaires et le redoublement, entre la présence d'idées suicidaires et le soutien affectif maternel et entre la présence d'idées suicidaires et le soutien affectif paternel sont significatifs au seuil de 0,05.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Une question de l'enquête permet d'apprécier l'intensité de ces idées suicidaires sérieuses en interrogeant le jeune sur la planification d'un moyen, d'un moment ou d'un lieu pour s'enlever la vie. Environ la moitié des jeunes de 13 et 16 ans (50 % et 49 %) qui rapportent de telles idées ont également prévu un moyen pour le faire (données non présentées). L'enquête permet aussi d'estimer que 3,7 % des adolescents de 13 ans et 3,2 % des adolescents de 16 ans déclarent avoir tenté de s'enlever la vie à au moins une reprise au cours d'une période de 12 mois (tableau 19.8). Les filles rapportent en plus grande proportion que les garçons

avoir fait au moins une tentative, tant chez les 13 ans (6 % c.1,7 %) que chez les 16 ans (4,4 % c. 2,1 %). Approximativement 1 % des jeunes de 13 et 16 ans affirment avoir effectué plus d'une tentative de suicide au cours de la période de référence.

Tableau 19.8
Idées et tentatives de suicide selon le sexe et nombre de tentatives de suicide sur une période de 12 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Idées suicidaires sérieuses [†]		
Garçons	3,6* ¹	7,8 ¹
Filles	10,1	11,9
Sexes réunis	6,8²	9,8²
Pe'000	5,8	8,5
Tentatives de suicide [†]		
Garçons	1,7**	2,1**
Filles	5,9*	4,4*
Sexes réunis	3,7*	3,2*
Nombre de tentatives de suicide		
Une	2,7*	2,2*
Deux et plus	1,1**	1,0**

¹⁻² Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Les tests d'association entre la présence d'idées suicidaires et le sexe et entre les tentatives de suicide et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

La présence d'idées suicidaires sérieuses chez les adolescents de 13 et de 16 ans est aussi associée au niveau d'estime de soi, au niveau de soutien affectif parental et au nombre de sources de soutien (tableau 19.9). Ainsi, la prévalence estimée des idées suicidaires sérieuses est moins élevée chez les adolescents qui ont un niveau élevé à l'échelle d'estime de soi que chez ceux qui ont un faible niveau d'estime de soi, et ce, tant chez les 13 ans (2,4 % c. 15 %) que chez les 16 ans (0,7 % c. 30 %). De même, les adolescents qui rapportent un niveau élevé de soutien de la part de leur mère obtiennent une prévalence

d'idées suicidaires inférieure à celle des jeunes qui perçoivent un soutien faible, qu'ils aient 13 ans (4,0 % c. 14 %) ou 16 ans (6 % c. 13 %). Une différence semblable s'observe pour le soutien affectif paternel tant chez les 13 ans (3,0 % c. 17 %) que chez les 16 ans (5 % c. 18 %). Les jeunes qui déclarent quatre sources de soutien et plus présentent aussi une prévalence d'idées suicidaires sérieuses inférieure en comparaison de ceux qui rapportent trois sources et moins.

Comportements de recherche d'aide des adolescents aux conduites suicidaires

L'enquête nous renseigne également sur les comportements de recherche d'aide des jeunes rapportant des conduites suicidaires, qu'il s'agisse d'idées suicidaires sérieuses ou de tentatives de suicide. Près de 70 % des adolescents de 13 ans et environ 60 % des 16 ans qui déclarent une conduite suicidaire affirment avoir confié à quelqu'un leur intention ou leur tentative de suicide. La majorité d'entre eux déclarent s'être confiés à un ou une amie tant chez les 13 ans (59 %) que chez leurs aînés (52 %) (données non présentées).

Tableau 19.9

Présence d'idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois selon le niveau d'estime de soi, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Niveau d'estime de soi [†]		
Faible	15,3* ¹	30,3 ²
Moyen	4,7*	6,4*
Élevé	2,4** ¹	0,7** ²
Soutien affectif maternel ^{(1)†}		
Élevé	4,0* ³	5,7* ⁴
Moyen	6,5**	13,1*
Faible	14,5* ³	13,3* ⁴
Soutien affectif paternel ^{(2)†}		
Élevé	3,0* ⁵	5,4* ⁶
Moyen	7,0**	11,7*
Faible	17,2* ⁵	17,9* ⁶
Nombre de sources de soutien [†]		
Trois et moins	10,5*	13,8*
Quatre et plus	5,6*	8,9

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte du sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

¹⁻⁶ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Les tests d'association entre la présence d'idées suicidaires et le niveau d'estime de soi, entre la présence d'idées suicidaires et le soutien affectif maternel, entre la présence d'idées suicidaires et le soutien affectif paternel, et entre la présence d'idées suicidaires et le nombre de sources de soutien sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

La recherche d'aide auprès d'un professionnel demeure un comportement peu fréquent chez les jeunes rapportant des conduites suicidaires. Environ 23 % des suicidaires de 13 ans et 16 % de ceux de 16 ans déclarent avoir consulté un professionnel à la suite de leurs pensées ou de leur tentative de suicide (données non présentées). Il est intéressant d'observer, au tableau 19.10, que ce sont des raisons liées à des croyances personnelles (passerait avec le temps, m'en

occuper tout seul, pas assez important) qui sont le plus souvent citées comme motif de non-consultation par les jeunes de 16 ans ayant rapporté des conduites suicidaires (65 %); les raisons ou barrières psychologiques (crainte que les parents le sachent) et les raisons instrumentales (ne savait pas à qui s'adresser, personne n'était disponible) sont mentionnées dans de plus faibles proportions (22 %, 6 % et 7 % respectivement). Chez les 13 ans, la faible précision des données ne permet pas d'observer d'écarts significatifs. Enfin, près d'un jeune suicidaire sur quatre ne peut dire ce qui l'a empêché de demander de l'aide à la suite de ses idées ou de sa tentative de suicide.

Tableau 19.10
Principal motif de non-consultation, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant rapporté des conduites suicidaires sur une période de 12 mois et n'ayant pas consulté, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Raisons instrumentales	19,3**	6,9**
Raisons psychologiques	23,7**	6,2**
Croyances personnelles	32,7*	65,2
Ne sait pas	24,4**	21,7*

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Conclusion

L'enquête montre que les filles et les garçons de 9 ans présentent une moyenne semblable à l'échelle d'estime de soi; toutefois, à 13 ans, la proportion de filles qui présentent un niveau faible d'estime de soi est supérieure à celle des garçons, et cette différence liée au sexe se maintient à 16 ans. Ce profil développemental de l'estime de soi à l'adolescence a été observé dans d'autres études (Deschesnes et Schaefer, 1997). Par ailleurs, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* démontrent de façon

éloquente comment l'estime de soi à l'adolescence est associée à la détresse psychologique. En effet, 46 % des adolescents de 13 ans et 49 % de leurs aînés de 16 ans rapportent un niveau élevé de détresse psychologique chez ceux qui ont un niveau faible d'estime de soi, alors que c'est le cas de seulement environ 2 % des adolescents de 13 ans et de 4 % de leurs aînés de 16 ans qui ont un niveau élevé d'estime de soi. Ces résultats, à l'instar des écrits selon lesquels une faible estime de soi est associée à la démoralisation (Bolignini et Plancherel, 1998; Harter, 1993), suggèrent qu'une bonne estime de soi constitue un facteur de protection contre la détresse psychologique.

Il y aurait intérêt, dans une perspective de prévention de la détresse psychologique à l'adolescence, à travailler au développement de l'estime de soi au cours de l'enfance et au début de l'adolescence, spécialement chez les filles. Celles-ci sont particulièrement touchées par la détresse psychologique selon les résultats de la présente étude et ceux des enquêtes générales de 1992-1993 et de 1998 (Légaré et autres, 1995, 2000). Les changements biologiques, psychologiques et sociaux liés à l'adolescence surviennent à la fois plus rapidement et plus intensément chez les filles que chez les garçons. De plus, les adolescentes se révèlent plus sensibles à leur monde intérieur que les adolescents (Offer et Boxer, 1991).

La détresse psychologique des jeunes adolescentes se vit intérieurement et est alors susceptible de passer inaperçue. Les personnes significatives de l'entourage ne doivent pas hésiter à poser des questions au sujet des inquiétudes et des sentiments dépressifs. Une stratégie proactive a trois avantages : (1) informer la personne significative de l'état de souffrance intérieure du jeune; (2) soulager et reconforter le jeune et (3) permettre de recourir à une ressource spécialisée si nécessaire.

La compétence dans des domaines jugés importants par l'enfant ou l'adolescent constitue un déterminant essentiel du concept de soi. De plus, l'approbation de personnes significatives, c'est-à-dire le soutien des parents, des pairs et des enseignants, joue un rôle important dans le développement de l'estime de soi (Lackovic-Grgin et autres, 1994; Zervas et Sherman, 1993). À cet égard, les résultats de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* suggèrent l'hypothèse qu'un soutien parental adéquat et un nombre élevé de sources de soutien pourraient agir comme des facteurs de protection de l'estime de soi. Les interventions dans ce domaine devraient viser tant les compétences de l'enfant et de l'adolescent que l'environnement familial et social.

L'indice de troubles émotifs des enfants de 9 ans ne se révèle pas lié au niveau de soutien affectif maternel dans l'enquête. On pourrait s'en étonner puisque, au même âge, les idées suicidaires y sont associées. L'explication la plus plausible se situe sur le plan méthodologique. Les troubles émotifs des enfants de 9 ans sont rapportés par le parent, le plus souvent par la mère, alors que c'est l'enfant qui communique l'information sur les idées suicidaires et le soutien affectif maternel. Nous sommes donc en présence de deux informateurs pour l'analyse de ces associations. Or, le problème suscité par l'association de variables provenant d'informateurs différents est bien connu en épidémiologie de la santé mentale des jeunes.

La proportion d'enfants qui présentent un niveau élevé de troubles émotifs tend à être supérieure pour les garçons comparés aux filles. Les enquêtes épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes réalisées au Canada indiquent que la prévalence des troubles anxieux est plus élevée chez les garçons au début du primaire que quelques années plus tard (Breton et autres, 1999; Offord et autres, 1987). Une attention particulière pourrait être accordée aux symptômes anxieux et dépressifs des garçons

fréquentant l'école primaire d'autant plus que, tout comme pour les filles à l'adolescence, ces symptômes intériorisés sont susceptibles de passer inaperçus. Les résultats de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* démontrent par ailleurs clairement l'importance de considérer les variables familiales, et particulièrement la détresse psychologique des parents, dans la prise en charge des enfants présentant des troubles émotifs.

Environ 8 % des enfants de 9 ans rapportent des idées suicidaires sérieuses. Cette prévalence est comparable à celle de 9 % pour les idées suicidaires (à laquelle s'ajoute un 2 % de menaces de suicide) observée dans une étude américaine menée auprès de 101 enfants de niveau primaire (Pfeffer et autres, 1984). La prévalence estimée dans la présente enquête est cependant plus précise que celle de l'étude américaine, puisqu'elle est obtenue à partir d'un échantillon de 1 300 enfants. Cette prévalence, jugée élevée, devrait se traduire par une attitude vigilante face aux conduites suicidaires chez les enfants de niveau primaire. Les intervenants en santé mentale ne devraient pas hésiter, dans un contexte relationnel qui s'y prête et en recourant à des termes appropriés (par exemple, penser à se tuer et non à se suicider), à questionner les jeunes qui présentent des manifestations de problèmes de santé mentale sur la présence d'idées suicidaires. Sur le plan de la surveillance épidémiologique et de la recherche, les résultats de la présente enquête et l'augmentation des taux de suicide des jeunes de 10 à 14 ans observée au Québec à partir des années 80 jusqu'en 1997 (de 2 à 5,5 par 100 000 pour les garçons et de 0,4 à 1,8 pour les filles) conduisent à recommander l'étude, dans les prochaines enquêtes régionales et générales, des conduites suicidaires chez les enfants du primaire.

Les prévalences des idées suicidaires sérieuses rapportées par les adolescents dans cette enquête se situent en deçà de celles mesurées dans des enquêtes similaires au Québec et aux États-Unis (Camirand, 1996; Côté, Pronovost et Ross, 1990; Côté, 1992;

Deschesnes et Schaefer, 1997; Kann et autres, 1995, 1996, 1998; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988; Tremblay et Légaré, 2001). Les prévalences des tentatives de suicide rapportées par les adolescents, mesurées sur une période de 12 mois, sont comparables à celles estimées lors des enquêtes de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993 (Côté, 1992; Camirand, 1996), mais elles sont inférieures à celles de 18 études effectuées dans les années 90 auprès d'échantillons représentatifs de diverses populations générales qui donnaient une prévalence médiane à vie de 7,5 % (Safer, 1997). Soulignons toutefois qu'il est difficile de comparer avec précision des prévalences sur une période de 12 mois à des prévalences à vie.

Il est possible que la présente enquête sous-estime les prévalences des comportements suicidaires comparativement à d'autres enquêtes utilisant un questionnaire autoadministré. Safer (1997) a démontré que la méthodologie d'enquête pouvait affecter l'estimation des prévalences des comportements suicidaires rapportés par les jeunes. En effet, les enquêtes menées à l'aide d'intervieweurs obtiennent des prévalences deux fois moindres que celles utilisant un instrument autoadministré et anonyme. Il est possible que le contexte d'administration des multiples instruments de *L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* se rapproche davantage d'une enquête menée avec des intervieweurs, ce qui pourrait se traduire par une sous-estimation des prévalences des comportements suicidaires rapportés par les adolescents.

L'association observée entre la présence d'idées suicidaires et les niveaux faibles de soutien affectif maternel et paternel chez les 9 ans, 13 ans et 16 ans est en conformité avec plusieurs études qui ont montré que la dysfonction familiale constitue une variable importante à considérer pour la prise en charge des conduites suicidaires (D'Amours, 1997). Or, une revue récente des travaux de recherche évaluative sur les programmes de prévention du suicide s'adressant aux jeunes n'a pu cerner aucun programme évalué qui cible

principalement le milieu familial (Breton et Boyer, 2000). Les 17 programmes relevés dans la littérature se déroulent en majorité dans les écoles et cherchent à modifier des variables médiatrices, comme les connaissances et les attitudes face au suicide, sans habituellement viser la modification des conduites suicidaires des jeunes. La participation des parents demeure marginale.

Certes, la recherche évaluative en prévention du suicide est peu développée comme en témoigne le petit nombre de programmes répertoriés dans la littérature et des efforts importants doivent être faits dans cette direction, comme le recommande la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998b). Cependant, vu l'importance des relations entre le jeune et ses parents, démontrée par la présente enquête, il convient de proposer que le milieu familial soit ciblé dans le développement des programmes de prévention du suicide s'adressant aux jeunes et que l'évaluation de ces programmes prenne en compte les variables familiales tout comme les conduites suicidaires des jeunes.

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 révèle que la majorité des adolescents ont confié leurs intentions suicidaires à un ami, résultat conforme aux observations antérieures des chercheurs québécois (Côté, 1992; Deschesnes et Schaefer, 1997; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988; Tremblay et Légaré, 2000). Une faible proportion des adolescents suicidaires consulte un professionnel comme le montre la présente enquête. Un ami peut certainement constituer une source de réconfort, mais il ne dispose pas des compétences requises et de la distance affective suffisante pour intervenir adéquatement auprès d'un adolescent suicidaire. Ce jeune doit bénéficier de services de santé mentale. Or, ce ne sont pas des problèmes d'accessibilité physique ou des barrières psychologiques, mais bien des croyances personnelles, comme l'idée que ça va passer avec le temps, qui retiennent principalement les jeunes suicidaires qui ne consultent pas, du moins

selon les jeunes de 16 ans. Le même résultat est observé dans la présente enquête pour les adolescents avec un niveau élevé de détresse psychologique. Il est intéressant de constater que la même observation a été faite pour les parents qui ne consultent pas dans l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992* (Breton et autres, 1997).

Deux implications peuvent découler de ces données pour l'intervention. En premier lieu, ces résultats pourraient être utilisés à bon escient dans le développement des programmes de prévention en santé mentale au Québec. En second lieu, ils suggèrent que la recommandation de la prise en charge d'un adolescent à risque de suicide pourrait prendre en compte ses motivations à recevoir de l'aide et celles de ses parents.

Bibliographie

AYOTTE, V. (1996). *Évaluation d'un programme visant à développer l'estime de soi des adolescents*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 89 p.

BELLEROSÉ, C., J. BEAUDRY, S. BÉLANGER et J. LEMAIRE (2001). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 95 p.

BOLIGNINI, M., et B. PLANCHEREL (1998). « Estime de soi et santé psychique : le rôle de la puberté et du support social » dans BOLIGNINI, M., et Y. PRÊTEUR (sous la direction de). *Estime de soi. Perspectives développementales*, Paris, Delachaux et Niestlé, 310 p.

BRENER, N. D., J. L. COLLINS, L. KANN, C. W. WARREN et B. I. WILLIAMS (1995). « Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire », *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, n° 6, p. 575-580.

BRETON, J. J., L. BERGERON, J. P. VALLA, C. BERTHIAUME, N. GAUDET, J. LAMBERT, M. ST-GEORGES, L. HOUDE et S. LÉPINE (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992 : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, volume 2, 224 p.

BRETON, J. J., L. BERGERON, J. P. VALLA, C. BERTHIAUME, N. GAUDET, J. LAMBERT, M. ST-GEORGES, L. HOUDE et S. LÉPINE (1999). « Québec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 40, n° 3, p. 375-384.

BRETON, J. J., et R. BOYER (2000). « La prévention du suicide » dans VITARO, F., et C. GAGNON (éd). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, tome 1, p. 271-304.

BRONFENBRENNER, U. (1989). « Ecological systems theory », *Annals of Child Development*, vol. 6, p. 187-249.

CAMIRAND, J. (1996). *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Monographie n° 3, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 194 p.

CHAMPOUX, L., et L. GIROUX (1991). *Les habitudes de vie des élèves du secondaire. Rapport d'étude*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation du Québec, 74 p.

CÔTÉ, L., J. PRONOVOST et C. ROSS (1990). « Étude des tendances suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 1, p. 29-45.

CÔTÉ, L. (1992). *Les comportements suicidaires chez les jeunes Québécois de 15-24 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, n° 9, 52 p.

D'AMOURS, Y. (1997). *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse!*, Québec, Conseil permanent de la jeunesse, 132 p.

DESCHESNES, M., et C. SCHAEFER (1997). *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et les Centres jeunesse de l'Outaouais, tome 1 (secteur général), 150 p.

DESCHESNES, M. (1998). « Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-14) chez une population adolescente », *Psychologie canadienne*, vol. 39, n° 4, p. 288-298.

GAGNON, C., F. VITARO, W. CRAIG et D. PELLETIER (1994). *The Self-Description Questionnaire-1: Factor structure, reliability and convergent validity of a French version among Fourth through Sixth grade children*, International Society for the Study of Behavioral Development (ISSBD) Biennial Meeting, Amsterdam, July.

GARIÉPY, M.-H. (1997). *Profil régional et sous-régional de l'état de bien-être des ados des Laurentides*, Québec, Centre jeunesse des Laurentides et Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de la santé publique, 99 p.

HARTER, S. (1993). « Causes and Consequences of Low Self-esteem in Children and Adolescents » dans BAUMEISTER, R. F. (éd.). *Self esteem. The Puzzle of Low Self-Regard*, New York, Plenum Press, 265 p.

KANN, L., C. W. WARREN, W. A. HARRIS, J. L. COLLINS, K. A. DOUGLAS et M. E. COLLINS (1995). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1993 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 44, n° SS-1, p. 1-55.

KANN, L., C. W. WARREN, W. A. HARRIS, J. L. COLLINS et B. I. WILLIAMS (1996). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1995 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 45, n° SS-4, p. 1-83.

KANN, L., S. A. KINCHEN, B. I. WILLIAMS, J. G. ROSS, R. LOWRY, C. V. HILL, J. A. GRUNBAUM, P. S. BLUMSON, J. L. COLLINS et L. J. KOLBE (1998). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1997 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 47, n° SS-3, p. 1-89.

LACKOVIC-GRGIN, K., M. DEKOVIC et G. OPACIC (1994). « Pubertal status, interaction with significant others, and self-esteem of adolescent girls », *Adolescence*, vol. 29, p. 691-700.

LÉGARÉ, G., A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). « Santé mentale : détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides » dans *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Québec, Gouvernement du Québec et Santé Québec, vol. 1, p. 217-255.

LÉGARÉ, G., M. PRÉVILLE, C. POULAIN, R. MASSÉ, R. BOYER et D. ST-LAURENT (2000). « Santé mentale » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 16, p. 333-354.

MARSH, H. W. (1990). « A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification », *Educational Psychology Review*, vol. 2, n° 2, p. 77-172.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997a). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 159 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997b). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Direction de la planification et de l'évaluation, 46 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998b). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, MSSS, 52 p.

MISHARA, B. (1998). *Résultats préliminaires d'une évaluation des effets du programme de prévention primaire auprès des jeunes « Plein le dos »*, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal, 18 p.

MISHARA, B. (1999). « Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6-12 and Their Implications for Suicide Prevention », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 29, n° 2, p. 105-118.

OFFER, D., et A. M. BOXER (1991). « Normal adolescent development: Empirical research findings » dans LEWIS, M. (éd.). *Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive textbook*, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 266-278.

OFFORD, D. R., M. H. BOYLE, P. SZATMARI, N. I. RAE GRANT, P. S. LINKS, D. T. CADMAN, J. A. BYLES, J. W. CRAWFORD, H. MUNROE-BLUM, C. BYRNE, H. THOMAS et C. A. WOODWARD (1987). « Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization », *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, p. 832-836.

PERRON, M., M. GAUDREAU, S. VEILLETTE et L. RICHARD (1999). *Trajectoires d'adolescence : stratégies scolaires, conduites sociales et vécu psychoaffectif*, Série Enquête régionale 1997 : aujourd'hui, les jeunes du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière, 164 p.

PFEFFER, C. R., S. ZUCKERMAN, R. PLUTCHIK et M. S. MIZRUCHI (1984). « Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 23, n° 4, p. 416-423.

REY, C., T. A. MICHAUD, F. NARRING et C. FERRON (1997). « Comportements suicidaires des adolescents en Suisse : rôle des médecins », *Archives de pédiatrie*, vol. 4, n° 8, p. 784-792.

ROMANO, E., R. E. TREMBLAY, F. VITARO, M. ZOCCOLILLO et L. PAGANI (2001). « Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample » *Child Psychology and Psychiatry*, vol. 42, n° 4, p. 451-461.

SAFER, D. J. (1997). « Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 9, n° 4, p. 263-269.

SROUFE, L. A., et M. RUTTER (1984). « The domain of developmental psychopathology », *Child Development*, vol. 55, p. 1184-1199.

STATISTIQUE CANADA ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (1995). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants : aperçu du matériel d'enquête pour la collecte des données de 1994-1995, Cycle 1*, Ottawa, Catalogue 95-02, 106 p.

TOUSIGNANT, M., S. HAMEL et M. F. BASTIEN (1988). « Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, n° 2, p. 79-93.

TREMBLAY, M. J., et G. LÉGARÉ (2001). *Confrontation entre les services offerts par les différentes ressources en prévention du suicide chez les adolescents et les besoins des jeunes présentant des comportements suicidaires*, Rimouski, Centre hospitalier régional de Rimouski, Services de psychiatrie infantile et juvénile, 112 p.

VALLIÈRES, E. F., et R. VALLERAND (1990). « Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg », *International Journal of Psychology*, vol. 25, p. 305-316.

VEILLETTE, S., M. PERRON, M. GAUDREAU, L. RICHARD et R. LAPIERRE (1998). *Habitudes de vie et comportements à risque pour la santé des jeunes du secondaire*, Série Enquête régionale 1997 : aujourd'hui, les jeunes du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière, 184 p.

ZERVAS, L., et M. F. SHERMAN (1993). « The relationship between perceived parental favoritism and self-esteem », *The Journal of Genetic Psychology*, vol. 155, p. 25-33.

Violence et problèmes de comportement

Lynda Fortin

Direction de la jeunesse, des personnes
toxicomanes et de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Au Québec, depuis 1990, plusieurs orientations stratégiques ont placé au premier plan les problèmes de comportement et de violence chez les enfants et les adolescents. En 1991, le rapport du Groupe de travail pour les jeunes, *Un Québec fou de ses enfants*, propose une série de recommandations pour soutenir le développement des enfants et pour lutter contre certains problèmes tels la violence, la délinquance, l'abus, la négligence et les troubles de comportement. *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) vise elle aussi dans ses trois premiers objectifs la diminution des cas d'abus sexuel, de violence, de négligence, de troubles de comportement et de délinquance. Enfin, deux des sept priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997) portent respectivement sur la réduction de la violence et le soutien à l'adaptation et au développement des enfants et des adolescents.

Ce chapitre porte sur l'exposition des enfants et des adolescents à certaines formes de violence, soit l'exposition à la violence domestique entre adultes et la victimisation à l'école, ainsi que sur certains problèmes de comportement : le taxage, le port d'une arme à l'école, les comportements d'opposition et les problèmes de comportement.

Ampleur des phénomènes à l'étude

Le concept de violence chez ou envers les enfants, comme pour les autres populations, est complexe à cerner. Les jeunes peuvent être victimes de violence de la part de leurs pairs, de leur famille ou d'adultes

extérieurs à la famille et cette victimisation peut être de nature physique, sexuelle, verbale ou psychologique, ou symbolique (Clément et autres, 2000). Par ailleurs, l'hétérogénéité des valeurs à ce sujet est notable. La punition physique, par exemple, peut être perçue comme abusive, justifiée ou même souhaitable selon les attitudes et les valeurs des parents.

De leur côté, les problèmes de comportement englobent une gamme diversifiée de situations ou de comportements tels les actes violents ou antisociaux, la délinquance, l'hyperactivité, l'impulsivité et autres comportements non appropriés socialement. On parle alors de manière générale de problèmes de comportement extériorisés¹ (St-Jacques, McKinnon et Potvin, 1999).

L'enfance et l'adolescence sont des périodes où les manifestations d'extériorisation et les conduites à risque sont plus fréquentes; elles se résorbent souvent d'elles-mêmes avec l'âge (Tursz et Rey, 1996; St-Jacques, McKinnon et Potvin, 1999). Dans certains cas, il s'agit de conduites ou de comportements « d'essai » (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998) inhérents à la phase de développement qu'est l'adolescence ou encore d'une façon de manifester l'appartenance à un groupe de référence (St-Jacques, McKinnon et Potvin, 1999). Ces comportements portent en eux un potentiel de dérapage surtout s'ils atteignent une certaine intensité, s'ils se répètent fréquemment et s'ils sont associés à d'autres problèmes (drogue, alcool, problèmes de santé mentale, etc.).

¹ Par opposition aux problèmes de comportement intériorisés tels la dépression, l'anxiété, le retrait.

Les modèles de comportements violents seraient acquis très tôt (Andrews et Trawick-Smith, 1996). Selon l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (Statistique Canada, 1996), les enfants ayant été témoins de violence à la maison sont plus susceptibles de manifester des troubles émotifs et des comportements agressifs ou délinquants que ceux qui n'y ont pas été exposés (Fitzgerald, 1999).

La violence vécue par les jeunes à l'école ou sur le chemin de l'école peut être verbale, physique ou sexuelle. Dans certains cas (se faire crier des noms ou se tirailler avec les pairs, par exemple), elle peut être considérée comme une manière d'éprouver ses forces ou les limites sociales et peut contribuer au processus de socialisation. La limite est ténue entre des comportements anodins et d'autres, problématiques. Pour le jeune qui y est exposé de façon persistante, cette violence peut avoir des effets dévastateurs. Par ailleurs, des comportements cruels et violents réguliers envers les autres peuvent devenir une stratégie inappropriée de gestion des rapports interpersonnels. D'autres conduites se rapprochent plutôt de la délinquance (vol, racket, port d'armes, vandalisme) et sont aussi associées à des problèmes scolaires.

La violence, que ce soit à la maison ou à l'école, de même que les problèmes de comportement et d'opposition touchent une part importante des enfants et des adolescents. La famille, premier lieu de protection, est aussi souvent le premier lieu de violence. L'enquête nationale sur l'agression contre la conjointe révèle que le tiers des femmes mariées ou l'ayant été auraient déjà été victimes de violence de la part de leur conjoint; les enfants en auraient été témoins dans plus de la moitié des cas (52 %) (Rodgers, 1994). Au Québec, 6,6 % des enfants de moins de 18 ans auraient été victimes de violence physique sévère (par exemple secouer un enfant de moins de 2 ans, taper au visage ou sur la tête, donner des coups de poing ou de pied, administrer une raclée, frapper l'enfant avec un objet) au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Clément et autres, 2000).

Plusieurs enquêtes nationales permettent d'avancer que l'exposition à la violence et les problèmes de comportement sont assez fréquents chez les enfants et les adolescents. Selon une enquête tenue en France en 1997-1998, 7,8 % des jeunes entre 12 et 19 ans ont été frappés ou blessés au moins une fois au cours de l'année (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998). En Suisse, on estime que 7 % des filles et 20 % des garçons de 15 à 20 ans ont frappé ou battu quelqu'un et que 21 % des garçons et 10 % des filles ont endommagé ou détruit volontairement quelque chose au cours de l'année ayant précédé l'enquête (Michaud et Narring, 1993). Le port d'armes chez les adolescents a fait l'objet de mesures régulières notamment dans les enquêtes américaines (CDCP, 1997). Aux États-Unis, on estime que 8,5 % des jeunes des écoles secondaires ont porté une arme (toutes armes confondues incluant arme blanche, chaîne, coup de poing) à l'école au cours des 30 jours précédant l'enquête et que 36,6 % d'entre eux ont été impliqués dans une bataille; 5,9 % des jeunes auraient porté une arme à feu à l'école au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (CDCP, 1997).

Les tentatives de mesurer le « rackettage » ou taxage révèlent de très faibles prévalences : environ 3 %, en France, au cours de l'année ayant précédé l'enquête chez les jeunes de 12 à 18 ans (Choquet et Ledoux, 1994; Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998) et moins de 1 % chez les adolescents suisses (Michaud et Narring, 1993). Cette faible prévalence peut refléter un état de fait réel, une sous-déclaration ou encore le fait que le phénomène s'observerait surtout chez les jeunes de moins de 12 ans. Une enquête scandinave s'est intéressée à l'intimidation (*bullying*) et révèle une prévalence de 16 % et 18 % en deuxième année du primaire (Owleus, 1991). Quoi qu'il en soit, il s'agit de phénomènes encore mal connus et donc, difficiles à observer.

Par contre, les comportements délinquants seraient assez répandus. Selon une enquête régionale québécoise (Deschesnes et Schaefer, 1997), plus de la moitié des jeunes âgés entre 12 et 18 ans auraient eu

des comportements délinquants au moins une fois au cours de la dernière année, alors que 11 % auraient eu ces comportements trois fois ou plus au cours de la dernière année. Enfin, au Québec en 1997-1998, on a dénombré 5 839 signalements pour troubles du comportement selon les catégories de la Loi sur la protection de la jeunesse (Lessard, 2000). La grande majorité de ces signalements est attribuable aux 12-17 ans, ce qui permet d'estimer un taux de signalements retenus pour troubles de comportement d'environ 1 % dans ce groupe d'âge. Par ailleurs, la prévalence des troubles d'opposition varie de 2 % à 16 % selon les études et les populations (Dumas, 1999).

Déterminants, environnement et facteurs associés

Les recherches ou enquêtes sont consistantes et montrent que les garçons manifestent une propension aux comportements violents plus élevée que les filles. Les différences sont très importantes en ce qui concerne le port d'armes, l'implication dans des batailles et les actes délinquants impliquant l'illégalité (vol, vandalisme, etc.). Plus près de nous, l'*Enquête longitudinale sur le développement des enfants et des jeunes* révèle des résultats semblables (Tremblay et autres, 1996), de même que Vitaro et autres (1994) chez des enfants québécois de niveau primaire. Cependant, on ne doit pas en conclure que la violence n'existe pas chez les filles; il est probable qu'elle se manifeste différemment, notamment sur le plan verbal et psychologique. La prévalence des problèmes de comportement (ou troubles de la conduite selon le DSM-IV) serait de 6 % à 16 % chez les garçons et de 2 % à 9 % chez les filles (Dumas, 1999).

L'âge est certainement un déterminant de l'ampleur et du type de violence ou de comportements perpétrés ou subis par les jeunes. Les plus jeunes seront plus facilement victimes de harcèlement ou de violence à l'école alors que les comportements délinquants se manifestent rarement avant 12 ans. Cependant, l'effet de l'âge sur les conduites violentes et les problèmes de

comportement ne fait pas consensus dans la littérature. Selon les données du CDCP (1997), la propension des élèves américains du secondaire à porter une arme sur eux ou à être impliqués dans une bagarre diminuerait avec l'âge, laissant croire qu'il s'agit de comportements juvéniles qui se résorbent en grande partie lors du passage à l'âge adulte. À l'opposé, une enquête auprès d'adolescents français de 12 à 19 ans (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998) semble indiquer que la probabilité de frapper ou de blesser quelqu'un dans une bataille s'accroît avec l'âge. Les données de Choquet et Ledoux (1994) vont dans le même sens. Par contre, dans ces deux études la victimisation à l'école décroît avec l'âge.

Les recherches récentes sont plutôt consistantes quant à l'influence des déterminants sociaux sur la santé et notamment des inégalités sociales et économiques (Marmot et Wilkinson, 1999). La probabilité d'être victime de violence de la part des parents augmenterait si la famille vit dans la pauvreté depuis un certain temps (Clément et autres, 2000). Les problèmes de violence et de comportement chez les enfants et les adolescents ne font pas exception à cette règle et sont souvent associés au niveau socioéconomique (Tremblay, 1990). Ainsi, les jeunes vivant un placement en Centre jeunesse ont des parents moins scolarisés et plus inactifs que les jeunes du secondaire en général (Cloutier et autres, 1994). La dimension socioéconomique de la famille où grandit l'enfant s'impose donc comme une variable d'analyse incontournable.

Le milieu de vie immédiat, le quartier et l'école exercent aussi une influence prépondérante sur la probabilité de mauvais traitements, de délinquance et de violence. Certains de ces aspects sont examinés dans le chapitre 5 de ce rapport (*Perception de l'environnement social : quartier ou voisinage*).

Les études sur la résistance ou la capacité d'adaptation démontrent clairement que la présence de facteurs de

risque n'engendre pas automatiquement des problèmes d'adaptation ou de développement (Werner, 1993) et que certains facteurs de résistance contribuent au développement harmonieux des individus placés dans des situations difficiles. Au nombre de ces facteurs, citons un climat familial sain et chaleureux, l'identification à un adulte significatif, l'intelligence, l'estime de soi et des attitudes prosociales permettant à l'enfant de tisser autour de lui un réseau d'amitié, d'entraide et de soutien qui favorise sa résistance aux situations difficiles (Werner, 1993).

Par ailleurs, l'exposition à la violence dans la famille, la victimisation à l'école, les problèmes de comportement ou d'opposition doivent être interprétés comme un ensemble de conduites associées, sans relations nécessairement causales entre elles. Il existe, en effet, une importante comorbidité (Tursz et Rey, 1996) ou cooccurrence de ces phénomènes : les jeunes ayant des troubles de conduite présentent souvent des comportements d'opposition, les jeunes victimes de violence sont souvent eux-mêmes violents envers les autres (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998; Choquet et Ledoux, 1994). Il est donc important d'examiner cette comorbidité dans l'analyse des données de l'enquête.

Ainsi, les objectifs de ce chapitre sont au nombre de trois : établir l'ampleur de certains problèmes de violence et de comportement chez les enfants et les adolescents, observer les variations selon certains facteurs de risque, de résistance ou déterminants de la santé, et enfin, examiner certaines associations entre ces diverses problématiques.

20.1 Aspects méthodologiques

La mesure des problèmes de violence et de comportement chez les jeunes pose un défi méthodologique de taille. D'une part, ce terme englobe une gamme de situations diverses et distinctes allant de la victimisation aux conduites agressives, violentes ou délinquantes. D'autre part, la mesure s'effectue dans le cadre d'une enquête générale qui rend impossible

l'utilisation d'instruments diagnostiques élaborés. De plus, certaines réserves éthiques s'appliquent à la mesure des situations de violence physique ou sexuelle subies par les enfants, rendant difficile la conciliation des exigences de confidentialité de l'enquête et du devoir d'intervention si une de ces situations était déclarée par l'enfant. Dans cette enquête, ces aspects n'ont donc pas été investigués. Par contre, la Direction Santé Québec de l'ISQ a mené, en 1999, une enquête sur la violence familiale envers les enfants québécois (Clément et autres, 2000).

Dans ce chapitre, six indicateurs sont analysés : l'exposition à la violence domestique entre adultes, la victimisation à l'école, le taxage, le port d'une arme à l'école, les comportements d'opposition et les problèmes de comportement.

Exposition à la violence domestique entre adultes

Il existe peu d'instruments adaptés à une enquête générale permettant la mesure de l'exposition à la violence domestique entre adultes. Les questions utilisées ont été développées par Fortin, Cyr et Chénier (1996). Elles portent sur la violence verbale et physique entre les parents ou entre les adultes avec qui vit le jeune (E21, A32 et Q40). Un indicateur dichotomique d'exposition à la violence domestique entre adultes a été créé par le regroupement de toute réponse autre que « jamais » à l'un ou l'autre des deux items de chaque question.

Victimisation à l'école

Les indicateurs de victimisation à l'école reprennent certaines questions de l'enquête *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais* (Deschesnes et Schaefer, 1997). Cependant un choix de réponse à trois catégories (« souvent », « quelquefois », « jamais ») a été utilisé. Les questions sont identiques pour les 9, 13 et 16 ans (E13a, b, c, d et A16a, b, c, d, e) sauf en ce qui concerne l'énoncé sur les attouchements sexuels qui n'est pas présent dans le questionnaire destiné aux enfants de 9 ans. Les

énoncés demandent au répondant s'il a vécu certaines situations à l'école depuis septembre. Un indicateur dichotomique de victimisation a été créé par le regroupement de toute réponse autre que « jamais » à l'un ou l'autre des énoncés. Cette information n'est pas disponible pour les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas l'école.

Taxage

À notre connaissance aucune enquête canadienne n'a utilisé d'instrument permettant la mesure du taxage auprès d'une population comparable à celle-ci. Certaines études européennes abordent ce sujet, mais les libellés des questions sont différents entre eux et il s'est révélé préférable de créer une question spécialement pour l'enquête. Cette question, portant sur les jeunes victimes de taxage, fait suite aux énoncés sur la victimisation à l'école, soit l'item e de la question E13 et l'item f de la question A16. Cette information n'est pas disponible pour les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas l'école.

Port d'une arme

La question sur le port d'une arme s'adresse aux 13 et 16 ans (A24q et Q32q). On demande au jeune s'il a porté une arme sur lui (par exemple un couteau, un coup de poing ou une chaîne) au cours des six derniers mois.

Comportements d'opposition

À l'adolescence, les comportements d'opposition sont fréquents; cependant, pour une certaine proportion des jeunes, ces comportements prennent une telle ampleur qu'ils constituent une forme mineure de troubles de la conduite au sens du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Ce dernier propose une série de critères qui s'adressent aux groupes d'âge de 8 à 12 ans et de 13 à 18 ans. Pour poser un diagnostic de trouble d'opposition avec provocation en fonction des critères du DSM-IV, on doit observer la présence de

quatre critères sur une période d'au moins six mois, ainsi qu'une certaine perturbation du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Les questions de la présente enquête reprennent les critères du DSM-IV pour les troubles oppositionnels avec provocation. Cependant, elles ne permettent pas d'évaluer la gravité du comportement et donc de mesurer en soi les troubles oppositionnels avec provocation. C'est pourquoi, on parle ici plutôt de comportements d'opposition. Les questions portent sur les adolescents de 13 et de 16 ans, à l'exception de ceux de 16 ans qui ne fréquentent pas l'école. C'est le parent connaissant le mieux l'adolescent qui répond à la question qui comprend huit énoncés (PA39a à h). Un indice de comportements d'opposition a été créé par la somme des réponses « tout à fait vrai » à ces énoncés. Un niveau de quatre ou plus est requis pour qu'un adolescent soit considéré comme présentant un comportement d'opposition.

Problèmes de comportement

Le DSM-IV comprend une catégorie de troubles comportementaux appelée troubles de la conduite. Selon les critères du DSM-IV, le diagnostic de trouble de la conduite implique la présence de trois critères au cours d'une période de douze mois et d'au moins un critère au cours des six derniers mois. Comme dans le cas des comportements d'opposition, l'instrument utilisé dans l'enquête ne révèle nullement la prévalence des troubles de comportement tels qu'entendus par les critères habituels servant au diagnostic puisqu'il ne permet pas de mesurer la persistance et l'intensité des comportements rapportés; il permet néanmoins d'identifier des adolescents qui présentent certains problèmes de comportement. L'instrument destiné aux adolescents de 13 et 16 ans (A24a à A24o et Q32a à Q32o) porte sur quatre dimensions : les agressions envers les personnes ou les animaux, la destruction de biens matériels, la fraude ou le vol, les violations graves des règles établies. L'indice utilisé dans l'enquête

indique qu'il y a présence de problèmes de comportement si l'adolescent rapporte avoir eu trois des comportements énumérés ou plus au cours des six derniers mois.

Le taux de non-réponse partielle à l'ensemble de ces six indicateurs est de moins de 5 %. Chacun des indicateurs décrits précédemment est analysé selon l'âge, le sexe et selon certains facteurs associés dont le revenu du ménage et le type de milieu familial.

20.2 Résultats

20.2.1 Jeunes témoins de violence domestique entre adultes

Dans chacun des groupes d'âge, l'exposition à la violence domestique entre adultes s'élève à plus de 35 % (38 %, 37 % et 37 % respectivement chez les 9, 13 et 16 ans) (tableau 20.1). Elle est plus élevée chez les filles que chez les garçons de 16 ans (41 % c. 33 %). À 13 ans, on observe une tendance dans le même sens, alors que l'enquête ne permet pas d'observer de différence chez les enfants de 9 ans.

Tableau 20.1
Enfants et adolescents témoins de violence domestique entre adultes selon le sexe, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans [†]
	%		
Garçons	38,0	34,4	32,7
Filles	38,9	38,7	41,1
Sexes réunis	38,4	36,5	36,9
Pe '000	34,0	31,4	30,4

[†] Le test d'association entre l'exposition à la violence domestique et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Le tableau 20.2 montre que les comportements de violence domestique, dont les jeunes ont déclaré avoir été témoins, ont trait presque en totalité à la violence verbale (s'insulter, se dire des gros mots ou des paroles blessantes).

Tableau 20.2
Type de violence domestique entre adultes déclarée par les enfants et les adolescents, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Aucune violence	61,6	63,5	63,1
Violence verbale	34,6	33,4	35,2
Violence physique	0,6 **	0,7 **	0,2 **
Les deux types	3,2 *	2,4 *	1,5 **

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

L'exposition des jeunes à la violence domestique entre adultes est associée à une faible estime de soi et à la victimisation à l'école dans les trois groupes d'âge ainsi qu'à la détresse psychologique chez les adolescents. En effet, environ 30 % des adolescents de 13 et 16 ans qui ont déclaré avoir été témoins de violence domestique entre adultes ont un niveau élevé de détresse psychologique alors que cette proportion est de 16 % et de 13 % respectivement chez les jeunes de 13 et 16 ans qui n'en ont pas été témoins (tableau 20.3). Les données de l'enquête permettent d'estimer que ces jeunes qui sont à la fois témoins de violence domestique et qui manifestent un niveau élevé de détresse psychologique représentent environ 11 % de l'ensemble des jeunes de 13 et 16 ans (données non présentées).

Tableau 20.3

Niveau élevé de détresse psychologique, niveau faible d'estime de soi et victimisation à l'école⁽¹⁾ selon l'exposition à la violence domestique entre adultes, Québec, 1999

	Détresse psychologique élevée [†]	Faible estime de soi [†]	Victime de violence à l'école [§]
	%		
9 ans			
Présence	..	... ⁽²⁾	75,0
Absence	..	...	64,1
13 ans			
Présence	31,2	28,0	53,8
Absence	16,4	19,0	41,9
16 ans			
Présence	30,0	28,3	30,8
Absence	13,2	17,4	21,5

⁽¹⁾ La variable victimisation à l'école exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

⁽²⁾ L'échelle utilisée pour les enfants de 9 ans n'est pas comparable à celle des 13 ans et 16 ans. Les résultats sont présentés dans le texte.

[†] Les tests d'association entre la détresse psychologique et l'exposition à la violence domestique et entre le niveau d'estime de soi et l'exposition à la violence domestique sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

[§] Le test d'association entre l'expérience de victimisation et l'exposition à la violence domestique est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

De même, les adolescents qui ont déclaré avoir été témoins de violence ont un faible niveau d'estime de soi dans 28 % des cas comparativement à 19 % et 17 % respectivement chez les jeunes de 13 et 16 ans qui ont déclaré ne pas y avoir été exposés. L'estime de soi observée chez les enfants de 9 ans est également plus faible chez ceux qui ont été témoins de violence domestique entre adultes que chez les autres (moyenne de 26,9 c. 28,4 à l'échelle d'estime de soi) (données non présentées)². Enfin, les jeunes exposés à la violence domestique entre adultes sont aussi plus souvent victimes de violence à leur école ou sur le chemin de l'école depuis septembre que ceux qui n'y ont pas été exposés, et cela pour les trois âges : les 9 ans (75 % c. 64 %), les 13 ans (54 % c. 42 %) et les 16 ans (31 % c. 22 %).

² L'échelle d'estime de soi utilisée chez les 9 ans fournit un score moyen et les résultats ne sont pas comparables à ceux de l'échelle utilisée chez les 13 et 16 ans.

20.2.2 Victimisation à l'école

La victimisation à l'école, c'est-à-dire le fait d'avoir été, depuis le début de l'année scolaire, victime d'au moins un acte de violence verbale ou physique, varie selon l'âge et le sexe (tableau 20.4). La victimisation diminue avec l'âge : elle est rapportée par plus des deux tiers des enfants de 9 ans et par le quart seulement des 16 ans. Elle est rapportée plus fréquemment par les garçons que par les filles, quel que soit l'âge.

Le nombre d'expériences de victimisation vécues par les jeunes diminue également avec l'âge. Chez les enfants de 9 ans, 31 % déclarent avoir été victimes d'un seul acte de violence depuis le début de l'année scolaire, tandis que 18 % rapportent avoir été victimes de trois actes de violence ou plus. Chez les adolescents de 16 ans, ces proportions sont de 18 % et de 2,5 %. Les garçons sont plus nombreux que les filles en proportion à rapporter avoir connu trois expériences de violence et plus depuis le début de l'année scolaire chez les 9 ans (21 % c. 14 %) et les 13 ans (12 % c. 2,9 %).

Tableau 20.4
Nombre d'expériences de victimisation à l'école depuis septembre⁽¹⁾ selon le sexe, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Garçons			
Une	26,9 ¹	27,2	22,1 ⁶
Deux	23,5 ²	13,6 ⁴	5,6 [*]
Trois ou plus	21,4 ³	12,5 ^{*5}	3,2 ^{**}
Au moins une	71,8	53,3	30,9
Filles			
Une	34,4 ¹	26,8	13,7 ⁶
Deux	17,3 ²	9,2 ^{*4}	3,5 [*]
Trois ou plus	13,8 ³	2,9 ^{**5}	1,9 ^{**}
Au moins une	65,5	38,9	19,1
Sexes réunis			
Une	30,6 ⁷	27,0 ⁸	17,9 ^{7,8}
Deux	20,5 ⁹	11,4 ⁹	4,6 ⁹
Trois ou plus	17,6 ¹⁰	7,8 ¹⁰	2,5 ^{*10}
Au moins une[†]	68,7¹¹	46,2¹¹	25,0¹¹
Pe '000	60,8	39,8	20,6

(1) Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

¹⁻¹¹ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Le test d'association entre l'expérience de victimisation (au moins une) et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

^{**} Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

L'examen de la nature des expériences de victimisation permet de qualifier davantage le niveau de violence auquel sont exposés les jeunes. Le tableau 20.5 montre que les expériences de victimisation les plus fréquemment mentionnées ont trait à trois des énoncés, soit : se faire crier des noms, se faire menacer de se faire frapper ou de faire détruire leur bien, et se faire frapper ou pousser violemment. Deux énoncés (subir des attouchements sexuels non voulus et se faire offrir de l'argent pour faire des choses défendues) sont très peu déclarés.

Le regroupement des catégories « souvent » et « quelquefois » montre qu'un peu plus du quart des 9 ans, 11 % des 13 ans et 4,8 % des 16 ans se sont fait

menacer de se faire frapper ou de faire détruire leur bien. La violence physique est aussi assez répandue puisque près du tiers des 9 ans, 15 % des 13 ans et 4,3 % des 16 ans se sont fait frapper ou pousser violemment. Pour la plupart des jeunes, ces situations sont survenues « quelquefois ». Enfin, en ce qui a trait à la violence verbale, notons qu'environ 15 % des 9 ans et 7 % des 13 ans déclarent se faire crier des noms « souvent ».

L'estime de soi est associée à la victimisation à l'école chez les enfants et les adolescents. Les enfants de 9 ans victimes de violence à l'école ont une moyenne à l'échelle d'estime de soi inférieure à celle des enfants qui ne rapportent pas être victimes de violence à l'école (moyenne de 27,5 c. 28,6) (données non présentées). De même, les adolescents de 13 ans et 16 ans ayant un faible niveau d'estime de soi sont proportionnellement plus nombreux à être victimes de violence à l'école que ceux ayant un niveau élevé d'estime de soi (tableau 20.6).

20.2.3 Taxage

Le tableau 20.7 permet d'estimer la prévalence du taxage et montre qu'il touche surtout les jeunes de 9 ans. Environ un jeune de 9 ans sur dix déclare s'être fait taxer depuis le début de l'année scolaire. Les jeunes de 13 et 16 ans ont rapporté avoir été victimes de taxage dans une moins grande proportion que leurs cadets.

Tous les jeunes de 9 ans qui ont répondu avoir été victimes de taxage depuis le début de l'année scolaire ont aussi déclaré être victimes d'autres formes de violence à l'école (données non présentées). Le taxage est aussi associé à l'exposition à la violence domestique entre adultes. En effet, 14 % des enfants de 9 ans témoins de violence à la maison déclarent avoir déjà été taxés au cours de la période contre 9 % de ceux qui disent ne pas en avoir été témoins (données non présentées).

Tableau 20.5

Nature des expériences de victimisation à l'école depuis septembre selon le sexe, Québec, 1999

	9 ans			13 ans			16 ans ⁽¹⁾		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
Se faire crier des noms ou des injures [†]									
Souvent	16,2	13,1	14,7	9,2	4,7*	7,0	2,2**	1,9**	2,1*
Quelquefois	45,1	43,2	44,1	39,5	30,8	35,2	22,5	14,8	18,6
Jamais	38,8	43,7	41,2	51,3	64,6	57,8	75,2	83,3	79,3
Se faire menacer de se faire frapper ou de faire détruire ce qui lui appartient									
Souvent	6,4*	4,5*	5,4	2,9**	0,8**	1,9**	0,8**	0,5**	0,7**
Quelquefois	23,4	17,8	20,7	12,7	6,3*	9,6	5,5*	2,7**	4,1*
Jamais	70,2	77,7	73,9	84,3	93,0	88,6	93,6	96,8	95,2
Subir des attouchements sexuels non voulus									
Souvent	...	...	...	0,2**	—	0,1**	0,5**	0,3**	0,4**
Quelquefois	...	...	...	1,6**	1,8**	1,7**	0,8**	2,6**	1,7*
Jamais	...	...	...	98,2	98,2	98,3	98,7	97,1	97,9
Se faire frapper ou pousser violemment [§]									
Souvent	9,2	3,8*	6,5	3,4**	0,9**	2,2*	0,4**	0,3**	0,3**
Quelquefois	29,8	20,5	25,2	18,5	7,9	13,0	5,1*	2,9**	4,0*
Jamais	61,0	75,7	68,3	78,1	91,2	85,0	94,6	96,8	95,7
Se faire offrir de l'argent pour faire des choses défendues (voler, menacer ou battre quelqu'un) ^{††}									
Souvent	1,5**	0,5**	1,0**	0,9**	—	0,5**	1,2**	—	0,6**
Quelquefois	2,8**	1,2**	2,0*	2,9**	0,9**	1,9*	4,0*	1,0**	2,5*
Jamais	95,8	98,3	97,0	96,2	99,1	98,0	94,8	99,0	96,9

⁽¹⁾ Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.[†] Le test d'association entre se faire crier des injures et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.^{††} Le test d'association entre se faire offrir de l'argent et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.[§] Le test d'association entre se faire frapper et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et 13 ans.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Tableau 20.6

Victimisation à l'école selon le niveau d'estime de soi, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans	16 ans ⁽¹⁾
	%	
Niveau d'estime de soi [†]		
Faible	61,1 ¹	37,1 ^{3,4}
Moyen	45,2 ²	24,5 ⁴
Élevé	30,1 ^{1,2}	17,6 ³

⁽¹⁾ Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.¹⁻⁴ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.[†] Le test d'association entre la victimisation à l'école et l'estime de soi est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Tableau 20.7
Enfants et adolescents victimes de taxage depuis septembre selon le sexe, Québec, 1999

	9 ans	13 ans [†]	16 ans ^{†(1)}
	%		
Garçons	11,2	3,6*	2,3**
Filles	10,6	0,9**	0,3**
Sexes réunis	10,9^{1,2}	2,3*¹	1,3**²
Pe '000	9,6	2,0	1,1

(1) Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

¹⁻² Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Le test d'association entre le fait d'être victime de taxage et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à 13 ans et 16 ans.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

20.2.4 Port d'une arme

Plus d'un adolescent de 13 ou 16 ans sur dix a déclaré avoir porté une arme sur lui (par exemple un couteau, une chaîne ou un coup de poing) au cours d'une période de six mois (tableau 20.8). On n'observe pas de variation entre les deux groupes d'âge; par contre, les garçons déclarent porter une arme (17 % chez les 13 ans et 20 % chez les 16 ans) dans une plus grande proportion que les filles (4 %).

Tableau 20.8
Adolescents de 13 ans et 16 ans ayant porté une arme au cours d'une période de six mois[†] selon le sexe, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Garçons	16,8	19,7
Filles	4,0*	4,3*
Sexes réunis	10,5	12,1
Pe '000	9,1	9,9

[†] Le test d'association entre le port d'une arme et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à 13 ans et 16 ans.

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

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Ce comportement s'inscrit dans un ensemble d'autres conduites de transgression des règles ou de prise de risques. Le tableau 20.9 permet d'observer que chez les adolescents ayant consommé de la drogue au cours d'une période de 12 mois, la proportion de ceux qui ont porté une arme sur eux au cours d'une période de 6 mois est d'environ 23 % chez les 13 ans et de 18 % chez les 16 ans contre 9 % et 7 % chez ceux qui n'ont pas consommé. Les différences sont importantes également dans le cas des adolescents qui déclarent avoir consommé de l'alcool à chaque semaine sur une période de 12 mois, puisque près de 40 % des 13 ans et 22 % des 16 ans disent avoir porté une arme contre 7 % et 5 % chez ceux qui ne boivent « jamais ou juste pour essayer ». Les jeunes victimes de violence à l'école ont aussi une plus grande propension à porter une arme sur eux, tant à 13 ans qu'à 16 ans.

Tableau 20.9
Adolescents de 13 ans et 16 ans ayant porté une arme selon certaines variables associées, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Consommation de drogues sur 12 mois [†]		
Oui	23,1 *	18,1
Non	8,8	6,5 *
Consommation d'alcool sur 12 mois [†]		
Chaque semaine	39,5 ** ¹	22,3 ³
Moins que chaque semaine	18,6 ²	11,3 ³
Jamais ou juste pour essayer	6,6 ^{1,2}	4,7 ³
Victime de violence à l'école ^{†(1)}		
Oui	15,1	17,2
Non	6,5 *	9,6

(1) Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

¹⁻³ Les proportions dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

[†] Les tests d'association entre le port d'une arme et la consommation de drogues, entre le port d'une arme et la consommation d'alcool, et entre le port d'une arme et l'expérience de victimisation sont significatifs au seuil de 0,05 à 13 ans et 16 ans.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

20.2.5 Comportements d'opposition

L'indice de comportements d'opposition montre que, selon les parents, un peu moins d'un adolescent sur dix a manifesté, au cours d'une période de six mois, au moins quatre des huit comportements d'opposition étudiés (tableau 20.10). Ces comportements se manifestent autant chez les garçons que chez les filles. Les comportements d'opposition semblent diminuer avec l'âge chez les garçons, mais la taille des effectifs ne permet pas d'établir si cette tendance est significative.

Quel que soit l'âge ou le sexe, les comportements d'opposition qui se manifestent le plus souvent chez les adolescents consistent à se mettre souvent en colère, à contester ce que disent les adultes, à s'opposer aux règles et aux demandes, et, à être souvent agacé ou susceptible (tableau 20.11). Rappelons que plusieurs de ces comportements, lorsque pris isolément, ne sont pas considérés en soi comme des problèmes et représentent plutôt des difficultés relationnelles passagères entre le parent et le jeune, inhérentes à la phase de développement et d'affirmation qu'est l'adolescence.

Tableau 20.10
Comportements d'opposition selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans	16 ans ⁽¹⁾
	%	
Garçons	10,2	6,7*
Filles	9,0*	9,4*
Sexes réunis	9,6	8,0
Pe '000	8,3	6,6

⁽¹⁾ Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

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

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Tableau 20.11
Type de comportements d'opposition selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans			16 ans ⁽¹⁾		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Être souvent en colère [†]	15,5	14,4	14,9	12,7	19,4	16,1
Contester les adultes	20,5	20,1	20,3	16,6	20,6	18,6
S'opposer aux demandes et aux règles	18,7	21,8	20,2	17,8	20,6	19,2
Embêter les autres délibérément [†]	14,8	7,0*	11,0	7,7*	4,9*	6,3
Rendre les autres responsables de sa conduite [§]	9,1*	5,6*	7,4	6,2*	3,9**	5,0*
Être souvent susceptible ou agacé [†]	14,2	17,7	15,9	8,1*	19,9	14,1
Être souvent fâché et rancunier [†]	6,8*	7,0*	6,9	4,2*	6,0*	5,1*
Être souvent haineux	3,9**	2,4**	3,2*	2,5**	3,9**	3,2*

⁽¹⁾ Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

[†] Les tests d'association entre se mettre en colère et le sexe, entre embêter les autres et le sexe, entre être susceptible ou agacé et le sexe et entre être fâché et rancunier et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 à 16 ans.

[§] Le test d'association entre rendre les autres responsables de sa conduite et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à 13 ans.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

L'indice de comportements d'opposition est associé au niveau d'estime de soi, au nombre de sources de soutien, à la victimisation à l'école, au niveau de détresse psychologique et à la consommation de drogues chez les 13 ans ou les 16 ans (tableau 20.12). Ainsi, les comportements d'opposition sont associés à un faible niveau d'estime de soi chez les 16 ans. De même, les adolescents de 13 ans ayant trois sources de soutien social et moins présentent des comportements d'opposition en plus grande proportion que ceux ayant un plus grand nombre de sources de soutien (15 % c. 8 %). Ceux étant victimes de violence à l'école ou ayant un niveau élevé de détresse psychologique manifestent aussi des comportements d'opposition en plus grande proportion, et ce, chez les 13 et les 16 ans. Enfin, on note une association entre la consommation de drogues et les comportements d'opposition, mais seulement chez les 13 ans.

Tableau 20.12
Comportements d'opposition selon certaines variables associées, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans %	16 ans ⁽¹⁾
Niveau d'estime de soi [†]		
Faible	11,7*	14,9* ^{1,2}
Moyen	10,4*	6,5* ²
Élevé	5,5**	5,8** ¹
Nombre de sources de soutien [§]		
Trois et moins	15,2*	8,6**
Quatre et plus	7,9	7,6
Victime de violence à l'école [‡]		
Oui	12,7*	14,3*
Non	6,5**	6,0*
Niveau de détresse psychologique [‡]		
Élevé	18,3*	14,6*
Faible/moyen	7,4	6,6*
Consommation de drogues sur 12 mois [§]		
Oui	19,8*	9,8*
Non	8,4	6,6*

(1) Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

¹⁻² Les pourcentages dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

[†] Le test d'association entre les comportements d'opposition et le niveau d'estime de soi est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

[§] Les tests d'association entre les comportements d'opposition et le nombre de sources de soutien et entre les comportements d'opposition et la consommation de drogues sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

[‡] Les tests d'association entre les comportements d'opposition et la victimisation à l'école et entre les comportements d'opposition et le niveau de détresse psychologique sont significatifs au seuil de 0,05 à 13 ans et 16 ans.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec

20.2.6 Problèmes de comportement

Selon l'enquête, environ un jeune québécois de 13 ou 16 ans sur cinq présente des problèmes de comportement (19 % et 23 % respectivement) (tableau 20.13). Les garçons affichent une prévalence plus élevée que les filles à 13 ans (24 % c. 14 %) et 16 ans (29 % c. 16 %).

Tableau 20.13
Problèmes de comportement[†] selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans %	16 ans
Garçons	24,3	28,9
Filles	14,1	16,1
Sexes réunis	19,3	22,6
Pe '000	16,6	18,5

[†] Le test d'association entre les problèmes de comportement et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Le tableau 20.14 présente en détail les comportements concernés, regroupés selon les quatre dimensions de l'instrument, soit : les agressions envers les personnes ou les animaux, la fraude ou le vol, les violations graves des règles établies et la destruction de biens matériels.

Les garçons déclarent plus que les filles certains types de problèmes de comportement. Les proportions sont plus élevées chez les garçons de 13 et 16 ans pour les énoncés suivants : menacer ou brutaliser quelqu'un, commencer souvent une bataille, utiliser une arme, faire du mal volontairement à quelqu'un, faire du vandalisme. À 16 ans, on observe une différence significative entre les sexes pour deux énoncés : les

mensonges fréquents et le vol sans affrontement avec la victime. Les comportements d'absentéisme scolaire ainsi que le fait de rester dehors tard la nuit ne varient pas selon le sexe.

L'âge est associé à plusieurs types de problèmes de comportement; plusieurs augmentent avec l'âge. Ainsi, par exemple, le fait de rester dehors tard la nuit plus d'une fois est mentionné par environ 8 % des 13 ans mais par 21 % des 16 ans; les actes de vandalisme sont évoqués par près de 10 % des 13 ans contre 14 % des 16 ans, et s'absenter souvent de l'école sans raison valable est déclaré par moins de 10 % des 13 ans mais par 25 % des 16 ans.

Tableau 20.14

Type de problèmes de comportement selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
%						
Agression envers les personnes ou les animaux						
Menacer ou brutaliser souvent d'autres personnes [†]	13,1	8,7 *	10,9	12,1	6,1*	9,1
Commencer souvent des batailles [†]	20,7	7,3*	14,1¹	10,4	3,1**	6,7
Utiliser une arme [†]	7,0*	1,8**	4,5*	6,2*	0,3**	3,4*
Faire volontairement du mal à quelqu'un [†]	34,1	14,2	24,4²	24,0	11,4	17,8²
Maltraiter des animaux [†]	6,8*	2,6**	4,8	6,1*	2,3**	4,2*
Voler en affrontant la personne	1,1**	0,3**	0,7**	1,4**	0,2**	0,8**
Agresser sexuellement	0,9**	–	0,4**	0,5**	–	0,3**
Fraude ou vol						
Entrer par effraction (maison, bâtiment ou voiture) [†]	3,2**	0,8**	2,0*	5,2*	0,9**	3,1*
Mentir fréquemment [§]	31,8	32,0	31,9	32,0	26,7	29,4
Voler plus d'une fois, sans affronter la personne [§]	9,3	6,2*	7,8³	17,2	10,2	13,7³
Violation de règles						
Rester dehors tard la nuit	8,7*	7,9*	8,3⁴	22,1	20,1	21,1⁴
Faire une fugue au moins 2 fois	3,4*	1,9**	2,7*⁵	1,7**	0,9**	1,3**⁵
Manquer l'école sans raison valable	9,3	9,2	9,3⁶	25,2	24,7	25,0⁶
Destruction de biens						
Mettre le feu	2,1**	0,2**	1,1**	1,7**	–	0,8**
Faire du vandalisme [†]	14,3	5,2*	9,9⁷	21,7	6,0*	13,9⁷

¹⁻⁷ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Le test d'association entre ce type de problème et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

[§] Le test d'association entre ce type de problème et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

À l'inverse, certains comportements diminuent avec l'âge. C'est le cas notamment de certaines conduites impliquant de la violence physique. Environ 14 % des jeunes de 13 ans déclarent avoir souvent commencé des batailles alors que seulement 7 % des 16 ans sont dans la même situation. Près du quart (24 %) des jeunes de 13 ans ont dit avoir volontairement fait du mal à quelqu'un au cours d'une période de six mois alors que ce comportement est déclaré par 18 % des 16 ans.

Selon le tableau 20.15, la présence de problèmes de comportement est associée à plusieurs comportements et facteurs de risque. Ainsi, les adolescents de 13 et 16 ans qui sont victimes de violence à l'école ou qui sont témoins de violence domestique entre adultes sont proportionnellement plus nombreux à avoir des problèmes de comportement. La consommation de drogues ou d'alcool et le port d'une arme sont aussi associés à une prévalence plus élevée des problèmes de comportement. Les jeunes qui présentent des comportements d'opposition ou un niveau élevé de détresse psychologique présentent aussi plus de problèmes de comportement. Et enfin, une faible confiance en soi à l'école ou un niveau faible d'estime de soi sont associés à des proportions plus élevées de problèmes de comportement.

Les données de l'enquête permettent d'estimer que 12 % des jeunes de 13 ans sont victimes de violence à l'école et manifestent, à la fois, des problèmes de comportement; cette proportion est de 8 % à 16 ans (données non présentées).

Tableau 20.15

Problèmes de comportement selon certaines variables associées[†], adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Victime de violence à l'école ⁽¹⁾		
Oui	26,4	32,1
Non	12,6	19,1
Témoin de violence domestique		
Oui	24,8	30,7
Non	15,5	17,6
Consommation de drogues sur 12 mois		
Oui	41,3	36,3
Non	16,5	10,1
Consommation d'alcool sur 12 mois		
Chaque semaine	65,5 ^{*1}	46,0 ^{2, 3}
Moins que chaque semaine	30,6 ¹	18,5 ²
Jamais ou juste pour essayer	13,6 ¹	12,1 ^{* 3}
Port d'une arme sur 6 mois		
Oui	64,8	64,4
Non	13,9	16,8
Comportements d'opposition ⁽¹⁾		
Présence	45,9	40,2 [*]
Absence	15,8	20,2
Niveau de détresse psychologique		
Élevé	35,6	42,2
Faible/moyen	14,7	17,8
Confiance en soi à l'école		
Faible	45,4	47,0
Bonne	17,2	20,2
Niveau d'estime de soi		
Faible	28,5 ⁴	36,8 ^{5, 6}
Moyen	17,9	20,4 ⁵
Élevée	12,5 ^{*4}	15,8 ⁶

⁽¹⁾ Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

¹⁻⁶ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Le test d'association entre les problèmes de comportement et chacune de ces variables est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Conclusion

Ce chapitre avait pour objectifs d'établir l'ampleur de certains problèmes de violence ou de comportement chez les jeunes, d'observer leur variation selon certains facteurs de risque, de résistance ou déterminants et d'examiner certains aspects de la comorbidité de ces diverses problématiques.

Ampleur des problèmes de violence et de comportement

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* montrent que la violence et les problèmes de comportement sont grandement présents dans la vie des enfants et des adolescents québécois. Ils révèlent pour la première fois à l'échelle du Québec l'ampleur de certains aspects préoccupants. Selon l'enquête, plus du tiers des jeunes de 9, 13 et 16 ans ont été exposés à des situations de violence domestique entre adultes. Le fait qu'il s'agit surtout de violence verbale permet toutefois d'interpréter de façon moins dramatique l'ampleur de cette exposition à la violence. Par ailleurs, les deux tiers des enfants de 9 ans déclarent avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire; un peu plus du quart des enfants de 9 ans ont déclaré s'être fait menacer de se faire frapper ou de faire détruire un bien leur appartenant, tandis que le tiers déclare avoir été poussé ou frappé violemment depuis le début de l'année scolaire. Par contre, deux expériences de victimisation à l'école étudiées dans l'enquête ont été peu déclarées – subir des attouchements sexuels non voulus et se faire offrir de l'argent pour faire des choses défendues – ce qui vient corroborer les résultats d'une enquête réalisée en Montérégie (Bellerose et autres, 2001).

De plus, l'enquête permet d'estimer qu'un enfant de 9 ans sur dix a été taxé depuis le début de l'année scolaire. Au secondaire, par contre, le taxage semble

assez peu répandu si on se fie aux faibles prévalences observées chez les 13 et 16 ans. Le taxage apparaît donc comme un phénomène assez fréquent, du moins chez les plus jeunes, puisque la mesure ici ne porte que sur l'année scolaire en cours; on peut très certainement avancer que la prévalence à vie du taxage est assez élevée. Cette situation est préoccupante puisqu'il s'agit d'un phénomène qui peut être beaucoup plus prévalent ou plus grave dans certaines écoles ou populations particulières.

Au cours d'une période de six mois, environ un adolescent de 13 ou 16 ans sur dix aurait porté une arme et un sur cinq aurait manifesté certains problèmes de comportement. Enfin, selon le parent, un adolescent de 13 ou 16 ans sur dix affiche des comportements d'opposition. Cette apparente ampleur des problèmes doit cependant être relativisée puisque l'instrument utilisé dans l'enquête ne permet pas d'estimer avec précision la gravité des situations rapportées, de même que leur impact sur le développement et l'adaptation des adolescents, comme le veulent les critères habituels servant au diagnostic.

L'ampleur des phénomènes, mesurés ici au cours d'une période de référence relativement courte (un an ou moins), montre bien que l'enfance et l'adolescence, du moins à ces âges, sont des périodes de vie mouvementées, caractérisées par une exposition importante à des formes plus ou moins graves de violence familiale ou de la part des pairs et par des comportements de prise de risques très prévalents.

Déterminants, facteurs de résistance et de risque

Parmi les indicateurs examinés, trois ont fait l'objet d'une mesure à la fois chez les jeunes de 9, 13 et 16 ans. L'analyse permet d'affirmer que la victimisation à l'école diminue avec l'âge et que les victimes de taxage sont plus nombreuses en proportion chez les 9 ans que chez les plus vieux. L'exposition à la violence domestique entre adultes ne varie pas avec l'âge dans

l'enquête. Trois autres indicateurs ont fait l'objet d'une mesure chez les 13 et 16 ans uniquement : le port d'une arme, les problèmes de comportement et les comportements d'opposition. L'enquête n'a permis d'observer aucune variation significative de ceux-ci avec l'âge.

Comme le laissait entrevoir la recension des écrits, les garçons ont plus souvent des problèmes de comportement, de victimisation à l'école et sont plus nombreux à avoir porté une arme ou à être victimes de harcèlement. Selon Clément (2000), ils sont aussi plus souvent victimes de violence familiale et notamment de violence physique. Dans la présente enquête, les filles de 16 ans sont plus nombreuses que les garçons de cet âge à rapporter avoir été témoins de violence domestique entre adultes. On pourrait poser l'hypothèse d'une plus grande propension chez les filles à rapporter la violence. Enfin, on n'observe pas de différence selon le sexe quant à la prévalence des comportements d'opposition. Peut-être y aurait-il lieu de développer des interventions différenciées selon le sexe ou à tout le moins adaptées aux différences entre les garçons et les filles à l'enfance et à l'adolescence.

Par ailleurs, on remarque que parmi les facteurs de résistance ou de risque étudiés, le revenu du ménage et le type de milieu familial ne se sont révélés associés à aucun des indicateurs étudiés, ce qui est un peu surprenant. La qualité de la relation entre le parent et l'enfant, telle que mesurée dans l'enquête par les niveaux de soutien affectif et de contrôle abusif, et son lien avec la présence de certains problèmes de comportement pourraient également être examinés dans le cadre de recherches ultérieures.

Associations

Dans ce chapitre, les associations entre les problèmes ont été examinées. Trois patrons d'association se dessinent. Un premier modèle d'association observé a trait à la cooccurrence de la victimisation et des problèmes de comportement, dont l'agression. La

violence domestique entre adultes, les comportements d'opposition, les problèmes de comportement et le port d'une arme sont tous associés à la victimisation à l'école dans l'enquête. Cela confirme les résultats d'une enquête française selon lesquels à l'adolescence, les agresseurs sont aussi souvent des victimes (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998). Leur violence est l'expression des interactions avec l'environnement humain et social et la violence à l'adolescence serait une sorte de mode relationnel s'inscrivant dans un contexte général de prise de risques. Par ailleurs, il est troublant de constater que les enfants exposés à la violence dans leur milieu familial sont aussi plus exposés à certaines formes de violence de la part de leurs pairs à l'école, bien qu'il s'agisse d'une manifestation d'association et non de causalité.

Un autre modèle concerne les relations entre la consommation de drogues et d'alcool et certaines conduites inappropriées. Ainsi, les problèmes de comportement et le port d'une arme sont associés à la consommation de drogues et d'alcool chez les 13 et 16 ans et les comportements d'opposition sont associés à la consommation de drogues chez les 13 ans. Ces relations traduisent une prise de risques autour de comportements déviants. Or, les risques de dérapage lors de la prise de risques sont grandement augmentés lorsqu'il y a consommation de drogues ou d'alcool.

Enfin, un troisième patron d'association porte sur la relation entre certains problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel (détresse psychologique et faible estime de soi) et des épisodes de victimisation ou des conduites inappropriées. Ainsi, un lien est observé entre la détresse psychologique chez les 13 et 16 ans et l'exposition à la violence domestique entre adultes, la présence de comportements d'opposition et les problèmes de comportement. Une faible estime de soi est aussi associée à l'exposition à la violence domestique entre adultes dans les trois groupes d'âge, à la victimisation à l'école chez les 13 et 16 ans, à la présence de comportements d'opposition chez les

16 ans, de même qu'aux problèmes de comportement chez les 13 et 16 ans.

Trois profils se dessinent donc : le jeune ayant des comportements inappropriés ou agressifs (comportements d'opposition, problèmes de comportement, port d'une arme) est souvent une victime; le jeune ayant certains comportements inappropriés (problèmes de comportement, port d'une arme) consomme plus souvent de la drogue ou de l'alcool; et le jeune ayant une faible estime de soi ou présentant un niveau élevé de détresse psychologique présente des problèmes de comportement, d'opposition et de victimisation (à l'école ou en famille). Ce type d'association plaide certainement pour des stratégies d'intervention qui abordent ces problèmes de façon globale et intégrée.

Enfin, l'enquête permet d'identifier des situations préoccupantes en ce qui concerne le cumul des risques pour le développement et l'adaptation des jeunes. Ainsi, 11 % des jeunes de 9 ans ont répondu qu'ils étaient victimes de taxage depuis le début de l'année scolaire; tous ces jeunes ont également déclaré être victimes d'autres formes de violence à l'école. Les données ne permettent pas de tracer un profil de la victimisation à cet âge, mais elles incitent certainement à la vigilance et à l'action face à cette problématique, à la fois pour protéger les enfants et pour éviter qu'ils développent eux-mêmes des conduites violentes, comme mode de protection, ou qu'ils perçoivent l'école comme un milieu qui les rejette et envers lequel ils développent peu d'attachement. Une analyse ultérieure pourrait permettre de tracer le profil scolaire des jeunes présentant cette double victimisation.

Par ailleurs, l'enquête a permis d'estimer que 12 % des jeunes de 13 ans sont victimes de violence à l'école et manifestent des problèmes de comportement; cette proportion est de 8 % à 16 ans. Ces jeunes sont à la fois victimes et acteurs de situations problématiques; ils doivent retenir notre attention surtout quand on sait que

la victimisation à l'école et les problèmes de comportement sont aussi associés à une faible estime de soi. Enfin, selon l'enquête, environ 11 % des jeunes de 13 et de 16 ans sont à la fois témoins de violence domestique entre adultes à la maison et présentent une détresse psychologique élevée. Une analyse plus poussée de ces groupes qui cumulent des risques permettrait certainement d'aller au delà de ces constats sommaires et de mieux les caractériser.

Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*, 4th ed., Washington, D.C., American Psychiatric Press, 886 p.

ANDREWS, L., et J. TRAWICK-SMITH (1996). « An ecological model for early childhood violence prevention » dans HAMPTON, R. L., JENKINS, P. et T. P. GULLOTTA (éd.). *Preventing violence in America*, Thousand Oaks, Sage, p. 233-261.

ARÈNES, J., M.-P. JANVRIN et F. BEAUDIER (1998). *Baromètre santé jeunes 97/98*, Vanves, France, Éditions CFES, 328 p.

BELLEROSÉ, C., J. BEAUDRY, S. BÉLANGER et J. LEMAIRE (2001). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 95 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1997). *Youth risk behavior surveillance*, United States, MMWR, U.S. Department of health and human services, vol. 44, n° SS1, 56 p.

CHOQUET, M., et S. LEDOUX (1994). *Adolescents enquête nationale*, Paris, Éditions INSERM, 346 p.

CLÉMENT, M. E., C. BOUCHARD, M. JETTÉ et S. LAFERRIÈRE (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p.

CLOUTIER, R., L. CHAMPOUX, C. JACQUES et C. LANCOP (1994). *Nos ados et les autres : étude comparative des centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 154 p.

DESCHESNES, M., et C. SCHAEFER (1997). *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et les Centres jeunesse de l'Outaouais, tome 1 (secteur général), 150 p.

DUMAS, J. E. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, De Boeck Université, 519 p.

FITZGERALD, R. (1999). *La violence familiale au Canada, un profil statistique*, Statistique Canada, n° 85-224-XIF, 53 p.

FORTIN, A., M. CYR et N. CHÉNIER (1996). *Questionnaire sur la résolution de conflits : stratégies utilisées par les parents envers les enfants* (traduction française de Straus et autres, 1996, *The Parent-Child Conflict Tactics Scales*, document inédit, Université de Montréal.

LESSARD, C. (2000). *Indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

MARMOT, M., et R.G. WILKINSON, (1999). *Social determinant of health*, University Press of Oxford, 291 p.

MICHAUD, P. A., et F. NARRING (1993). *Recherche sur la santé et le style de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 74 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants : rapport du Groupe de travail pour les jeunes*, Québec, Gouvernement du Québec, 179 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

OWLEUS, D. (1991). « Bully, victims problems among school children: basic facts and effects among school program » dans PEPLER D. J., et K. H. RUBIN (éd.). *The development and treatment of childhood aggression*, N.J., Erlbaum, 470 p.

RODGERS, K. (1994). « Résultat d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe », *Juristat*, vol. 14, n° 9, 22 p.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, catalogue n° 89-550-MPF, 184 p.

ST-JACQUES, M.-C., S. MCKINNON et P. POTVIN (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.

TREMBLAY R., B. BOULERICE, P.W. ARDEN, P. MCDUFF, D. PÉRUSSE et R.O. PHIL (1996). « Les enfants du Canada deviennent-ils plus agressifs à l'approche de l'adolescence? » dans STATISTIQUE CANADA, 1996. *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, catalogue n° 89-550-MPF, 184 p.

TREMBLAY, R. E., et autres (1990). « La violence physique chez les garçons : un comportement à comprendre et à prévenir », *Interface*, p. 11, 12, 18.

TURSZ, A., et C. REY (1996). « La violence à l'adolescence : une sémiologie des causes et une prévention complexe », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 44, n° 4, p. 297-300.

VITARO, F., P. L. DOBKIN, C. GAGNON et M. LEBLANC (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention*, PUQ, 202 p.

WERNER, E. E. (1993). « Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study », *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 503-515.

Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence

Francine Lavoie
Lucie Vézina
École de psychologie
Université Laval

Introduction

L'adolescence est une période d'exploration de l'amour et de la sexualité avec sa part d'émotions, de rêves et de désirs mais aussi de déceptions, de rejet et de ruptures. Il peut y avoir des moments difficiles mais passagers. Les relations amoureuses à l'adolescence peuvent cependant susciter des inquiétudes, entre autres lorsque la violence s'immisce dans ces relations. Encore faut-il prendre conscience de cette violence. C'est en effet avec étonnement que parents, éducateurs ou intervenants apprennent que la violence peut exister si tôt dans les relations de couple. De plus, plusieurs jeunes victimes ou agresseurs rejettent l'idée que ce qu'ils vivent puisse représenter une situation inacceptable de violence.

Il devient primordial pour les planificateurs et les intervenants de comprendre ce type de problème pour deux raisons. Premièrement, une histoire de violence à l'adolescence peut présager de relations violentes futures. Des études longitudinales américaines (Gidycz et autres, 1993; Himelein, 1995) et une étude rétrospective canadienne (DeKeresedy et Schwartz, 1994) indiquent que des jeunes qui présentent une histoire de violence à l'adolescence sont susceptibles d'être à nouveau impliqués dans de telles relations dans la vingtaine. Deuxièmement, les conséquences peuvent être dramatiques pour les victimes. Diverses sphères de leur vie peuvent être touchées : leur santé mentale y compris les liens avec autrui, leur santé physique et sexuelle, des comportements à risque (comme la conduite automobile en état d'ébriété) et leur consommation de services de santé ou psychosociaux.

La dépression, l'anxiété, les idées suicidaires, les conduites antisociales, les problèmes d'affirmation de soi, la prostitution, la toxicomanie, les troubles alimentaires, le syndrome de stress post-traumatique et différentes dysfonctions dans la vie quotidienne telles que l'isolement et les problèmes scolaires sont rapportés comme problèmes associés ou découlant de la victimisation. Selon une étude auprès des jeunes québécoises de 16 ans (Hébert, Lavoie et Tremblay, 1999), 21 % de celles qui ont vécu de la violence dans leur relation amoureuse au cours de l'année précédente présentent un trouble mental avec dysfonction perturbant leurs activités quotidiennes, d'après les critères du DSM-III-R (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). En comparaison, seulement 11 % des filles n'ayant pas fait face à de la violence au sein de leurs relations amoureuses affichent ce profil dysfonctionnel (les filles ayant un passé de violence sexuelle familiale étaient exclues de ces deux groupes). D'autre part, 70 % des adolescentes violentées rapportent avoir subi des blessures, alors que 53 % des garçons victimes en rapportent; les blessures des filles étaient plus sérieuses (Foshee, 1996). Par contre, d'après la même recherche, la proportion de jeunes adolescents de chacun des deux sexes, impliqués dans des relations de couple violentes et ayant dû se présenter à l'urgence, est semblable et se situe entre 7,4 % et 8,6 %. Les jeunes hommes qui sont des agresseurs peuvent également rapporter des problèmes de dépression, de toxicomanie et de conduites antisociales (Magdol et autres, 1997). Un dossier criminel s'ajoute parfois à leurs problèmes.

On ne dispose pas encore de données représentatives canadiennes ou québécoises concernant l'incidence ou la prévalence du problème de violence dans les relations amoureuses à l'adolescence, car la recherche dans le domaine est encore assez récente. L'enquête actuelle est donc importante pour mettre en lumière ce problème. Les connaissances acquises pourront contribuer à atteindre deux des objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), soit l'objectif 4 « de diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial » et l'objectif 3 « de diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance », si l'on ajoute la violence interpersonnelle aux actes délinquants. La formulation de cette politique a accéléré la recherche d'outils de prévention et d'intervention adaptés à la population québécoise. L'analyse de la situation des jeunes ainsi que des facteurs de risque ou des troubles associés peut permettre de cerner les adolescents et adolescentes ayant le plus besoin de soutien.

L'enquête a retenu comme objet d'étude la situation de victimisation chez les filles et d'agression chez les garçons. Il ne s'agit pas de nier l'existence de victimes chez les garçons ou d'agressions faites par les filles ou encore de violence mutuelle au sein d'un couple. Nous adoptons l'idée que le problème social dominant est la violence faite aux femmes, en ce sens que ce sont elles qui subissent la majorité des agressions sexuelles ou encore des blessures sévères. Nous prenons en considération que la société véhicule, par l'intermédiaire des médias et de la pornographie, des attitudes encourageant le mépris et la violence envers les femmes plus qu'envers les hommes (Wolfe et autres, 1995). Dans le cadre de la présente enquête portant sur de nombreux aspects de la santé et du bien-être, il n'a pas été possible de mesurer toutes les facettes du problème. D'autres recherches se sont intéressées au vécu des deux sexes et peuvent être consultées (Foshee, 1996; Molidor et Tolman, 1998; Poitras et Lavoie, 1995).

La définition de la violence retenue dans ce chapitre est celle élaborée par le Centre québécois de recherche

interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, le CRI-VIFF (Clément et Bourassa, 1996) : « Un exercice abusif de pouvoir par lequel un individu en position de force cherche à contrôler une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses désirs à lui. » Il semble important de dépeindre la violence tant dans ses aspects psychologiques et physiques que sexuels. Les causes de la violence sont multiples et des facteurs comme la pauvreté, le sexisme au sein des institutions, le passé familial, des traits de personnalité, l'influence des pairs et des problèmes au sein du couple peuvent être déterminants. Ce chapitre n'a pas pour but de vérifier un modèle explicatif particulier vu le nombre limité de variables traitées à cet effet dans l'enquête. Il vise avant tout à fournir un aperçu de l'ampleur du problème ainsi qu'un portrait descriptif des jeunes en cause.

De façon plus précise, les objectifs du présent chapitre sont :

- 1) la description de l'incidence de la violence subie par les filles et de la violence infligée par les garçons dans le contexte des relations amoureuses et,
- 2) la vérification de liens entre ces expériences de violence subie ou infligée et certains facteurs, tels les caractéristiques du milieu familial, les comportements ou autres caractéristiques personnelles des adolescents.

Après les précisions concernant la méthodologie, le texte fait part des principaux résultats et d'une brève interprétation.

21.1 Aspects méthodologiques

Critères utilisés pour définir les relations amoureuses

Le présent chapitre s'intéresse à l'incidence de la violence lors des relations amoureuses des adolescents en prenant comme période de référence leurs expériences survenues au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Le questionnaire s'adresse aux jeunes de 13 et 16 ans, et seuls les filles et les garçons ayant vécu une ou des relations amoureuses au cours des 12 mois de référence répondent à la section sur la violence. Pour aborder la question des relations amoureuses, l'expression utilisée est « sortir avec une fille » ou « sortir avec un garçon », expliquée ainsi : « ... passer des moments assez intimes avec une personne. Cette relation peut n'avoir duré qu'une soirée ou plusieurs semaines ou mois ». Les relations homosexuelles n'ont pas été prises en considération étant donné la faible proportion de jeunes de ces âges rapportant ce genre d'expérience en contexte amoureux et les limites de l'échantillon prévu.

Les filles et les garçons ne répondent pas aux mêmes sections du questionnaire puisque les questions adressées aux filles les interrogent sur leurs expériences amoureuses (A47-48, Q55-56) et la violence subie (A49a-h, Q57a-h), alors que les questions adressées aux garçons portent sur leurs expériences amoureuses (A62-63, Q70-71) et la violence infligée (A64a-h, Q72a-h).

Source et justification des questions

La section sur la violence comporte huit items portant sur les trois types de violence, dont un item de violence psychologique, deux items de violence sexuelle et cinq items de violence physique. L'item de violence psychologique est un item d'ordre général qui permet de ne pas évaluer seulement des gestes, mais l'effet psychologique d'un ensemble de gestes. L'expression « blesser dans les sentiments » est retenue pour définir la violence psychologique, en donnant en exemple des

comportements qui font souvent partie des items de violence psychologique, soit : insulter devant des gens, contrôler les sorties et empêcher de voir des amis (DeKeresedy et Schwartz, 1994; Foshee, 1996; Kasian et Painter, 1992; Lavoie et Vézina, 2001; Molidor, 1995; Pipes et LeBov-Keeler, 1997). En ce qui a trait à la violence sexuelle, il est important d'inclure des gestes de violence sexuelle qui peuvent être vécus par des jeunes de 13 et 16 ans, en tenant compte de leur expérience restreinte de la sexualité. Les deux items retenus font référence au même geste, soit un « contact sexuel non désiré », contact sexuel incluant baisers, caresses, attouchements et relations sexuelles. La distinction entre les deux items a trait à la stratégie pour obtenir ce contact (pression/harcèlement, force physique/menace de force physique), une dimension également explorée par Koss et Gidycz (1985) et qui reflète aussi les dispositions du Code criminel canadien. Quant aux gestes de violence physique, les quatre premiers items coïncident avec les gestes les plus souvent rapportés par les jeunes (Lavoie et Vézina, 2001). Ces items sont des adaptations de certains items du *Conflict Tactics Scales* (CTS) original (Straus, 1979). Le dernier item de violence physique s'inspire de la nouvelle version de cet instrument (CTS2) qui introduit une sous-échelle reliée aux blessures découlant de gestes de violence (Straus et autres, 1996). L'item a été formulé de façon à inclure tout geste qui aurait pu blesser.

À l'aide d'une échelle de fréquence en quatre points (jamais, 1 fois, 2 fois, ou 3 fois et plus), les adolescents devaient indiquer le nombre de fois où ils ont vécu chacune des huit situations, en tenant compte de l'ensemble de leurs partenaires amoureux sur 12 mois.

Construction des indices

Aux fins de l'analyse, les expériences des jeunes sont distinguées en fonction du type de violence. Ainsi, dès qu'un geste de violence est rapporté, le jeune est considéré comme ayant vécu soit de la violence

psychologique, sexuelle ou physique (subie pour les filles et infligée pour les garçons). Une compilation est faite par la suite pour considérer les jeunes en fonction du cumul des différents types de violence vécue, à l'aide de trois catégories : 1) aucun type, 2) un seul type et 3) deux ou trois types de violence.

Parmi les comportements à risque associés aux expériences de violence, l'âge lors de la première relation sexuelle consentante est souvent rapporté. Les questions A50 et 52, Q58 et 60 pour les filles, ainsi que A65 et 67, Q73 et 75 pour les garçons, ont servi à créer un indicateur dichotomique de cet âge : 13 ans et moins ou 14 ans et plus. Les jeunes qui, au moment de l'enquête, n'ont pas encore eu de relation sexuelle, ont été classés dans la catégorie 14 ans et plus. D'autres facteurs déjà étudiés dans les chapitres précédents ont été utilisés comme variables potentiellement associées.

Portée et limites des données

Une des principales limites des données sur la violence est tributaire du nombre restreint d'items ayant servi à les recueillir. Cette limite est encore plus marquée dans le cas de la violence psychologique, qui devrait être sondée à l'aide d'une variété d'items. De plus, nous ne disposons pas d'information sur les effets de la violence vécue, et la violence mutuelle n'a pas été explorée. Une autre limite est le fait que nous avons choisi d'inclure toutes les expériences amoureuses vécues dans l'année, ce qui rend plus difficile l'interprétation du degré de violence subie, car le nombre de partenaires considérés est un élément important pour juger de la gravité de la violence. Par contre, notre choix a été motivé par la volonté de tenir compte des expériences des jeunes de 13 ans qui ont, plus que les jeunes de 16 ans, des relations amoureuses brèves, mais au cours desquelles la violence sexuelle peut être vécue. Enfin, le nombre limité de jeunes de 13 ans ayant vécu des relations amoureuses et des expériences de violence dans ces relations ne nous permet pas d'analyser les données pour ce groupe d'âge au-delà de la présentation de l'incidence.

La non-réponse partielle à chacune des questions est inférieure à 5 %.

21.2 Résultats

Nous avons vu au chapitre 12 qu'un peu plus de la moitié des jeunes filles de 13 ans (53 %) ont déjà fréquenté un garçon (au cours de la vie); parmi celles-ci, 77 % en ont fréquenté au moins un au cours des 12 mois de référence. Quant aux jeunes filles de 16 ans, 83 % ont déjà fréquenté un garçon, et parmi elles, 85 % en ont fréquenté au moins un, au cours de la même période. En ce qui concerne les garçons, 56 % des jeunes de 13 ans ont déjà fréquenté une fille et 61 % de ce nombre en ont fréquenté au moins une, lors des 12 mois étudiés. Quant aux garçons de 16 ans, 78 % d'entre eux ont déjà fréquenté une fille, et de ceux-ci, 78 % en ont fréquenté au moins une, sur 12 mois.

Rappelons que seuls les jeunes ayant vécu au moins une relation amoureuse sur 12 mois répondaient aux questions sur la violence dans les relations amoureuses. Les filles répondaient aux questions sur la violence subie et les garçons, à celles sur la violence infligée, en se référant à toutes leurs relations amoureuses de la dernière année.

21.2.1 Violence subie par les filles dans les relations amoureuses

Le tableau 21.1 présente les proportions de filles disant avoir subi des gestes de violence psychologique, sexuelle ou physique, de la part des garçons avec qui elles sont sorties, sur 12 mois.

Tableau 21.1

Filles de 13 ans et 16 ans ayant fréquenté un garçon au cours des 12 mois de référence, qui ont subi au moins une fois des gestes de violence durant une relation amoureuse, sur la même période, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Violence psychologique	21,4^{*1}	34,2¹
Un garçon m'a blessée dans mes sentiments (par exemple, en m'insultant, en contrôlant mes sorties, en m'empêchant de voir mes ami(e)s, etc.)	21,4 [*]	34,1
Violence sexuelle	6,4^{**}	10,9[*]
Un garçon m'a obligée à avoir un contact sexuel (baisers, caresses, attouchements, relation sexuelle) alors que je ne le voulais pas, en faisant des pressions sur moi ou en me harcelant	5,0 ^{**}	10,4 [*]
Un garçon m'a obligée à avoir un contact sexuel (baisers, caresses, attouchements, relation sexuelle) alors que je ne le voulais pas, en menaçant d'utiliser la force ou en utilisant la force physique	1,9 ^{**}	2,6 ^{**}
Violence physique	14,6[*]	20,1
Un garçon m'a agrippée (m'a empoigné les bras)	6,7 ^{**}	15,1
Un garçon m'a poussée ou bousculée	7,4 ^{**}	11,5 [*]
Un garçon m'a lancé un objet qui aurait pu me blesser	3,3 ^{**}	4,8 ^{**}
Un garçon m'a donné une claque	2,9 ^{**}	4,2 ^{**}
Un garçon m'a blessée avec ses poings, ses pieds, un objet ou une arme	1,5 ^{**}	2,0 ^{**}

¹ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

^{**} Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

On estime que 21 % des filles de 13 ans et 34 % des filles de 16 ans ont subi de la violence psychologique, parmi les filles ayant eu une relation amoureuse au cours des 12 mois précédant l'administration du questionnaire. En compilant les gestes de violence sexuelle (deux items) et les gestes de violence physique (cinq items), il est possible de calculer les pourcentages de jeunes ayant vécu au moins une fois ces deux types de violence. Il s'avère que 15 % des filles de 13 ans et 20 % des filles de 16 ans ont subi de la violence physique. Il faut noter que les données des 13 ans doivent être analysées avec circonspection surtout en ce qui concerne la violence sexuelle; ainsi, le pourcentage obtenu (6 %) est une estimation imprécise, vu le nombre plus faible de jeunes filles de 13 ans qui rapportent avoir eu une relation amoureuse et en plus, un vécu de violence. Par contre, en ce qui concerne les 16 ans, on peut estimer avec davantage de confiance que 11 % des filles de 16 ans ont subi de la violence sexuelle.

Le tableau 21.2 rapporte les proportions de filles en fonction du cumul des types de violence subie, tant la violence psychologique et physique que sexuelle. Nous pouvons conclure que près du tiers des jeunes filles de 13 ans et 43 % des filles de 16 ans ont subi au moins un type de violence.

Tableau 21.2

Cumul sur 12 mois des types de violence subie par les filles de 13 ans et 16 ans ayant fréquenté un garçon au cours de la même période, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Aucun type	68,9 ¹	57,1 ¹
1 type	21,9	24,8
2 types	7,4 ^{**2}	14,0 ²
3 types	1,8 ^{**}	4,1 ^{**}

¹⁻² Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

^{**} Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Ainsi, si une fille a connu deux types ou plus de violence, il est certain qu'elle a subi au moins de la violence physique ou sexuelle, en plus d'un autre type de violence, ce qui révèle une expérience plus sérieuse de victimisation. Les filles de 16 ans font davantage face au cumul des types de violence : 18 % en ont subi deux types ou plus, contre 9 % des plus jeunes.

Facteurs associés

La section suivante concerne uniquement les filles de 16 ans, étant donné le nombre restreint de jeunes de 13 ans ayant eu des expériences amoureuses. Le nombre de types de violence subie par les filles est associé à divers facteurs, dont certains s'avèrent

d'autres facteurs de risque. Les résultats sont significatifs pour les problèmes de comportement au cours d'une période de six mois, la consommation d'alcool et de drogues au cours d'une période de 12 mois, la violence subie à l'école depuis le début de l'année scolaire, l'âge lors de la première relation sexuelle, le niveau d'estime de soi et le niveau de soutien affectif maternel (tableau 21.3). Des analyses ont été faites sur d'autres variables telles le type de milieu familial (ex. : avec un parent seul), le revenu relatif du ménage, le nombre de partenaires sexuels, le soutien affectif paternel, le fait d'être témoin de violence entre adultes à la maison, pour lesquelles on n'observe pas d'association avec la victimisation dans les relations amoureuses à l'adolescence.

Tableau 21.3

Nombre de types de violence subie par les filles de 16 ans ayant fréquenté un garçon au cours des 12 mois de référence selon certains facteurs associés, Québec, 1999

	Pas de violence	1 type de violence %	2 ou 3 types de violence
Problèmes de comportement [†]			
Oui	43,5	27,7*	28,8*
Non	60,3	24,1	15,6
Consommation d'alcool sur 12 mois [†]			
À peu près chaque semaine	38,0 ^{*1,2}	27,9*	34,1*
Moins d'une fois/mois ou à peu près chaque mois	60,6 ¹	24,9	14,5*
Aucune ou juste pour goûter	66,4 ²	21,7*	11,9**
Consommation de drogues sur 12 mois [†]			
Oui	52,8	23,8	23,4
Non	61,6	26,2	12,2*
Victimisation à l'école [†]			
Oui	41,9 ³	30,0*	28,1*
Non	62,5 ³	22,8	14,7*
Âge de la première relation sexuelle [†]			
13 ans et moins	33,2 ^{**4}	34,8**	32,1**
14 ans et plus	59,9 ⁴	23,9	16,2
Niveau d'estime de soi [†]			
Faible	39,0 ⁵	29,7*	31,4 ^{*6}
Moyen	60,2	23,6	16,2*
Élevé	69,9 ⁵	22,3*	7,8 ^{**6}
Niveau de soutien affectif maternel [†]			
Faible	44,4	28,5*	27,1*
Moyen	58,6	20,2**	21,2*
Élevé	61,5	24,7	13,9*

¹⁻⁶ Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Le test d'association entre le nombre de types de violence subie et ce facteur est significatif au seuil de 0,05.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Pour certains des facteurs associés, on remarque que les filles de 16 ans qui ne présentent pas ces problèmes sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à n'avoir subi aucun type de violence, en comparaison de celles chez qui on observe ces problèmes. C'est le cas de celles qui n'ont pas consommé d'alcool, en comparaison de celles qui en ont consommé à toutes les semaines (66 % c. 38 %); celles qui n'ont pas vécu de violence à l'école (62 % c. 42 %); celles qui ont eu leur première relation sexuelle à 14 ans ou plus plutôt qu'à 13 ans ou moins (60 % c. 33 %); et celles qui se classent au niveau élevé plutôt que faible d'estime de soi (70 % c. 39 %). Le nombre de types de violence subie est également associé à la présence de problèmes de comportement, à la consommation de drogues ou à un plus faible niveau de soutien affectif maternel.

21.2.2 Violence infligée par les garçons dans les relations amoureuses

Le tableau 21.4 décrit les proportions de garçons rapportant avoir infligé chacun des gestes de violence psychologique, sexuelle et physique au moins une fois, à une fille avec qui ils sont sortis. Comme pour les données concernant les filles, une compilation des items est faite afin de relever les pourcentages de garçons ayant infligé les différents types de violence.

On estime que 11 % des garçons de 13 ans et 19 % des garçons de 16 ans ont infligé de la violence psychologique aux filles qu'ils ont fréquentées. Lorsqu'il s'agit de violence physique, 10 % des garçons de 16 ans disent en avoir infligé alors que la proportion pour les 13 ans, étant plus imprécise, n'est donnée qu'à titre indicatif (9 %). L'estimation de la violence sexuelle infligée – environ 1,5 % des garçons de 13 ans et 4,0 % des garçons de 16 ans – est également imprécise.

Tableau 21.4

Garçons de 13 ans et 16 ans ayant fréquenté une fille au cours des 12 mois de référence, qui ont infligé au moins une fois des gestes de violence durant une relation amoureuse, sur la même période, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Violence psychologique	11,3*	18,6
J'ai blessé une fille dans ses sentiments (par exemple, en l'insultant devant des gens, en contrôlant ses sorties, en l'empêchant de voir ses ami(e)s, etc.)	11,3*	18,6
Violence sexuelle	1,5**	4,0**
J'ai obligé une fille à avoir un contact sexuel (baisers, caresses, attouchements, relation sexuelle) alors qu'elle ne le voulait pas, en faisant des pressions sur elle ou en la harcelant	1,1**	3,8**
J'ai obligé une fille à avoir un contact sexuel (baisers, caresses, attouchements, relation sexuelle) alors qu'elle ne le voulait pas, en menaçant d'utiliser la force ou en utilisant la force physique	0,9**	1,2**
Violence physique	9,1**	9,6*
J'ai poussé une fille	5,9**	4,7**
J'ai agrippé une fille (lui ai empoigné les bras)	3,4**	4,7**
J'ai lancé à une fille un objet qui aurait pu la blesser	2,2**	1,5**
J'ai donné une claque à une fille	0,8**	2,5**
J'ai blessé une fille avec mes poings, mes pieds, un objet ou une arme	1,1**	0,3**

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Le tableau 21.5 rapporte les proportions de garçons en fonction du cumul des types de violence infligée, tant la violence psychologique et physique que sexuelle. Près d'un garçon de 13 ans sur cinq et près d'un garçon de 16 ans sur quatre ont infligé au moins un type de violence.

Tableau 21.5
Cumul sur 12 mois des types de violence infligée par les garçons ayant fréquenté une fille au cours de la même période, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
	%	
Aucun type	81,1	75,7
1 type	16,8*	17,9
2 types	1,6**	5,5*
3 types	0,5**	0,9**

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Facteurs associés

La section suivante concerne uniquement les garçons de 16 ans, étant donné le nombre restreint de jeunes garçons de 13 ans ayant eu des expériences amoureuses. Des analyses ont été effectuées sur les mêmes variables possiblement associées que celles présentées dans la section sur la victimisation des filles. Les résultats sont significatifs pour les problèmes de comportement au cours d'une période de six mois, le fait d'avoir été victime de violence à l'école depuis le début de l'année scolaire, le fait d'avoir été témoin de violence domestique et le niveau d'estime de soi (tableau 21.6). Les garçons qui ont vécu la victimisation à l'école et ceux qui ont été témoins de violence domestique ont infligé un plus grand nombre de types de violence que les autres garçons.

On n'observe aucune association avec les variables de violence infligée dans les relations amoureuses, pour ce qui est des variables suivantes : l'âge lors de la première relation sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, la consommation d'alcool et de drogues, le niveau de soutien affectif parental, le type de milieu familial ou le revenu relatif du ménage.

Tableau 21.6
Nombre de types de violence infligée par les garçons de 16 ans ayant fréquenté une fille au cours des 12 mois de référence selon certains facteurs associés, Québec, 1999

	Pas de violence	1 type de violence	2 ou 3 types de violence
	%		
Problèmes de comportement [†]			
Oui	64,5	24,9*	10,7**
Non	81,2	14,4*	4,4**
Victimisation à l'école [†]			
Oui	68,5	17,1**	14,4** ¹
Non	79,7	18,0*	2,4** ¹
Témoin de violence domestique [†]			
Oui	66,6	20,8*	12,6** ²
Non	80,3	16,4*	3,3** ²
Niveau d'estime de soi [†]			
Faible	62,7	23,2**	14,1**
Moyen	73,9	19,7*	6,4**
Élevé	83,5	13,6*	2,9**

¹⁻² Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

[†] Le test d'association entre le nombre de types de violence infligée et ce facteur est significatif au seuil de 0,05.

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

Conclusion

Synthèse des résultats

La violence s'immisce tôt dans les relations amoureuses. Cette enquête est parmi les premières à étudier ce comportement chez les adolescents de 13 ans et la seule à offrir des données représentatives de la population québécoise pour les 16 ans. Le profil de violence vécue est semblable chez les jeunes de 13 ans et de 16 ans, la violence psychologique étant la plus mentionnée, suivie de la violence physique puis de la violence sexuelle. Par contre, on peut préciser que les plus âgés sont plus nombreux à rapporter de tels incidents, tous types de violence confondus. Ainsi on apprend que chez les jeunes filles de 16 ans ayant fréquenté un partenaire au cours des douze mois de référence, environ une fille sur dix a vécu de la violence sexuelle, une sur cinq de la violence physique et une sur trois de la violence psychologique. Les garçons qui sont des agresseurs et les filles victimes confirment l'existence des trois types de violence mais les garçons sont moins nombreux à rapporter des actes de violence. Chez les garçons de 16 ans, on estime que quatre sur cent ont eu recours à de la violence sexuelle, un sur dix à de la violence physique et un sur cinq à de la violence psychologique. Il faut rappeler que les différences de proportions entre garçons et filles peuvent être attribuées au fait que les garçons et les filles sortent avec des jeunes plus âgés ou plus jeunes qu'eux-mêmes; par exemple, une jeune fille de 16 ans étudiée ici n'a pas nécessairement pour partenaire un jeune garçon de 16 ans. Cette différence pourrait aussi être reliée à la déclaration plus difficile, dans les enquêtes, des comportements d'agression comparativement à l'expérience de victimisation. De plus, un seul garçon violent peut avoir fait plusieurs victimes.

Il faut toutefois prendre note que nos estimations pour les jeunes de 13 ans n'ont pas toute la précision nécessaire, ce qui s'explique par le fait que près de

50 % de l'échantillon des jeunes de cet âge n'ont pas fréquenté de partenaires et cela réduit d'autant plus le potentiel de ces analyses. Vu les incidents documentés dès ce jeune âge, il faudrait reprendre une étude auprès d'un plus vaste échantillon afin de mieux mesurer le nombre de jeunes touchés et identifier les facteurs associés.

Nos estimations de violence sexuelle ne sont peut-être pas des plus précises sur le plan statistique pour les garçons de 16 ans, entre autres parce que ces comportements sont rares. Il faudrait effectuer une enquête auprès d'un plus vaste échantillon de garçons de 16 ans afin d'avoir une estimation plus précise. Il serait préférable d'utiliser, pour les deux sexes d'ailleurs, un questionnaire plus détaillé faisant entre autres une distinction entre contact sexuel et relation sexuelle, ce qui n'a pas été fait ici compte tenu des contraintes liées à une enquête générale et au choix d'adapter le questionnaire au vécu sexuel des jeunes de 13 ans.

L'enquête montre que l'expérience d'agression par les garçons est en lien, comme dans d'autres études, avec le fait d'avoir été témoin de violence entre adultes à la maison ou d'avoir eu des problèmes de comportement, certains pouvant être associés à la délinquance (Ageton, 1983; Capaldi et Clark, 1998; O'Keefe, 1997; Simons, Lin et Gordon, 1999). La violence entre les parents pourrait avoir offert un modèle de comportement ou encore indiquer l'approbation de tels comportements entre conjoints. Nous avons également mis en lumière chez les garçons un lien entre l'agression au sein de la relation amoureuse et les expériences de violence subie à l'école ainsi qu'avec un niveau faible d'estime de soi. Il est possible que ces expériences mènent à de l'anxiété et à un désir de contrôle ou de domination s'exprimant dans la relation avec une partenaire. Ces observations nouvelles en ce qui a trait à la victimisation à l'école devront être corroborées par d'autres recherches. La taille de l'échantillon dans la présente enquête n'a peut-être pas

permis de vérifier une association entre la variable de promiscuité étudiée, soit l'âge de la première relation sexuelle, et le fait chez les garçons d'avoir infligé de la violence.

Les facteurs associés à la victimisation chez les filles sont nombreux. On retrouve, comme chez les garçons qui sont des agresseurs, les problèmes de comportement, la victimisation à l'école et une faible estime de soi. Une faible estime de soi pourrait amener la jeune fille à tolérer une relation même s'il y a violence. Ageton (1983) avait déjà souligné le lien entre l'insertion dans un groupe délinquant chez les adolescentes et le fait d'être victime de violence sexuelle. S'ajoutent à ces problèmes de comportement, des problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Notre enquête, contrairement à ce que nous avons obtenu pour les garçons, n'a pas permis de mettre en lien le fait d'avoir été témoin de violence domestique et un vécu de victime chez les filles. Les recherches sur l'influence de la violence domestique gagneront à préciser qui était le conjoint violent afin de comprendre l'influence de ce facteur; d'ailleurs de telles études sont en cours. La variable de promiscuité sexuelle, mesurée par l'âge précoce de la première relation sexuelle, est associée au fait de vivre des incidents de violence chez les filles, comme l'ont déjà observé Vicary, Klingaman et Harkness (1995). Cette variable, quoique possiblement associée à l'âge de la puberté, pourrait par ailleurs refléter soit un manque de supervision parentale ou encore des problèmes de relations peu chaleureuses entre parents et enfants qui aboutissent à la recherche de liens affectifs substitués. D'ailleurs, l'enquête a montré qu'un faible soutien affectif de la mère est associé à l'expérience de victimisation dans les relations amoureuses chez les filles. On ne peut par ailleurs savoir si ces problèmes ont débuté avant, pendant ou après que la violence se soit produite au sein du couple de jeunes; il ne s'agit donc pas nécessairement de facteurs prédisposants. Par contre, il semble qu'un comportement sexuel précoce, indiqué par une relation sexuelle avec consentement avant l'âge de 14 ans, et associé à un

vécu de violence dans les relations amoureuses, peut être vu comme un facteur de risque.

Comme nous l'avons déjà mentionné, une étude transversale ne permet pas d'élucider la contribution des facteurs étudiés car il demeure qu'ils peuvent être non une cause mais une conséquence de l'expérience de violence au sein du couple ou plutôt révéler un troisième problème auquel ils seraient associés. Ainsi c'est après une expérience de violence qu'une jeune fille pourrait révéler une faible estime d'elle-même. De plus, dans le cas des filles, il faut demeurer prudent dans l'interprétation du lien entre la victimisation à l'école et la violence subie en couple car un même événement peut avoir été rapporté dans ces deux mesures, si un partenaire qui est un agresseur fréquentait la même école.

Les comparaisons avec d'autres enquêtes sont difficiles en raison de leur caractère non représentatif et des différences de mesure ou de période de rappel. L'étude américaine de prévalence de Foshee (1996), même si elle est menée auprès d'un échantillon de jeunes de 13,9 ans en moyenne, fréquentant la huitième et la neuvième année, fournit un point de comparaison avec notre étude d'incidence. Elle montre que 36,5 % des jeunes filles américaines ont fait face à au moins un geste de violence psychologique, sexuelle ou physique en comparaison de 31 % des jeunes québécoises de 13 ans et de 43 % de celles de 16 ans. En comparaison des jeunes garçons de la même étude américaine dont 15 % rapportent avoir infligé au moins un type de violence, 19 % des jeunes garçons de 13 ans et 24 % de ceux de 16 ans l'ont rapporté au Québec. La ressemblance est assez forte dans le cas des filles mais moindre chez les garçons. D'autres enquêtes québécoises effectuées dans des écoles de diverses régions vont dans le même sens (Pelletier et autres, 1998; Lavoie et Vézina, 2001), sauf en ce qui a trait à la violence sexuelle qui est plus élevée lorsque la mesure inclut l'exercice du harcèlement ou de pressions pour obtenir un contact sexuel. Une lecture des données, item par item, montre un plus grand consensus entre

les enquêtes québécoises disponibles pour ce qui est de la violence physique subie ou infligée.

Éléments de réflexion pour la planification

Des modifications pourraient être apportées à une future enquête, par exemple demander avec combien de partenaires les jeunes ont exercé de la violence, quel en a été le contexte, quelles ont été les conséquences en ce qui a trait au sentiment de peur chez la victime et explorer davantage les conséquences des blessures physiques. L'étude des filles violentes et des garçons victimes serait aussi un apport intéressant. De plus, nous gagnerions à savoir si certains jeunes cumulent plusieurs des facteurs de risque décrits, et dans quelle mesure ce cumul pourrait augmenter la probabilité de rapporter une expérience de violence dans leurs relations amoureuses. Enfin, il serait utile non seulement de reprendre l'étude de l'âge de la première relation sexuelle comme indicateur de promiscuité sexuelle, mais d'explorer d'autres dimensions davantage révélatrices de la promiscuité sexuelle chez les garçons, comme l'achat de services sexuels ou la consommation élevée de pornographie (Malamuth, Heavy et Linz, 1996).

En conclusion, intervenants et planificateurs de services doivent tenir compte de la présence possible de violence dans les relations amoureuses dès l'âge de 13 ans. Le nombre de jeunes vivant des incidents de violence dans leurs premières relations amoureuses est suffisamment élevé pour s'en préoccuper, surtout en sachant que la possibilité de revivre de telles relations est élevée chez ceux et celles qui en ont vécu à l'adolescence. Il faut donc élaborer des démarches préventives aussi bien que thérapeutiques. Parmi les thèmes de réflexion pouvant servir à améliorer ces interventions, il faudrait comprendre davantage comment on peut inciter les agresseurs, quel que soit leur sexe, à percevoir les conséquences nuisibles de leurs gestes de violence et à chercher des solutions de remplacement. D'autre part, les intervenants doivent

savoir que la violence sexuelle semble un concept plus difficile à cerner pour les jeunes des deux sexes, autant comme victimes que comme agresseurs, non seulement au moment de répondre à une enquête mais aussi dans leur vie affective, ce qui peut les amener à nier de tels problèmes et à ne pas rechercher d'aide (Lavoie, Robitaille et Hébert, 2000).

La présence simultanée de problèmes de violence au sein du couple et d'une série d'autres problèmes montre l'importance de soutenir ces jeunes dont le développement pourrait être compromis au seuil de leur vie adulte. Les jeunes qui font face à plus d'un type de violence au sein de leur couple, qui y vivent donc en général de la violence physique ou sexuelle, sont confrontés à d'autres problèmes dans leur vie. Les intervenants devraient prendre l'habitude d'interroger les jeunes qu'ils reçoivent dans des cas de toxicomanie, de délinquance ou de violence sur la cooccurrence possible de ces problèmes. Il leur faudra envisager également la possibilité, même si cette enquête n'en a pas traité, que certains sont impliqués à la fois comme victime et agresseur, que certains garçons sont des victimes et que certaines filles sont violentes. Cependant, le recours à la violence devra être analysé dans son contexte par les cliniciens, car un même acte peut servir, par exemple, d'autodéfense devant un partenaire trop entreprenant sur le plan sexuel, ou de moyen de faire peur. Les questionnaires d'enquête actuellement utilisés ne laissent pas place à ces nuances.

Les réactions de l'entourage semblent jouer un rôle important dans la cessation de la violence ou dans sa prévention. Des interventions doivent s'adresser à l'ensemble de la population, tant les pairs que les parents et les enseignants qui pourraient être appelés à jouer un rôle de confident. Les efforts de promotion de relations harmonieuses et respectueuses au sein du couple ne doivent pas non plus être négligés car les jeunes ont un grand besoin d'espoir et de modèles sains. Les programmes de prévention devraient

d'ailleurs mettre en valeur que la majorité des couples ne recourent pas à la violence car il peut arriver que les pourcentages rapportés de victimes ou d'agresseurs soient interprétés par les adolescents comme une indication que la violence est une norme acceptable (Lavoie, Robitaille et Hébert, 2000). Il ne faudrait pas les décourager par nos programmes de prévention ne traitant que des aspects négatifs associés à la vie de couple ou encore attendre de les recevoir dans les services pour les adultes aux prises avec la violence.

Bibliographie

AGETON, S. S. (1983). *Sexual Assault among Adolescents*, Lexington, MA, D.C. Heath.

CAPALDI, D. M., et S. CLARK (1998). « Prospective family predictors of aggression toward female partner for at-risk young men », *Developmental Psychology*, vol. 34, n° 6, p. 1175-1188.

CLÉMENT, M., et C. BOURASSA (1996). *Rapport annuel du CRI-VIFF*, Québec, Université Laval.

DeKERESSEDY, W. S., et M. D. SCHWARTZ (1994). « Locating a history of some Canadian women abused in elementary and high school dating relationships », *Humanity and Society*, vol. 18, n° 3, p. 49-63.

FOSHEE, V. A. (1996). « Gender differences in adolescent abuse: prevalence, types and injuries », *Health Education Research*, vol. 11, n° 3, p. 275-286.

GIDYCZ, C. A., C. NELSON COBLE, L. LATHAM et M. J. LAYMAN (1993). « Sexual assault experience in adulthood and prior victimization experiences: A prospective analysis », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 17, p. 151-168.

GIDYCZ, C. A., K. HANSON et M. J. LAYMAN (1995). « A prospective analysis of the relationships among sexual assault experiences », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 19, p. 5-29.

HÉBERT, M., F. LAVOIE et R. TREMBLAY (1999). *Health impact of child abuse and dating violence in female adolescents*, Communication présentée en juillet à la sixième conférence de l'International Family Violence Research Conference, Durham, New Hampshire, États-Unis.

HIMELEIN, M. J. (1995). « Risk factors for sexual victimization in dating. A longitudinal study of college women », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 19, p. 31-48.

KASIAN, M., et S. L. PAINTER (1992). « Frequency and severity of psychological abuse in a dating population », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 7, n° 3, p. 350-364.

KOSS, M. P., et C. A. GIDYCZ (1985). « Sexual Experience Survey: Reliability and validity », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, n° 3, p. 422-423.

LAVOIE, F., et L. VÉZINA (2001). « Violence faite aux filles dans le contexte des fréquentations à l'adolescence : élaboration d'un instrument (VIFFA) et sa validation », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 20, n° 1, p. 153-171.

LAVOIE, F., L. ROBITAILLE et M. HÉBERT (2000). « Teen dating relationships and aggression: An exploratory study », *Violence against Women*, vol. 6, n° 1, p. 6-36.

MAGDOL, L., T. E. MOFFITT, A. CASPI, D. NEWMAN, J. FAGAN et P. A. SILVA (1997). « Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, n° 1, p. 68-78.

MALAMUTH, N. M., C. L. HEAVY et D. LINZ (1996). « The confluence model of sexual aggression: Combining hostile masculinity and impersonal sex », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 23 (3/4), p. 13-37.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MOLIDOR, C. E. (1995). « Gender differences of psychological abuse in high school dating relationships », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 12, n° 2, p. 119-134.

MOLIDOR, C. E., et R. M. TOLMAN (1998). « Gender and contextual factors in adolescent dating violence », *Violence against Women*, vol. 4, n° 2, p. 180-194.

O'KEEFE, M. (1997). « Predictors of dating violence among high school students », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 12, n° 4, p. 546-568.

PELLETIER, V., M. TOURIGNY, M.-E. CLÉMENT et F. LAVOIE (1998). *Incidence et facteurs associés à la violence dans les fréquentations amoureuses chez les jeunes*. Rapport de recherche, Hull, Université du Québec à Hull.

PIPES, R. B., et K. LEOV-KEELER (1997). « Psychological abuse among college women in exclusive heterosexual dating relationships », *Sex Role*, vol. 36, n° 9/10, p. 585-603.

POITRAS, M., et F. LAVOIE (1995). « A study of the prevalence of sexual coercion in adolescent heterosexual dating relationships in a Québec sample », *Violence and Victims*, vol. 10, n° 4, p. 299-313.

SIMONS, R. L., K.-H. LIN et L. C. GORDON (1999). « Socialization in the family of origin and male dating violence: A prospective study », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 60, n° 2, p. 467-478.

STRAUS, M. A. (1979). « Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 41, p. 75-88.

STRAUS, M. A., S. L. HAMBY, S. BONEY-MCCOY et D. B. SUGARMAN (1996). « The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data », *Journal of Family Issues*, vol. 17, n° 3, p. 283-316.

VICARY, J. R., L. R. KLINGAMAN et W. L. HARKNESS (1995). « Risk factors associated with date rape and sexual assault of adolescent girls », *Journal of Adolescence*, vol. 18, p. 289-306.

WOLFE, D. A., C. WEKERLE, D. REITZEL et R. GOUGH (1995). « Strategies to address violence in the lives of high-risk youth » dans PELED, E., P. G. JAFFE et J. L. EDLESON (éds.). *Ending the cycle of violence*, Thousand Oaks, CA, Sage, p. 255-274.

Chapitre 22

Synthèse et conclusion

Jacinthe Aubin
Stéphane Bernard

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Marthe Deschesnes

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Gilles Paradis

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Michel Tousignant

Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale
Université du Québec à Montréal

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 vise les garçons et les filles de 9 ans, 13 ans et 16 ans. Elle est représentative de l'ensemble des Québécois de ces groupes d'âge et, à ce titre, constitue la première enquête québécoise de cette envergure auprès des jeunes. Le présent rapport dresse un bilan de leur état de santé et de bien-être et de certains facteurs qui y sont associés grâce à des renseignements recueillis auprès d'eux, d'un de leurs parents et de la direction de l'école.

Dans ce dernier chapitre, une synthèse des principaux résultats est présentée en quatre parties : caractéristiques des jeunes et de leurs milieux de vie, relations des jeunes avec ces milieux, habitudes de vie, état de santé physique et enfin, santé mentale et adaptation sociale. En conclusion, l'importance de certains problèmes et facteurs de risque ou de protection, mis en évidence au fil des chapitres, est soulignée. Un retour est également fait sur le modèle systémique qui a servi de cadre conceptuel à l'enquête.

22.1 Synthèse des résultats¹

22.1.1 Caractéristiques des jeunes et de leurs milieux de vie

L'enquête permet de décrire les caractéristiques des enfants et des adolescents et de leurs principaux milieux de vie. La composition du milieu familial et ses caractéristiques socioéconomiques sont reconnues comme des facteurs d'influence du développement, du bien-être et de la santé des enfants. Au fil des âges, l'école prend de plus en plus de place comme milieu de vie des jeunes. Enfin, les théories inspirées de l'approche systémique postulent que l'environnement social du quartier ou du voisinage occupe une place importante dans l'adaptation sociale des jeunes. L'importance des milieux de vie est d'ailleurs reconnue dans les orientations gouvernementales en santé publique.

Les jeunes à l'étude comptent autant de filles que de garçons. L'enquête montre que 70 % des enfants et des adolescents québécois vivent dans un **milieu familial** avec leurs deux parents; environ 12 % vivent

¹ Dans cette section, quelques éléments de recension des écrits sont présentés. Les références bibliographiques sont fournies dans les chapitres thématiques.

avec un parent et un beau-parent et de 15 % à 18 %, selon l'âge, avec un parent seul. Seulement 20 % des enfants ne vivant pas avec leurs deux parents vivent avec leur père, que ce soit sous sa garde complète ou partagée. De 12 % à 13 % des jeunes de chaque âge vivent dans une famille appartenant à un groupe ethnoculturel autre que le groupe majoritaire (c'est-à-dire de descendance française, britannique ou autochtone).

Selon l'âge, un ou deux jeunes sur dix vivent dans un milieu familial ne pouvant compter que sur un revenu faible ou très faible et un peu plus d'un jeune sur dix est touché par l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire par le manque de nourriture, la monotonie du régime alimentaire ou le fait de ne pouvoir prendre des repas équilibrés en raison de problèmes financiers des parents. Bon nombre d'adolescents aux études ont un travail rémunéré, soit 25 % à 13 ans et 34 % à 16 ans. Parmi les jeunes de 16 ans qui travaillent, plus du quart le font 16 heures ou plus par semaine.

La plupart des adolescents ont une perception positive de leur **milieu scolaire**. Presque tous les enfants de 9 ans considèrent que leurs parents s'intéressent à ce qu'ils font à l'école. À l'adolescence, cet intérêt des parents décroît avec l'âge de leur enfant, passant de 72 % à 53 % entre 13 ans et 16 ans. Dès l'âge de 9 ans, à peu près un enfant sur dix a déjà redoublé une année scolaire alors qu'à 13 ans et 16 ans, c'est un adolescent sur cinq. Une plus grande proportion de garçons que de filles ont déjà redoublé, parmi les jeunes de 16 ans. Les filles ont d'ailleurs une plus grande motivation face à l'école, si l'on en juge par le temps consacré aux devoirs et leçons et par leurs aspirations à poursuivre leurs études au-delà du secondaire. Le succès scolaire, mesuré par le redoublement ou par la perception de leurs résultats scolaires en langue d'enseignement, est associé au temps consacré aux devoirs et leçons, à une meilleure estime de soi ainsi qu'à certaines caractéristiques du milieu immédiat : un milieu familial avec les deux

parents, un revenu plus élevé du ménage et un niveau élevé de soutien affectif parental.

L'**environnement social du quartier** (voisinage, village) est perçu de façon assez positive autant par les enfants et les adolescents que par leurs parents. Les parents des enfants de 9 ans jugent leur quartier moins sécuritaire que les parents des adolescents de 16 ans. De plus, lorsque le revenu du ménage est faible ou très faible, 30 % des jeunes de 9 ans et 23 % de ceux de 13 ans vivent dans un quartier perçu comme non sécuritaire, contre 15 % et 12 % parmi les jeunes de ménages à revenu élevé ou très élevé.

22.1.2 Relations des jeunes avec leurs milieux de vie

Non seulement la composition de la famille, mais aussi la qualité de l'interaction entre les parents et l'enfant a une influence reconnue sur le développement, le comportement et la socialisation des enfants. Le soutien social est aussi largement étudié en tant que facteur favorisant le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Les études portant sur la résistance ou la capacité d'adaptation des jeunes confirment l'importance du soutien en provenance de la famille, des pairs et plus largement, des membres de la communauté.

Plusieurs types de relations peuvent s'établir entre un parent et son enfant, par exemple l'encadrement parental et le soutien à l'autonomie. Dans cette enquête, deux dimensions de l'**interaction parent-enfant** ont été mesurées, soit le soutien affectif et le contrôle abusif.

Les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans rapportent avoir un soutien affectif plus élevé de la part de leur mère que de leur père, et ce, quel que soit leur sexe. Selon les jeunes cependant, plus de mères que de pères, en proportion, exercent un contrôle abusif sur eux. Chez les enfants de 9 ans, les garçons ont une moins bonne perception de l'interaction avec leurs parents que les filles du même âge. De plus, les adolescents vivant

avec leur mère et leur père rapportent un niveau plus élevé de soutien affectif maternel que ceux qui vivent avec un parent et un beau-parent et, dans le cas des adolescents de 13 ans, avec un parent seul.

Concernant le **soutien social**, presque tous les enfants et adolescents disent pouvoir compter sur au moins une personne de leur entourage pour leur venir en aide. Pour ce qui est de l'écoute et de l'encouragement, la mère ou l'adulte de sexe féminin avec qui le jeune vit constitue une source primordiale de soutien, quel que soit le type de milieu familial. Le père est également une source importante de soutien pour les enfants de 9 ans, alors qu'il n'obtient que la troisième place chez les adolescents de 13 ans et la quatrième chez les adolescents de 16 ans. Dans cette enquête, un plus grand nombre de sources de soutien chez les jeunes est associé à l'absence de troubles émotifs chez les enfants et à un niveau plus faible de détresse psychologique chez les adolescents.

22.1.3 Habitudes de vie

Les comportements ou habitudes de vie des enfants et des adolescents témoignent de l'influence de leurs milieux de vie, de leur autonomie croissante et de leur socialisation. Les thèmes de l'emploi du temps, des pratiques culturelles et de l'activité physique ont été abordés dans l'enquête, car ils contribuent à la santé physique et mentale, au développement intégral de la personne et à l'acquisition de comportements sains et équilibrés. La pratique d'activités physiques contribue à améliorer la condition physique, la masse et la densité osseuses, la masse corporelle et le profil lipidique, et réduit le risque de maladies cardiovasculaires et d'ostéoporose. L'usage du tabac constitue l'une des habitudes de vie les plus néfastes pour la santé; ses effets délétères ainsi que la dépendance physique et psychologique qu'il crée sont bien connus. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool et la consommation de drogues sont associées à des problèmes sociaux et de santé physique ou mentale tels que la violence, le suicide, la grossesse à l'adolescence, les maladies transmissibles

sexuellement, la dépression ou les échecs scolaires. Les comportements alimentaires ont aussi été documentés car ils influencent l'équilibre nutritionnel. Enfin, l'adolescence est une période cruciale pour l'adoption et le maintien de comportements sexuels permettant d'éviter les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et les grossesses précoces.

Les résultats concernant l'**emploi du temps** montrent qu'en moyenne, les jeunes de 9, 13 et 16 ans écoutent la télévision entre 2,6 heures et 3,5 heures par jour, selon l'âge. Les moyennes sont plus élevées chez les garçons que chez les filles. Quant aux **pratiques culturelles**, 12 % des enfants et adolescents rapportent n'avoir eu aucune source de lecture (livre, magazine, journal) au cours d'une période d'une semaine. Les filles lisent plus que les garçons : 30 % des filles et 16 % des garçons de 16 ans déclarent trois sources différentes de lecture sur une période d'une semaine. De 64 % à 72 % des enfants et adolescents ont accès à un ordinateur à la maison et les garçons l'utilisent plus souvent que les filles. L'utilisation de l'ordinateur, chez les adolescents qui en disposent à la maison, ne freine pas la participation culturelle, du moins en ce qui concerne les sorties au cinéma, dans les salles de jeux vidéo, les spectacles de musique, les matchs et les sorties dans les discothèques. En outre, un plus grand nombre de ces pratiques de loisir est associé à un niveau plus élevé d'activité physique.

Les garçons pratiquent davantage l'**activité physique** que les filles. En effet, parmi les garçons de 9, 13 et 16 ans, 54 %, 56 % et 53 % respectivement présentent un niveau élevé ou très élevé d'activité physique (au moins sept séances par semaine), alors que ces proportions sont de 44 %, 47 % et 35 % chez les filles des mêmes groupes d'âge. Un peu plus de quatre garçons sur dix à 13 et 16 ans pratiquent une activité physique d'une intensité moyenne ou élevée, trois fois ou plus par semaine et durant au moins vingt minutes par séance. Chez les filles, ces proportions sont de trois sur dix à 13 ans et de deux sur dix à 16 ans.

La proportion de jeunes ayant fumé une cigarette au complet passe de 2 % à 9 ans, à 60 % à 16 ans. La **proportion de fumeurs** (réguliers ou occasionnels) au cours d'une période de 30 jours augmente de 9 % à 13 ans à 31 % à 16 ans. Bien qu'autant de garçons que de filles de 13 ans fument la cigarette, à 16 ans les filles sont plus nombreuses à fumer que les garçons (34 % contre 27 %). À 16 ans, l'usage de la cigarette est plus élevé chez les jeunes issus d'une famille monoparentale et chez les jeunes ayant un niveau d'estime de soi plus faible ou un indice de détresse psychologique plus élevé. Par ailleurs, 43 % des enfants de 9 ans sont exposés à la fumée de tabac des autres fumeurs à la maison, à chaque jour ou presque.

Près de 3 % des adolescents de 13 ans consomment de l'**alcool** à peu près chaque semaine, comparativement à 20 % des jeunes de 16 ans. Parmi les adolescents qui consomment de l'alcool, 11 % et 30 % respectivement des jeunes de 13 et 16 ans en consomment habituellement cinq verres et plus par occasion. Les adolescents de 16 ans consomment plus souvent de l'alcool que les plus jeunes, en plus grande quantité à chaque occasion, et présentent plus fréquemment des problèmes associés à la consommation d'alcool. À 16 ans, les garçons consomment plus fréquemment et en plus grande quantité que les filles.

Alors que 11 % des adolescents de 13 ans affirment avoir consommé une **drogue** au cours d'une période de 12 mois, cette proportion augmente à 47 % chez les adolescents de 16 ans. La proportion de consommateurs de drogues est semblable chez les deux sexes. La marijuana (46 %) et les hallucinogènes (15 %) sont les drogues comptant les plus grandes proportions de consommateurs chez les jeunes de 16 ans, au cours d'une période de 12 mois. Enfin, les adolescents d'un groupe autre que majoritaire (origine française, britannique ou autochtone) sont moins souvent des fumeurs ou des buveurs excessifs d'alcool et ils sont moins susceptibles d'avoir consommé de la drogue au cours de leur vie.

Pour ce qui est des **comportements alimentaires**, environ 35 % des adolescents de 13 et 16 ans et 20 % des enfants de 9 ans ne prennent pas un petit déjeuner tous les jours. Les jeunes fumeurs ont tendance à omettre ce repas plus fréquemment que les non-fumeurs. De plus, le petit déjeuner est moins fréquent chez les jeunes de ménages à faible revenu ou en présence d'insécurité alimentaire.

Près de sept enfants ou adolescents sur dix consomment des repas au restaurant ou livrés à domicile au moins une fois par semaine. Le souper en famille est une pratique régulière chez les jeunes : environ 70 % des jeunes de 9 ans et 13 ans soupent avec leur famille six ou sept fois par semaine, de même que la moitié de ceux de 16 ans. Enfin, 40 % et 60 % des adolescents de 13 et 16 ans respectivement préparent eux-mêmes leur souper au moins une fois au cours de la semaine.

En ce qui a trait à la **sexualité**, près de 5 % des jeunes de 13 ans et moins de la moitié (39 %) des jeunes de 16 ans ont déjà eu une relation sexuelle. Près de 64 % des garçons et 45 % des filles de 16 ans déclarent avoir utilisé un condom à leur première et à leur dernière relation sexuelle, un indicateur d'usage régulier. Cependant, 15 % des garçons et 18 % des filles de cet âge ne se sont pas protégés lors de ces relations sexuelles. De plus, 5 % des filles de 16 ans déclarent une grossesse antérieure.

22.1.4 État de santé physique

L'état de santé physique des enfants et des adolescents a été abordé selon divers points de vue. D'abord, la perception de l'état de santé constitue une mesure globale, intégrant les dimensions physique, psychologique et sociale de la personne. Les problèmes de santé de courte durée ont ensuite été abordés, suivis des problèmes de santé chroniques. Parmi ceux-ci, l'asthme et les rhinites allergiques ont fait l'objet de mesures plus extensives, étant parmi les problèmes les plus fréquents chez les jeunes de ces groupes d'âge. Les données de mortalité indiquent que

les blessures sont la première cause de décès chez les jeunes de 5 à 14 ans – elles contribuent de façon importante à l'utilisation des services de santé à ces âges. Dans la présente enquête, les blessures par accident ont été estimées. Une place importante a été accordée aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, lesquels, dans les pays industrialisés, apparaissent dès l'enfance et contribuent à l'apparition précoce d'athérosclérose. Dans cette étude, des mesures physiologiques ont été prises : tension artérielle, bilan lipidique, poids, taille et plis cutanés. En l'absence de normes à ce sujet pour les enfants et les adolescents québécois, ces mesures constituent une première et pourront servir de guides dans les milieux de la santé, de la nutrition et de la promotion de l'activité physique.

En ce qui concerne la perception de l'**état de santé** global, les résultats de l'enquête montrent que plus de neuf enfants et adolescents sur dix considèrent leur santé comme étant excellente ou plutôt bonne. La proportion des jeunes qui s'estiment en excellente santé passe de 65 % à 9 ans, à 47 % et 43 % chez les adolescents de 13 et 16 ans. Parmi les adolescents, les filles s'estiment en moins bonne santé que les garçons. Une perception positive de l'état de santé est associée à la pratique d'activités physiques, à une meilleure estime de soi ainsi qu'à un soutien affectif parental plus élevé. À l'inverse, les jeunes qui évaluent négativement leur état de santé présentent plus de troubles émotifs à 9 ans ou de détresse psychologique à l'adolescence. Enfin, la perception de l'état de santé est associée au revenu relatif du ménage, à 16 ans, et à la perception de leur situation financière, à 13 et 16 ans.

L'asthme, le rhume des foins, les autres allergies et les problèmes de la peau sont les problèmes chroniques les plus fréquemment rapportés par les enfants et les adolescents. Les vitamines et minéraux, les médicaments pour la douleur ou la fièvre et les médicaments pour le rhume ou les allergies constituent les classes de médicaments les plus fréquemment consommés par les jeunes. Un peu plus de 60 % des

jeunes de 9 ans et 13 ans ont consommé au moins un médicament sur une période de deux semaines, selon le parent. Chez les 16 ans, environ 70 % rapportent en avoir consommé.

Environ 15 % des jeunes de 9, 13 et 16 ans disent avoir déjà fait ou faire encore de l'**asthme**. Au cours d'une période d'un an, 7 % à 8 % des jeunes présentent des sibilances (symptômes d'asthme). L'asthme est la première cause de limitation des activités due à un problème de santé chez les jeunes de 9 et 13 ans, et une cause aussi importante que les problèmes ostéo-articulaires chez ceux de 16 ans. Pour chacun des groupes d'âge, la présence d'asthme ou de sibilances est associée à une histoire familiale d'asthme et à la concentration sanguine des immunoglobulines E. La présence d'asthme est plus élevée chez les jeunes provenant de ménages à faible revenu.

Au Québec, 10 % des enfants de 9 ans ainsi que 15 % et 23 % des adolescents de 13 ans et 16 ans respectivement ont reçu, au cours d'une période de 12 mois, les soins d'un médecin ou d'une infirmière à la suite de **blessures**. L'augmentation de la morbidité avec l'âge est particulièrement marquée chez les garçons et chez les jeunes des régions métropolitaines. Les garçons déclarent plus souvent que les filles des blessures survenues dans les lieux de loisir et de sport. Pour ce qui est des mesures de protection, l'utilisation régulière ou occasionnelle d'un casque protecteur pour le vélo, le patinage sur roues alignées et la planche à roulettes diminue avec l'âge passant, pour le vélo par exemple, de 84 % à 24 % entre 9 ans et 16 ans. Pour les activités motorisées, on n'observe qu'une faible diminution du port du casque à mesure que l'âge augmente. Cependant, il y a place à une importante amélioration du port du casque lors de l'utilisation d'un VTT ou d'un cyclomoteur, en particulier, puisque 25 % à 30 % des adolescents ne le portent pas.

Un jeune de 9 ans sur quatre présente au moins un **facteur de risque cardiovasculaire** modifiable (sédentarité, obésité, cholestérol élevé, etc.). Cette proportion dépasse 50 % à l'âge de 16 ans. De plus, la

proportion de jeunes présentant deux facteurs de risque ou plus augmente avec l'âge, passant de 9 % à 13 ans à 19 % à 16 ans. Enfin, les adolescents provenant de ménages à faible revenu présentent plus de facteurs de risque que ceux de ménages à revenu élevé ou très élevé.

Parmi les facteurs de risque à l'étude, les valeurs moyennes de cholestérol total et de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL, le « mauvais » cholestérol) présentent des valeurs favorables dans l'étude québécoise, par rapport à une étude nord-américaine (*Lipids Research Clinic Prevalence Study*) réalisée il y a 20 ans. En effet, elles sont légèrement inférieures à celles observées chez de jeunes américains de 5 ans à 19 ans. Par contre, d'autres résultats du bilan lipidique se révèlent défavorables chez les jeunes québécois. Ainsi, les valeurs de triglycérides sont en général légèrement supérieures aux valeurs provenant de l'enquête nord-américaine, et les valeurs de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C-HDL, le « bon » cholestérol) sont légèrement inférieures au Québec. Les résultats montrent par ailleurs une forte prévalence de tension artérielle systolique limite ou élevée chez les garçons et les filles de 9 ans, 13 ans et 16 ans.

L'obésité est un important facteur de risque de maladies cardiovasculaires. Selon les seuils de l'indice de masse corporelle et de plis cutanés établis pour cette enquête, de 11 % à 13 % des jeunes québécois, selon l'âge, se classent dans la catégorie de l'embonpoint et 3 % à 4 %, dans la catégorie de l'obésité. Mentionnons que les normes pour définir l'**embonpoint** et l'**obésité** chez les enfants et les adolescents varient d'un pays à l'autre. Lorsque l'on compare les données avec celles de l'*Enquête Condition Physique Canada* de 1981, on observe une augmentation de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes. On a des raisons de croire que cette augmentation n'est pas récente mais qu'elle date plutôt de la fin des années 80 ou du début des années 90, du moins chez les 16 ans (Ledoux et Rivard, 2000).

Les adolescents des deux sexes qui présentent de l'embonpoint ou de l'obésité ont une perception moins bonne de leur état de santé. Les adolescentes dans ces catégories de poids sont plus nombreuses à avoir une faible estime de soi et celles de 16 ans sont également plus susceptibles d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique. De plus, le parent répondant (habituellement la mère) des jeunes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité a plus souvent un excès de poids. Malgré que 80 % des jeunes présentent un poids normal, 45 % des enfants et 60 % des adolescents sont insatisfaits de leur image corporelle. Environ 45 % des jeunes de 9 ans tentent activement de perdre ou de gagner du poids. Chez les adolescents de 13 et 16 ans, environ le tiers en font autant alors qu'un autre tiers de ces jeunes essaient de contrôler leur poids. Chez ceux qui ont un excès de poids, la majorité des filles (72 % à 80 %) et une bonne proportion des garçons tentent activement de perdre du poids (33 % à 61 %).

22.1.5 Santé mentale et adaptation sociale

La santé mentale ainsi que l'adaptation sociale des jeunes constituent l'une des priorités nationales de santé publique au Québec. L'enquête s'intéresse à la santé mentale et à l'estime de soi, un facteur de protection très important pour la santé mentale qui est associé, lorsqu'il est faible, à une mauvaise adaptation sociale. Elle couvre aussi le phénomène du comportement suicidaire, dont l'étendue et l'âge précoce d'apparition sont une source de préoccupations. La violence subie par le jeune, soit dans l'espace domestique ou à l'extérieur du foyer, est également un élément qui met en danger sa santé physique et mentale. D'autre part, cette enquête analyse les comportements violents de la part des jeunes et elle les met en relation avec les expériences de victimisation. Enfin, elle se penche sur un comportement plus spécifique, la violence dans les relations amoureuses chez les adolescents.

En ce qui concerne les indicateurs de **santé mentale**, les résultats indiquent que le niveau de troubles émotifs est plus élevé chez les garçons que chez les filles

(27 % c. 22 %), à 9 ans. Les facteurs qui y sont associés sont des parents séparés, le faible soutien affectif de la mère ou du père et la détresse psychologique d'un parent. À l'adolescence, le rapport entre les sexes se renverse alors que beaucoup plus de filles que de garçons présentent un indice de détresse psychologique élevé (27 % c. 12 % à 16 ans).

Alors qu'à 9 ans il n'y a pas de différence entre les sexes pour l'estime de soi, à l'adolescence beaucoup plus de filles que de garçons présentent un faible score d'estime de soi (27 % c. 16 % à 16 ans). Avoir un niveau élevé d'estime de soi semble représenter un facteur très important de protection contre la détresse psychologique. Ainsi, la moitié des adolescents avec une faible estime de soi souffre de détresse psychologique, comparativement à moins de 5 % de ceux qui ont une estime de soi élevée.

Les **idées suicidaires sérieuses** apparaissent très tôt et, à 9 ans, un enfant sur douze en a au cours d'une période de douze mois; la situation est similaire à 13 ans alors qu'à 16 ans, c'est un jeune sur dix. Les adolescentes présentent plus d'idées suicidaires que les garçons : 10 % des filles et 3,6 % des garçons de 13 ans en déclarent ainsi que 12 % des filles et 8 % des garçons de 16 ans. En ce qui concerne la recherche d'aide, seulement un jeune sur cinq présentant des idées suicidaires sérieuses a consulté un professionnel à ce sujet. La croyance que ces idées vont passer avec le temps ou qu'elles ne sont pas graves est le premier motif de non-consultation, suivie par le problème d'accessibilité des services et la crainte que le problème soit connu de l'entourage immédiat.

En ce qui concerne la **victimisation**, un jeune sur trois est exposé à des scènes de violence entre adultes à la maison, le plus souvent sous la forme de violence verbale. À 9 ans, deux enfants sur trois déclarent avoir été victimes de violence depuis le début de l'année scolaire soit à l'école, soit sur le chemin de l'école. Plus précisément, un enfant sur quatre subit la menace de la destruction d'un de ses biens, un sur trois se fait pousser ou frapper violemment et un sur dix est victime

de taxage. Environ 11 % sont à la fois victimes de violence et de taxage. À 16 ans, la prévalence de la victimisation diminue à un jeune sur quatre et le phénomène du taxage est en nette diminution.

En ce qui concerne la **violence manifestée** au cours d'une période de six mois, un adolescent sur dix avoue avoir porté une arme. Un sur cinq présente des problèmes de comportement, par exemple mentir fréquemment pour obtenir quelque chose, faire volontairement du mal à quelqu'un, manquer souvent l'école sans raison valable ou rester dehors tard la nuit. Enfin, les parents rapportent qu'un adolescent sur dix présente des comportements d'opposition. Les garçons manifestent plus souvent des problèmes de comportement que les filles et ils sont également plus souvent victimes de violence à l'école. Ces phénomènes ne sont liés ni au revenu relatif du ménage ni au type de milieu familial, mais ils sont associés à la consommation de drogues et d'alcool ainsi qu'à une faible estime de soi et à la détresse psychologique.

La **violence dans les relations amoureuses**, mesurée sur 12 mois, est déjà présente à 13 et à 16 ans, mais davantage chez ce dernier groupe. La violence psychologique prédomine, suivie de la violence physique et de la violence sexuelle. À 16 ans, chez les adolescentes ayant un partenaire, la prévalence de ces trois types de violence subie est respectivement d'une fille sur trois, une fille sur cinq et une fille sur dix. L'expérience de la violence dans les relations amoureuses est associée à l'expérience d'autres types de violence à l'école, à la consommation de drogues et d'alcool, à un faible niveau d'estime de soi et de soutien affectif de la mère.

Parmi les garçons ayant une partenaire amoureuse à 16 ans, environ 4 % avoue lui avoir fait subir de la violence sexuelle, 10 % de la violence physique et 19 % de la violence psychologique. Ces garçons sont plus souvent témoins de violence entre adultes à la maison, victimes de violence à l'école, ont plus souvent des

problèmes de comportement ou un faible niveau d'estime de soi.

22.2 Conclusion

22.2.1 Ampleur et cooccurrence des problèmes

Les résultats de l'enquête font ressortir la diversité des caractéristiques personnelles des enfants et des adolescents ainsi que de leurs milieux de vie. Ils montrent que la majorité des jeunes de 9, 13 et 16 ans ne présentent aucun problème majeur de santé, qu'ils se perçoivent positivement, se considèrent en santé, et qu'ils peuvent compter sur leur entourage pour les soutenir en cas de problème. Cependant, certains des phénomènes qui les concernent sont préoccupants en raison de leur présence chez un nombre non négligeable de jeunes et parce qu'ils représentent des risques pour leur développement futur et leur bien-être.

L'**ampleur de la violence** vécue par les enfants et les adolescents est particulièrement inquiétante : agressions verbales ou physiques à l'école ou sur le chemin de l'école, harcèlement, violence verbale dont le jeune est témoin à la maison, violence subie par les jeunes filles dans les relations amoureuses concourent à rendre celle-ci présente à plusieurs niveaux. La prévalence élevée du port d'armes chez les garçons est un signe révélateur à ce sujet.

Les **idées suicidaires et les tentatives de suicide** constituent un problème prioritaire de santé publique au Québec. Cette enquête révèle la présence des pensées suicidaires dès l'enfance et la plus forte prévalence chez les filles dès la prime adolescence. Elle met aussi en lumière certains facteurs reliés à ce problème majeur.

La **consommation de drogues** et la **consommation à risque d'alcool** touchent une proportion tout de même assez élevée d'adolescents et, fait à signaler, d'adolescentes. Associés à la consommation de ces substances, de piètres résultats scolaires, des aspirations scolaires ne dépassant pas le diplôme

d'études secondaires et une faible confiance en soi à l'école sont susceptibles de compromettre leur bien-être futur.

La mesure de plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires permet d'identifier des problèmes préoccupants. Parmi ces facteurs de risque, l'**augmentation de l'obésité** depuis 1981 chez les jeunes de chaque groupe d'âge doit être signalée. Malgré qu'elle soit difficile à quantifier de façon précise, cette augmentation est évidente. Une **très forte prévalence de tension artérielle systolique limite ou élevée** a été observée chez les jeunes de chaque âge étudié : un jeune sur quatre, chez les 16 ans. Enfin, on note un manque d'**activités physiques** chez un nombre important d'enfants et d'adolescents. Ce manque d'activités physiques touche particulièrement les filles, dont la moitié de celles de 16 ans. À l'adolescence, beaucoup de garçons et de filles ne répondent pas aux normes recommandées de pratique permettant d'en retirer la majorité des bienfaits pour la santé.

En ce qui a trait à l'état de santé physique, l'**asthme** est l'un des problèmes chroniques les plus fréquents, avec les allergies et les affections de la peau. L'asthme cause environ la moitié des limitations d'activités chez les jeunes de 9 ans et 13 ans, et environ le quart de ces limitations chez ceux de 16 ans. Cette maladie semble en progression chez les jeunes au Québec et constitue l'un des problèmes prioritaires identifiés dans le présent rapport.

L'ampleur de certains facteurs de risque pour la santé ou le bien-être est aussi préoccupante. Ainsi, la présente enquête montre que la garde des jeunes est rarement partagée par le père dans les familles séparées, et que cette **absence relative du père** se fait aussi sentir comme une source moins fréquente d'écoute ou d'encouragement que celle provenant de la mère, des amis et des « autres » personnes chez les jeunes de 16 ans.

De même, la **pauvreté** relative, accompagnée souvent d'**insécurité alimentaire**, est présente chez un ou deux enfants sur dix, selon le groupe d'âge, et se révèle associée à plusieurs facteurs de risque ou indicateurs de l'état de santé. Enfin, le **redoublement** d'une proportion importante d'adolescents, relié entre autres à un faible revenu du ménage, est source légitime de préoccupations. Les adolescents qui redoublent ont un plus faible niveau d'estime de soi, lequel, comme il a été mentionné plus haut, est un facteur important de protection en santé mentale.

Par ailleurs, les résultats indiquent que plusieurs des comportements ou habitudes de vie pouvant représenter un risque pour la santé sont reliés entre eux. Certains jeunes adoptent simultanément plusieurs de ces comportements ou habitudes de vie (usage de la cigarette et absence de déjeuner; usage de la cigarette et consommation d'alcool ou de drogues; etc.) et ils présentent souvent des facteurs multiples de risque de maladies cardiovasculaires. Plusieurs des problèmes psychosociaux sont également reliés entre eux. Par exemple, diverses formes de violence sont parfois vécues par les mêmes jeunes, que ce soit à titre de victime ou d'agresseur. Un jeune peut à la fois être témoin de violence à la maison et être victime de violence à l'école ou encore, le même jeune peut être tantôt victime, tantôt agresseur. En outre, on observe chez plusieurs jeunes des problèmes de comportement de façon simultanée avec le port d'une arme, la violence subie ou infligée dans les relations amoureuses ou la consommation d'alcool et de drogues; la consommation de substances psychoactives accompagne également plusieurs problèmes vécus par les jeunes.

22.2.2 Facteurs de risque ou de protection

L'enquête a confirmé l'importance de plusieurs facteurs susceptibles de nuire ou au contraire, de contribuer favorablement à la santé des enfants et des adolescents. Parmi ces facteurs, le niveau socioéconomique du ménage, le type de milieu familial, le soutien affectif parental, le soutien social et l'estime

de soi ressortent, en raison de leur association avec de nombreux aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents.

Le revenu relatif du ménage

Au Québec en 1999, l'environnement dans lequel vivent les enfants et les adolescents, leurs expériences à l'école et leur état de santé diffèrent selon le revenu du ménage ou la perception que les jeunes ont de celui-ci. Lorsque le ménage est plus pauvre, la qualité du quartier (ou village) est moindre et l'insécurité, plus grande. Par ailleurs, les enfants ou adolescents d'un milieu familial à faible revenu connaissent souvent l'insécurité alimentaire au foyer ou consomment moins fréquemment un petit déjeuner. Du côté des activités culturelles, ces enfants et adolescents ont plus rarement accès à un ordinateur à la maison et, à 13 ans du moins, ils regardent la télévision plus fréquemment. Les filles de 16 ans de ménages à faible revenu sont moins assidues dans la pratique de l'activité physique. Les résultats de l'enquête montrent aussi que les jeunes provenant de ménages à faible revenu sont plus susceptibles d'être démotivés face à l'école, de redoubler et d'avoir des aspirations scolaires moindres.

Dans la présente enquête, le revenu relatif du ménage est également associé à l'état de santé perçu, à la présence d'asthme et au nombre de facteurs de risque modifiables de maladies cardiovasculaires. Toutefois, les résultats obtenus ne révèlent aucune association entre le revenu du ménage et certains phénomènes comme l'usage de la cigarette, la consommation d'alcool ou de drogues, les pratiques culturelles de loisir, les mesures de protection contre les MTS, la violence ou les problèmes de comportement chez les jeunes.

Le milieu familial et le soutien affectif parental

Le type de milieu familial des enfants et adolescents est relié à de nombreux aspects de leur bien-être. Les enfants et les adolescents ne vivant pas avec leurs deux parents représentent une proportion relativement

importante (30 %) des jeunes. Selon les écrits, les difficultés d'adaptation des enfants à la suite d'une rupture parentale sont habituellement passagères. La présente enquête met toutefois en lumière certaines conditions de vie qui sont plus fréquemment observées chez les enfants et adolescents dont les parents sont séparés. Ainsi, le revenu relatif est proportionnellement plus faible quand l'un des parents est absent, peu importe la présence ou non d'un beau-parent. Les enfants de parents séparés vivent plus souvent dans un ménage à plus faible revenu, déclarent un soutien affectif moindre de la mère et n'ont parfois aucun contact avec l'autre parent. Le redoublement est également plus fréquent chez les enfants ou adolescents ne vivant pas avec leurs deux parents. Enfin, à 16 ans, la proportion de fumeurs actuels est plus élevée parmi les jeunes de milieux avec parent seul que parmi ceux vivant avec mère et père.

En contrepartie, les adolescents vivant avec les deux parents rapportent un niveau plus élevé de soutien affectif maternel (13-16 ans) ou paternel (13 ans). Une proportion plus grande d'enfants de 9 ans déclarent plusieurs sources de soutien (écoute et encouragement) s'ils vivent dans un tel milieu, et le père y occupe une place privilégiée. De plus, la mère occupe une meilleure place comme source de soutien auprès des adolescents de 16 ans si elle vit avec le père de l'enfant plutôt qu'avec le beau-père.

Le soutien affectif parental est associé aux principaux indicateurs de santé et de bien-être. Il est d'abord relié à la perception de l'état de santé chez plusieurs groupes d'âge et de sexe. En effet, une proportion plus élevée d'enfants et d'adolescents bénéficiant d'un niveau de soutien affectif parental élevé se perçoivent en excellente santé, par rapport aux jeunes dont le soutien affectif est faible. Le soutien affectif maternel et paternel est aussi associé à certains indicateurs de santé mentale ainsi qu'à l'estime de soi. Ainsi, un faible soutien affectif de l'un ou l'autre des parents est relié à la présence de troubles émotifs chez les plus jeunes, à un niveau élevé de détresse psychologique chez les

adolescents de même qu'aux idées suicidaires chez les enfants et les adolescents. Le soutien affectif maternel est aussi associé à l'expérience de victimisation dans les relations amoureuses chez les filles de 16 ans. Enfin, le soutien affectif maternel et paternel est associé au cheminement scolaire des adolescents et à la motivation scolaire chez les plus jeunes.

Le soutien social

Les diverses sources de soutien social (père, mère, fratrie, amis, professeurs, autres) ainsi que le nombre de sources de soutien sont associés tout particulièrement aux indicateurs de santé mentale et d'adaptation sociale des enfants et des adolescents. À ce titre, rappelons que le soutien des amis est relié à l'absence de troubles émotifs chez les plus jeunes, et que le soutien du père, de la mère, de la fratrie et des professeurs est associé à un niveau moindre de détresse psychologique chez les adolescents. Un nombre élevé de ces diverses sources est un facteur associé à un plus haut niveau d'estime de soi chez les jeunes, alors qu'un nombre moins élevé est lié à la détresse psychologique chez les adolescents, aux comportements d'opposition chez les adolescents de 13 ans et aux idées suicidaires.

Par ailleurs, le soutien social que reçoit le parent semble constituer un facteur de protection pour la santé et le bien-être des enfants et adolescents. Ainsi, la satisfaction du parent face à sa vie sociale est reliée à l'absence de violence domestique en présence des enfants et des adolescents, à l'absence de troubles émotifs chez les enfants et à l'absence de comportements d'opposition chez les adolescents.

L'estime de soi

L'enquête montre finalement l'importance du niveau d'estime de soi des jeunes. L'estime de soi intervient comme facteur de protection dans de multiples expériences vécues par les enfants et les adolescents, que ce soit les habitudes de vie (usage de la cigarette), la violence subie à l'école, la violence dans les relations

amoureuses ou les problèmes de comportement, ou dans les résultats quant à la santé physique (santé perçue, catégorie de poids), à la santé mentale ou au cheminement scolaire.

22.2.3 Éléments de réflexion pour l'intervention : une perspective systémique

Comme nous l'avons constaté, certains comportements à risque et problèmes vécus par les jeunes coexistent chez plusieurs d'entre eux. Selon certaines études, ces problèmes, qui sont parfois interreliés, se développent souvent de façon progressive à la suite d'une accumulation de facteurs de risque individuels et contextuels qui agissent de concert. Compte tenu que la présente étude est de type transversal, les associations qui ont été mises en lumière entre différents phénomènes ne peuvent être considérées comme des relations causales. Cependant, plusieurs de ces comportements et difficultés sont influencés par des facteurs communs. De plus, l'influence de ces facteurs n'est pas seulement linéaire et unidirectionnelle mais synergique et rétroactive.

Les résultats de cette enquête comportent de nombreux renseignements sur les expériences, les habitudes de vie, les comportements et les problèmes propres aux garçons et aux filles de 9 ans, 13 ans et 16 ans. Ces renseignements pourront servir de base de discussion pour la planification des actions auprès de cette population, en tenant compte des groupes qui semblent les plus vulnérables. La conclusion de chacun des chapitres propose à cet effet des pistes de réflexion pour la planification spécifique au sujet traité. La recension des écrits de Hamel, Blanchet et Martin (2001), notamment, présente diverses interventions efficaces ou prometteuses concernant plusieurs de ces déterminants. Par ailleurs, la contribution relative de chacun des facteurs retenus aux résultats de santé, de même que la façon dont ils interagissent, mériteraient d'être explorées davantage lors d'analyses secondaires. Les connaissances concernant le mode d'action de l'estime de soi, en particulier, demanderaient à être approfondies. Les résultats

présentés dans ce rapport constituent un point de départ pour la formulation de certaines hypothèses qui pourront être vérifiées dans d'autres contextes de recherche.

Les résultats obtenus suscitent d'ores et déjà quelques éléments de réflexion pour l'action. Les observations faites dans le cadre de la présente enquête concordent avec celles d'autres recherches qui montrent que les facteurs qui influencent la santé, le bien-être et l'éducation des enfants sont à la fois individuels et environnementaux. Le contexte de vie des enfants et des adolescents s'avère primordial puisqu'il fournit les conditions de base leur permettant de développer leur estime de soi et leurs compétences pour faire face aux difficultés de la vie et réaliser leurs projets actuels et futurs. Plusieurs études reconnaissent que la qualité des conditions de vie de l'enfant dans la famille, à l'école et dans son quartier s'avère très importante pour favoriser le bien-être des jeunes de même que pour prévenir l'apparition de problèmes physiques et psychosociaux (Earls et Carlson, 2001; St-Leger et Nutbeam, 2000; Levanthal et Brooks-Gunn, 2000; Ensminger, Lamkin et Jacobsen, 1996). La famille représente le principal milieu où l'enfant développe les fondements de sa personnalité et de son identité et expérimente des émotions liées à son besoin de sécurité et d'amour. Les facteurs liés à la qualité des interactions entre le jeune et ses parents semblent tout particulièrement déterminants pour son adaptation (Towberman, 1994; Sampson et Laub, 1994; Rowe et Flannery, 1994). La famille constitue également le contexte dans lequel les enfants acquièrent certaines habitudes de vie et s'initient aux conduites sociales. Les résultats de la présente enquête soutiennent ces constats. Ils réitèrent l'importance du soutien aux parents, qu'il soit financier, relatif à leur capacité de procurer du soutien affectif à leurs enfants ou encore de nature sociale (participation à la vie sociale, sécurité et qualité du quartier). Ils réitèrent également la nécessité de poursuivre ou d'intensifier la lutte contre les inégalités sociales du revenu.

Le milieu scolaire représente également un contexte important pour l'enfant et l'adolescent. Ce milieu de vie interagit avec le milieu familial pour influencer les compétences intellectuelles, sociales et personnelles des jeunes (Deslandes, Bouchard et St-Amant, 1998; Janosz et autres, 1997; Montmarquette et Meunier, 2001), de l'enfance jusqu'à la fin de l'adolescence. L'école constitue un milieu permettant au jeune de s'intégrer à des groupes de pairs, de développer des relations clés et de vivre des expériences favorisant la formation de son identité et de son autonomie par rapport aux parents. Par contre, l'école est aussi un endroit où les modèles et les interactions peuvent être des sources de difficultés pour le jeune. Ainsi, les échecs scolaires, le rejet par les pairs et la présence d'influences antisociales sont autant de facteurs pouvant se trouver au sein de l'école et affecter négativement le développement des jeunes (Bouchard, St-Amant et Tondreau, 1998; Santor, Messervey et Kusumakar, 2000). À ce sujet, les résultats de la présente enquête montrent que certaines de ces réalités (violence, taxage) sont présentes dans les écoles et les quartiers ou villages québécois et qu'elles touchent nombre de jeunes, surtout les enfants de 9 ans. Les résultats indiquent également que ces problématiques peuvent avoir des répercussions néfastes sur l'estime de soi et la santé mentale de certains d'entre eux.

Le caractère multidimensionnel des problèmes vécus par les jeunes fait ressortir l'importance d'agir simultanément sur les facteurs personnels et sociaux qui entravent le développement optimal du jeune, dans toutes ses dimensions. Il incite à travailler dans une perspective globale et intégrée de façon à agir simultanément sur ces facteurs et créer ainsi un effet de renforcement. Le défi est de taille et, par conséquent, seuls les efforts concertés de plusieurs acteurs provenant des différents milieux de vie des jeunes peuvent créer les conditions essentielles pour améliorer leur bien-être physique et psychosocial. En ce sens, les interventions doivent comprendre des stratégies variées à court, moyen et long terme qui

visent les jeunes et leurs milieux de vie et qui font appel à une multitude de secteurs dont les politiques et les actions peuvent avoir une influence sur leur qualité de vie et leur développement. Ces interventions représentent un investissement et tous les secteurs concernés doivent y consentir leurs efforts afin de contribuer à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents.

Bibliographie

BOUCHARD, P., J.-C. ST-AMANT et J. TONDREAU (1998). « Effets de sexe et de classe sociale dans l'expérience scolaire de jeunes de quinze ans », *Cahiers québécois de démographie*, 27, p. 95-120.

DESLANDES, R., P. BOUCHARD et J.-C. ST-AMANT (1998). « Family variables as predictors of school achievement: sex differences in Québec adolescents », *Canadian Journal of Education*, 23, p. 390-404.

EARLS, F., et M. CARLSON (2001). « The Social Ecology of Child Health and Well-Being », *Annual Review of Public Health*, 22, p. 143-166.

ENSMINGER, M. E., R. P. LAMKIN et N. JACOBSEN (1996). « School leaving: a longitudinal perspective including neighborhood effects », *Child Development*, 67, p. 2400-2416.

HAMEL, M., L. BLANCHET et C. MARTIN (2001). 6-12-17. *Nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*, Québec, Les publications du Québec, 302 p.

JANOSZ, M., M. LEBLANC, B. BOULERICE et R. TREMBLAY (1997). « Disentangling the weight of school dropout predictors : a Test on Two Longitudinal Studies », *Journal of Youth and Adolescence*, 26, p. 733-762.

LEDOUX, M., et M. RIVARD (2000). « Poids corporel » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 8, p. 185-199.

LEVANTHAL, T., et J. BROOKS-GUNN (2000). « The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes », *Psychological Bulletin*, 126, p. 309-337.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MONTMARQUETTE, C., et M. MEUNIER (2001). *Le système scolaire québécois. État de la situation et éléments de réflexion*, Centre d'études sur l'emploi et la technologie (CETECH). [En ligne].

http://www.cetech.gouv.qc.ca/site/documents/Systeme_scolaire_quebecois.pdf

ROWE D. C., et D. J. FLANNERY (1994). « An examination of environmental and trait influences on adolescent delinquency », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 4, p. 374-389.

SAMPSON R. J., et J. H. LAUB (1994). « Urban poverty and the family context of delinquency: a new look at structure and process in a classic study », *Child Development*, 65, p. 523-540.

SANTOR, D. A., D. MESSERVEY et V. KUSUMAKAR (2000). « Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: Predicting school performance, sexual attitudes and substance abuse », *Journal of Youth and Adolescence*, 29, p. 163-182.

ST-LEGER, L., et D. NUTBEAM (2000). « Research into Health Promoting Schools », *Journal of School Health*, vol. 70, n° 2, p. 45-50.

TOWBERMAN, D. B. (1994). « Psychosocial antecedents of chronic delinquency », *Journal of Offender Rehabilitation*, 1-2, p. 151-164.

