

MCours.com

Chapitre 1 Revue de la littérature

Être parent a toujours été pour la mère autant que pour le père un rôle associé à de grandes responsabilités. Auparavant, de façon générale, les mères s'occupaient de l'éducation des enfants et les pères pourvoyaient aux besoins financiers de la famille. Depuis quelques décennies, les femmes, en accédant massivement au marché du travail rémunéré, ont fait transformer la répartition des responsabilités parentales ainsi que les attentes de la société vis-à-vis le rôle de chaque parent. Aujourd'hui, la société s'attend à ce que les deux parents s'impliquent de plus en plus sur tous les plans dans leur rôle respectif, dès la conception de l'enfant et jusqu'à son départ dans le monde adulte. La littérature scientifique va dans le même sens en démontrant l'importance de l'implication des pères et des mères ainsi que les apports spécifiques de chacun dans le développement de leur enfant.

Toutefois, être parent, aujourd'hui comme hier, demeure une tâche complexe dont le résultat est imprévisible. L'apprentissage de ce rôle s'effectue généralement par l'exemple reçu de ses propres parents et par l'observation des autres parents ou encore par les connaissances dispensées dans diverses sources comme les cours prénataux, les livres et/ou revues de psychologie populaire sur le rôle des parents et le développement de l'enfant, etc. Malgré cela, les parents peuvent se retrouver dans des dilemmes parentaux pour lesquels ils auront besoin d'aide afin d'accomplir leur rôle puisque chaque situation est unique. L'aide peut provenir de leurs proches mais les parents peuvent également avoir recours à de l'aide professionnelle.

Certains intervenants préfèrent travailler seulement avec les mères pour corriger la situation. Pour ma part, je crois en l'importance de l'implication des deux parents afin de favoriser l'épanouissement de leur enfant dès le plus jeune âge et pour résoudre les difficultés auxquelles la famille est confrontée.

Au cours de mon stage, j'ai rencontré, dans la majorité des cas, des adolescent(e)s en difficultés d'adaptation sociale et leurs parents. Cela m'a portée à approfondir mes connaissances sur l'adolescence et sur certaines difficultés rencontrées par les adolescent(e)s, comme les troubles de conduite, la consommation de stupéfiants et les comportements suicidaires.

1.1 La plus délicate des transitions : l'adolescence

Pour certains, comme les tenants de la psychologie développementale, l'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. L'enfant passe donc d'une étape à l'autre en se développant au niveau physique et psychique (Atkinson et al. 1994). Pour les psychologues qui s'inscrivent plutôt dans un courant psychodynamique, l'adolescence représente une période de crise au cours de laquelle les parents sont remis en question dans un premier temps, par leur propre crise, celle «du milieu de la vie» («midlife crisis» ou «crise de la maturité») communément décrite par de nombreux auteurs anglo-saxons (Marcelli et Braconnier, 1986) et, dans un deuxième temps, par la crise d'adolescence de leur enfant. En service social, il s'agit avant tout d'un passage obligatoire du statut d'enfant à celui d'adulte, à un moment de la vie où des

changements s'opèrent en fonction des règles sociales qui s'inscrivent dans une histoire familiale.

Ce temps de la vie est rempli de changements et de défis stimulants mais parfois pénibles autant pour le jeune que pour ses parents. La majorité des jeunes traversent ce moment sans trop d'embûches mais pour une bonne proportion d'entre eux l'ajustement est difficile. En voulant prendre de l'autonomie et de l'indépendance face aux valeurs familiales véhiculées par les parents, l'adolescent définit progressivement ses propres valeurs et les impose à ses parents avec ses idées, ses goûts et ses désirs. Cela provoque des tensions qui augmentent parfois même jusqu'aux conflits au sein de la famille. Dans ces circonstances, les parents ont à maintenir leur démarche de détachement et à devenir plus flexibles dans la façon de concevoir leur rôle afin de laisser une plus grande latitude à leur adolescent tout en demeurant des adultes solides, cohérents, conséquents et en maintenant un encadrement propice à leur développement (Association des centres jeunesse du Québec, 1997 ; Bovay, 2000 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Certains adolescent(e)s ont été, durant leur enfance, gavés de jouets, de loisirs et de vêtements griffés. Ils ont développé un besoin d'obtenir tout et tout de suite. Ils n'ont pas appris à attendre pour l'obtention d'un bien ou pour la réalisation d'un projet. Ce manque d'autocontrôle les empêche de développer toutes sortes de projets qui les motiveraient à avancer dans la vie. De plus, ils n'ont pas appris que certains de leurs désirs vont demeurer à l'état de désirs.

Les adolescent(e)s ont donc intérêt à apprendre à gérer les refus, les délais et à être confrontés à la réalité sociale. De plus, les interdits non négociables des parents sont sécurisants pour eux, car ils n'ont pas à porter la responsabilité des événements et des décisions de leur vie (Feuga, 1998)

L'adolescence est la période de la vie au cours de laquelle les ami(e)s prennent une importance quasi vitale. Les relations d'amitié sont très nombreuses et le besoin d'assiduité des rencontres entre les adolescent(e)s est pratiquement quotidien. De plus, c'est dans le groupe de pairs que les contacts avec le sexe opposé surviennent (Claes, 1999). Les ami(e)s sont une source d'information et de renforcement dans leurs choix. Ils permettent une reconnaissance immédiate à travers les styles, les modes, la musique et toutes les identifications "non adultes" (Tamarcaz, 1997 ; Valois et Robichaud, 1998). Ensuite, les expériences vécues avec les pairs ou avec les parents de leurs ami(e)s leur offrent une nouvelle vision de la vie et une façon différente de faire les choses. Ces apprentissages les aident dans leur cheminement personnel, surtout pour les jeunes qui vivent dans une famille qui présente des difficultés majeures comme des problèmes de santé mentale, de toxicomanie chez les parents, de violence conjugale et/ou familiale ou encore des dysfonctionnements au niveau de la communication et des renversements des rôles parent/enfant, etc.

Du fait que les relations d'amitié se passent dans la majorité des cas à l'extérieur du foyer familial, les parents ne peuvent contrôler le choix des ami(e)s de leur adolescent. Pour certains parents, les ami(e)s représentent donc une menace à la réussite

de leur tâche d'éducateur. En plus, ils craignent que leur enfant se laisse entraîner dans des comportements inadéquats comme la consommation de stupéfiants, le vol, la sexualité précoce et le décrochage scolaire. Les parents doivent apprendre à faire confiance au jugement de leur enfant et en sa capacité de raisonner.

Les problèmes vécus par certains adolescent(e)s sont reliés à différents facteurs ou cumul de facteurs tels les conflits dans le couple, la façon d'éduquer les enfants, l'absence ou l'absence d'implication d'un parent dans la vie du jeune ainsi que certains traits personnels. Le choix du groupe de pairs est plutôt relié au vécu de l'adolescent et à son besoin de s'identifier à des jeunes vivant des joies ou des tourments similaires aux siens (Saint-Jacques et al., 1999).

Selon Claes (1999), la majorité des problèmes familiaux sont associés avec l'éveil de craintes et de sentiments de nostalgie et/ou de perte chez les parents. Cela serait créé d'une part, par la prise d'autonomie de plus en plus grande de l'adolescent et, d'autre part, par les parents eux-mêmes qui entretiennent des attentes (être sportif, bien réussir à l'école, etc.) à l'égard de leur enfant. Les jeunes les déçoivent lorsqu'ils ne correspondent pas exactement à leurs idéaux. Pour d'autres parents, c'est plutôt leurs propres rêves de vie non réalisés durant leur adolescence ou durant leur période de jeune adulte qu'ils veulent voir accomplir par leur enfant, sans pour autant se préoccuper des goûts et des affinités de celui-ci.

De son côté, Marcelli et al. (1986) traite aussi des craintes du parent mais il associe plutôt celles-ci au souvenir de leur propre vécu d'adolescent, comme par exemple, l'expérimentation de la sexualité non désirée, la consommation de drogue ou différents troubles de comportement qui surviennent à cet âge. Ces parents se retrouvent avec des appréhensions face aux futures expériences de leurs adolescent(e)s.

Ces craintes font augmenter les divergences entre les parents quant à la façon d'éduquer leur enfant et occasionnent ainsi de nouveaux conflits au sein du couple. Si l'adolescent fait des "bêtises", l'un des parents peut accuser l'autre de son manque de fermeté ou de son excès de sévérité, de son absence physique ou psychologique, de son style de relation égalitaire avec son enfant au lieu d'une relation parent/enfant, etc. La façon d'éduquer les enfants est reliée aux valeurs, aux croyances et aux idéologies des parents. La réceptivité de l'adolescent(e) envers les valeurs véhiculées par ses parents et les difficultés que le jeune peut développer sont reliées aux habiletés éducatives des parents (Deslandes et al., 1994; Poulin et al., 1998).

Par ailleurs, les adolescent(e)s, tout comme les plus jeunes enfants, ont besoin de parents qui s'impliquent dans leur développement social, affectif, intellectuel et physique afin de pouvoir s'épanouir et s'actualiser. L'absence d'implication d'un parent ou son absence physique a des conséquences sur l'adolescent(e). D'après l'Institut de la statistique du Québec (2000), en 1998, lorsqu'un parent est absent, c'est plus souvent le père, car sur 15,9% des familles monoparentales, la femme est le parent unique dans

12,9% des cas. Aucune donnée statistique ne nous est fournie concernant l'implication active ou non des parents dans l'éducation de leur enfant chez les familles québécoises.

L'implication des parents peut s'effectuer dès la période de gestation autant pour le père que pour la mère car les sens du fœtus se développent progressivement. Cependant, par son attitude, la mère a une influence sur l'implication hâtive du père dans la relation avec son enfant (Badolato, 1997; Hoffman et al., 1999). Certains chercheurs ont démontré différentes façons par lesquelles le père peut commencer à créer un lien avec son futur enfant. Par exemple, la capacité de l'enfant à reconnaître son père dès le troisième jour de vie vient du fait qu'il a été en présence des molécules odorantes de ce dernier lors des moments de proximité entre ses parents durant la période de gestation (Cyrulnik, 1990, rapporté par Olivier 1994). De plus, le père peut entrer en contact avec le fœtus en plaçant sa main sur le ventre de sa conjointe, en le frictionnant et en appelant son enfant de façon répétitive. Après quelques tentatives, le fœtus répond en frappant à cet endroit (Veldman, 1980 cité par Olivier, 1994).

Après la naissance et tout au long de l'enfance, les parents participent au développement global de l'enfant par l'entremise des interactions qu'ils ont avec lui. Le père, tout comme la mère, joue un rôle important. Diverses études (Badolato, 1997 ; Belsky, 1998 ; Chamberland, 1987 ; Kazura, 2000 ; Labrell, 1997 ; Lamb, 1997 ; Miljkovitch et al., 1998) ont démontré cette importance dans le développement des habiletés cognitives et/ou intellectuelles des enfants, dans leurs compétences sociales et dans leur identité sexuelle. Le père utilise un langage plus complexe, implicite et moins

direct en s'exprimant de façon plus autoritaire et en demandant plus d'attention de la part de l'enfant. Il oblige ce dernier à accroître sa capacité langagière et cognitive, à favoriser le développement de ses aptitudes, à résoudre ses problèmes et à développer ses habiletés sociales. L'enfant se retrouve donc à avoir des attentes différentes envers lui. C'est-à-dire que s'il veut une réponse explicite, il va poser la question à sa mère alors que s'il veut seulement un indice pour pouvoir lui-même trouver sa réponse, il aura tendance à interpeller son père. Lors des périodes de jeux, le père aime interpeller son enfant surtout au niveau moteur et en utilisant leur capacité imaginaire. Par exemple, il joue à lancer l'enfant dans les airs ou le fait manger, "en transformant tout en auto", etc.

Avec leurs différences, les parents doivent coopérer ensemble dans l'éducation de leurs enfants. Cette coopération mutuelle est bénéfique pour le jeune, car lorsqu'un des parents est au bout de ses limites ou de sa capacité à faire face à une situation difficile, l'autre parent peut prendre la relève ou encore l'appuyer dans le but d'obtenir ce qu'il croit être le mieux pour le bien-être de leur enfant (Harris et al., 1998). À l'inverse, les conflits dans la relation de couple amènent le père à se détacher de son rôle paternel et à devenir de plus en plus absent dans la vie de son enfant. Cela occasionne l'apparition précoce de problèmes comme les difficultés scolaires, la consommation de cigarettes, de drogues ou d'alcool, une faible estime de soi, des syndromes dépressifs, des troubles de comportement en plus des grossesses non désirées chez les filles à l'adolescence (Alain et Lussier, 1988; Beaty, 1995; Gratton, 1987; Harris et al., 1998; Jenkins et Zunguze, 1998; Nurco et Monroe, 1996; Turcotte et al., 2001). Lorsqu'il y a divorce ou séparation, le père a plus tendance à maintenir son rôle auprès de son enfant

s'il a construit un lien affectif rempli d'interactions positives avec lui en bas âge (Turcotte et al., 2001).

La relation père/fille est aussi importante que la relation père/fils, car la façon dont le père respecte et démontre de l'affection et/ou de l'amour à sa conjointe sert de modèle à la fille dans ses futures relations avec le sexe opposé. L'absence ou le peu d'implication du père amène l'adolescente à avoir des difficultés à établir des relations avec les hommes. Ainsi, elle aura des difficultés à créer des liens de confiance avec eux et à construire une relation amoureuse satisfaisante avec son futur compagnon (Mattox, 1999).

Pour le garçon, l'absence ou la faible implication du père a des effets négatifs sur son estime personnelle et son image masculine. Le rôle du père dans le développement de son enfant devient peu important et le garçon aura tendance à reproduire ce modèle lorsqu'il sera lui-même un père. Au cours de l'adolescence, le garçon devient plus dépendant envers ses pairs masculins, peu enclin à la compétition dans les jeux ou les sports et montre plus de comportements agressifs à l'égard des femmes (Beaty, 1995 ; Harrison, 1997).

A l'adolescence, les parents doivent maintenir leur apport dans l'épanouissement de leur enfant. Plusieurs parents s'imaginent que l'adolescent n'a plus ou très peu besoin d'eux, qu'il est capable de s'organiser, d'être autonome et qu'il n'est pas intéressé à la vie familiale. Cependant, un sondage pancanadien effectué en 1992 auprès

d'élèves du niveau secondaire révèle que 90% des jeunes ont des attentes élevées à l'égard de leur vie familiale. Les jeunes mentionnent qu'ils sont préoccupés par les problèmes reliés à leurs parents, comme les difficultés financières, l'état de santé et le vieillissement, les rapports qu'ils ont avec eux ainsi que la relation conjugale de ceux-ci. Les adolescent(e)s s'attendent aussi de leurs parents qu'ils soient présents, disponibles et capables de communiquer avec eux dans un climat de confiance. Les jeunes veulent également recevoir de l'aide de la part de leurs parents tout en ayant une autonomie et une vie intime (Holmes et Silverman, rapporté par Valois et Robichaud, 1998).

Lorsque les attentes sont comblées et que la cohésion familiale suscite un fort sentiment d'appartenance, les adolescent(e)s acceptent plus facilement les valeurs enseignées par leurs parents, surtout les valeurs socio-économiques, les habitudes de consommation, l'appartenance religieuse et l'adhésion politique (Valois et Robichaud, 1998). Comme nous l'avons mentionné précédemment, les parents transmettent à leur enfant leurs valeurs à travers les pratiques parentales. Toutefois, chaque parent a sa propre façon de faire et cela est en lien avec ses valeurs, ses croyances, ses attentes et son bagage personnel.

Enfin, par ses attitudes et ses comportements, l'adolescent teste les valeurs, les opinions, les habiletés et les limites de ses parents. Il les oblige donc à se remettre eux-mêmes en question et lorsque les parents ont des difficultés majeures dans leur vie familiale, leur vie de couple ou leur vie personnelle, ce passage de statut se transforme en un passage rempli de difficultés. L'adolescent se retrouvera donc dans un contexte

difficile et risque de développer divers problèmes de comportement extériorisés et/ou intériorisés, comme ceux présentés dans la figure 1.

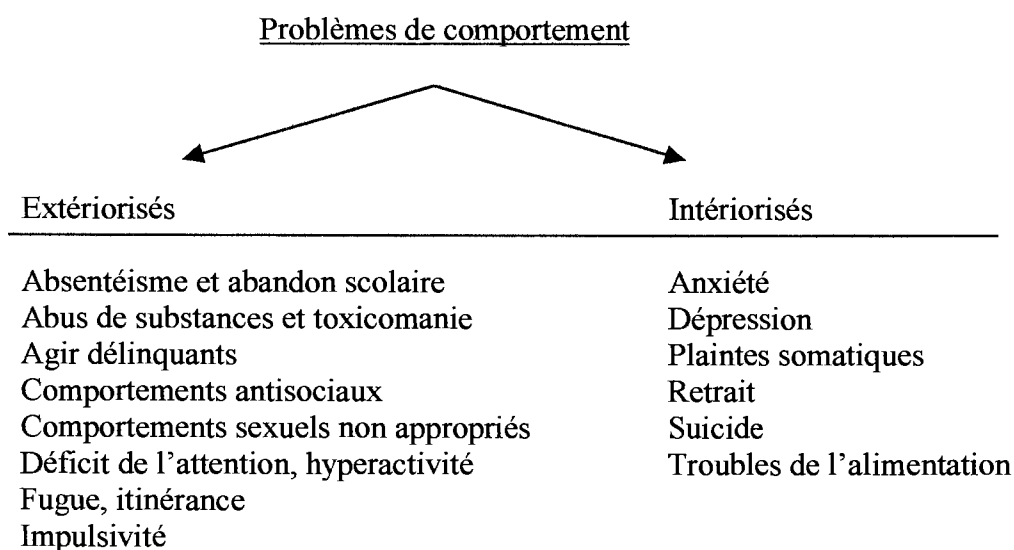


Figure 1 : Classification possible des problèmes de comportement

Source : Saint-Jacques et al. (1999)

Si les parents n'ont pas de difficulté majeure dans leur vie personnelle, leur vie de couple ou leur vie familiale et qu'ils ont des habiletés parentales adéquates et similaires, l'adolescence de leur enfant constituera une période où celui-ci risque de se développer de façon positive. En plus, l'adolescent développera les habiletés essentielles pour avoir des relations interpersonnelles positives avec autrui (Robinson, 2000). Le jeune apprendra à s'affirmer en prenant ses propres décisions pour son avenir tout en restant tiraillé, pour un certain temps, entre les valeurs de ses parents et les siennes qui se développent. Comme le mentionne Claes (1999), les démarches qui garantissent le passage progressif de l'adolescence vers la maturité adulte sont la prise de décisions sans se référer à l'autorité parentale ainsi que l'affirmation de son individualité et de ses particularités en se démarquant des idées et des intérêts de ses

parents. L'une des plus grandes difficultés des adolescent(e)s est l'ambiguïté d'une double référence, car ils n'appartiennent plus au monde de l'enfance et ils sont trop jeunes pour être dans celui des adultes.

L'adolescence peut donc être difficile au point où le jeune manifeste des problèmes de comportement qui pourraient parfois aller jusqu'à mettre sa sécurité, son développement et même sa vie en danger. Ces problèmes peuvent se traduire par les troubles de conduite, la toxicomanie (abus d'alcool ou de drogues) et le suicide. La partie suivante présente une revue de la documentation concernant ces trois troubles de comportement.

1.2 Les troubles de conduite chez les adolescent(e)s

Durant la petite enfance, les nouveau-nés expriment leurs besoins et leurs désaccords par des pleurs. Un peu plus vieux, ils énoncent leurs besoins verbalement mais leurs mécontentements sont encore manifestés par des pleurs et même parfois des crises comme par exemple en se roulant par terre et en pleurant de façon excessive. Leur capacité à gérer les frustrations, à attendre patiemment, à se conformer aux valeurs, aux règles sociales et familiales est en plein développement. Les parents doivent, dès la naissance, développer les habiletés d'autocontrôle chez l'enfant, car cette capacité d'autocontrôle est reliée avec le processus d'adaptation sociale qui se développera graduellement vers l'âge de deux ou trois ans (Mischel, 1973,1974 rapporté par Cournoyer, 1987).

L'adaptation sociale est un processus permettant à l'enfant de s'épanouir en vivant en société. L'enfant s'adapte à partir de ses capacités cognitives et du lien d'attachement entre les parents et l'enfant et selon la perception qu'il a de lui-même (estime de soi). Les enfants qui se sentent en sécurité et aimés de leurs parents sont en général plus sociables. Ils présentent une meilleure estime d'eux-mêmes, contrôlent mieux leur colère et leur agressivité. Cela les amène à avoir plus de comportements d'altruisme, à respecter davantage l'autorité et à avoir une meilleure capacité de résolution de problèmes. De ce fait, ils développent moins de troubles de comportement à l'adolescence (Bee, 1997).

L'estime de soi permet à l'enfant de croire en sa propre capacité de réussir ce qu'il entreprend. L'estime se construit au fil des jours à partir des interactions et de l'image positive que lui renvoient les personnes significatives de son entourage. Par la suite, l'entourage, les pairs et les enseignants contribuent au maintien et à l'évolution de l'estime de soi. Enfin, l'appréciation subjective que l'enfant a de lui par rapport notamment, à ses valeurs, à ses croyances et à ses idéaux a un impact sur l'image qu'il a de lui-même. L'estime de soi est donc le résultat d'une somme d'expériences enrichissantes (Duclos, 2000 ; Dumas et Pelletier, 1997).

Pour certaines personnes, l'adaptation sociale est plus difficile à réussir soit à cause d'une déficience intellectuelle, du lien d'attachement parent/enfant non sécurisant, de l'implication parentale insuffisante dans la vie de l'enfant ou d'autres difficultés familiales qui empêchent les parents de s'impliquer dans l'éducation de leur enfant. A

ce moment-là, certains enfants vont développer des comportements négatifs comme les colères, les contestations répétitives, les oppositions aux demandes des adultes, etc., pour ensuite, à l'adolescence, développer des troubles de conduite. Cependant, ces troubles ne sont pas toujours présents au point de pouvoir mener à un diagnostic formel comme on en retrouve dans le DSM-IV (Annexe 1). De plus, les troubles de conduite peuvent apparaître aussi à l'adolescence sans pour autant avoir été précédés de d'autres troubles au cours de l'enfance.

Dans la littérature, les troubles de conduite sont nommés de diverses façons: comportements antisociaux, violence ou agression envers autrui, conduite délinquante, et comportements délinquants. Ces termes expriment diverses nuances quant à l'analyse de la situation des enfants et des adolescent(e)s, mais ils signifient tous que les jeunes expriment leur souffrance, leur colère, leur mal de vivre en commettant des agressions verbales et physiques envers autrui ou le bien des autres, en volant, en ne respectent pas l'autorité parentale ni celle des enseignants ou d'autres adultes, en s'absentant fréquemment de l'école sans autorisation parentale, etc. Dans ce rapport, l'utilisation du terme troubles de conduite fait plutôt référence aux comportements de violence physique et verbale, aux difficultés de socialisation et à l'absence de respect des règles parentales et scolaires chez les adolescent(e)s.

En Amérique du Nord, le pourcentage d'adolescents, âgés entre 12 et 18 ans, qui manifestent des troubles de conduite oscille entre 2% et 16% (Coie, 1998 ; Mandel, 1997 ; Pelletier et al., 1999, 1995 ; Saint-Jacques et al., 1999 ; Toupin et al., 1998).

Cette variation dépend de la définition que chaque auteur donne à l'expression «problèmes de conduite chez les adolescent(e)s». Toutefois, tous s'entendent pour dire que plus l'enfant débute ce type de comportement en bas âge, plus le risque de le maintenir durant l'âge adulte est probable quoiqu'il décline rapidement après l'âge de 35 ans pour devenir très rare après l'âge de 55 ans (Conseil Permanent de la jeunesse, 1995).

Les facteurs pouvant conduire le jeune à développer des troubles de comportements sont associés à lui-même, ainsi qu'à son environnement familial et social. Vitaro (1998) a proposé un schéma linéaire afin d'illustrer l'étiologie des problèmes d'adaptation de la naissance à l'adolescence (figure 2).

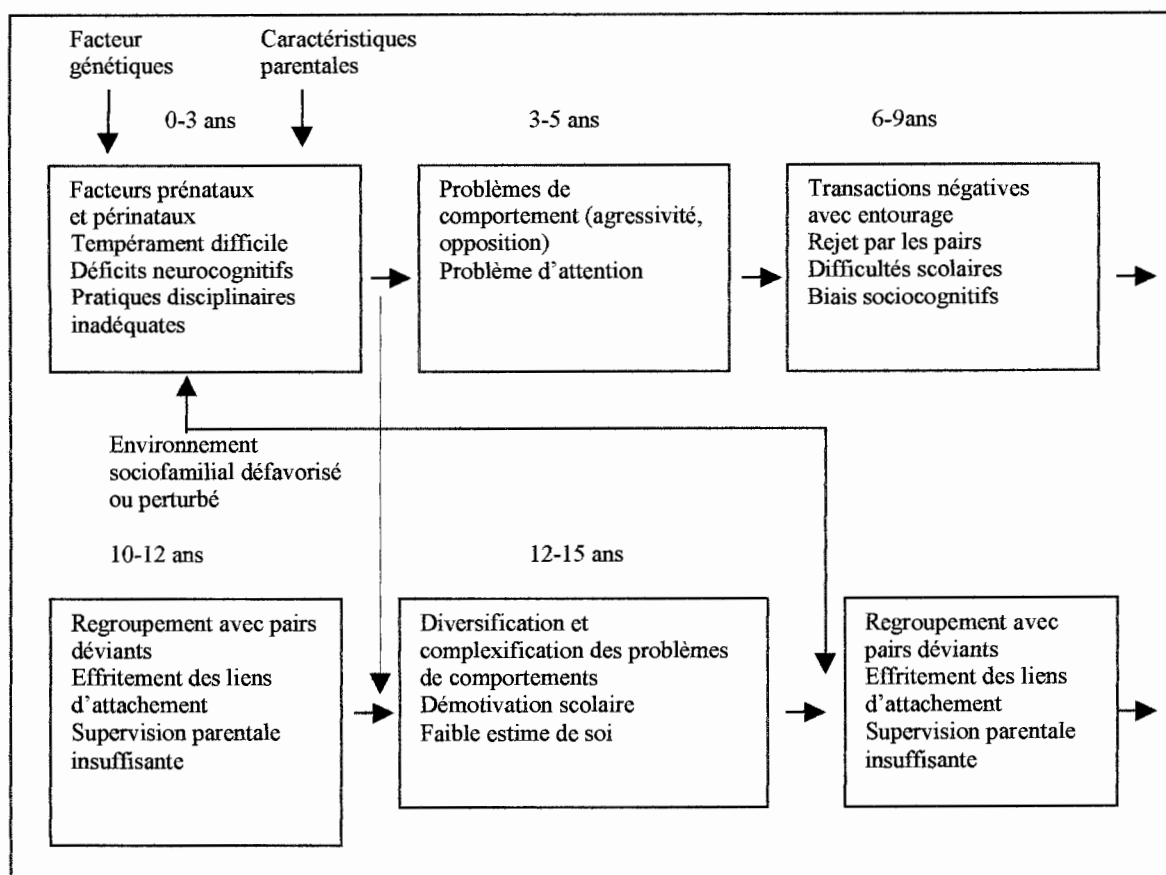


Figure 2: Un modèle étiologique des problèmes d'adaptation de la naissance à l'adolescence (version linéaire schématisée)

Le contexte social et le niveau de défavorisation économique du milieu font partie des facteurs qui conduisent un enfant à développer des troubles de conduite. La pauvreté, la monoparentalité, les difficultés personnelles des parents comme les problèmes de santé mentale, l'alcoolisme, les démêlés avec la justice ou l'instabilité maritale sont des événements qui augmentent le stress chez les parents. De ce fait, ils sont moins aptes à être cohérents, conséquents, "encadrants" et soutenant comme l'enfant en a besoin. Ces parents ont souvent tendance à utiliser des comportements qui favorisent plutôt des interactions marquées par les contraintes réciproques au lieu d'encourager les comportements socialement acceptés. Lors de désaccord avec leur

enfant, les parents le menacent ou le punissent démesurément sans prendre le temps d'expliquer les raisons de leur décision. Le jeune, de son côté, s'oppose farouchement en utilisant des comportements similaires à ses parents. En retour, les parents sont portés à abandonner les exigences de départ, ce qui a pour effet d'encourager le jeune à reproduire des comportements d'opposition. À l'âge scolaire, l'enfant n'a pas développé des habiletés nécessaires afin de pouvoir vivre aisément en groupe comme les stratégies cognitives de résolution de problèmes, les habiletés d'autorégulation et l'estime de soi. Ses capacités à établir des relations amicales sont donc affectées. Il devient turbulent afin d'obtenir de l'attention ce qui ne fait qu'entraîner du rejet de la part de ses pairs et des adultes.

Progressivement, le jeune qui est rejeté impose de plus en plus sa façon de vivre, ce qui s'ajoute au fait que de façon générale les jeunes en deviennent de plus en plus sélectifs dans le choix de leurs amis. Le jeune va donc avoir tendance à fréquenter progressivement les groupes de pairs déviants et à employer des comportements qui l'amènent à des troubles de conduite dont le degré variera beaucoup selon chacun d'eux (Coie, 1998 ; Fergusson et al., 1999 ; Fortin et Favre, 2000 ; Mandel, 1997 ; Saint-Jacques et al., 1999 ; Stern et Smith, 1999 ; Toupin et al., 1998).

Puisque le besoin d'avoir son groupe de pairs est quasi primordial à l'adolescence, le jeune qui vit du rejet et des difficultés émotives ira vers les personnes qui l'accueillent, c'est-à-dire d'autres jeunes ayant eux aussi des problèmes familiaux, des attitudes comportementales, des valeurs, des traits de personnalité similaires aux

siens. Ensemble, les jeunes vont pouvoir créer des liens d'amitié mais ceux-ci seront caractérisés par davantage de disputes, de comportements agressifs et d'impulsivité dû à leur faible capacité à résoudre les problèmes et à davantage de distorsions cognitives et perceptives (Marcus, 1996).

C'est à ce moment que les pairs déviants ont une influence sur le jeune, car comme dans toute relation, les individus s'inter-influencent. Cette influence s'exerce à partir du lien d'attachement qu'ils ont créé entre eux et de la grande quantité de temps passé ensemble, ce qui est souvent le cas chez les groupes de jeunes (Coie, 1998 ; Fergusson et al., 1999 ; Fortin et Favre, 2000 ; Mandel, 1997 ; Morizot et LeBlanc, 2000 ; Stern et Smith, 1999).

Certains adolescent(e)s qui ont des troubles de conduite démontrent aussi des comportements agressifs, verbaux ou physiques envers autrui et envers leurs parents. Au niveau verbal, il s'agit de paroles blessantes, d'injures, de sarcasmes, de menaces, du chantage, des cris et du racisme. Au niveau physique, ces comportements sont des bousculades, des bagarres, des coups avec les poings ou les pieds, des tapes, des gifles, des empoignades comme maintenir une autre personne de force. Dans la majorité des cas, la violence débute par un langage non respectueux et peut conduire à une escalade jusqu'aux voies de fait graves envers les parents ou envers d'autres personnes (Fortin et Favre, 2000 ; Pelletier et al., 1999).

Les comportements délinquants conduisent parfois à la consommation de substances illégales comme les drogues ou encore à la consommation d'alcool (Bui et al, 2000 ; Fortin et Favre, 2000). L'addition de la consommation d'alcool ou de drogue aux comportements agressifs ne peut qu'augmenter les difficultés du jeune et l'amener à des troubles de conduite plus sévères.

1.3 La consommation de drogue et d'alcool chez les adolescent(e)s

L'expérimentation d'alcool et de drogue s'effectue souvent durant l'adolescence comme si cela faisait partie d'un rite de passage vers l'âge adulte. Pour certains, la première occasion leur est offerte lors d'une fête familiale où les parents servent un verre de vin ou de bière à leur adolescent. Ainsi les parents endossent cette façon de festoyer. Pour d'autres, la première expérience se fait avec le groupe de pairs. Heureusement, seul un faible pourcentage (autour de 5% selon Girard, 1997) d'entre eux aura des problèmes de consommation avec ces substances au point d'avoir besoin de consulter dans un centre de désintoxication où leur situation sera signalée à la Direction de la Protection de la jeunesse.

La prévalence de la consommation d'alcool et de drogue est difficile à établir du fait que le nombre de jeunes de la rue consommateurs d'alcool ou de drogues disposés à participer à ce type d'étude est faible. Néanmoins, quelques études démontrent l'ampleur du problème. Tout d'abord, au Canada, en 1991, il a eu 510 décès d'adolescent(e)s reliés à la consommation de drogues. Dans les hôpitaux canadiens, 21 746 jeunes de moins de 21 ans ont été traités pour des problèmes reliés à la

surconsommation, au sevrage ou à des problèmes de santé mentale reliés à la consommation de drogues (Fralick et Hyndman, 1997).

Au Québec, d'après le rapport Bertrand publié en 1990 (Grenier et Gilbert, 1998), les trois quarts des adolescent(e)s consommaient de l'alcool sans pour autant en abuser et un quart avait déjà consommé des drogues illégales. Une étude réalisée dans la région de l'Outaouais, indique qu'un jeune sur quatre déclare avoir été initié à l'alcool avant l'âge de 13 ans, qu'un adolescent sur cinq consomme plus de six bières ou verres d'alcool dans une même activité et que dix pour cent d'entre eux consomment de la marijuana chaque semaine (Deschenes, 1996 rapporté par Saint-Jacques et al., 1999). Enfin en 1995, une étude réalisée par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Nord-du-Québec (1996) révèle que parmi 1 469 jeunes de 11 à 19 ans, 12,4% consomment de l'alcool régulièrement et 7,4% consomment régulièrement des drogues.

En général, les adolescent(e)s ayant des problèmes de toxicomanie ont pris leur premier verre d'alcool vers l'âge de dix ans et ont débuté leur consommation de drogue, comme le cannabis, vers l'âge de 12 ans. Dans la majorité des cas, ces jeunes toxicomanes consomment le plus souvent avec les pairs (LeBlanc, 1996).

Même si la majorité des jeunes consomment de façon occasionnelle, il faut prendre au sérieux leur consommation car, pour certains, les raisons qui les amènent à absorber ces substances en grande quantité et de façon répétitive signifient souvent un besoin de s'évader de leur réalité. N'ayant pas appris à tolérer ou à résoudre leurs

souffrances, ils utiliseront ces substances pour les soulager et ainsi vivre du plaisir. De plus, les symptômes de dépendance ou de consommation abusive apparaissent dans la majorité des cas plusieurs années après le début d'une consommation d'alcool ou de drogue (Girard, 1997 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Les jeunes débutent à consommer de l'alcool ou des drogues pour diverses raisons. Les premières consommations sont prises pour satisfaire leur curiosité et avoir du plaisir, pour transgresser les règles sociales, pour prendre des risques, pour se désennuyer ou encore pour suivre le groupe d'amis. Par la suite, une bonne majorité consomme plutôt de l'alcool ou parfois de la marijuana épisodiquement pour avoir du plaisir avec leurs pairs ou lors de fêtes familiales. Certains adolescent(e)s ressentent un effet désagréable ou ne ressentent aucun effet et cessent de consommer complètement.

Cependant, afin de réduire les pressions qui s'exercent sur eux et avec lesquelles ils ne sont pas à l'aise, environ 5 à 10% des adolescent(e)s vont augmenter la quantité et le nombre de consommations car ils n'ont pas trouvé de solutions concrètes à leur souffrance psychologique. Ces tracas sont reliés soit au climat familial désagréable, à des problèmes de santé personnels ou encore aux problèmes d'une personne significative. En consommant, ils ont l'impression de se sentir mieux mais la réalité revient une fois l'effet de la consommation terminé. Cela les amène donc à consommer de nouveau et à développer des problèmes de toxicomanie. Même si, pour certains d'entre eux, leur fonctionnement social n'est pas trop affecté, plusieurs auront tendance à développer d'autres problèmes reliés à ce comportement déviant comme la rébellion

scolaire ou familiale, les vols mineurs, les comportements agressifs, le vandalisme, la promiscuité sexuelle hâtive, la prostitution, les idéations suicidaires, les troubles alimentaires (Bovay, 1993, 1996 ; LeBlanc, 1996 ; Saint-Jacques et al., 1999 ; Zoccolillo et al., 1999). Pour Charbonneau (1995), rapporté par Fralick et Hyndman, (1997) ; Girard (1997) ; Hamel (2000), c'est l'inverse : les troubles de comportement comme la prostitution, les fugues, les délits, les difficultés, les échecs scolaires et la dépression sont des éléments qui portent l'adolescent à consommer.

De plus, les jeunes qui consomment régulièrement auront tendance à effectuer une progression dans l'usage des drogues et de l'alcool. Tout d'abord, ils débentent par la consommation d'alcool, pour ensuite essayer des drogues douces comme la marijuana et les dérivés du haschich, puis viennent après les drogues de synthèse soit les hallucinogènes (PCP, LSD, acide, etc.) et les stimulants (speed, amphétamine, etc.), pour enfin consommer les drogues dures comme la cocaïne ou l'héroïne. Heureusement, ce n'est pas tous les jeunes toxicomanes qui se rendent à la consommation forte de cocaïne ou d'héroïne (LeBlanc, 1998).

L'aggravation de la consommation d'alcool et de drogues des adolescent(e)s provient de différents facteurs c'est-à-dire qu'il y a des caractéristiques reliées à l'individu, à la famille, au contexte culturel et social (Bovay, 1993,1996 ; Fralick et Hyndman, 1997 ; Girard, 1997 ; Hamel, 2000 ; LeBlanc, 1998 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Les caractéristiques individuelles qui peuvent conduire à des troubles de consommation de stupéfiants ou d'alcool sont regroupés en trois catégories. Le premier groupe des caractéristiques est directement relié à la personnalité de l'adolescent consommateur: le tempérament, la sensibilité aux drogues, les difficultés à gérer les événements stressants, la faible capacité à communiquer, le besoin constant de plaisir. Le deuxième groupe de facteurs englobe les difficultés aux plans biologique et génétique. On y retrouve le déficit cognitif, l'homosexualité, les troubles d'attention et d'hyperactivité, les problèmes de santé mentale ou physique comme les troubles de l'humeur, les handicaps ou les maladies chroniques. Le dernier groupe de caractéristiques individuelles comprend une faible estime de soi, les sentiments de culpabilité et de honte, la peur du jugement, l'isolement et la tristesse qui en découlent, la méconnaissance des conséquences des drogues, la normalisation de la consommation de stupéfiants, l'expérimentation précoce de ces substances, l'association avec des pairs déviants, les conflits avec l'autorité et l'agressivité. C'est-à-dire que les impacts sur l'individu proviennent des conséquences de l'influence des autres, de l'éducation familiale et de la permissivité du contexte social.

Au niveau familial, les causes sont multiples et peuvent être regroupées en deux catégories. D'une part, les événements stressants de la vie comme les naissances, les décès, l'immigration d'une famille, les déménagements, la rupture conjugale, le chômage, les difficultés financières, les accidents, la psychopathologie d'un ou des parents et la pauvreté culturelle et financière sont des éléments souvent retrouvés dans l'histoire familiale du jeune consommateur. D'autre part, certains éléments sont reliés

aux attitudes et aux comportements des parents et à leurs habiletés parentales. Certains parents, par leur propre alcoolisme et leur attitude permissive, donnent à leur adolescent(e)s une autorisation implicite de consommation en impliquant le jeune dans des habitudes de consommation et par l'achat de drogue ou d'alcool pour le jeune. Pour d'autres parents ce sont les conflits familiaux entre eux et avec leur adolescent qui conduisent le jeune à maintenir et à augmenter sa consommation. Dans d'autres familles, ce sont les pratiques parentales qui portent le jeune à consommer afin d'oublier sa réalité. L'absence de surveillance des enfants par leurs parents, l'absence d'encadrement, de louange, de rétroaction positive ou à l'inverse trop de feedback négatif se retrouvent parmi les éléments précurseurs de la consommation. Ceux-ci s'ajoutent au manque de reconnaissance et aux critiques excessives par les parents, lesquelles créent un faible lien affectif entre les parents et les enfants et suscitent une déficience au niveau de l'attachement familial. Le jeune se sent seul, sans soutien de la part de ses parents, et il choisit un groupe de pairs qui vivent des situations familiales similaires, et qui sont donc plus à risque de déviance (Asselin et Bouchard 1996 ; Bovay, 1993 ; Fralick et Hyndman, 1997 ; Saint-Jacques, 1999).

Dans ces familles, la communication est souvent rigide. Elle engendre des blocages ou des ruptures entre les parents et l'adolescent. Dans ce type de communication l'adolescent devient une sorte de «monnaie d'échange indirect», c'est-à-dire qu'un parent l'utilise pour transmettre des messages à l'autre parent ou encore lui demande de prendre parti pour l'un ou pour l'autre parent. De plus, lorsque la communication est dysfonctionnelle, les moments de crises familiales constituent

souvent les seules occasions d'échange et d'expression de ce que chacun pense concernant les frustrations accumulées ou encore leur compréhension de la situation familiale (Fralick et Hyndman, 1997 ; Hamel, 2000 ; LeBlanc, 1998).

Dans ces familles, les règles sont souvent peu claires et incohérentes. Les parents ont des réactions inconséquentes vis-à-vis les comportements des enfants. Une grande permissivité est souvent associée à l'absence de contrôle ou à l'inverse, un excès de vérification est exercé sur les jeunes. Ainsi, des exigences disciplinaires trop strictes conduisent le jeune à consommer à cause de la rébellion qu'elles entraînent vis-à-vis de sa famille et de la société en général (Saint-Jacques et al. 1999).

Des difficultés transgénérationnelles et intragénérationnelles comme des secrets, des non-dits, des tabous, des alliances, une structure familiale clanique, en plus des difficultés liées à la possibilité d'identification à l'image paternelle et un surinvestissement de la part de la mère sont souvent présentes dans la vie des jeunes toxicomanes (Marcelli et Braconnier, 1986).

Asselin et Bouchard (1996) soutiennent aussi que la famille a une grande importance dans l'apparition des problèmes de consommation chez les jeunes. Pour eux, la drogue sert de « médiateur » dans la relation entre le jeune et son environnement familial, car lorsque la consommation arrête, suite à un suivi ou par une décision personnelle du jeune, la famille se retrouve avec le problème fondamental qui a conduit le jeune à consommer. Dans l'approche systémique et en thérapie familiale, ce

phénomène est communément appelé la fonction du symptôme. Lors de l'arrêt de la consommation par un de ses membres, la famille est déstabilisée et le patient désigné n'y joue plus le même rôle. La famille peut soit régler le problème à la source, soit créer un nouveau symptôme afin d'ensevelir les difficultés réelles.

La consommation régulière de drogue ou d'alcool a un impact sur l'entourage du consommateur. Laroche (2000) stipule qu'environ vingt à trente personnes dans l'entourage immédiat sont affectées par la toxicomanie d'un proche. De plus, elle modifie les intérêts des adolescent(e)s qui cessent la pratique des sports ou des activités parascolaires. Ils fréquentent plus souvent des amis consommateurs au détriment de l'ancien groupe de pairs. Les échecs et l'absentéisme scolaire augmentent, ce qui peut conduire au décrochage scolaire. Les jeunes consommateurs ont souvent des démêlés avec la justice pour des délits comme le vol à l'étalage, le vandalisme, la possession de stupéfiant, la fugue, etc. Les vols débutent souvent dans la maison familiale. Le jeune prend de l'argent sans permission et ne le remet pas. Il vole des objets de valeur comme des bijoux, des outils et les revend sur le marché noir. Par la suite, lors d'une sortie de ses parents, il vole les appareils ménagers, le téléviseur, la chaîne stéréo, etc. Certains parents ferment les yeux sur ce comportement et donnent ainsi indirectement la permission à l'adolescent de recommencer. Ils remplacent les objets sans rien dire afin de ne pas aggraver la situation de leur enfant (Bovay, 1996 ; Girard, 1997 ; Laroche, 2000 ; Payette et Tousignant, 2000 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Le milieu social a aussi un impact sur la consommation des jeunes. Tout d'abord, par sa tolérance véhiculée à travers les publicités, les revues, la télévision et les autres médias qui encouragent les jeunes à consommer. Ensuite, par la permissivité de certains milieux qui autorisent de façon implicite la consommation de drogue ou d'alcool dans les endroits publics en ne la sanctionnant pas.

Outre les problèmes de comportements concomitants, les conséquences reliées à la consommation sont la dépendance physique et psychologique, l'endettement, la possibilité d'une marginalisation ainsi que les problèmes de santé physique et psychologique (Tableau 1).

Tableau 1 : Types de produits, les effets physiques et psychologiques

Drogues	Effets physiques Aigus	Effets chroniques	Effets psychologiques
Colle, solvant	Confusion Asphyxie	Hépatotoxicité Néphrotoxicité	Altérations des perceptions Troubles de concentration
Marijuana Cannabis	Irritation conjonctivale et pharyngée	Perte de poids, carcinogénèse	Désinhibition
Haschich	Hypotension orthostatique, irritabilité, céphalées, nausées	Perte de poids	Euphorie, Anxiété
PCP, LSD	Hypertension artérielle		Perte de contrôle émotif
Hallucinogène	Mydriase		Hallucinations
Angel dust	Ataxie		
Acide	Tremblement, coma		Agitation, psychose, confusion, état de panique
Cocaïne, crack	Mydriase	Anorexie	Agitation
Free base	Hypertension artérielle	Atrophie muqueuse nasale	Paranoïa
Amphétamine	Diaphorèse	Amaigrissement	Dépression
Speed	Hémorragie intracrânienne, infarctus, convulsion	Troubles cardiaques	
Barbiturique	Mydriase	Somnolence	Troubles émotionnels
Sédatif	Hyporéflexie, hypotension artérielle, dépression SNC, ataxie, convulsion, coma	Apathie, gain de poids	Délires
Morphine	Myosis	Anorexie	Agitation
Héroïne	Hypertension artérielle	constipation	Paranoïa
Codéine	Œdème pulmonaire		Dépression
Narcotiques	Dépression, choc		Délires

Source : Girard (1997)

Il est cependant difficile de déterminer si les conséquences sur la santé mentale des adolescent(e)s sont des effets de la consommation ou des causes de celle-ci car les jeunes sont en plein développement physique et psychique (Girard, 1997).

Les conséquences de la consommation de drogues sur la santé sont reliées avec le mode d'administration de ces substances. Par voie orale, le risque est plus au niveau des gastrites. Si la drogue est inhalée, les risques médicaux vont de la pharyngite, la

bronchite, la toux, l'expectoration, la carcinogène, la rhinite à la perforation nasale. Par voie intraveineuse, les complications sont plus graves car la possibilité de contracter des maladies peut provoquer la mort ou d'autres maladies incurables comme le virus d'immunodéficience acquise et le sida, la phlébite, l'endocardite, la septicémie et l'hépatite B et C (Girard, 1997).

La consommation d'alcool, de drogues illégales et l'abus de médicaments peuvent être reliées au suicide (Payette et Tousignant, 2000). Les accidents, le suicide et les homicides comptent pour plus de 75% des décès chez les jeunes de 15 à 24 ans et l'intoxication intervient comme facteur contributif. De plus, 51% des jeunes admis dans les centres de traumatologie ont des tests de dépistage d'alcool et/ou de marijuana positifs (Girard, 1997).

1.4 Le suicide chez les adolescent(e)s

Le décès d'une personne aimée, soit de façon naturelle, par accident ou par maladie, est un événement de la vie très difficile à surmonter. Lorsque le décès survient par suicide, c'est une catastrophe incompréhensible pour ceux qui demeurent. La multitude de sentiments vécus à ce moment et la méconnaissance des facteurs ayant conduit le disparu à passer à l'acte, les amènent à se sentir responsables de la situation ou encore à nier la réalité qu'ils perçoivent. Il est épouvantable de penser que la détresse d'une personne est telle que celle-ci estime que la seule façon de résoudre ses problèmes est de mourir. Pour certains suicidaires, se suicider ne veut pas nécessairement dire vouloir mourir. Il veut plutôt dire arrêter de souffrir. Le nombre de suicide ne cesse

d'augmenter dans plusieurs groupes d'âge de la population. Pour les fins de ce rapport, seules les informations concernant les adolescent(e)s seront utilisées.

Le Conseil permanent de la jeunesse mentionne que la seule forme de violence en hausse, car elle a doublé depuis 1975 chez les adolescent(e)s, est celle retournée contre eux-mêmes, c'est-à-dire le suicide. Au Québec, de 1975 à 1998, le nombre d'adolescent(e)s, de moins de 20 ans, décédé(e)s par suicide est passé de 50 à 121 par année (Institut de la statistique du Québec, 2000). Il est donc devenu la première cause de décès non naturel chez les jeunes au Québec. Le phénomène est à peu près similaire aux États-Unis et en France, où le suicide représente la deuxième cause de décès chez les jeunes de ce groupe d'âge (Association des centres jeunesse du Québec, 1997 ; Pommereau, 1996).

Chez les 15-24 ans, les moyens utilisés pour passer à l'acte suicidaire, sont en ordre décroissant de fréquence: la pendaison, les armes à feu, l'intoxication, la noyade, le saut d'un lieu élevé et l'utilisation d'une arme blanche. Certains moyens ne sont pas précisés car ils sont plus rarement employés. Le nombre de suicides complétés est plus élevé chez les garçons que chez les filles. Cela s'explique en partie par les moyens employés pour le passage à l'acte, car les garçons utilisent plus la pendaison alors que les filles, c'est l'intoxication. Le moyen le plus fréquemment choisi par les garçons est plus drastique et entraîne donc moins de temps entre l'acte et le décès, tandis que pour les filles, la prise de produits toxiques prend plus de temps avant de faire son effet mortel. En conséquence, elles ont plus du temps pour demander de l'aide si elles

regrettent leur geste. Les filles ont donc plus de tentatives suicidaires à leur actif que les garçons (Chartrand, 2001 ; Pommereau, 1996).

Les comportements suicidaires ne sont pas limités à l'acte du suicide; ils comprennent aussi les tentatives de suicide et les idéations suicidaires. Lors d'une enquête réalisée en 1992-1993, la proportion d'adolescent (15-24 ans) ayant eu des idéations suicidaires au cours de leur vie est de 11,9% et 6% d'entre eux ont fait au moins une tentative de suicide (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, rapporté par l'Association des Centres jeunesse du Québec). Cette proportion est considérable, car une fois que la personne a envisagé d'utiliser ce mode de résolution de problèmes elle peut y revenir à d'autres reprises au cours de sa vie (Lambin et Grenier, 1997).

Le suicide et les tentatives de suicide ne sont habituellement pas des gestes posés sans avertissement verbal ou non verbal. Chez les adolescent(e)s, le processus suicidaire peut être de courte durée mais les signes avant-coureurs sont toutefois présents dans la majorité des cas. Selon Papalia & Olds (1996), cinq éléments significatifs indiquent la possibilité d'un passage à l'acte: 1) les comportements de retrait vis-à-vis de sa famille et de ses pairs, 2) le don de biens personnels auxquels la personne tenait beaucoup, 3) l'augmentation excessive de la consommation d'alcool et/ou de drogue ce qui occasionne, 4) des changements au niveau de sa personnalité comme des sautes d'humeur et 5) des signes de dépression ou de surexcitation.

Dans la plupart des cas, ces signes précurseurs sont donnés comme avertissement à l'entourage immédiat dans le but de l'alerter car la personne suicidaire ne se sent pas capable d'en parler ouvertement si personne ne lui offre la possibilité de le faire. Occasionnellement, certains jeunes vont dire leur souffrance directement lorsqu'ils se sentent en confiance ou par peur de leurs idéations. D'autres vont laisser des messages comme «je veux mourir» ou vont parler de l'admiration qu'ils ont pour un jeune qui a passé à l'acte (Lambin et Grenier, 1997 ; Saint-Jacques et al., 1999)

De plus, un processus chronologique est relié aux signes avant-coureurs. Le jeune a tout d'abord des idéations suicidaires de façon occasionnelle et envisage différents moyens plus ou moins précis dans le temps et l'espace. Ensuite, vient la phase de rumination où le jeune accepte de plus en plus cette solution qui prend forme au niveau de la méthode, du lieu, de la date et de l'heure. C'est à ce moment que les signes précurseurs sont donnés à l'entourage. Si par bonheur, d'autres solutions sont apportées, le processus s'arrête et le jeune se retrouve devant d'autres choix pour résoudre ses problèmes. Par contre, si aucune autre solution n'est identifiée, le jeune cristallise ses idées suicidaires et planifie de façon concrète son suicide afin de passer à l'acte (Saint-Jacques et al., 1999).

De son côté, Grenier (1994), rapporté par Lambin et Grenier (1997), a développé un schéma plus élaboré qui représente le processus de la crise suicidaire en quatre étapes qui décrivent le cheminement d'un individu en détresse. Celui-ci va de l'événement déclencheur jusqu'à une acceptation de l'utilisation de ce comportement comme un

nouveau mode de vie (Annexe 2). Pour cet auteur, le suicide est avant tout une crise qui comporte un début, un milieu et une fin. Celle-ci est attribuée à un événement stressant (l'élément déclencheur) qui amène le jeune à une remise en question importante de sa vie du fait que les moyens choisis auparavant pour régler ses difficultés ne correspondent plus. Si la crise est résolue positivement, elle apporte à l'adolescent un nouvel équilibre avec des modifications au niveau de la perception de la vie et de lui-même, de ses valeurs ainsi que du sens qu'il donne à sa vie. Cependant, si aucune solution n'est envisageable pour résoudre son problème et pour retrouver un nouvel équilibre, le jeune vit une période de grande vulnérabilité. À ce moment, les idéations suicidaires font leur apparition. L'anxiété vécue par l'adolescent s'accroît et le suicide est envisagé comme moyen de mettre fin à sa souffrance. Il faut noter que l'idéation peut être éphémère et disparaître pour faire place à de nouvelles solutions. Si les idéations se maintiennent, elles conduisent à la rumination de ces idéations suicidaires et à une augmentation de l'anxiété, ce qui accroît l'intolérance à sa souffrance puisque les autres solutions tentées n'ont pas fonctionné. Sa capacité de trouver une solution mettant fin à sa douleur devient de plus en plus impossible pour lui. Ses pensées suicidaires augmentent au point de devenir défaitiste et la mort constitue alors la seule solution envisagée. Le passage à l'acte est de plus en plus imminent, le scénario se dessine et le jeune entre dans la cristallisation de cette solution. Cela amène une autre aggravation de sa détresse psychologique. Finalement, le passage à l'acte se concrétise et peut se produire à n'importe quel moment. Toutefois, si une intervention est effectuée de façon adéquate, le jeune résout son problème et construit son nouvel équilibre. Cependant, si l'intervention n'est pas suffisante ou inadéquate, l'éventualité d'une

récidive suicidaire est présente. De plus, si le nombre de récidive augmente, ce mode de solution devient chronique. Le suicide devient donc une solution envisagée afin de résoudre les problèmes pour ce jeune.

Les raisons pouvant conduire un jeune à se suicider sont multiples et l'accumulation de celles-ci augmente le risque du passage à l'acte. Ces facteurs proviennent de trois sources. Tout d'abord, ils peuvent appartenir soit à l'individu, à son milieu social et/ou à son environnement immédiat. Le tableau suivant présente certains de ces facteurs.

Tableau 2: Facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires chez les adolescent(e)s.

Prédispositions		
Individuelle	Du milieu social	De l'environnement immédiat
Peu d'habileté à développer des mécanismes d'adaptation	Isolement social et perte d'intégration sociale	Décès ou divorce des parents
Une tentative antérieure de suicide	Manque d'habiletés familiales à aider les jeunes suicidaires	Accès facile aux moyens de se suicider
Problèmes d'apprentissage et d'impulsivité	Psychopathologie chez un ou des parents	Consommation d'alcool et de drogues
Désordres psychiatriques associés à une dépression, une conduite antisociale ou à l'abus de substances	Antécédents suicidaires dans la famille	Conflit sérieux avec un membre de la famille
Problèmes chroniques dans les relations avec les pairs	Taux de chômage élevé et la pauvreté des enfants et des jeunes	Imitation ou contagion des comportements suicidaires
Relations d'attachement pathologique avec les parents	Sensationnalisme dans la présentation du suicide par les médias	Perception du rejet par la famille
Perte d'un parent tôt dans sa vie	Le suicide est un comportement jugé acceptable ou «privé»	Rejet par les pairs ou perte d'une relation significative
Homosexualité, durant l'adolescence plus particulièrement pour les jeunes hommes	Abus et négligence	Echec scolaire, expulsion de l'école et pressions pour réussir

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998).

De plus, à cet âge, les ruptures amoureuses, le sentiment d'être délaissé ou abandonné, l'indifférence des personnes qui l'entourent de loin ou de près, la perception

d'une image de soi ternie par le regard de ses pairs et la suspension des contacts amicaux par ses parents sont aussi des facteurs qui peuvent détruire l'équilibre d'un adolescent et qui peuvent le conduire aux pensées suicidaires et même l'amener à passer à l'acte. Les liens familiaux perturbés par la violence et les déchirements de tous ordres, y compris les séparations et les divorces, contribuent aussi à ce que le jeune se sente seul avec ses problèmes. Les difficultés familiales empêchent parfois les parents de bien répondre aux besoins de leurs enfants et de leurs démontrer qu'ils les aiment. Cependant, ce manque n'est pas vécu de la même façon ni avec la même intensité par tous les jeunes ; certains vont passer à travers en palliant eux-mêmes à leurs difficultés (Conseil permanent de la jeunesse, 1995 ; Gould et al., 1998 ; Lambin et Grenier, 1997 ; Pommereau, 1996 ; Saint-Jacques et al., 1999).

De l'autre côté, l'adolescent "trop aimé" par un ou par ses deux parents se sent emprisonné par la situation et il peut envisager le suicide pour se libérer. Ce jeune est aimé non pas pour ce qu'il est mais plutôt pour ce qu'il représente. Le parent ne peut vivre sans lui, car il perçoit son adolescent comme son prolongement. Dans ce contexte familial, l'adolescent ne peut se détacher et développer son autonomie et l'indépendance qui sont nécessaires à son actualisation (Pommereau, 1996 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Dans le même ordre d'idée, le lien affectif parents/enfant en bas âge sera un facteur déterminant à l'adolescence quant à la qualité des relations avec eux et avec les pairs. L'incapacité d'établir des liens affectifs stables et sécurisants, provoquée par des rejets affectifs durant l'enfance, amène le jeune à faire peu confiance à autrui et à ne pas

réussir à construire des relations affectives avec ses pairs. Cela occasionne donc un isolement social comprenant du rejet, de l'abandon et une faible estime de soi pouvant le conduire à des idéations suicidaires et même au suicide (Payette et Tousignant, 2000).

Au niveau familial, les parents du jeune suicidaire éprouvent plus de difficultés dans l'exercice de leur rôle parental. Ils peuvent être permissifs, négligents, inconstants dans leurs exigences créant ainsi un manque de contrôle sur le jeune ou à l'inverse être trop restrictifs et surprotecteurs. De plus, les conflits familiaux, le manque de communication entre les membres de la famille, le peu de place laissé à l'expression des émotions, le manque de soutien des parents envers leur enfant pour trouver des solutions à leurs difficultés, les blâmes constants des parents face au jeune pour toutes sortes de raisons mais plus particulièrement concernant les conflits familiaux sont tous des éléments qui augmentent le risque de suicide chez les adolescent(e)s (Bovay, 2000 ; Chartrand, 2001 ; Conseil permanent de la jeunesse, 1995 ; Lambin et Grenier, 1997 ; Pommereau, 1996 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Pour certains chercheurs, les comportements suicidaires seraient en lien direct avec une anomalie dans la transmission de gènes, laquelle augmenterait les comportements agressifs et l'impulsivité chez les membres de certaines familles. Cela aurait un impact direct sur l'incapacité du jeune à prendre le temps de trouver des solutions pour résoudre ses problèmes. Ces anomalies additionnées à d'autres facteurs comme la consommation d'alcool ou de drogue, les conflits familiaux, le sentiment de

rejet accroissent le risque du jeune de développer des comportements suicidaires (Renaud, 1999).

D'après les études publiées, l'homosexualité et la bisexualité sont des facteurs qui augmentent la possibilité du suicide. Les actes suicidaires sont de six à 16 fois plus élevés chez ces jeunes et plus particulièrement chez les garçons. En lien avec la sexualité, les jeunes ayant été victimes d'abus sexuel ont plus tendance à commettre des tentatives de suicide. Pour les garçons le risque passe de 2% à 52% pour les victimes tandis que pour les filles, la proportion s'établit de 12% à 22% pour les personnes abusées sexuellement (Chartrand, 2001).

Chez les jeunes, la toxicomanie a un impact direct sur le suicide, car 40% des adolescent(e)s, qui vont en centre de désintoxication ont eu des pensées suicidaires et 20% d'entre eux ont déjà fait une tentative de suicide (Hoffman, 1993 rapporté par Girard, 1997 ; Lambin et Grenier, 1997). Une image aussi sombre a été observée à partir des études réalisées, c'est-à-dire que 90% des adolescent(e)s décédé(e)s par suicide avaient au moins un trouble psychiatrique si on inclut parmi ceux-ci la consommation de drogue et d'alcool. De plus, les jeunes ayant déjà attenté à leur vie ont une probabilité plus élevée de passer à l'acte lors d'un autre moment difficile, car le fait d'avoir déjà pensé concrètement à utiliser cette façon de faire pour résoudre leurs difficultés demeure présente dans leur mode de résolution de problèmes (Conseil permanent de la jeunesse, 1995 ; Lambin et Grenier, 1997 ; Payette et Tousignant,

2000 ; Perper, 1995 et D'Amour, 1997 rapporté par Chartrand, 2001 ; Saint-Jacques et al., 1999).

À l'adolescence, l'effet d'entraînement est plus grand car les adolescent(e)s sont à un moment de la vie caractérisé par de nombreux changements psychologiques et physiques. En plus, les jeunes sont portés à s'identifier plus facilement à leurs pairs ce qui augmente le risque d'imitation du comportement suicidaire et provoque le phénomène de contagion. C'est ce phénomène qui a été constaté à Lebel-sur-Quévillon alors que sept personnes, âgées entre 11 ans et 32 ans, se sont toutes enlevées la vie par pendaison entre les mois de décembre 1999 et d'octobre 2000. Dans les semaines suivantes, les services sociaux de cette municipalité ont identifié un grand nombre de jeunes à risque suicidaire dans leur population¹. Pour cette municipalité d'environ 3 300 habitants dont 41% sont âgés de moins de 25 ans, c'est une situation pathétique qui a eu un impact sur le nombre de cas retenus au bureau de la protection de la jeunesse de cette municipalité. Toutefois, il est important de mentionner que ces trois troubles de comportement (troubles de conduite, toxicomanie et suicide) ne sont pas nécessairement tous présents de façon concomitante.

Conclusion

Lorsque l'enfant connaît ses deux parents, il est souhaitable que ceux-ci s'impliquent positivement et activement dans l'éducation de leur enfant pour qu'il puisse s'épanouir et devenir un adulte équilibré. Cette implication doit commencer dès le plus

¹ Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James, communiqué interne, 2000.

jeune âge et se maintenir jusqu'à ce que le jeune soit capable d'autonomie. Elle comprend l'encadrement cohérent et conséquent, le soutien positif et réaliste ainsi que l'amour et l'affection de la part des deux parents même si ceux-ci ne vivent plus ensemble. Ces derniers deviennent donc des modèles pour leur enfant. Cependant, être parent est un apprentissage qui s'effectue progressivement. Les situations rencontrées ainsi que les nouvelles perceptions sociales de ce rôle apportent de nouveaux défis qui peuvent parfois conduire les parents à ne pas être capables de les surmonter.

Depuis une dizaine d'année, les études portant sur le développement général de l'enfant en bas âge ont bien démontré l'apport spécifique de chaque parent. Cependant, lorsqu'il s'agit de troubles de comportement chez les adolescents ou même de leur développement en général, les informations scientifiques concernant l'importance des parents sont moins nombreuses et moins concluantes. Elles proviennent plutôt de la documentation reliée à la pratique clinique. Celle-ci documente l'importance du rôle parental des deux parents sans pour autant mettre l'accent sur la spécificité du père et de la mère, et, elle illustre que le jeune a besoin d'un équilibre émotionnel créé par la relation qu'il développe personnellement avec ses deux parents même si ceux-ci ne vivent plus ensemble.

Le rôle de parent de poursuit durant la transition entre le statut d'enfant à celui d'adulte. Cette transition occasionne des besoins spécifiques et changeant de la part de l'adolescent(e)s et parfois certains parents ont des difficultés à répondre et à s'adapter à ceux-ci. Les adolescent(e)s peuvent donc développer différents troubles de

comportement comme des troubles de conduite, une consommation abusive d'alcool ou de drogue et des comportements suicidaires.

Toutefois, que ce soit dans le développement de troubles de conduite, dans la consommation d'alcool ou de stupéfiants ou dans les comportements suicidaires, les caractéristiques personnelles de l'adolescent(e)s, le contexte familial, incluant l'implication des deux parents, ainsi que le contexte social ont une influence sur l'adoption de comportements qui peuvent conduire l'enfant dans des situations dangereuses pour son développement et/ou sa sécurité.

Au niveau social, les caractéristiques prédisposantes sont plutôt reliées à la pauvreté et la tolérance du milieu. En ce qui concerne le rôle des parents, ce sont les difficultés conjugales, les pratiques parentales permissives ou trop sévères, les problèmes personnels et les difficultés communicationnelles qui amènent l'adolescent(e) à développer ces comportements dangereux. Du côté de l'individu, certains facteurs sont directement en lien avec le tempérament de l'enfant comme sa capacité d'adaptation, sa difficulté à gérer les événements stressants, son orientation sexuelle et son besoin constant de plaisir. D'autres sont reliés aux facteurs biologiques de l'individu comme une déficience cognitive. Les autres caractéristiques comme l'estime de soi, la capacité de gérer son impulsivité et son agressivité, à communiquer, à se contrôler et à attendre, à créer un lien d'attachement, à se mettre à la place des autres, à résoudre des problèmes, à être capable de créer des liens sociaux sont mentionnés comme des caractéristiques individuelles. Cependant, ils sont aussi provoqués par la

relation qu'ils ont avec leurs parents et à l'éducation qu'ils reçoivent de ces derniers. Les parents ont donc une certaine part de responsabilité dans l'acquisition de ces habiletés chez leur enfant, car il leur revient de développer ces aptitudes chez l'enfant.

Cependant, lorsque les parents sont préoccupés par des difficultés comme des problèmes de santé mentale ou physique, des conflits conjugaux, des problèmes de violence, etc., il est difficile pour eux de pouvoir assumer leur rôle parental comme ils le souhaiteraient et conformément aux attentes de la société. Les familles rencontrées dans les services du Centre jeunesse ont pour la plupart des parents qui sont aux prises avec diverses difficultés qui les empêchent d'assumer entièrement leurs responsabilités parentales ou de pouvoir aider adéquatement leurs enfants. Les chapitres suivants présentent ce milieu de stage, les cas rencontrés lors de mon stage et l'analyse critique de l'intervention effectuée.