



Guide **d'identification** de certaines difficultés psychosociales vécues par les jeunes

Caisse Desjardins de La Prairie
Caisse Desjardins des Berges
de Roussillon



Centre de santé et services sociaux
Jardins-Roussillon

CLSC Kateri



TABLE JEUNESSE
Kateri



Centre de liaison sur l'intervention
et la prévention psychosociales

Développement
économique, Innovation
et Exportation



Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, et la traduction, même partielles sont interdites sans l'autorisation de la Table Jeunesse Kateri et du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.

© 2010 Table Jeunesse Kateri et Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
ISBN : 978-2-922914-38-2

POUR TOUTE INFORMATION

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales
555, Boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1200
Montréal (Québec) H2Z 1B1 Canada.
Tél. : (514) 393-4666 • Téléc. : (514) 393-9843
Courriel : info@clipp.ca • Internet : www.clipp.ca



Guide d'identification des certaines difficultés vécues par les jeunes

Idée originale

Table Jeunesse Kateri

Collaborateur

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)

Coordination

- Renée Latulippe, M.A., Directrice de projets/ transfert et valorisation, CLIPP
- Jean-François Matte, Organisateur communautaire, Équipe Santé Publique CLSC Kateri - CSSS Jardins-Roussillon

Comité de rédaction initiale

- Catherine Bourget, animatrice, Maison des jeunes Sympholies de Delson
- Lise Campeau, directrice, La Maison du Goéland
- Marc Ducharme, coordonnateur du volet « alternatives au décrochage scolaire », Bénado
- Orane Hautain, coordonnatrice Maison des Jeunes Sympholie de Delson
- Marc Gélinas, psychologue, Commission scolaire des Grandes-Seigneuries
- Maryse Guillemette, Parents-Secours Ste-Catherine
- Katy Normand, coordonnatrice, Maison de jeunes l'Extension de St-Constant
- Lisa-Marie Olney, intervenante, Maison de jeunes l'Extension de St-Constant
- Édith Ouellette, coordonnatrice, Maison des jeunes Équinox de Ste-Catherine
- Crystel Viens, animatrice, Maison des jeunes l'Adrénaline de La Prairie

Comité de transfert et de valorisation

- Renée Latulippe, M.A., directrice de projets/ transfert et valorisation, CLIPP
- Gabrielle Mathieu-Dupuis, B.Sc., rédactrice scientifique, CLIPP
- Sybille Pluvinage, M.Sc., rédactrice scientifique, CLIPP

Révision scientifique

- Gilles Dupuis, Ph.D., Directeur scientifique, CLIPP et professeur titulaire, département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Révision linguistique

- Patricia Filiatrault, B.A., Conseillère en communication et marketing, CLIPP
- Nancy Lepage, M.Sc., Conseillère en communication et marketing, CLIPP

Graphisme

Tabasko Communications

Remerciements

Nous désirons remercier tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation du présent document. La plupart d'entre eux entrent en contact de plusieurs façons, et sur une base presque quotidienne, avec les jeunes. Qu'ils soient du milieu communautaire (Maisons des jeunes, policiers), du CLSC ou du milieu scolaire, ils ont tous très à cœur le bien-être physique et psychologique des jeunes.

Nous tenons aussi à remercier messieurs Jean-Luc Robert et Guy Lépine, agents préventionnistes, Régie intermunicipale de police Roussillon, pour leur participation active au comité de rédaction initial.

Finalement, merci à la Caisse Desjardins de La Prairie et la Caisse Desjardins des Berges de Roussillon pour leur généreuse contribution financière.

Table des matières

Cliquez sur la
difficulté psychosociale
qui vous intéresse.

À quoi sert ce guide	06
1. La dépendance à l'alcool et au cannabis	08
2. Les boissons énergisantes	14
3. Le jeu pathologique	20
4. La cyberdépendance	24
5. Les troubles alimentaires	28
6. Le trouble dépressif majeur	36
7. Le suicide	42
8. La scarification	48
9. Les troubles anxieux	54
10. La phobie sociale	62
11. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)	66
12. Le trouble des conduites	72



À quoi sert ce guide?



À quoi sert ce guide

Ce guide est une idée originale des partenaires de la table de concertation jeunesse Kateri. Il a été conçu afin d'aider les personnes intervenant auprès des jeunes de 10 à 17 ans à mieux identifier les indices associés à certaines difficultés psychosociales rencontrés par les jeunes et ce, afin de les orienter rapidement vers des ressources qui peuvent les aider. Il n'a pas la prétention d'être exhaustif ni de constituer une référence clinique.

Tout au long de la préparation de ce guide, nous nous sommes assurés que les informations présentées soient à la fine pointe des connaissances scientifiques couvrant les diverses problématiques abordées. Ce guide ne doit toutefois pas vous servir à poser un diagnostic ni à faire une intervention clinique directement auprès des jeunes.

Si vous observez certains indices qui pourraient laisser croire qu'un jeune présente un problème particulier, adressez-vous à la personne ressource spécialisée de votre milieu afin que celle-ci puisse intervenir auprès du jeune. Il peut s'agir d'un intervenant scolaire, du CLSC de votre région, d'un professionnel de la santé ou d'un intervenant social chez Tel-jeunes.

Les comportements, attitudes et émotions décrits pour chacune des difficultés présentés dans ce guide sont formulés pour tenir compte de la réalité des jeunes de 10-17 ans. Cependant, il est certain que plusieurs de ces manifestations peuvent aussi se retrouver chez des personnes de plus de 17 ans. Si vous décelez, chez un **adulte de votre entourage**, plusieurs manifestations typiques d'une difficulté en particulier, n'entreprenez pas d'intervention clinique direct auprès de la personne, abordez plutôt le sujet avec tact. Il se peut que la personne nie avoir le problème, ce qui est normal. N'insistez pas et laissez-lui la liste des ressources disponibles. Par ailleurs, si un **adulte de votre entourage** semble en détresse grave et manifeste des idéations suicidaires communiquez immédiatement avec Suicide Action Montréal.

Bonne lecture !





1 - La dépendance à l'alcool et au cannabis



1.1 Mythes associés à la dépendance

- Un jeune qui consomme de l'alcool de façon régulière à l'adolescence consommera nécessairement à l'âge adulte.

Faux !

- *Cependant, les deux tiers des consommateurs réguliers à l'adolescence poursuivent leur habitude à l'âge adulte.*

- La consommation de cannabis augmente la qualité de la concentration en classe.

Faux !

- *Pour l'utilisateur régulier qui a développé une dépendance physique et psychologique, il se peut que cela ait un effet calmant sans pour autant augmenter la concentration.*

- Seuls les jeunes issus de milieux défavorisés consomment de l'alcool et des drogues.

Faux !

- *La dépendance touche toutes les classes socio-économiques. Le produit peut toutefois différer selon les moyens financiers de la personne.*

1.2 Définition

Pour bien comprendre le phénomène, il est nécessaire de bien distinguer l'abus ou la dépendance du simple usage d'une substance. L'abus correspond à l'utilisation répétée d'une substance ayant des conséquences néfastes, récurrentes et significatives sur la vie d'une personne.

La dépendance est également définie par l'utilisation répétée d'une substance et ses conséquences. Mais contrairement à l'abus, elle est en plus associée à un manque ou un besoin qui pousse à consommer encore et encore malgré les problèmes significatifs liés à la substance.

L'alcool et les drogues peuvent engendrer une dépendance psychologique, mais nous parlons de dépendance physique seulement si la personne présente des symptômes de sevrage ou de tolérance. Dans le cas du sevrage, l'individu ressent des effets désagréables de manque lorsqu'il y a diminution de la substance dans le sang, ce qui le pousse à en prendre de nouveau afin de soulager ou d'éliminer ces effets désagréables. Dans le cas de la tolérance, la diminution de l'effet ressentie avec la dose habituelle amène l'individu à augmenter sa consommation afin de produire l'effet désiré.



La différence entre l'usage occasionnel d'une substance et l'abus ou la dépendance est que l'abus et la dépendance génèrent des problèmes qui ne sont pas présents généralement lorsque l'usage est uniquement occasionnel.

1.3 Prévalence

Les statistiques sur l'usage réel d'alcool et de drogues chez les jeunes sont difficiles à établir, car elles reposent sur des renseignements dévoilés volontairement par les usagers, lors d'enquêtes ou de sondages, quant à leurs propres habitudes de consommation.

Ces études révèlent que l'âge moyen d'initiation à l'alcool se situe entre 12 et 13 ans alors que la consommation régulière débute vers l'âge de 14 ans. En 2004, 62,3 % des jeunes canadiens de 12 à 15 ans (la majorité étant des garçons) avaient déjà consommé de l'alcool. De ceux-ci, 36,6 % disent s'être saoulés au moins une fois. L'âge moyen d'initiation aux drogues est de 13,2 ans et de 14 ans pour la consommation régulière. En 2004, 16,7 % des jeunes canadiens de 12 à 15 ans avaient déjà consommé du cannabis, drogue étant souvent parmi les premières expérimentées.

Environ 86 % des élèves du secondaire n'ont pas de problème de consommation d'alcool ou de drogue, 7 % ont des problèmes de consommation en émergence et 7 % présentent des problèmes importants.

14 % des élèves du secondaire ont des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue importants ou en émergence.

1.4 Indices

Voici quelques indices qui peuvent être associés à l'abus et à la dépendance d'alcool et de drogues.

1.4.1 Abus

- Absentéisme.
- Désinhibition (i.e. manque de contrôle sur ses émotions, ses pulsions, etc.).
- Impossibilité de remplir ses obligations à l'école ou à la maison à cause de sa consommation.
- Consommation dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (conduite automobile).
- Problèmes judiciaires répétés liés à la consommation.
- Poursuite de la consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents.



1.4.2 Dépendance

- Consomme des quantités plus importantes ou pendant une période prolongée.
- Augmentation graduelle des quantités consommées ou de la fréquence de consommation.
- Passe beaucoup de temps à des activités nécessaires pour obtenir la substance.
- A des désirs persistants ou fournit des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler son utilisation.
- Abandonne ses activités sociales, professionnelles ou des loisirs importants.
- Consomme la substance même si un problème psychologique ou physique persiste.
- Éprouve des symptômes de sevrage.

Le mélange d'alcool et de cannabis ouvre grand la porte à des **comportements sexuels** à risque.

1.5 Risques

Il existe plusieurs risques à consommer de l'alcool ou de la drogue. Une surconsommation d'alcool peut entraîner des comportements de délinquance de même que des sentiments de tristesse et d'irritabilité pouvant jouer un rôle dans les idéations ou les comportements suicidaires. Quant au cannabis, pris à forte dose, il peut provoquer des effets psychiques indésirables qui ressemblent aux « mauvais voyages » (bad trip) induits par les hallucinogènes, allant de l'anxiété légère à modérée à des réactions anxieuses graves ressemblant à des attaques de panique. De plus, le mélange d'alcool et de cannabis ouvre grand la porte à des comportements sexuels à risque, à la source de grossesses non désirées et d'infections transmises sexuellement (ITS).

1.5.1 Les risques d'abus et de dépendance

Consommer de l'alcool et de la drogue avec abus et en être même dépendant, entraîne des risques importants, tels :

- des problèmes dans les performances scolaires ;
- des difficultés judiciaires ;
- l'exposition à des situations physiquement dangereuses comme la conduite automobile ;
- des dépenses ou des pertes importantes d'argent ;
- des perturbations dans les relations familiales ;
- de la dépression ;
- de l'anxiété ;
- de l'insomnie ;
- des troubles de l'humeur ;
- des abus et dépendances à d'autres substances.



Des caractéristiques personnelles et des troubles psychologiques peuvent aussi influencer la consommation, par exemple :

- certains traits de personnalité ;
- l'hyperactivité ;
- l'impulsivité ;
- le besoin de vivre des sensations fortes ;
- un déficit d'attention ;
- un manque d'habiletés sociales ;
- le non-conformisme ;
- des troubles de conduite et de délinquance ;
- la détresse psychologique ;
- l'agressivité.

Sur le plan social et familial, il faut considérer que les facteurs suivants pourraient aussi mener à l'abus ou à la dépendance :

- une faible performance scolaire ;
- un contexte familial avec peu de soutien parental ;
- un manque d'attachement entre les membres de la famille ;
- une faible cohésion familiale et un manque de communication ;
- des parents consommateurs de drogue ou d'alcool ;
- une autorité parentale incohérente, insuffisante ou encore trop stricte.

1.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant la dépendance, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- Éduc'alcool : www.educalcool.qc.ca
- Al-Anon : www.al-anon.org
- La Maison Jean Lapointe : www.maisonjeanlapointe.com
- Le Virage : www.levirage.qc.ca
- Le Centre Dollard-Cormier : www.centredollardcormier.qc.ca
- Alcool, drogue, ITS, jeu : www.tasjuste1vie.com
- Centre communautaire d'intervention en dépendance L'Étape : www.etape.qc.ca



- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : www.cclat.ca
- L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec : www.acrdq.qc.ca
- Centre québécois de lutte aux dépendances : www.cqld.ca
- Toxquébec : www.toxquebec.com

1.7 Références

American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{éd.}, texte révisé). Washington, DC. : American Psychiatric Association.

Dufour, M.H. & Nadeau, L. (1998). L'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie axés sur les familles. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 224-245.

Institut de la statistique du Québec. (2000). *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ?* Consulté en juin 2009 au <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/alcool2000.htm>

Institut de la statistique du Québec. (2006). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*. Consulter en juin 2009 au http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/tabac_alcool2006c4.pdf

Hartford, C.T., Yi, H., Faden, V.B. & Chen, C.M. (2009). The dimensionality of DSM-IV alcohol use disorders among adolescent and adult drinkers and symptom patterns by age, gender, and race/ethnicity. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 33(5), 868-878.

Leatherdale, S.T., Hammond, D. & Ahmed, R. (2008). Alcohol, Marijuana, and tobacco use patterns among youth in Canada. *Cancer Causes Control*, 19(4), 361-369.

Morissette, P., Dedobbeleer, N. & Viger M.R. (2002). Consommation de substances psychoactives. In *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Stewart, D.G. & Brown S.A. (1995). Withdrawal and dependency symptoms among adolescent alcohol and drug abusers. *Addiction*, 90(5), 627-635.





2- Les boissons énergisantes



2.1 Mythes associés aux boissons énergisantes

- Les boissons énergisantes sont composées d'ingrédients naturels et sont donc inoffensives pour la santé.

Faux!

- *Même si les boissons énergisantes contiennent certains ingrédients naturels, une consommation abusive peut causer des effets négatifs sur la santé.*
- Les boissons énergisantes sont de la même famille que les boissons pour sportifs et aident à mieux performer.

Faux!

- *Les boissons sportives favorisent la réhydratation. Les boissons énergisantes procurent une stimulation mentale et physique pour une courte période.*

2.2 Définition

Il y a quelques années, un produit a fait son apparition au Japon et aux États-Unis avant de se répandre un peu partout sur le globe. Il s'agit des boissons énergisantes en vente libre. Offertes un peu partout, ces boissons énergisantes sont composées principalement de caféine, de taurine (un dérivé d'acide aminé qui participerait à la régulation du stress dans le corps) et de glucuronolactone, sorte de sucre concentré qui se forme naturellement dans le foie, à partir du glucose, et qui posséderait un effet désintoxiquant et augmenterait l'endurance.

Alors que les boissons sportives favorisent la réhydratation, les boissons énergisantes procurent une stimulation mentale et physique pour une courte période. Elles sont souvent utilisées pour prolonger l'éveil les soirs de fête ou améliorer la concentration en période d'examen. Les substances contenues en forte dose dans certaines boissons énergisantes peuvent causer des effets négatifs sur la santé, d'où l'importance de respecter la limite recommandée de 2 cannettes par jour.

La caféine est l'un des principaux ingrédients des boissons énergisantes. Elle agit comme un stimulant, en diminuant temporairement la somnolence et en améliorant l'attention. En moyenne, une cannette de boisson énergisante de 250 ml contient 80 mg de caféine, soit un peu moins qu'une tasse de café. Selon Santé Canada, un adulte en bonne santé peut consommer jusqu'à 400 mg de caféine par jour. Mais pour un enfant de 10 à 16 ans, ce taux ne devrait pas dépasser 85 mg par jour. Étant donné que bon nombre de boissons énergisantes sont disponibles en grand format, soit supérieur à 250 ml, ce taux maximal peut facilement être atteint en buvant une cannette par jour.



Il ne faut pas oublier que l'on retrouve de la caféine dans d'autres produits qui peuvent être consommés régulièrement par les jeunes (boissons gazeuses, chocolat et lait au chocolat, etc.), ce qui rend encore plus probable une consommation de caféine supérieure à 85 mg par jour.

La taurine de son côté aurait la capacité de réduire l'effet de toxines durant les efforts physiques tout en augmentant les fonctions cardiaques et musculaires. Toutefois, aucune étude scientifique n'a vérifié ces hypothèses. Par conséquent, nous ne connaissons pas les effets à long terme que la consommation régulière de taurine peut produire sur la santé des adultes et des enfants.

Finalement, le sucre procure également de l'énergie, mais sous forme de calories. Une cannette de 250 ml contient entre 100 et 130 calories : un ajout indésirable au régime alimentaire.

2.3 Prévalence

Voici certains chiffres concernant le marché grandissant des boissons énergisantes :

- en 2006, 500 nouvelles marques de boissons énergisantes ont fait leur apparition sur le marché ;
- 31 % des adolescents américains en boivent ;
- le marché des boissons énergisantes atteint 3,4 milliards de dollars US (tous pays confondus) par année ;
- au Canada, ce marché a augmenté de 5,7 % en 5 ans.

2.4 Indices

Lorsqu'un jeune (ou même un adulte) consomme une trop grande quantité de ces boissons, des effets secondaires importants peuvent apparaître, tels que :

- la perte de sommeil ;
- l'irritabilité ;
- l'anxiété ;
- des maux de tête (système nerveux central) ;
- des difficultés de concentration ;
- une augmentation de la pression artérielle, accélération de la fréquence cardiaque ;



- des risques d'arythmie (système cardiovasculaire) ;
- de la surproduction d'acides, apparition de brûlures d'estomac et de dérangements gastro-intestinaux (système digestif) ;
- une production importante d'urine provoquant la perte d'eau (déshydratation) et de minéraux (sodium, potassium, etc.).

2.5 Risques

Il est fortement déconseillé de consommer des boissons énergisantes avec de l'alcool puisque les deux substances agissent de façon diamétralement opposée. La caféine est un excitant du système nerveux central tandis que l'alcool est un déprimeur de ce même système. La boisson énergisante va donc fausser la perception du buveur par rapport à son état réel d'ébriété. Ainsi, une personne en état d'ébriété avancé pourrait se sentir apte à conduire son véhicule malgré une mauvaise coordination motrice et une perception visuelle déficiente.

Les effets de la caféine sur l'organisme dépendent de sa concentration dans le sang. Un adolescent qui ne pèse que 50 kg aura une concentration de caféine dans l'organisme bien supérieure à un adulte pesant 100 kg. Les effets seront donc considérablement augmentés.

Combiner des médicaments avec des boissons énergisantes est un mélange potentiellement dangereux. Certains médicaments comme la pilule contraceptive ralentissent l'élimination de la caféine dans l'organisme et donc en amplifient les effets.



2.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).



Si vous voulez en savoir plus concernant les boissons énergisantes, vous pouvez consulter la ressource suivante :

- Éduc'alcool : www.educalcool.qc.ca

2.7 Références

- Alford, C., Cox, H. & Wescott R. (2001). The effects of red Bull Energy Drink on human performance and mood. *Amino Acids*. 21(2), 139-150.
- Boisson énergisante. (2009). Consulté en mai 2009 au http://fr.wikipedia.org/wiki/Boisson_%C3%A9nergisante
- Girard, P. (2007). *Les stimulants en vente partout près de chez vous*. Le médecin du Québec. 42(1), 43-50.
- Miller, K.E. (2008). Energy drinks, race, and problem behaviors among college students. *Journal of adolescent health*, 43(5), 490-497.
- Reyner, L.A. & Horne, J.A. (2002). Efficacy of a functional energy drink' in counteracting driver sleepiness. *Physiology and Behavior*, 75(3), 331-335.
- Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada. (2004). *La consommation sans risque de boissons énergisantes*. Consulté en mai 2009 au www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/prod/energy-energie-fra.php







3- Le jeu pathologique



3.1 Mythes associés au jeu pathologique

- Les jeunes joueurs pathologiques sont souvent issus de milieux et de familles défavorisés.

Faux !

- *Parmi les jeunes joueurs pathologiques, on retrouve des jeunes issus de tous les milieux socioculturels, économiques et de toutes les croyances religieuses.*

- L'initiation à des jeux d'argent se fait la plupart du temps par des personnes extérieures à la famille.

Faux !

- *La plupart des joueurs pathologiques rapportent avoir été initiés aux jeux d'argent par des parents ou des membres de leur famille, souvent à un âge précoce, vers 10 ans.*

- Il existe des techniques infaillibles pour s'assurer de gagner aux jeux de hasard.

Faux !

- *Les jeux de hasard sont justement des jeux de hasard, de chance. Il n'existe pas de stratégie pour s'assurer de gagner.*

3.2 Définition

La dépendance au jeu est caractérisée par une perte de contrôle continue ou périodique par rapport au jeu, par une progression dans les sommes jouées ou par l'augmentation de la fréquence des activités de jeu (poker, loterie, dés, etc.). Le jeu pathologique perturbe l'épanouissement personnel, familial et professionnel du joueur, mais également de son entourage. Alors que la majorité des adolescents et des adultes participent à des jeux d'argent sur une base occasionnelle, d'autres s'y adonnent de façon excessive. Le jeu devient problématique lorsqu'une personne continue de jouer malgré les conséquences négatives que cela entraîne pour elle. La préoccupation pour les jeux et la perte de contrôle sur le comportement et les habitudes de jeu amènent les joueurs à négliger leurs autres activités, leurs obligations et leurs responsabilités.

3.3 Prévalence

Les activités de jeu d'argent peuvent exercer un grand attrait sur les adolescents. Selon plusieurs études, le nombre de mineurs participant à ce type d'activités est inquiétant. Le taux de participation à au moins une forme de jeu de hasard et d'argent est plus élevé chez les garçons (41 %) que chez les filles (31 %). Au Québec, 2 % des élèves du secondaire sont dépendants aux jeux d'argent tandis que 4 % sont à risque de le devenir.



3.4 Indices

On peut observer certains indices chez les jeunes dépendants au jeu, tels que :

- des difficultés scolaires ;
- des absences non motivées ;
- des changements de la personnalité et de l'humeur ;
- des changements dans leurs relations amicales et sociales ;
- de l'anxiété, du stress et de la colère ;
- des symptômes dépressifs, des mensonges et de la manipulation.

Les jeunes peuvent aller jusqu'à emprunter de l'argent, le voler ou même vendre des biens subtilisés à la maison.



3.5 Risques

Le jeu pathologique est associé à des problèmes de délinquance, des problèmes relationnels avec la famille et les amis, des problèmes scolaires et de santé physique ou mentale. Certains problèmes sont similaires à ceux observés chez les adultes, notamment en ce qui a trait à la préoccupation liée au jeu, aux problèmes d'argent et au fait de négliger ses autres activités et responsabilités.

Certains facteurs de risque viennent augmenter la probabilité qu'un jeune développe un problème de jeu, par exemple :

- l'impulsivité ;
- la tendance à rechercher des sensations fortes ;
- une faible estime de soi et un grand besoin de reconnaissance sociale ;
- des lacunes sur le plan des habiletés sociales et de résolution de problèmes.

Avoir été initié jeune aux jeux d'argent et avoir des troubles de santé mentale augmentent aussi les risques de devenir dépendant au jeu. Les risques de développer un problème augmentent chez le jeune lorsqu'un membre de la famille ou des amis jouent beaucoup ou ont des problèmes de jeu. Il en va de même lorsque les parents de celui-ci adoptent une attitude permissive face aux jeux d'argent.

3.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;



- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant le jeu pathologique, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- La Maison Jean Lapointe : www.maisonjeanlapointe.com
- Le Virage : www.levirage.qc.ca
- Fondation Mise sur toi : www.misesurtoi.ca
- Le Centre Dollard-Cormier : www.centredollardcormier.qc.ca
- Alcool, drogue, ITS, jeu : www.tasjuste1vie.com
- Centre communautaire d'intervention en dépendance L'Étape : www.etape.qc.ca
- Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes : www.jeuchezlesjeunes.com
- Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu : www.psy.ulaval.ca
- Direction de la santé publique : Prévention et pratique médicale ; le jeu pathologique : www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmmars02-1.pdf

3.7 Références

American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{éd.}, texte révisé). Washington, DC. : American Psychiatric Association.

Dubé, Gaétane. (2007). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006 : les faits saillants. Institut de la statistique du Québec. Consulté en juin 2009 au http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_nov_tabac07.pdf

Ellenbogen, S., Gupta, R. & Derevensky, J.L. (2007). A cross-cultural study of gambling behaviour among adolescents. *Journal of Gambling Study*, 23(1), 25-39.

Huang, J.H. & Boyer, R. (2007). Epidemiology of youth gambling problems in Canada: a national prevalence study. *Canadian journal of psychiatry*, 52(10), 657-665.

Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B. & Tremblay, R.E. (2004). Adolescent gambling: relationship with parent gambling and parenting practices. *Psychology of addictive behaviors*, 18(4), 398-401.





4- La cyberdépendance



4.1 Mythes associés à la cyberdépendance

- La cyberdépendance chez les jeunes n'affecte que quelques aspects bien spécifiques de leur vie.

Faux!

- *Les heures passées devant l'écran de l'ordinateur ou les consoles de jeu peuvent être à l'origine de fatigue, d'une diminution de la concentration et de la vigilance, tout en contribuant à l'isolement du jeune.*

- Les garçons sont surtout dépendants à la pornographie et aux sites de rencontres.

Faux!

- *Les sites les plus utilisés par les garçons sont les sites de jeux vidéo en ligne.*

- Les relations sociales développées en ligne sont suffisantes pour atteindre un certain bien-être.

Faux!

- *Malgré un sentiment de bien-être lorsqu'ils sont en ligne, les jeunes vivent de la dépression, un sentiment de vide et de la culpabilité lorsqu'ils ne sont pas en ligne.*

4.2 Définition

Il s'agit d'un état de dépendance résultant de l'utilisation abusive d'Internet ou d'appareils électroniques (console de jeu, etc.) et qui engendre des difficultés chez l'individu. La dépendance se manifeste par un besoin incontrôlable et insatiable d'utiliser l'ordinateur. Comme les autres dépendances (alcoolisme, toxicomanie, etc.), la cyberdépendance amène un sentiment de détresse et des problèmes aux niveaux psychologique, social ou professionnel.

La cyberdépendance peut prendre plusieurs formes :

- des sites pornographiques ;
- du clavardage ;
- du jeu compulsif ;
- de la navigation obsessive ;
- des jeux vidéo (X-Box, Wii, Playstation, etc.) et du jeu en ligne avec d'autres jeunes.

4.3 Prévalence

En 2008, plus de 248 millions de personnes ont utilisé Internet sur le continent nord-américain. Au Québec, c'est plus de 65 % des adultes qui



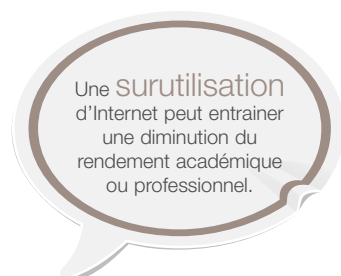
l'utilisent hebdomadairement. Bien que la prévalence de la cyberdépendance varie beaucoup selon les études, et qu'il soit relativement difficile d'en avoir une idée exacte, on estime qu'environ 6 % des internautes en souffrent. En 2006, au Québec, le temps passé à l'ordinateur pour les 15 ans et plus était de 11,8 heures en moyenne par semaine. Chez les jeunes, les domaines d'intérêt diffèrent selon le sexe : les garçons sont tournés vers les jeux, alors que les filles sont attirées par la discussion en ligne.

4.4 Indices

On peut reconnaître certains indices physiologiques et psychologiques associés à la cyberdépendance tels que :

Au niveau physiologique :

- syndrome du canal carpien ;
- sécheresse des yeux ;
- maux de tête et migraines chroniques ;
- négligence de l'hygiène personnelle ;
- maux de dos ;
- alimentation irrégulière (repas non pris ou encore de mauvaise qualité) ;
- insomnie ou modification dans le cycle du sommeil.



Au niveau psychologique, les indices de cyberdépendance sont :

- un sentiment de bien-être, de soulagement ou d'euphorie durant l'utilisation ;
- un sentiment de vide, de dépression, d'anxiété ou d'irritabilité, lorsque l'accès à Internet est impossible ;
- des pensées obsédantes à propos d'Internet ;
- un sentiment de culpabilité ou de honte face à l'utilisation d'Internet ;
- une incapacité de cesser ou de diminuer l'usage d'Internet ;
- une diminution de l'intérêt et du temps consacrés aux activités hors ligne.

4.5 Risques

Une surutilisation d'Internet peut aussi entraîner une altération du niveau de fonctionnement (difficultés relationnelles, pertes d'emploi, isolement social, etc.), une baisse d'intérêt pour les activités sociales, une diminution du rendement académique ou professionnel, de la dépression et de l'anxiété. Un jeune cyberdépendant peut aussi mentir à propos de l'utilisation d'Internet (durée, activités en ligne, etc.) et investir des sommes d'argent importantes afin d'entretenir sa dépendance (temps de connexion, téléchargements excessifs, etc.).



4.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant la cyberdépendance, vous pouvez consulter la ressource suivante :

- Le centre Dollard-Cormier : www.centredollardcormier.qc.ca

4.7 Références

Caplan, S.E. (2002). Problematic internet use and psychosocial well-being : development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instruments. *Computers in human behaviors*, 18(5), 553-575.

Hayez, J.-Y. (2006). When teens waste their time to computer use: do they have limits. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(3), 189-199.

Nayebi, J.-C. (2007). *La cyberdépendance en 60 questions*. Paris: Retz.

Sergerie, M.-A. & Lajoie, J. (2007). Internet : usage problématique et usage approprié. *Revue québécoise de psychologie*, 28(2), 149-159.

Tremblay, N. (2008). La cyberdépendance vous dites ? *Bulletin « La route de Sam »*, Mai 2008. Association canadienne pour la santé mentale – section Saguenay.

Vaugois, P. (2006). La cyberdépendance : fondements et perspectives. Centre Québécois de lutte aux dépendances. Dépôt légal : 4^e trimestre 2006.

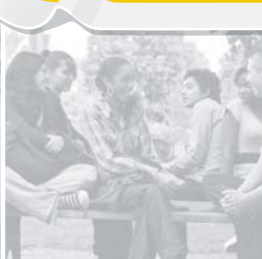
Young, K.S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and behavior*, 1(3), 237-244.

Young, K.S. (2004). Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences. *American behavioral scientist*, 48(4), 402-415.





5- Les troubles alimentaires



5.1 Mythes associés aux troubles alimentaires

- Seulement les jeunes souffrent de troubles alimentaires.

Faux !

- *Bien que plusieurs troubles alimentaires commencent à l'adolescence, les enfants, les hommes et les femmes de tout âge peuvent en développer.*

- Les troubles alimentaires sont des problèmes de filles.

Faux !

- *Les garçons aussi peuvent souffrir de troubles alimentaires comme entre autres de dysmorphie musculaire (i.e. se voir plus petit et moins musclé qu'on ne l'est).*

5.2 Définition

Les troubles alimentaires sont des perturbations importantes du comportement alimentaire caractérisées principalement par :

- des habitudes alimentaires anormales ;
- une peur intense de prendre du poids ;
- une grande préoccupation pour son image corporelle.

Les troubles alimentaires sont causés par des facteurs biologiques, psychologiques et socio-culturels (ex. : publicité, revue, etc.) et se manifestent à différents degrés de gravité.

L'anorexie et la boulimie sont présentement les deux syndromes faisant partie de la catégorie des troubles du comportement alimentaire. Un troisième syndrome, l'hyperphagie boulimique (frénésie alimentaire), n'est pas encore officiellement reconnu par le système de classification des maladies, mais il s'agit toutefois d'un désordre clinique devant être identifié et traité.

5.2.1 L'anorexie

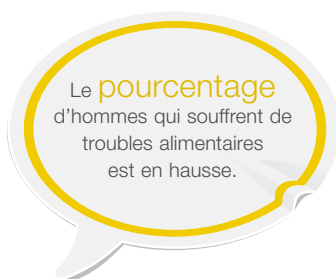
L'anorexie se caractérise par une perte de poids importante résultant de régimes drastiques, de jeûnes, de vomissements provoqués, d'utilisation de laxatifs et d'exercice physique pratiqué de façon excessive. L'anorexie est associée à une peur obsessionnelle de grossir et à une préoccupation importante de l'image corporelle.

5.2.2 La boulimie

La boulimie est un trouble complexe qui se caractérise par des épisodes d'orgies alimentaires suivies de comportements compensatoires. Les orgies



se font généralement en secret et sont accompagnées d'un sentiment de perte de contrôle. Elles sont suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que les vomissements provoqués, l'emploi abusif de diurétiques et de laxatifs, l'exercice physique compulsif et/ou le jeûne. Ces épisodes de boulimie surviennent, en moyenne, deux fois par semaine pendant trois mois. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.



5.2.3 L'hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique se caractérise par l'absorption de nourriture en quantité déraisonnable et incontrôlable de façon assez fréquente (quelques fois par semaine). L'hyperphagie boulimique se distingue de la boulimie par l'absence du contrôle du poids et donc l'absence de vomissements. Ce trouble est fortement lié à l'obésité.

5.2.4 Les troubles alimentaires chez les hommes

Bien que les troubles alimentaires soient considérés comme des désordres qui touchent principalement les femmes, le pourcentage d'hommes qui en souffrent est en hausse. Les facteurs psychologiques qui mènent au développement d'un trouble alimentaire sont les mêmes chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, plus nombreux sont les hommes qui souffrent de « dysmorphie musculaire » aussi appelée « complexe d'Adonis », qui se caractérise par une augmentation de la masse musculaire et une diète stricte pour maigrir et parfaire les formes du corps. Ce trouble alimentaire est associé à la consommation de stéroïdes et de suppléments de protéines. Ce trouble de l'image corporelle survient fréquemment chez les athlètes de sexe masculin. L'athlète se perçoit comme étant trop petit et avec une musculature peu développée, alors qu'il est en réalité plus musclé que la moyenne.

5.3 Prévalence

Les troubles alimentaires touchent plus souvent les adolescentes et les femmes que les garçons. La boulimie touche de 1 % à 3 % de la population féminine et l'anorexie environ 0,5 %. Le taux de prévalence de ces désordres alimentaires chez les hommes représente un dixième de celui des femmes. L'hyperphagie touche 3,5 % des femmes et 2 % des hommes.



5.4 Indices

Voici les indices associés aux différents troubles alimentaires.

5.4.1 L'anorexie

- une perte de poids importante provoquée par une sous-alimentation (au moins 15 % du poids initial sauf en période de croissance où la perte de poids peut être inférieure à 15 %) ;
- un contrôle du poids à l'aide de régimes drastiques, de vomissements, d'ingestion de laxatifs ou de la pratique d'exercice physique de façon excessive ;
- une consommation restreinte d'aliments ainsi qu'un décompte des calories ;
- une consommation de tabac ou de drogue (afin de rester mince) ;
- une peur intense de devenir obèse malgré une perte de poids élevée et un poids sous la normale ;
- une perturbation de l'image corporelle ;
- un refus de maintenir un poids normal en regard de son âge et de sa taille ;
- de l'aménorrhée (absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs).

5.4.2 La boulimie

- des épisodes de compulsion alimentaire (orgie alimentaire) ;
- des comportements de purges tels que vomissements provoqués, utilisation de laxatifs ou de diurétiques ;
- de l'exercice excessif ;
- de fréquentes sautes d'humeur, irritabilité ;
- un gonflement inhabituel près de la mâchoire ;
- du retrait ou de l'isolement social ;
- la peur de prendre du poids ;
- une perturbation de l'image corporelle.

5.4.3 L'hyperphagie boulimique

- des épisodes de compulsion alimentaire (orgie alimentaire) ;
- un état dépressif.

5.4.4. Le complexe d'Adonis

- de l'exercice excessif ;
- la participation à un sport avec comme seule motivation l'apparence et non le plaisir que devrait procurer l'activité ;



- une fixation sur l'apparence d'un modèle d'homme très musclé ou une vedette de cinéma ;
- l'utilisation d'une grande quantité de suppléments alimentaires (créatine, protéine, stéroïdes) ;
- un changement brusque de poids ;
- l'utilisation de techniques dangereuses pour perdre du poids (diète extrême, laxatif, vomissement, diurétiques) ;
- un état dépressif et une faible estime de soi.

5.5 Risques

Il existe une quantité importante de risques associés aux troubles alimentaires. Chez les jeunes qui souffrent d'anorexie, environ 10 % décèderont suite à un suicide ou à de la dénutrition. Ces jeunes peuvent aussi se sentir dépressifs, tristes, isolés, anxieux. Ils se sentent souvent irritables et ont fréquemment des sautes d'humeur. Ils se dévalorisent et présentent une faible estime de soi. On peut aussi voir apparaître des problèmes d'ostéoporose et, chez les filles, les règles menstruelles pourront disparaître. De plus, autant chez les garçons que chez les filles, une trop grande préoccupation par rapport à l'image corporelle est associée à de la détresse psychologique.

Les risques associés à un problème de boulimie sont différents. On peut observer chez les jeunes souffrant de ce problème une inflammation ou même une rupture de l'oesophage ou de l'estomac, de l'arythmie cardiaque et des problèmes dentaires. Ces jeunes présentent aussi une faible estime de soi et auront tendance à être dépressifs, tristes, anxieux et irritables.

Chez les jeunes qui souffrent d'anorexie, environ **10 %** décèderont suite à un suicide ou à de la dénutrition.

L'hyperphagie boulimique est accompagnée de dépression, de sentiment de honte en plus de douleurs musculaires et articulaires, de problèmes digestifs, de problèmes liés à l'obésité (par exemple : diabète de type 2, cholestérol, troubles cardiovasculaires, etc.) et de problèmes menstruels. Les garçons qui souffrent du complexe d'Adonis vont également présenter des symptômes de dépression et d'anxiété.

Des problèmes liés à la consommation de stéroïdes tels des troubles psychiatriques, des maladies cardiaques ou le cancer de la prostate pourront aussi faire leur apparition. Eux aussi vont se sentir isolés, irritables, et auront une faible estime de soi.



5.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant les troubles alimentaires, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- Ordre des psychologues du Québec : www.ordrepsy.qc.ca
- Jeunesse, J'écoute : www.jeunessejecoute.ca
- Anorexie et boulimie Québec : www.anebquebec.com
- Fondation des maladies mentales : www.fmm-mif.ca
- Maison l'Éclaircie : www.maisoneclaircie.qc.ca
- CHU Ste-Justine : www.chu-sainte-justine.org
- Hôpital Rivière-des-Prairies : www.hrdp.qc.ca

5.7 Références

Alonso, A., Rodriguez, M., Alonso, J., Carretero, G. & Martin, M. (2005). Eating disorders : Prevalence and risk profile among secondary school students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 40(12), 980-987.

American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{éd.}, texte révisé). Washington, DC. : American Psychiatric Association.

Association boulimie anorexie. (2009). Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA). Consulté en juin 2009 au <http://www.boulimie-anorexie.ch/tca.php>.

Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie (2009). Troubles alimentaires. Consulté en juin 2009 au http://www.anebquebec.com/html/fr_troublesalimentaire.html.

Bibeau, L., Dupuis, G. (2005). L'Insatisfaction de l'image corporelle et les problèmes psychologiques associés. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26(3), 273-293.



- Bibeau, L., Dupuis, G. (2007). Perfectionnisme, problème d'image corporelle, détresse psychologique et idéation suicidaire chez les étudiants de niveau collégial et de premier cycle universitaire: prévalence et validation d'un modèle théorique. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39 (2), 119-134.
- Bryson, S.A. (2003). The adonis complex : the secret crisis of male body obsession · Looking good: male body image in modern america · Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery · Body modification. [Book review: Body image and modification: New problem or ancient preoccupation ?] *Psychiatric services*, 54, 255-256.
- Corcos M., Bochereau, D., Jeammet, P., de Tournemire, R., Cayol, V. & Girardon, N. (2001). Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*, 37-215-B-60, 6p.
- Falcon, L. (2003). Face à face avec l'anorexie. *Le clinicien*, 18(9), 107-115.
- Pope, H. Phillips, KA. & Olivardia, R. (2000). *The adonis complex : the secret crisis of male body obsession*. New York : The Free Press.
- Study Parents. (2009). L'anorexie: quels risques ? Consulté en juin 2009 au http://www.study_parents.com/L-anorexie-quels-risques.html
- Weight-control information Network. (2009). Binge eating disorder. Consulté en juin 2009 au <http://www.win.niddk.nih.gov/publications/binge.htm>







6- Le trouble dépressif majeur



6.1 Mythes associés au trouble dépressif majeur

- La dépression est un problème de femmes.

Faux !

- *Entre 5 et 12 % des hommes souffrent de dépression.*

- Les personnes dépressives sont des personnes paresseuses qui ne veulent pas se prendre en main.

Faux !

- *La dépression est une maladie.*

- La dépression chez un jeune ne reflète qu'un passage normal pendant la crise d'adolescence.

Faux !

- *Les jeunes peuvent souffrir de dépression bien avant le début de l'adolescence. Cependant, durant l'adolescence, il importe de distinguer la dépression de la présence de quelques symptômes dépressifs pouvant survenir durant cette étape de vie. La dépression présente une intensité qui se doit d'être prise en charge et traitée.*

6.2 Définition

Le trouble dépressif majeur se caractérise par une évolution clinique d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs. On dit qu'une personne vit un épisode dépressif majeur lorsqu'elle a une humeur dépressive (tristesse, irritabilité) ou une perte d'intérêt ou de plaisir présent toute la journée et tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives. Cet état affecte considérablement son fonctionnement habituel, et ce, dans plusieurs sphères de sa vie.

6.3 Prévalence

Le trouble dépressif majeur est l'un des troubles psychologiques les plus fréquents. Selon plusieurs études, les risques de présenter un trouble dépressif majeur au cours d'une vie varient de 10 % à 25 % chez la femme et de 5 % à 12 % chez l'homme.

Ces études démontrent également que les enfants et les adolescents ne sont pas à l'abri de ce mal de vivre. Environ 2 % des enfants d'âge scolaire et 4 % à 8 % des adolescents seront atteints de dépression au moins une fois dans leur vie. Après l'âge de 14 ans, le trouble dépressif majeur est deux fois plus fréquent chez les filles que chez les garçons et cette différence persiste jusqu'à l'âge adulte.



Selon certains auteurs, cet écart entre les filles et les garçons pourrait être attribuable au fait que les filles expriment plus facilement leurs émotions liées à la tristesse que les garçons. Il faut donc être attentif à d'autres indices que la tristesse chez les garçons (ex : irritabilité, agressivité, auto dévalorisation, etc.). De plus, les chercheurs affirment que les adolescents qui vivent un épisode de dépression présentent 40 % plus de risques de vivre un nouvel épisode au cours des cinq premières années de leur vie adulte.

6.4 Indices

Même si le trouble dépressif majeur ne peut être diagnostiqué que par un professionnel de la santé, plusieurs indices présents presque tous les jours peuvent être observés par l'entourage d'un enfant ou d'un adolescent atteint de dépression. Voici certains de ces indices :

- une humeur irritable et grincheuse ou triste et découragée ;
- une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes activités et ce, presque toute la journée (évitement et abandon de certaines activités qui lui tenaient à cœur) ;
- un changement de l'appétit ou du poids (impossibilité d'atteindre un poids normal pour l'âge) ;
- des troubles du sommeil (insomnie ou besoin constant de dormir) ;
- un changement important de l'activité psychomotrice (agitation ou ralentissement) ;
- de la fatigue ou une perte d'énergie ;
- un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité ;
- des difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions (dégradation des résultats scolaires) ;
- des idées de mort récurrentes, des idées suicidaires, des plans ou des tentatives de suicide.

6.5 Risques

Le trouble dépressif majeur peut avoir de graves conséquences si l'enfant ou l'adolescent qui en est atteint n'est pas pris en charge par un professionnel. Parmi celles-ci, notons :

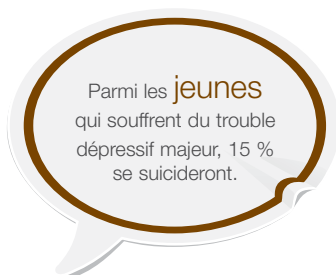
- des difficultés scolaires (absentéisme, échec, abandon scolaire) ;
- de l'abus d'alcool ou d'autres substances ;
- des impacts négatifs sur sa croissance et son développement ;
- de l'anxiété ;
- de l'isolement ;
- des troubles de comportement ;
- une diminution du fonctionnement tant au plan physique ou social qu'occupationnel ;



- des tentatives de suicide ;
- le suicide.

Plusieurs facteurs, seuls ou associés les uns aux autres, peuvent augmenter le risque de trouble dépressif majeur et de détresse psychologique et émotionnelle chez les jeunes, par exemple :

- la présence de trouble dépressif dans la famille, plus particulièrement chez les parents ;
- des problèmes familiaux (conflit, manque de cohésion familiale) ;
- un manque de soutien, d'affection et d'écoute de la part des parents ;
- des parents qui utilisent la discipline à outrance ou qui sont trop pessimistes ;
- des parents sans emploi et vivant dans la pauvreté ;
- de la violence familiale ;
- des abus sexuels, de la maltraitance et de la négligence ;
- du rejet et de l'intimidation de la part des autres jeunes ;
- des problèmes dans les relations amoureuses ;
- de l'anxiété ;
- des troubles de comportement (délinquance) ;
- de l'abus de drogues ou d'alcool ;
- des incapacités physiques, une maladie ou l'obésité.



À plus long terme, plusieurs de ces jeunes auront de la difficulté à assumer des rôles sociaux d'adultes, ils auront recours plus fréquemment aux services professionnels de santé mentale et feront un plus grand usage de médicaments et de drogues.

Le suicide est la conséquence la plus grave du trouble dépressif majeur. Parmi les jeunes qui en souffrent, 41 % ont des idées suicidaires, 21 % tentent de se suicider et 15 % meurent par suicide.

6.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).



Si vous voulez en savoir plus concernant le trouble dépressif majeur, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- Ordre des psychologues du Québec : www.ordrepsy.qc.ca
- Fondation des maladies mentales : www.fmm-mif.ca
- Revivre : www.revivre.org
- Hôpital Louis-H. Lafontaine : www.hlhl.qc.ca
- Hôpital Rivière-des-Prairies : www.hrdp.qc.ca
- www.ladepressionfaitmal.ca

6.7 Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{éd.}, texte révisé). Washington, DC. : American Psychiatric Association.
- Aslund, C., Nilsson, K.W., Starrin, B. & Sjoberg, R.L. (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(5), 298-304.
- Bhatia S.K. and Bhatia, S.C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.
- Lavoie, J.P. (2009). La dépression aussi présente chez les enfants. *Le Soleil*, mars 2009, p6.
- Lemstra, M., Neudorf, C., D'Arcy, C., Kunst, A., Warren, L.M. & Bennett, N.R. (2008). A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *Canadian Journal Of Public Health*, 99(2), 125-129.
- Lepage, C., Marcotte, D. & Fortin, L. (2006). L'intimidation et la dépression à l'école : analyse critique des écrits. *Revue des sciences de l'éducation*, 32(1), 227-246.
- Maranda, F. (2003). L'omnipraticien et les troubles de l'humeur à l'adolescence. *Le médecin du Québec*, 38(8), 55-60.
- Papdakis, A.A, Prince, R.P., Jones, N.P. & Strauman, T.J. (2006). Self-regulation, rumination and vulnerability to depression in adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 18(3), 815-829.



Pauze, I. (2004). Le blues de l'ado. *Sélection du Reader's digest*, 686, 70-75. Consulté en juillet 2009 au <http://www.selection.ca/mag/2004/08/ado.htm>

Patten S. & Juby, H (2008). Profil de la dépression clinique au Canada. Réseau des centres de données de recherche : série de synthèses de recherche : no 1. Université de Calgary. Consulté en juillet 2009 au <https://dspace.ucalgary.ca/handle/1880/46454>

Sander, J.B. & McCarty C.A. (2005). Youth depression in the family context : Familial risk factors and models of treatment. *Clinical child and family psychology review*, 8(3), 203-219.

Weller, E.B., Kowatch, R.A., Wagner, K.D. and Emslie G.J. (2008). An update on depression in children and adolescents. *J Clin Psychiatry*, 69(11), 1818-1828.





7- Le suicide



7.1 Mythes associés au suicide

- Les jeunes qui parlent de suicide ne passeront pas à l'acte.

Faux.

- *Il faut toujours prendre au sérieux les allusions au suicide, car elles sont des appels à l'aide. De plus, la plupart des personnes donnent des signes de leurs intentions suicidaires avant de passer à l'acte.*

- Parler du suicide à une personne perturbée lui donnera l'idée de passer à l'acte.

Faux.

- *Si on lui demande directement si elle songe au suicide, on ne lui met pas l'idée en tête, au contraire, on lui donne la possibilité d'exprimer sa souffrance.*

- L'amélioration de l'humeur d'un jeune suite à une crise signifie que le danger est passé.

Faux.

- *Il se peut qu'une personne en crise suicidaire semble momentanément soulagée et paraisse de bonne humeur, mais cela ne signifie pas que le danger est passé.*

7.2 Définition

La crise suicidaire survient quand une personne rencontre un obstacle ou une série d'obstacles à la réalisation des objectifs importants de sa vie. Lorsque la recherche de solutions se solde par de multiples échecs, cette personne, déjà en situation de souffrance, se sent de plus en plus en perte de contrôle, passant alors à une phase aiguë de tension. L'idée du suicide prend alors de plus en plus de place et devient l'ultime solution.

L'ambivalence étant présente tout au long de ce processus, la présence d'une personne, l'écoute et la possibilité d'une solution de rechange et d'espoir peuvent arrêter le processus suicidaire.

Le terme générique « comportements suicidaires » inclut :

- *le suicide complété*, soit l'acte délibéré contre soi-même causant la mort ;
- *la tentative de suicide*, soit l'acte délibéré contre soi-même, menaçant la vie, mais ne causant pas la mort ;
- *l'idée suicidaire*, qui comprend toute forme de pensée qui révèle une intention possible de suicide ou qui tend vers cette intention, mais où l'acte n'est pas posé.



7.3 Prévalence

Plus rare avant la puberté, le suicide survient généralement après l'âge de 13-14 ans. D'ailleurs, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes québécois. En 2006, il représentait 16,5 % de l'ensemble des décès chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. Alors que le taux de suicide complété est beaucoup plus élevé chez les garçons que chez les filles, le taux de tentative est quant à lui deux à trois fois plus élevé chez les filles. Même si tous ne passent pas à l'acte, entre 20 % et 25 % des adolescents rapportent avoir eu des pensées suicidaires à un moment durant leur adolescence.

7.4 Indices

La plupart du temps, la personne suicidaire va donner des indices et des signes de sa souffrance à son entourage. On estime en effet qu'entre 26 % et 60 % des adolescents décédés par suicide ont parlé de leur intention de mourir. Ces signes peuvent se manifester de différentes façons.

Soit par des mots :

- parler de suicide et de mort ;
- écrire sur le suicide ou le représenter par des dessins ;
- idolâtrer des personnes qui se sont suicidées ;
- dire ouvertement : « Je veux mourir », « Bientôt, vous allez avoir la paix », « Ne vous inquiétez pas, je vais débarrasser le plancher », « Des fois, j'aimerais mieux être mort ».

Soit par le comportement :

- des changements de comportements soudains ;
- des dons d'objets significatifs pour la personne ;
- du retrait et de l'isolement social ;
- une consommation élevée de drogues, d'alcool ou de médicaments ;
- l'acquisition de moyens pour pouvoir passer à l'acte (arme à feu, corde, accumulation de médicaments, etc.).

Soit par des émotions :

- un désintérêt et une perte de plaisir ;
- des pleurs, de la tristesse, de l'apathie et du découragement ;
- de l'incohérence et de la confusion dans le langage ;
- des changements brusques de l'humeur, de l'agressivité ;
- des émotions contradictoires et changeantes (rires suivis de pleurs, colère, etc.).



7.5 Risques

Le résultat d'une tentative de suicide peut malheureusement être fatal. Bien que plusieurs survivent, il y a des risques de blessures permanentes ou d'handicaps qui peuvent avoir de sérieux impacts sur la qualité de vie.

Un autre risque important est la récurrence. Entre 25 % et 33 % des adolescents victimes de suicide avait déjà fait une première tentative. De plus, le risque de récurrence est plus élevé dans les premiers 3 à 6 mois suivants la tentative de suicide, et il demeure plus élevé que dans le reste de la population pendant 2 ans.

Les facteurs de risques sont divisés en deux groupes : ceux qui prédisposent un jeune à avoir des comportements suicidaires, et les obstacles de la vie ou les stress qui peuvent les favoriser. Par ailleurs, il est très important de ne pas négliger la plus ou moins grande « disponibilité » des moyens accessibles au jeune pour passer à l'acte.

Tout d'abord, voici quelques facteurs directement associés au jeune qui le prédisposent à avoir des comportements suicidaires :

- des troubles mentaux ;
- des troubles dépressifs majeurs ;
- de l'abus de drogue et d'alcool ;
- des troubles de l'humeur, par exemple la bipolarité ;
- des troubles de comportement, des troubles anxieux et des comportements antisociaux ;
- des comportements impulsifs ;
- la tendance à réagir à la provocation avec agressivité ;
- une faible estime de soi, le sentiment d'être inutile ;
- un questionnement quant à son orientation sexuelle.



Entre **25 %** et **33 %**
des adolescents victimes de
suicide avait déjà fait une
première tentative.

La présence de certains troubles chez les parents du jeune, tels des comportements suicidaires, des troubles dépressifs, l'abus de substances ou des comportements antisociaux peuvent aussi le prédisposer à avoir des comportements suicidaires.

Il existe aussi des obstacles de la vie ou des événements stressants qui peuvent favoriser l'apparition de comportements suicidaires. Par exemple :

- la perte d'un parent ou d'un ami ;
- une relation difficile dans la famille, peu de communication et un manque de soutien ou de disponibilité de la part des parents ;



- de l'abus physique et sexuel ainsi que des mauvais traitements ;
- l'échec scolaire et la peur de la réaction des parents ;
- le décrochage scolaire ;
- les problèmes d'adaptation sociale à l'école ;
- l'intimidation, le taxage et le harcèlement ;
- des problèmes de discipline.

7.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant le suicide, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- Suicide-Action Montréal: www.suicideactionmontreal.org
- Association québécoise de prévention du suicide : www.aqps.info
- Association canadienne pour la prévention du suicide : www.casp-acps.ca
- Centre de prévention du suicide de Québec : www.cpsquebec.ca
- Le centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) : www.crise.ca

7.7 Références

Affi, T.O., Cox, B.J. & Katz, L.Y. (2007). The association between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in nationally representative sample of young adolescents. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 52(10), 666-674.

Ahluwalia, J.S. (2009). Suicidal behaviour in adolescents: risk factor identification, screening, and prevention CME/CE. Consulté en juin 2009 au <http://www.medscape.com/publichealth>

Bhatia S.K. & Bhatia, S.C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.



Bridge, J.A., Goldstein, T.R. & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3/4), 372-394.

Bibeau, L. & Dupuis, G. (2005). L'Insatisfaction de l'image corporelle et les problèmes psychologiques associés. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26 (3), 273-293.

Bibeau, L. & Dupuis, G. (2007). Perfectionnisme, problème d'image corporelle, détresse psychologique et idéation suicidaire chez les étudiants de niveau collégial et de premier cycle universitaire: prévalence et validation d'un modèle théorique. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39(2), 119-134.

Canadian mental health association. Le suicide chez les jeunes.
Consulté en juin 2009 au
http://www.cmha.ca/bins/print_page.asp?cid=3-101-104&lang=2.

CRISE prévention suicide. (2008, mai). Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide : Les tentatives de suicide et les décès par suicide (partie 4). Consulté en juin 2009 au
<http://www.criseapplication.uqam.ca/index.asp>

Dervic, K., Brent, D.A. & Oquendo, M.A. (2008). Complete suicide in childhood. *Psychiatric clinics of north America*, 31(2), 271-291.

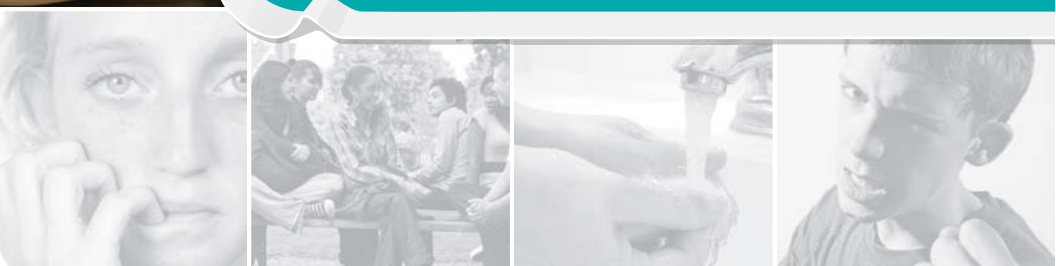
Waldvogel, J.L., Rueter, M. & Oberg, C.N. (2008). Adolescent suicide: risk factors and prevention strategies. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 38(4), 110-125.

Weller, E.B., Kowatch, R.A., Wagner, K.D. & Emslie G.J. (2008). An update on depression in children and adolescents. *J Clin Psychiatry*, 69(11), 1818-1828.





8- La scarification



8.1 Mythes associés à la scarification

- Les jeunes qui se scarifient le font juste pour attirer l'attention.

Faux !

- *La scarification peut être une façon de soulager une douleur psychologique profonde et insupportable.*

- La crise d'adolescence explique souvent pourquoi les jeunes se scarifient.

Faux !

- *La scarification traduit à la fois une forte douleur psychologique et un mal-être profond, souvent précurseurs de comportements suicidaires.*

8.2 Définition

La scarification consiste à s'entailler la peau de façon intentionnelle et consciente, sans avoir la volonté de mourir.

Pour ce faire, les moyens utilisés sont variés : lame de rasoir et couteau, éclat de verre ou de porcelaine, aiguille, filtre de cigarette durci au feu, morceau de disque compact brisé, fragment de crayon, etc.

Les endroits ciblés sont le plus souvent les bras et les avant-bras ou des endroits plus cachés comme les aisselles, l'abdomen, l'intérieur des poignets, les pieds ou sur la poitrine. Les lésions ne sont généralement pas dangereuses pour la vie ou le fonctionnement, mais peuvent laisser plusieurs cicatrices permanentes. Lors d'un examen physique, on peut en retrouver une, deux, voire des centaines.

La scarification est une façon de soulager une douleur psychologique profonde et insupportable, impossible à exprimer autrement. Le fait de se couper et le saignement qui en résulte procurent un sentiment intense de soulagement suivi d'une relaxation et d'un sentiment de bien-être. Elle se pratique généralement dans la solitude et passe souvent inaperçue pour l'entourage et les parents, surtout si elle survient de façon épisodique.

Les jeunes qui se scarifient ont généralement tendance à cacher leurs cicatrices, mais il arrive qu'ils les dévoilent. Ils démontrent ainsi à leur entourage (parents, autres jeunes) qu'ils ont besoin d'aide sans en faire directement la demande. Ils se perçoivent incompris ou comme n'ayant pas d'importance aux yeux des autres.

La scarification est une façon de soulager une douleur psychologique profonde et insupportable, impossible à exprimer autrement.



Se scarifier servira parfois à soulager leur anxiété et leur détresse en l'absence de support ou d'intervention.

8.3 Prévalence

La scarification représente 75 % des cas d'automutilation. On estime que 4 % à 10 % de la population générale adulte se seraient scarifiées au moins une fois dans la vie et que 1 % l'aurait fait de façon répétitive. Chez les adolescents, 1,5 % à 2 % auraient des comportements d'automutilation incluant la scarification. Bien que la scarification soit présente chez les garçons comme chez les filles, la proportion chez ces dernières est légèrement plus élevée.

8.4 Indices

Voici quelques indices qui se retrouvent chez les jeunes qui se scarifient :

- des sautes d'humeur ;
- une faible estime de soi ;
- de la difficulté à contrôler ses impulsions ;
- un sentiment de tristesse, de la colère, de l'anxiété ;
- une tendance à se critiquer et à être constamment insatisfait de soi ;
- une incapacité à identifier les aspects positifs dans leur vie.

D'autres comportements qui visent principalement à cacher les cicatrices sont aussi des indices importants, tels que :

- une tendance à porter des manches longues et des pantalons longs même lorsqu'il fait très chaud ;
- une résistance à se dévêtir ;
- une tendance à inventer des excuses pour éviter de participer à des activités qui nécessitent d'être vêtu plus légèrement et d'exposer leur peau (éducation physique, événements sportifs, activités estivales).

8.5 Risques

Bien que, par définition, la scarification soit pratiquée sans volonté de mourir et par seul souci de soulagement, elle traduit à la fois une forte douleur psychologique et un mal-être profond souvent précurseurs de comportements suicidaires. Le suicide vient donc au premier rang des risques associés à la scarification.



De par le sentiment de bien-être procuré par un épisode de scarification, les jeunes peuvent même en développer une dépendance. Parmi les jeunes qui se scarifient, près des trois quarts le font plusieurs fois sur une très longue période et lorsque ce comportement s'installe à l'adolescence, il perdure souvent une dizaine d'années.

Les recherches démontrent qu'un peu plus de la moitié des patients qui visitent les urgences pour s'être automutilés obtiennent un diagnostic de trouble psychologique. Parmi les plus communs, notons :

- le trouble dépressif ;
- les troubles alimentaires (30 % à 60 % des boulimiques se scarifient) ;
- le trouble de la personnalité limite (91 % des gens atteints se scarifient, 32,8 % l'ont fait avant 12 ans et 30,2 % entre 13-17 ans).

La scarification peut également survenir en raison du contexte familial ou de vie du jeune. Par exemple, ce comportement pourra être observé chez un jeune qui :

- vit une carence affective ;
- a été séparé de ses parents de façon précoce ;
- a vécu le divorce des parents ou la mort d'un parent ;
- vit de la violence familiale, physique ou de l'abus sexuel ;
- manque de soutien affectif et réprime l'expression de l'agressivité et de la colère ;
- a un historique familial d'alcoolisme, de maladies mentales ;
- a un historique personnel de maladie chronique avec des séjours prolongés à l'hôpital durant l'enfance.

8.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant la scarification, vous pouvez consulter la ressource suivante :

- Association canadienne pour la santé mentale : www.cmha.ca



8.7 Références

Darouin, A. & Bravender, T. (2004). The edge of self-mutilation in adolescent. The American journal of maternal child nursing, 29(1), 12-20.

Olfson, M., Gameroff, M., Marcus, S.C., Greenberg, T. & Shaffer, D. (2005). Emergency Treatment of young people following deliberate self-harm. Archives of General Psychiatry, 62(10), 1122-1128.

Richard, B (2005). Les comportements de scarification chez l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 53(3), 134-141.







9- Les troubles anxieux



9.1 Mythes associés aux troubles anxieux

- Seuls les adultes vivent des attaques de panique.

Faux !

- Entre 20 % et 30 % des adolescents et des jeunes adultes en souffrent.

- Très peu de traitements existent pour les troubles anxieux.

Faux !

- Il est possible d'améliorer la qualité de vie d'un individu et de réduire (ou faire disparaître) les symptômes au moyen de traitements pharmacologiques (médicaments) et en ayant recours à une psychothérapie.

- Les jeunes qui souffrent de phobies sont des jeunes peureux qui ne veulent pas se contrôler.

Faux !

- La phobie est un problème de santé mentale et non pas seulement le reflet d'une personnalité peureuse.

9.2 Définition

Les troubles anxieux sont très fréquents. Ils constituent un ensemble divers de troubles psychologiques avec, comme symptôme principal, l'anxiété pathologique. Les premières manifestations arrivent habituellement tôt dans la vie et évoluent souvent de manière chronique, avec des rechutes et des récidives, entraînant parfois des périodes d'invalidité.

9.2.1 Trouble panique

Le trouble panique se caractérise par des attaques de panique à répétition. Une attaque est un moment d'anxiété, de peur ou de malaise très intense accompagné de symptômes physiques et cognitifs tels que des palpitations, de la transpiration, des tremblements, des sensations de « souffle coupé », la peur de perdre le contrôle, de devenir fou, de mourir, etc. Ce malaise dure rarement plus de 20 à 30 minutes. Bien que ces symptômes ne soient pas dangereux, ils sont désagréables et souvent inquiétants. Les attaques sont soudaines et peuvent parfois arriver de façon imprévisible.

9.2.2 Trouble phobique (phobie spécifique, phobie sociale, agoraphobie)

La phobie désigne la peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation d'un objet donné ou d'une situation spécifique.



- *Phobie spécifique* : c'est la phobie classique, avec un objet précis ou une situation spécifique (animaux, objets coupants, moyens de transport, etc.). En présence de l'objet ou la situation phobique, la personne peut ressentir un état de panique ou d'anxiété intense.
- *Phobie sociale* : elle se caractérise par des situations où la personne sait qu'elle pourra être observée par les autres et où elle craint d'agir d'une manière embarrassante ou honteuse (peur de parler en public ou d'aller dans des rencontres sociales, peur de rougir, d'utiliser les toilettes, etc.). Dans ces situations, la personne peut ressentir un état de panique ou d'anxiété intense. Ceci amène fréquemment la personne à éviter ces situations.
- *Agoraphobie* : c'est la crainte de se retrouver dans des espaces envahis par la foule et où l'on pense ne pas pouvoir obtenir d'aide (le métro ou les transports en commun, le cinéma, les salles de spectacles, etc.), ou encore, dans une situation où la personne craint la venue d'une attaque de panique. Ce n'est donc pas le lieu spécifique qui est à l'origine de l'agoraphobie, mais plutôt la crainte d'y ressentir un sentiment d'anxiété ou de panique.

9.2.3 Trouble obsessionnel compulsif

Ce trouble est caractérisé par la présence de pensées obsédantes et récurrentes qui créent de l'anxiété et qui obligent ceux qui en souffrent à faire sans cesse des rituels précis (se laver les mains très souvent, vérifier maintes et maintes fois si on n'a pas oublié ses clés, etc.) afin de réduire le malaise ou « prévenir » l'occurrence possible d'un événement négatif. Ce comportement excessif constitue un véritable handicap.

9.2.4 Anxiété généralisée

Ce trouble est caractérisé par la présence de soucis injustifiés ou excessifs par rapport à plusieurs situations : la peur d'être en retard, la peur de l'échec ou d'être jugé inadéquat, etc., par une attention exagérée aux risques ou une fixation concernant la croyance que le monde est dangereux et qu'il faut prévenir les catastrophes en contrôlant son environnement. Dans ce trouble, il y a présence presque constante d'inquiétudes qui semblent incontrôlables pour la personne.

9.2.5 Trouble de stress post-traumatique

Ce trouble anxieux est une réaction psychologique qui se manifeste suite à un événement traumatisant (accident grave, que l'on soit victime ou encore témoin, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat, etc.). Il se caractérise entre autres par des réactions de peur intense dans des situations qui rappellent l'événement traumatisant, par des souvenirs



récurrents de l'événement, des cauchemars reliés à l'événement traumatique, des sursauts, des moments d'angoisse intense, etc.

9.2.6 Anxiété de séparation (spécifiquement chez l'enfant)

C'est une anxiété excessive concernant la séparation avec la maison ou avec les personnes auxquelles le sujet est attaché. Les enfants atteints d'anxiété de séparation ont besoin de savoir où sont leurs proches et de garder le contact avec eux.



9.2.7 Anxiété de performance (spécifiquement chez l'enfant et l'adolescent)

Manifestation d'anxiété qui se produit lorsque l'enfant ou l'adolescent est en situation d'évaluation (tests, examens, etc.). L'anxiété peut être reliée à la performance scolaire, mais aussi à d'autres sphères (activités sportives, artistiques, etc.). Cette anxiété peut affecter la performance de l'élève. Par ailleurs, lorsque la performance n'est pas affectée, l'enfant souffrant d'anxiété de performance vit un état de tension important qui amène un mal-être.

9.3 Prévalence

Environ une personne sur dix souffre de troubles anxieux ou de panique. La maladie apparaît souvent tôt, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les femmes ont deux fois plus de risque d'en être victimes que les hommes. La dépression accompagne les troubles anxieux dans 20 % à 65 % des cas tout comme les crises de panique (29 % des cas).

9.4 Indices

Il existe plusieurs indices physiques qui permettent de reconnaître les troubles anxieux, les attaques de panique et les phobies simples, tels :

- des palpitations, des battements de cœur ou une accélération cardiaque ;
- des tremblements ou des secousses musculaires ;
- des sensations de « souffle coupé », d'étouffement et d'étranglement ;
- des douleurs thoraciques ;
- des vomissements, des maux de ventre, des maux de tête ;



- une respiration inadaptée, un abdomen contracté ou gonflé, une impression de manquer d'air ;
- une sensation de vertige, d'instabilité ou une impression d'évanouissement ;
- un sentiment d'irréalité ou de dépersonnalisation (être détaché de soi) ;
- la peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou ;
- la peur de devenir sourd, de ne plus être capable de communiquer ;
- de la transpiration, des frissons ou des bouffées de chaleur ;
- la peur de mourir ou d'avoir une maladie ;
- des troubles de la mémoire et de la concentration.

9.5 Risques

L'anxiété est souvent associée à la dépression. Selon une enquête, environ 42 % des personnes souffrant de dépression ont signalé des symptômes d'anxiété. De plus, une anxiété grave peut être un facteur de risque pour le suicide. Enfin, les troubles anxieux accompagnent souvent les troubles bipolaires. La persistance d'un trouble anxieux est reconnue pour avoir des conséquences à long terme sur le système cardiovasculaire.

Un certain nombre de facteurs de risque peuvent contribuer au développement de troubles anxieux :

- *des facteurs environnementaux* : vivre dans des conditions difficiles peut engendrer de l'anxiété chronique (pauvreté, conflits familiaux, exigences parentales trop élevées, etc.) ;
- *la personnalité* : un individu ayant une faible estime de soi ainsi qu'une faible capacité d'adaptation est plus susceptible de développer un trouble anxieux ;
- *la chimie du cerveau* : un déséquilibre chimique du cerveau peut provoquer des troubles anxieux ;
- *des facteurs génétiques* : un des facteurs de risque pourrait être une vulnérabilité biologique au stress ;
- *des traumatismes* : un événement traumatisant peut créer des troubles anxieux.



9.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant les troubles anxieux, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- Ordre des psychologues du Québec : www.ordrepsy.qc.ca
- Fondation des maladies mentales : www.fmm-mif.ca
- Phobies-Zéro : www.phobies-zero.qc.ca
- Revivre : www.revivre.org
- Association Troubles anxieux du Québec : www.ataq.org
- Hôpital Louis-H. Lafontaine : www.hlhl.qc.ca
- Hôpital Rivière-des-Prairies : www.hrdp.qc.ca

9.7 Références

American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{éd.}, texte révisé). Washington, DC. : American Psychiatric Association.

Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical psychology review*, 26(7), 817-833.

Institut universitaire en santé mentale Douglas. Les troubles anxieux. Consulté en juillet 2009 au <http://www.douglas.qc.ca/mental-health-info/anxiety-disorders/index.asp?l-f>

Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S. & Weiss, S.T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation*, 90, 2225-2229.



L'anxiété de performance ou la réussite à tout prix. Bulletin du service d'orientation et de consultation psychologique UdeM. Consulté en juillet 2009 au <http://www.csedc.umontreal.ca/apprentissage/visas/vies/v10n2-1.pdf>

L'anxiété chez les enfants et les adolescents : perspective actuelle. Consulté en juillet 2009
<http://www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/13/13-2-16.htm>

Lewinsohn, P., Holm-Denoma, J., Small, J.W., Seeley, J.R. & Joiner, T.E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 47(5), 548-555.

Lundbeck Institute. Troubles anxieux. Consulté en juillet 2009 au
http://fr.brainexplorer.org/anxiety/Anxiety_Epidemiology.shtml.

Marchand, A., & Letarte, A. (2004). La peur d'avoir peur: Guide d'auto-traitement du trouble panique avec agoraphobie (3e édition revue et corrigée). Montréal: Éditions Stanké.

Phobies-Zéro. Trouble panique. Consulté en juillet 2009 au
http://www.phobies-zero.qc.ca/html/comprendre/trouble_panique-a.html

Stein, M.B. & Stein, J.D. (2008). *Social anxiety disorder*. *thelancet.com*, 371(9618), 1115-1125.







10- La phobie sociale



10.1 Mythes associés à la phobie sociale

- Les jeunes qui souffrent des phobies sociales sont simplement des personnes d'une timidité extrême.

Faux !

- *La phobie sociale est une maladie réelle.*

- Très peu de traitements existent pour aider les jeunes présentant des phobies sociales.

Faux !

- *Il est possible d'améliorer la qualité de vie d'un individu et de réduire (ou faire disparaître) les symptômes de la phobie sociale au moyen de traitements pharmacologiques (médicaments) ou grâce à une psychothérapie.*

10.2 Définition

La phobie sociale est une peur marquée et persistante des situations sociales ou de performance (participer à des activités de groupe, manger en public, parler à un supérieur, assister à une soirée, rencontrer des étrangers, etc.). La personne craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante et d'être jugée par les autres. Bien qu'elle reconnaisse le caractère excessif de sa peur, elle ressent une anxiété intense dès l'exposition à une situation sociale. Bien souvent, la personne préfère éviter ce genre de situation ce qui perturbe ses habitudes, ses activités scolaires, et ses activités sociales en général.

10.3 Prévalence

La phobie sociale débute généralement entre 10 et 20 ans, faisant parfois suite à une timidité dans l'enfance ou une inhibition sociale. Elle peut commencer de façon abrupte (après une expérience sociale stressante) ou bien de façon plus sournoise. Selon plusieurs études, la prévalence à vie de la phobie sociale varie de 3 % à 13 % pour l'ensemble de la population. Parmi ces personnes, la plupart ont une peur excessive de parler et de performer en public et un peu moins de la moitié ont peur de parler à des inconnus ou de rencontrer de nouvelles personnes. Il est à noter que la phobie sociale constitue rarement un motif d'hospitalisation puisque les personnes pensent souvent que ce trouble est un trait non-modifiable de leur personnalité.



10.4 Indices

Il existe une série de symptômes physiques associés à la phobie sociale tels des tremblements, des palpitations cardiaques, des rougeurs, du bredouillement ou du bégaiement, de la transpiration, des nausées et des attaques de panique.

10.5 Risques

Autant d'un point de vue personnel que social, le fait de souffrir de phobie sociale a des conséquences importantes.

Au niveau personnel :

- peur des situations sociales ou de performance qui l'expose à l'observation d'autrui ;
- crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante en public ;
- anxiété intense et persistante qui se manifeste avant, durant ou après une situation sociale ou de performance ;
- hypersensibilité à la critique ;
- manque souvent d'assurance et risque d'avoir une mauvaise opinion de soi ;
- problème de santé mentale ou physique.

Au niveau social :

- relations familiales difficiles ou conflictuelles ;
- difficulté à se faire des amis ;
- évitement des situations redoutées, qui perturbent la vie sociale normale ou la capacité de remplir ses fonctions ;
- absence ou diminution importante des activités sociales, scolaires ou professionnelles.



La personne souffrant de phobie sociale craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante et d'être jugée par les autres.

10.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;



- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant la phobie sociale, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- Ordre des psychologues du Québec : www.ordrepsy.qc.ca
- Fondation des maladies mentales : www.fmm-mif.ca
- Phobies-Zéro : www.phobies-zero.qc.ca
- Association Troubles anxieux du Québec : www.ataq.org
- Hôpital Louis-H. Lafontaine : www.hlhl.qc.ca
- Hôpital Rivière-des-Prairies : www.hrdp.qc.ca

10.7 Références

American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{éd.}, texte révisé). Washington, DC. : American Psychiatric Association.

Chartier, M.J., Walker, J.R. & Stein, M.B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*. 31(2), 307-315.

DeWit, D.J., Chandler-Coutts, M., Offord, D.R., King, G., McDougall, J., Specht, J. & Stewart, S. (2005). Gender difference in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *Anxiety disorders*, 19(5), 479-502.





11- Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)



11.1 Mythes associés au trouble obsessionnel compulsif

- Le trouble obsessionnel compulsif est causé par des problèmes familiaux.

Faux !

- *L'origine ou la cause du TOC n'est pas encore complètement connue. Une prédisposition génétique ou des troubles liés au processus d'apprentissage (ou les deux) sont des causes souvent invoquées.*

- Ce sont les filles qui sont plus touchées par le trouble obsessionnel.

Faux !

- *Les garçons sont touchés par ce problème d'une fois et demie à deux fois et demie plus souvent que les filles.*

11.2 Définition

Le trouble obsessionnel compulsif est un trouble anxieux caractérisé par :

- *des obsessions*, telles que des pensées récurrentes et persistantes, des impulsions ou des images qui sont vécues comme étant intrusives ou angoissantes ;
- *des compulsions*, tels que des comportements répétitifs posés dans le but de réduire ou de prévenir l'anxiété rattachée à une pensée obsessive.

Le TOC occasionne des pertes de temps importantes allant jusqu'à plusieurs heures par jour et interfère avec le fonctionnement social, académique et occupationnel de la personne qui en souffre.



11.3 Prévalence

Environ 1 % à 4 % des enfants et adolescents sont atteints du TOC et les garçons sont 1,5 à 2,5 fois plus nombreux que les filles. En effet, les garçons seraient plus nombreux à connaître leur premier épisode de TOC entre 5 et 15 ans alors qu'une apparition plus tardive, entre 26 et 35 ans, serait plus commune chez les filles. À l'âge adulte, la proportion d'hommes et de femmes est plutôt égale, même si l'on dénote une légère prédominance chez les femmes. Environ 15 % des personnes atteintes du TOC présentent une altération progressive du fonctionnement professionnel et social alors que 5 % ont une évolution épisodique avec peu ou pas de symptôme.



11.4 Indices

Parmi les obsessions et les compulsions les plus courantes chez les enfants et les adolescents on peut observer :

Au niveau des obsessions :

- la peur de la contamination ;
- la peur qu'il arrive du mal à soi ou aux autres (catastrophe naturelle, maladie, mort) ;
- les obsessions sexuelles et agressives ;
- le besoin que tout soit symétrique et ordonné.

Au niveau des compulsions :

- se laver très fréquemment ;
- vérifier fréquemment et continuellement les actes posés ;
- effectuer des rituels mentaux (compter, classer et répéter des mots ou des phrases) ;
- arranger ou mettre continuellement ses objets personnels en ordre.

Le TOC peut aussi se traduire par d'autres types de comportements, tels :

- demander aux autres membres de la famille de s'impliquer dans ses rituels (que ses vêtements soient lavés deux ou trois fois par jour) ;
- se ronger les ongles de manière excessive ;
- se plaindre de pensées persistantes et intrusives ou d'inquiétudes récurrentes ;
- éviter certains endroits ou le contact avec des objets particuliers ;
- chercher à se rassurer de manière excessive ;
- manquer de confiance en soi ;
- être moins enclin à trouver des solutions à ses problèmes ;
- démontrer peu d'affection dans ses interactions avec les autres ;
- se retirer socialement.

11.5 Risques

Un jeune atteint du TOC pourra développer des difficultés interpersonnelles et psychologiques à l'âge adulte. Il ressentira des effets néfastes sur le fonctionnement scolaire, social et familial. Il aura de la difficulté à se concentrer à la maison, à l'école ou dans d'autres activités ce qui pourra même interférer avec son développement cognitif et social.



De plus, les enfants et adolescents atteints du TOC peuvent être particulièrement vulnérables à d'autres troubles psychologiques tels :

- le trouble dépressif majeur ;
- les troubles anxieux (phobies) ;
- l'hypocondrie (peur de souffrir d'une maladie dangereuse) ;
- le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité ;
- les troubles de la conduite alimentaire ;
- le syndrome de Gilles de la Tourette ;
- des tics (mouvements incontrôlés).



Les **enfants** et adolescents atteints du TOC peuvent être particulièrement vulnérables à d'autres troubles psychologiques.

Le TOC est la plupart de temps diagnostiqué à l'adolescence ou chez le jeune adulte. Il peut aussi apparaître dès l'enfance.

Certains facteurs peuvent prédisposer au développement du TOC, par exemple, une génétique familiale, certains troubles neurologiques ou neuroanatomiques, un problème immunitaire, l'apprentissage de comportements liés au TOC (si un parent présente un TOC, il est possible que l'enfant apprenne certains comportements par imitation. Ce facteur familial peut s'ajouter à la dimension génétique).

Le TOC s'accompagne aussi d'une mauvaise régulation de la sérotonine (facteurs biologiques et neurochimiques). Cette molécule sert de messenger dont la fonction est reliée entre autres aux émotions. Un déséquilibre dans sa production ou son absorption par le cerveau peut être à l'origine de divers troubles anxieux et dépressifs.

Une augmentation anormale de l'activité dans certaines parties du cerveau (facteurs neuroanatomiques) peut aussi être impliquée dans le développement et le maintien du TOC.

De plus, le TOC et les tics peuvent être provoqués par une infection causée par une bactérie (facteur neuroimmunitaire). En défendant l'organisme, le système immunitaire peut endommager certaines régions du cerveau et les affecter dans leurs fonctions.

On constate que 52 % des enfants atteints du TOC ont des parents qui ont des symptômes obsessifs compulsifs et 19 % ont des parents qui sont atteints du TOC. On note aussi que 30 % des enfants et adolescents qui ont un TOC, ont une personne atteinte du TOC dans leur famille. Par ailleurs, il existe aussi des enfants atteints du TOC qui n'ont pas nécessairement d'historique familial de TOC.



Finalement, certains enfants ont appris à réduire leur anxiété en adoptant des comportements compulsifs (facteurs comportementaux). Voyant que ces comportements leur apportent un soulagement, ils deviennent plus susceptibles d'utiliser cette solution lors de nouveaux événements stressants, renforçant ainsi le cercle du TOC. D'autres enfants vont développer un TOC en réaction à des attentes parentales élevées ou à un manque de support émotionnel, d'affection et de rapprochement (facteurs familiaux).

11.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant le TOC, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- Ordre des psychologues du Québec : www.ordrepsy.qc.ca
- Association canadienne pour la santé mentale : www.cmha.ca
- Hôpital Louis-H. Lafontaine : www.hlhl.qc.ca
- Fondation Québécoise pour le Trouble Obsessionnel-Compulsif : fqtoc.mtl.rtss.qc.ca
- Hôpital Rivière-des-Prairies : www.hrdp.qc.ca

11.7 Références

American Psychiatric Association. (2000). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^{éd.}, texte révisé). Washington, DC. : American Psychiatric Association.

Cameron, C.L. (2007). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 14(7), 696-704.



- Eichstedt, J.A. & Arnold, S.L. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD. *Clinical psychology review*. 21(1), 137-158.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R. & Bouchard, C. (1996). Traitement cognitif et comportemental du trouble obsessionnel compulsif. Partie 2 : intervention. *Revue québécoise de psychologie*, 17(1), 103-123.
- Geller, D.A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric clinics of north America*, 29(2), 353-370.
- Keeley, M.L., Storch, E.A., Dhungana, P. & Geffken G.R. (2007). Pediatric obsessive-compulsive disorder: a guide to assessment and treatment. *Issues in mental health nursing*. 28(6), 255-274.
- Ladouceur, R., Freeston, M.H. & Rhéaume, J. (1996). Traitement cognitif et comportemental du trouble obsessionnel compulsif. Partie 1 : modèle explicatif. *Revue québécoise de psychologie*, 17(1).87-102.





12- Le trouble des conduites



12.1 Mythes associés au trouble des conduites

- On retrouve autant de trouble des conduites chez les garçons que chez les filles.

Faux !

- *En effet, le trouble des conduites touche plus souvent les garçons que les filles.*
- En vieillissant, le trouble des conduites chez le jeune va probablement se dissiper.

Faux !

- *Bien au contraire, en vieillissant, des complications de plus en plus importantes pour la vie du jeune découleront de ce trouble des conduites.*

12.2 Définition

Les enfants présentant un trouble des conduites transgressent de façon répétitive et persistante les droits personnels ou de propriétés des autres et les règles de la société. Ils sont souvent agressifs envers les autres ou déclenchent des hostilités. Un diagnostic de trouble des conduites est probable lorsque les symptômes durent depuis six mois ou plus.

Le trouble des conduites est défini selon quatre critères généraux :

- agressions envers des personnes ou des animaux ;
- destruction de biens matériels ;
- fraude ou vol ;
- violations graves de règles établies.

Le rejet des normes peut être manifeste ou déguisé. Dans un trouble manifeste, l'enfant confronte directement son entourage, par exemple, en défiant l'autorité publique ou en perturbant volontairement le fonctionnement de la classe à l'école. À l'inverse, dans un trouble déguisé, il agit dans le dos des adultes, que ce soit par des vols, de l'absentéisme ou du vagabondage.

Un trouble oppositionnel provocateur présent chez un jeune tôt dans les années préscolaires, peut être un indicateur d'un trouble des conduites plus tard dans l'enfance ou l'adolescence.



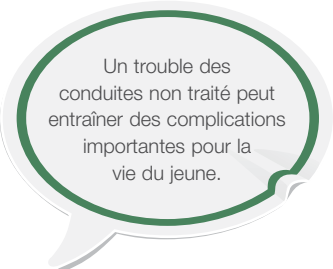
12.3 Prévalence

Les taux de prévalence du trouble des conduites varient, selon les types d'études, de moins de 1 % à 10 % des jeunes âgés de 9 à 17 ans. Il touche davantage les garçons que les filles et la prévalence serait plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

12.4 Indices

Les indices associés au trouble des conduites incluent :

- des agressions envers d'autres gens ou des animaux ;
- un comportement destructeur qui endommage ou détruit des biens matériels ;
- le mensonge ou le vol ;
- l'absentéisme ou autres violations sérieuses de règles établies ;
- l'usage précoce du tabac, de l'alcool et de stupéfiants ;
- l'activité sexuelle précoce.



Un trouble des conduites non traité peut entraîner des complications importantes pour la vie du jeune.

D'autres signes peuvent aussi devenir des indicateurs :

- de la dépression, des pensées suicidaires, des tentatives de suicide ;
- des échecs scolaires ;
- des expériences familiales ou sociales négatives ;
- des maladies sexuellement transmissibles ;
- des blessures fréquentes.

12.5 Risques

Un trouble des conduites non traité peut entraîner des complications importantes pour la vie du jeune. Il peut commettre des actes de destruction de plus en plus graves, exprimer ses émotions de façon destructive, violer les droits fondamentaux des autres et surtout avoir de la difficulté à vivre en harmonie avec ses amis et sa famille.

Certains facteurs sont susceptibles de favoriser le développement d'un trouble des conduites chez l'enfant, par exemple :

- le rejet maternel ;
- la séparation des parents ;



- de la négligence familiale ;
- de l'abus ou de la violence ;
- la maladie mentale chez un des parents ;
- la violence conjugale ;
- la pauvreté.

12.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

12.7 Références

American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{éd.}, texte révisé). Washington, DC. : American Psychiatric Association.

Children's Mental Health Ontario. (2009). Trouble de la conduite chez l'enfant et l'adolescent. Consulté le xx au http://www.santementale-enfants-ados.ca/pour_les_parents/conduite.php

Mental Health Canada. (2009). Le trouble de la conduite des enfants et des adolescents. Consulté en juillet 2009 au <http://www.mentalhealthcanada.com/ConditionsandDisordersDetail.asp?lang=f&category=69>

Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Expertise Collective Inserm. Paris, France.





Centre de liaison sur l'intervention
et la prévention psychosociales

555, boul. René-Lévesque Ouest
Bureau 1200
Montréal (Québec) H2Z 1B1

Téléphone : 514 393-4666
Télécopieur : 514 393-9843
www.clipp.ca • info@clipp.ca