

faire face à l'adolescence

après avoir été maltraité pendant l'enfance

AU PIED DU MUR



CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS SUIVIS PAR LES SERVICES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE PAR RAPPORT AUX ADOLESCENTS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE :

comparaison des ensembles de données issues de l'étude
longitudinale sur les mauvais traitements et le cheminement
des adolescents (MCA) et du Sondage sur la consommation
de drogues des élèves de l'Ontario (SCDEO)

faire face à l'adolescence

après avoir été maltraité pendant l'enfance

AU PIED DU MUR



CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS
SUIVIS PAR LES SERVICES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE PAR
RAPPORT AUX ADOLESCENTS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE :

comparaison des ensembles de données issues de l'étude
longitudinale sur les mauvais traitements et le cheminement
des adolescents (MCA) et du Sondage sur la consommation
de drogues des élèves de l'Ontario (SCDEO)

Citation: **Wekerle, C., Leung, E., Goldstein, A., Thornton, T., Tonmyr, L.** (2009).
Consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents suivis par les services de protection de la jeunesse par rapport aux adolescents dans la population générale : comparaison des ensembles de données issues de l'étude longitudinale sur les mauvais traitements et le cheminement des adolescents (MCA) et du Sondage sur la consommation de drogues des élèves de l'Ontario (SCDEO). London, ON, Université Western Ontario

Des exemplaires de cette publication sont disponibles au:

Centre national d'information sur la violence dans la famille

Pré Tunney (1909D) Ottawa, ON K1A 0K9

Téléphone : **1 (800) 267-1291** ou **(613) 957-2938**

Téléscripteur/ATS : **1 (800) 561-5643** ou **(613) 952-6396**

Facsimile : **(613) 941-8930**

www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn

N° de cat. : HP5-81/2009
ISBN 978-0-662-06681-1

faire face à l'adolescence
après avoir été maltraité pendant l'enfance



Consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents suivis par les services de protection de la jeunesse par rapport aux adolescents dans la population générale :
comparaison des ensembles de données issues de l'étude longitudinale sur les mauvais traitements et le cheminement des adolescents (MCA) et du Sondage sur la consommation de drogues des élèves de l'Ontario (SCDEO)

AUTEURS

Christine Wekerle, Ph.D., Université Western Ontario (cwekerle@uwo.ca)
Eman Leung, Ph.D., Université Western Ontario
Abby L. Goldstein, Ph.D., Université Toronto
Tiffany Thornton, MSW., Bureau de la recherche et de la surveillance,
Direction de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada
Lil Tonmyr, MSW., Ph.D., Université Carleton, Division de la surveillance de la santé et
de l'épidémiologie, Section des blessures et de la violence envers les enfants,
Agence de la santé publique du Canada

FINANCÉE PAR

Santé Canada
Bureau de la recherche et de la surveillance, Direction de la stratégie antidrogue et des
substances contrôlées

FINANCEMENT ADDITIONNEL FOURNI PAR

Agence de la santé publique du Canada
Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie
Centre national d'information sur la violence dans la famille

Remerciements

Le présent rapport a été financé par le Bureau de la recherche et de la surveillance, Direction de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées.

L'étude longitudinale sur les mauvais traitements et le cheminement des adolescents (MCA) a été financée par l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada, le Centre d'excellence provincial du CHEO en santé mentale des enfants et des ados de même que par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario.

L'équipe de chercheurs du MCA est composée de la chercheuse principale, Christine Wekerle, et des cochercheurs : Michael Boyle, Eman Leung, Harriet MacMillan, Nico Trocmé, Randy Waechter, Anne-Marie Wall, Deborah Goodman, Bruce Leslie et Brenda Moody. L'équipe de l'étude MCA tient à offrir ses sincères remerciements aux jeunes suivis par les services de protection de la jeunesse et aux travailleurs sociaux participants, aux membres du conseil consultatif de l'étude MCA ainsi qu'à Maria Chen, qui a été d'une aide précieuse.

Le Sondage de 2005 sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (SCDEO) a été financé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario, ce dernier ayant soutenu les chercheurs principaux Edward Adlaf et Angela Paglia-Boak ainsi que l'équipe du SCDEO. L'équipe est grandement reconnaissante envers les jeunes du secondaire pour leur participation ainsi qu'envers les conseils scolaires pour leur collaboration et l'appui du Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille du Centre de toxicomanie et de santé mentale, en particulier, Dr Joseph Beitchman.

Les auteurs souhaitent remercier Veeran-Anne Singh et Allison Vadneau, Bureau de la recherche et de la surveillance, Direction de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada et Jasminka Draca, division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Section des blessures et de la violence envers les enfants, Agence de la santé publique du Canada pour avoir révisé le présent rapport.

Photo reproduite avec la permission de Maureen Murphy.



AU PIED DU MUR

Table des matières

SOMMAIRE	3
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	5
Consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence	5
Prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents	6
Toxicomanie chez les adolescents : abus, dépendance et comorbidité	7
Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes ayant été victimes de maltraitance : multiples sources de risque	8
Maltraitance chez les enfants, traumatismes et consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes	10
Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes ayant des antécédents de maltraitance : différences entre les sexes.....	12
Prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes ayant des antécédents de maltraitance : résultats actuels.....	13
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS DE RECHERCHE	14
Méthodologie	14
Échantillon de l'année 1 de l'étude MCA.....	14
Mesures de la maltraitance	15
Symptômes de traumatismes	17
Consommation d'alcool et de drogues	18
Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario	18
Échantillon	18
Mesures	19
Comparaison entre les échantillons	19
Plan d'analyse	19
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	21
Objectif 1	21
Résultats de l'étude MCA et du SCDEO	21
Examen des résultats	21
Objectif 2.....	24
Résultats de l'étude MCA	24
Discussion	26
Objectif 3.....	29
Différences de consommation selon le sexe : MCA c. SCDEO	29
Discussion	33
Objectif 4.....	34
La maltraitance durant l'enfance et les symptômes du TSPT : taux globaux et différences selon le sexe dans l'étude MCA.....	34
Discussion	38
CHAPITRE 4 : RÉSUMÉ, RECOMMANDATIONS ET RÉPERCUSSIONS SUR LES PRATIQUES ET LES POLITIQUES	40
BIBLIOGRAPHIE	45

ANNEXE A : CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ) de l'étude MCA (échantillon)	50
ANNEXE B : CHILDHOOD EXPERIENCES OF VIOLENCE QUESTIONNAIRE (CEVQ) de l'étude MCA (échantillon)	51
ANNEXE C : TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN (TSCC) de l'étude MCA (échantillon)	53
ANNEXE D : DIFFÉRENCES SELON LE SEXE RELATIVES AUX ÉNONCÉS DU TSCC	54
ANNEXE E : QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES DU SCDEO DE 2005/ ANNÉE 1 DE L'ÉTUDE MCA (échantillon)	57
ANNEXE F : RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE DU CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ) (RÉVISÉ) ADMINISTRÉ LORS DE L'ADMISSION À L'ÉTUDE MCA.....	59

Sommaire

Introduction

C'est un fait bien établi que de nombreux adolescents consomment de l'alcool ou des drogues. La probabilité d'apparition de problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues durant l'adolescence et à l'âge adulte augmente en présence de plusieurs facteurs de risque, notamment les mauvais traitements subis durant l'enfance, soit la violence physique, sexuelle ou psychologique et/ou la négligence. Étant donné que 15 % des cas déclarés suivis par les services de protection de la jeunesse (SPJ) ont confirmé que leurs parents-substituts consommaient de l'alcool et/ou des drogues de façon abusive, les jeunes suivis par les SPJ (ci-après nommés jeunes des SPJ) constituent un groupe à risque de problèmes liés à la consommation ou à l'abus d'alcool ou de drogues tels que des problèmes à l'école, des pratiques sexuelles à risque, la conduite d'un véhicule sous l'influence de l'alcool ou de drogues, les bagarres et la violence dans les fréquentations. En dépit des recherches qui confirment un risque accru de consommation abusive d'alcool ou de drogues chez les jeunes des SPJ et chez ceux ayant des antécédents de mauvais traitements subis durant l'enfance, l'impact de ces événements sur la consommation des jeunes de l'Ontario est mal connu à ce jour.

Objectif

L'étude avait pour but d'examiner :

- les différences quant à la consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes des SPJ comparativement aux autres jeunes (c'est-à-dire ceux qui ne sont pas suivis par les services de protection de la jeunesse) ;
 - le lien précis entre les mauvais traitements subis durant l'enfance et la consommation d'alcool ou de drogues ;
 - les différences entre les sexes quant à la consommation d'alcool ou de drogues parmi les jeunes des SPJ comparativement aux autres jeunes ;
- les répercussions des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) sur le lien entre les mauvais traitements subis durant l'enfance et la consommation d'alcool ou de drogues.

Méthodologie

Les comparaisons entre les jeunes des SPJ et les autres jeunes reposaient sur deux échantillons distincts : les jeunes ayant participé à l'étude MCA et les élèves ayant participé au SCDSEO, anciennement le Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (SCDEO). L'utilisation d'énoncés identiques relativement à la consommation d'alcool ou de drogues dans le cadre des deux études a permis d'effectuer des comparaisons directes entre les échantillons.

Résultats

Les jeunes des SPJ ont déclaré une plus grande consommation de cannabis et d'autres drogues. Les filles de cette catégorie sont particulièrement à risque, ayant déclaré une plus grande consommation de cannabis et d'autres drogues au cours de leur vie que les filles qui n'étaient pas suivies par les services de la protection de la jeunesse, ainsi qu'une consommation fréquente d'autres drogues. Tous les types de mauvais traitements, à l'exception des abus sexuels, sont liés aux habitudes de consommation d'alcool et de drogues, qui varient selon la personne qui a déclaré les antécédents de mauvais traitements (le travailleur social des SPJ ou le jeune).

Les filles ayant participé à l'étude MCA présentent un risque plus élevé de consommation d'alcool et de drogues par rapport aux garçons ayant participé à cette même étude, ce qui laisse croire que les filles constituent un groupe à risque particulièrement élevé de divers problèmes associés à l'alcool ou aux drogues.

Les résultats ont aussi révélé des problèmes cliniques associés à la consommation d'alcool ou de drogues chez les filles. On note que les symptômes du TSPT constituent un médiateur significatif du lien entre les mauvais traitements subis durant l'enfance et la consommation d'alcool ou de drogues à l'adolescence. Cette médiation varie toutefois selon le sexe. Plus précisément, chez les filles des SPJ, les symptômes du TSPT expliquent le lien entre les antécédents de mauvais traitements durant l'enfance et la consommation de drogues.

Analyse et répercussions

Comme l'adolescence correspond à une période caractérisée par la prise de risques et la consommation expérimentale d'alcool ou de drogues, les résultats indiquent que les adolescents des SPJ constituent un groupe à risque de consommation de substances, en particulier de drogues. Les filles des SPJ constituent un groupe à risque élevé, ayant déclaré des déficiences

fonctionnelles liées à la consommation d'alcool ou de drogues. Les troubles affectifs peuvent être un élément important chez les filles, puisque les symptômes du TSPT influent de manière considérable sur la relation entre les antécédents de mauvais traitements et la consommation d'alcool ou de drogues.

Un large éventail de stratégies sont indiquées : des activités de prévention et d'éducation sur la drogue ciblées ainsi que des programmes de traitement diversifiés qui adresse à la fois les antécédents de trauma et l'abus de substances. La formation des travailleurs sociaux des SPJ devrait inclure le dépistage de la consommation d'alcool ou de drogues et des problèmes liés à cette consommation, des stratégies pour traiter les symptômes du TSPT et des stratégies d'adaptation. Les filles des SPJ peuvent nécessiter une attention particulière en tant que groupe à risque plus élevé, et des approches d'intervention propres à chaque sexe doivent être envisagées.

CHAPITRE 1: Introduction

Consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence

La consommation d'alcool ou de drogues à l'adolescence peut entraîner de nombreux effets négatifs. L'alcool est la substance psychoactive la plus fréquemment utilisée chez les adolescents, et sa consommation est associée à des risques importants, notamment la conduite avec facultés affaiblies, les problèmes physiques et psychologiques ainsi que l'échec et le décrochage scolaire (Battin-Pearson et coll., 2000). Les études laissent croire que le fait de commencer à consommer de l'alcool à un âge précoce est associé à un risque accru de consommation abusive d'alcool ou de dépendance à l'alcool (Grant et Dawson, 1997). De plus, la consommation d'alcool est associée de manière significative à quatre des principales causes de décès chez les adolescents : les accidents de voiture, d'autres blessures non intentionnelles, les homicides et les suicides (Tucker, Ellickson et Klein, 2003).

Les effets de l'alcool sur le neurodéveloppement peuvent être responsables de toutes ces conséquences. Selon des études récentes sur le développement du cerveau durant l'adolescence, la « consommation abusive » veut dire l'introduction de toute « toxine » dans l'organisme durant cette période de croissance cruciale (Mayes et Bornstein, 1996; Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse, 2005).

Bien que la consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 19 ans soit illégale en Ontario, les publications continuent de faire la distinction entre les substances licites et illicites. Plus particulièrement, les substances licites désignent habituellement l'alcool et les cigarettes et représentent la majeure partie des coûts relatifs à la consommation de substances psychoactives au Canada (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2007). Les drogues illicites sont

habituellement celles considérées comme étant « contrôlées » au sens de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, entre autres le cannabis, la cocaïne, les hallucinogènes et l'ecstasy. Aux fins du présent rapport, toute activité relative aux substances dont il sera fait mention est considérée illégale, étant donné que l'accent est mis sur la consommation d'alcool et la consommation de drogues illicites chez les mineurs.

En ce qui concerne les substances autre que l'alcool, le cannabis (marijuana) est la drogue la plus fréquemment consommée par les adolescents et est associé à des risques semblables à ceux de la consommation d'alcool. Par exemple, la consommation de marijuana chez les jeunes adolescents est liée à un risque accru de problèmes à l'école, de pratiques sexuelles à risque et de consommation ultérieure d'alcool et de marijuana (Brook, Balka et Whiteman, 1999). De plus, la consommation de marijuana à l'adolescence est considérée comme un facteur de causalité dans l'apparition de la schizophrénie chez les individus à risque de développer la maladie, une plus grande consommation étant associée à un risque accru (Arsenault et coll., 2004). La consommation précoce de drogues (c.-à-d. dès l'âge de 13 ans) s'est aussi révélé un facteur prédictif de toxicomanie ultérieure, même lorsque les facteurs de risque bien connus, tels l'alcoolisme des parents et les démêlés avec la justice pénale, sont pris en compte (King et Chassin, 2007).

Ces résultats mettent en lumière les conséquences négatives à long terme de la consommation abusive d'alcool ou de drogues à l'adolescence. Ils témoignent de la nécessité de mener d'autres recherches et de transmettre les connaissances relatives aux facteurs de risque et de protection, de faire de la prévention et de mettre sur pied des programmes de traitement pour les jeunes ainsi que

d'adopter des stratégies en matière de politiques de santé pour réduire les effets négatifs de la consommation et de l'abus d'alcool ou de drogues à l'adolescence.

Prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents

Malgré ses conséquences négatives, la consommation d'alcool et de drogues est courante chez les adolescents (Adlaf et Paglia-Boak, 2007; Johnston et coll., 2007), tout comme le sont d'autres comportements à risque, dont l'agression et les pratiques sexuelles à risque (Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Diverses raisons peuvent expliquer les comportements à risque, dont l'acceptation par les pairs, la recherche de sensations fortes, l'affirmation de l'indépendance et la mise à l'épreuve des limites. Les résultats d'un récent sondage national mené auprès d'adolescents américains indiquent que plus du quart d'entre eux ont fait l'essai d'alcool ou de drogues avant de commencer l'école secondaire, et qu'un peu moins de 50 % sont restés abstinents tout au long de leurs études secondaires (Johnston et coll., 2007). Pour les adolescents, l'alcool demeure la substance de prédilection : presque la moitié des élèves de 12e année (45,3 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours et 30 %, avoir été ivres (Johnston et coll., 2007).

Selon le plus récent sondage SCDSEO (Adlaf et Paglia-Boak, 2007), la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues semble s'être stabilisée ou avoir diminué en Ontario. Une plus grande utilisation d'opiacés d'ordonnance (p. ex. analgésiques tels qu'Oxycontin, Percocet, Percodan, Tylenol no 3, Demerol et codéine) à des fins non médicales est toutefois notée. Dans l'ensemble, 12 % des adolescents ontariens ont déclaré avoir consommé, au cours de l'année précédente, des substances autres que

l'alcool et la marijuana, parmi lesquelles les solvants (5,8 %), les stimulants (5,7 %), les hallucinogènes (5,5 %), l'ecstasy (3,5 %) et la cocaïne (3,4 %) étaient les substances les plus fréquemment consommées.

Comme c'était le cas lors d'un sondage mené aux États-Unis (Johnston et coll., 2007), l'alcool demeure la substance la plus fréquemment consommée par les jeunes de l'Ontario. Environ 61 % des élèves ontariens de la 7e à la 12e année ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année, et un quart de ces élèves ont eu une consommation excessive occasionnelle (c.-à-d. cinq verres ou plus par occasion). De plus, 19 % des jeunes ontariens ont été classés comme des consommateurs d'alcool à risque, ce qui signifie qu'ils se situaient à la limite de la consommation problématique d'alcool selon l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT, ou test de dépistage des troubles liés à la consommation d'alcool; Saunders et coll., 1993), une mesure de dépistage permettant d'évaluer l'ampleur des problèmes liés à l'alcool dans le cadre du SCDSEO.

Le tabagisme est moins courant que la consommation d'alcool : 12 % des jeunes ont déclaré avoir fumé au cours de la dernière année et 5 %, avoir fumé la cigarette quotidiennement. Le cannabis est la drogue la plus fréquemment consommée par les élèves de l'Ontario : 26 % ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année précédente, 14 %, six fois ou plus au cours de l'année précédente et 3 %, en avoir consommé quotidiennement.

Le SCDSEO comprend également un outil de dépistage qui évalue les situations de consommation de drogues vécues par les adolescents, appelé CRAFFT. Cet acronyme renvoie à la consommation d'alcool dans certains contextes (C = in car [en voiture] ; R = to relax [pour relaxer] ; A = while alone [seul] ; F = forget use [pour oublier] ; F = family/friends tell you

to cut down [famille et amis vous ont demandé de réduire] ; T = use lead to trouble [la consommation entraîne des problèmes]] (Knight et coll., 1999). Le CRAFFT porte sur les activités des 12 derniers mois. Un score de deux ou plus révèle une consommation problématique de drogues chez l'adolescent. Parmi les consommateurs de drogues de l'échantillon du SCDSEO, environ 25% des jeunes ont déclaré que leur consommation était problématique.

Dans l'ensemble, ces statistiques confirment des faits déjà connus : la consommation d'alcool et de drogues est courante chez les adolescents, et les substances les plus souvent consommées sont l'alcool, le cannabis et la cigarette.

Toxicomanie chez les adolescents : abus, dépendance et comorbidité

La dépendance chez les adolescents a fait l'objet d'une définition par consensus dans la littérature (Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse, 2005), définition dont les principales caractéristiques sont les suivantes :

- (a) pensées préoccupantes au sujet des drogues ou état de besoin de drogues ou d'expériences liées aux drogues ;
- (b) comportements compulsifs et répétitifs liés aux drogues qui nuisent aux activités normales ;
- (c) neuroadaptation à l'exposition aux drogues, telle la tolérance pharmacologique, et comportements associés au sevrage en cas d'arrêt brusque de la consommation.

Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition* (DSM-IV ; American Psychiatric Association, 1994), la toxicomanie implique un dysfonctionnement à travers un éventail de contextes, incluant l'école, le travail, les amis, les partenaires et la famille. Souvent, la consommation

répétée entraîne des conséquences négatives associées à la consommation excessive, comme le fait de ne pas remplir ses obligations. Ensuite, les substances sont consommées dans des situations pouvant causer des dommages physiques. Puis surviennent les problèmes juridiques associés à la consommation de substances. Finalement, un grave dysfonctionnement est lié à la *dépendance*, y compris la tolérance et/ou le sevrage. Bien qu'elle ne soit pas incluse dans les critères diagnostiques du DSM-IV, la dépendance est fréquemment associée à une négligence à l'égard des activités de base comme se nourrir, dormir et veiller à son hygiène. Les effets du sevrage sont généralement contraires à ceux de l'intoxication (p. ex. si l'intoxication mène à l'exultation, le sevrage entraînera l'abattement) et varient considérablement selon les drogues.

Il est évident qu'un diagnostic de troubles liés à une substance est associé à un grand nombre de conséquences négatives et que ces troubles chez les adolescents sont souvent accompagnés d'autres diagnostics de troubles psychologiques. Dans des échantillons communautaires, les adolescents chez qui des troubles liés à une substance ont été diagnostiqués sont six fois plus nombreux à avoir un diagnostic de troubles de l'humeur, deux fois plus nombreux à présenter des troubles anxieux et 14 fois plus nombreux à avoir des troubles de conduites/oppositionnels (Roberts, Roberts et Xing, 2007). Dans les établissements de désintoxication pour alcooliques et toxicomanes, près de 60 % des clients avaient reçu un diagnostic de troubles mentaux au cours de la dernière année, dont l'hyperactivité avec déficit de l'attention, des troubles du comportement, des troubles oppositionnels avec provocation, des troubles anxieux et des troubles de l'humeur (Garland et coll., 2001). De tels résultats donnent à penser que, parmi les adolescents ayant des troubles liés à une substance, les diagnostics de troubles psychiatriques concomitants constituent la norme.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le chevauchement entre la consommation d'alcool ou de drogues et les autres diagnostics. Par exemple, les jeunes qui ont des symptômes d'anxiété peuvent chercher à trouver un soulagement en consommant de l'alcool ou des drogues, telle la marijuana, pour leurs propriétés sédatives, ce qu'on appelle communément l'automédication (p. ex. Stewart, 1996). Bien que l'alcool soit un déprimeur du système nerveux central, il possède également certaines propriétés biphasiques, ce qui signifie que la consommation d'alcool entraîne d'abord des sensations accrues de plaisir et d'euphorie lorsque le taux d'alcool sanguin augmente, puis des effets sédatifs et déprimeurs lorsque le taux diminue. De plus, la consommation d'alcool ou de drogues chez les adolescents est souvent considérée comme faisant partie d'un « syndrome du comportement déviant » plus large (p. ex. Donovan et Jessor, 1985), où de plus grandes consommations d'alcool ou de drogues sont associées à d'autres comportements déviants, dont l'agression et les comportements perturbateurs, la violation des règles, les déficits d'attention et l'impulsivité.

Bien que l'ordre dans lequel surviennent la consommation d'alcool ou de drogues et le diagnostic de troubles psychiatriques ne soit pas encore bien établi, les jeunes déjà à risque de problèmes mentaux présentent également un risque accru de consommation d'alcool ou de drogues. En particulier, les jeunes qui ont été victimes de maltraitance et présentent déjà un risque de troubles psychologiques peuvent être particulièrement enclins à consommer de l'alcool ou des drogues. Comme il en sera question ci-après, plusieurs autres facteurs augmentent le risque de consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes ayant été victimes de maltraitance.

Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes ayant été victimes de maltraitance :

multiples sources de risque

Durant le développement normatif, la mise à l'épreuve des limites qui va souvent de pair avec la consommation d'alcool ou de drogues chez les adolescents peut aider à établir les paramètres d'un comportement ultérieur acceptable. La surveillance constante des parents, les corrections cohérentes, les répercussions scolaires et, dans certains cas, les sanctions juridiques contribuent souvent à corriger le comportement du jeune en favorisant son respect des normes pro sociales et son autonomie responsable. Cependant, les jeunes ayant des antécédents de négligence et/ou d'abus peuvent manquer de supervision et de soutien émotionnel de la part de leurs parents et/ou des responsables scolaires concernés étant donné les changements fréquents d'école ; tous ces facteurs peuvent perturber le processus de correction naturel en ce qui a trait à la consommation excessive d'alcool ou de drogues chez les jeunes (p. ex. voir Clark, Thatcher et Maisto, 2004). De plus, les facteurs de risque associés à la consommation d'alcool ou de drogues, tels la pauvreté, le manque d'aptitudes sociales, la consommation abusive d'alcool ou de drogues par les parents et les problèmes à l'école, sont plus courants chez les jeunes ayant des antécédents de maltraitance que chez les jeunes n'ayant pas de tels antécédents (Cash et Wilke, 2003 ; Crozier et Barth, 2005).

Selon la théorie de l'apprentissage social, chez les jeunes qui ont été victimes de maltraitance, il y a un risque de consommation d'alcool ou de drogues qui va au-delà de l'expérimentation ou de périodes limitées, puisqu'ils ont de piètres modèles de rôle, que leur parents-substituts renforcent directement les comportements liés à la consommation de drogues ou qu'ils prennent des décisions fondées sur ce qu'ils perçoivent comme étant des options limitées. Les

jeunes qui ont été victimes de maltraitance peuvent passer d'une consommation expérimentale à problématique ou à la dépendance parce qu'ils sont déjà vulnérables et vivent dans un milieu qui multiplie les risques (Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse, 2005). De plus, comme certains parents-substituts qui maltraitent leurs enfants consomment eux-mêmes de l'alcool ou des drogues de manière abusive, le risque est présent même si les risques environnementaux sont réduits, comme c'est le cas en présence d'un autre parent-substitut compétent qui ne consomme aucune substance. De plus, la probabilité de développer une dépendance est plus forte chez les enfants de parents alcooliques, même si ces enfants sont séparés de leurs parents biologiques et élevés par des parents non alcooliques (Schuckit, 2000). Par conséquent, des antécédents d'alcoolisme chez l'un ou l'autre des parents biologiques augmentent le risque pour l'enfant, en dépit du placement en milieu substitut.

Les résultats obtenus avec un échantillon de jeunes et d'adultes de l'Ontario (15 ans et plus) indiquent que la consommation abusive d'alcool ou de drogues par les parents augmente la probabilité de mauvais traitements durant l'enfance (déclaration rétrospective, par les adultes, de violence physique et sexuelle; Walsh, MacMillan et Jamieson, 2003). D'autres chercheurs ont observé que les parents de jeunes ayant des antécédents de maltraitance sont plus nombreux à consommer de l'alcool ou des drogues (p. ex. Kilpatrick et coll., 2003). Des analyses secondaires du premier volet de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (Wekerle, Wall, Leung et Trocmé, 2007) ont révélé que la consommation d'alcool ou de drogues par les parents-substituts était un facteur prédictif de mauvais traitements corroborés. Dans 15 % des cas où les mauvais traitements ont été corroborés, le travailleur social a confirmé la consommation d'alcool ou de drogues par le parent-substitut durant

les six mois précédents, soit en ayant été témoin d'une intoxication soit à partir de preuves de désintoxication pour alcoolisme ou toxicomanie du parent-substitut. Si l'on tient compte de divers facteurs de vulnérabilité concernant les parents-substituts (p. ex. isolement social, santé mentale), la consommation d'alcool ou de drogues par les parents-substituts était le plus important facteur prédictif de corroboration de mauvais traitements par rapport à la non-corroboration, particulièrement en ce qui a trait aux décisions relatives aux cas de violence physique et de négligence. Par conséquent, la consommation abusive d'alcool ou de drogues par les parents-substituts pourrait expliquer en partie les résultats chez les jeunes victimes de maltraitance. Les jeunes ayant des antécédents de maltraitance dont les parents-substituts ont une consommation problématique d'alcool ou de drogues sont non seulement exposés à des modèles adultes qui s'adonnent à des activités violentes et illégales, mais ont également accès à ces substances à domicile - et peuvent ne pas subir de sanctions et même être incités à en consommer. Finalement, les facteurs de protection notés dans les publications sur l'alcool (p. ex. forte participation aux activités pro sociales telles que les sports, et religion/église et une bonne estime de soi ; Liepman et coll., 2002 ; Luster et Small, 1997) peuvent être absents dans les familles où des mauvais traitements surviennent.

Les éléments dissuasifs pour éviter la consommation abusive, ou la modélisation de stratégies d'adaptions saines peuvent être absents au sein de la famille de l'enfant qui a subi des mauvais traitements. De telles familles, qui sont fréquemment désavantagées sur le plan socioéconomique, chaotiques et peu sûres, peuvent faciliter l'accès aux substances à cause du manque de supervision des adultes, des plus longues périodes passées dans la rue et de la présence d'une plus grande activité liée au commerce de drogues illicites dans le voisinage (Wekerle et Wall, 2002).

La pression directe par les pairs ne semble pas jouer un rôle important dans la consommation d'alcool chez les adolescents. Selon le SCDSEO, 21 % des jeunes ont déclaré s'être fait offrir, vendre ou donner une drogue à l'école au cours de l'année précédente (Adlaf et Paglia-Boak, 2007). Les jeunes ont toutefois tendance à choisir des pairs dont l'orientation est semblable à la leur, qu'ils soutiennent ou non la consommation de drogues (p. ex. Schulenberg et Maggs, 2002).

De plus, le dysfonctionnement constitue une autre préoccupation particulière chez les jeunes ayant été victimes de maltraitance. La consommation d'alcool ou de drogues peut causer des troubles d'apprentissage ou de mémoire, des difficultés de concentration et des lésions neurologiques à long terme (National Institute on Drug Abuse, 2008). La consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes ayant des antécédents de maltraitance peut entraîner des troubles cognitifs qui se soldent par de la frustration et un désengagement envers l'école, ce qui augmente le risque, déjà présent, de décrochage. En effet, les recherches révèlent que le décrochage scolaire est associé de manière significative à la consommation d'alcool ou de drogues. (Townsend, Flisher et King, 2007). Toutefois, fréquenter l'école peut avoir un effet protecteur chez les jeunes ayant des antécédents de maltraitance. Des recherches montrent que la poursuite des études est liée à de plus faibles taux de psychopathologie chez les Canadiens ayant déclaré avoir subi de la violence physique ou sexuelle durant leur enfance (Williams, MacMillan et Jamieson, 2006). Plus précisément, les jeunes ayant terminé leurs études secondaires, qu'ils aient obtenus d'excellents ou de faibles résultats, étaient moins nombreux à présenter des troubles d'extériorisation, qui sont aussi couramment associés aux troubles de consommation d'alcool ou de drogues. Dans l'ensemble, la poursuite des études influence le fonctionnement social et psychologique et procure des bienfaits tels que de plus grandes compétences interpersonnelles et un sentiment de maîtrise de soi. Un

milieu scolaire sain peut compenser le manque de discipline, de réactivité, de prévisibilité et de structure à la maison, jouant possiblement un rôle important dans la promotion de la santé mentale.

En bref, la consommation d'alcool et de drogues peut constituer l'un des éléments définissant un parcours négatif chez les jeunes ayant été victimes de maltraitance. Pour les jeunes des SPJ, ce risque de résultats négatifs peut être accru lorsque le soutien par la famille d'accueil et les services de protection de la jeunesse prennent fin au moment où le jeune atteint l'âge limite pour recevoir ce soutien, habituellement entre 16 et 21 ans. L'adaptation réussie d'un jeune peut être compromise si, une fois la période de soutien achevée, le jeune retourne chez les parents-substituts dont les droits parentaux ont été retirés (dans le cas des pupilles de la Couronne), vit dans la rue ou compte davantage sur des moyens d'adaptation nuisibles pour la santé, comme la consommation d'alcool ou de drogues. Par conséquent, pour les jeunes des SPJ, la consommation d'alcool ou de drogues constitue à la fois une préoccupation immédiate et une question de qualité de vie à long terme.

Maltraitance chez les enfants, traumatismes et consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes

La maltraitance peut survenir à une seule occasion ou selon un modèle chronique d'interactions au sein de la famille. Elle peut se manifester par un manque de protection ou par le fait d'infliger de véritables mauvais traitements. Les caractéristiques cliniques différentes d'un événement isolé de maltraitance par rapport à la maltraitance chronique sont bien établies (p. ex. De Bellis, 2002b; Koob, 1999). La maltraitance de forte intensité qui est constatée, perçue ou réelle peut être jugée traumatisante si la personne considère qu'elle constitue une menace grave pour sa vie, sa sécurité ou son intégrité. Ce type de maltraitance comprend la

violence physique et sexuelle directe; la violence indirecte, comme d'être témoin de violence familiale ; et la probabilité accrue de blessures et de violence, comme avec la négligence. De plus, on sait que les jeunes des SPJ subissent souvent plus d'un type de maltraitance (voir Wekerle, MacMillan, Leung et Jamieson, 2007), et que les effets cumulatifs de divers types de mauvais traitements sont souvent plus graves que les effets d'un seul type (revue de Higgins et McCabe, 2001). Ces réactions traumatiques appartiennent à la catégorie du trouble de stress post-traumatique (TSPT), comme le définissent les critères diagnostiques psychiatriques (American Psychiatric Association, 1994).

La réaction initiale à un épisode isolé de traumatisme chez un enfant ou un jeune peut être l'hyperexcitation, notamment l'hyperactivité, la désorganisation et la perturbation des habitudes. Cependant, au fur et à mesure que les traumatismes se répètent, la réaction d'adaptation peut se complexifier par la dissociation, les troubles affectifs et les pertes de mémoire historique sur de longues périodes. Lors d'un épisode isolé de traumatisme, on note principalement une peur pathologique et des associations erronées entre des personnes et objets et le danger (Tolin et Foa, 2002). L'angoisse de séparation peut s'ensuivre et se prolonger au fil du temps sous les formes suivantes : ne pas vouloir rester seul, croire que le monde et les gens sont dangereux et que de mauvaises choses surviennent à l'improviste.

Chez les enfants de 8 à 10 ans, les réactions post-traumatiques correspondent davantage aux critères diagnostiques chez l'adulte, les filles étant plus nombreuses à avoir des réactions semblables à celles du TSPT et les garçons plus nombreux à exprimer des réactions agressives (Dyregrov et Yule, 2006). Le TSPT comporte trois catégories de symptômes : le sentiment de revivre le traumatisme (retours en arrière, cauchemars, images envahissantes, rêves récurrents),

le fait d'éviter les stimuli liés au traumatisme (comportements cognitifs et de « fuite », torpeur, sentiment de détachement) et une excitation accrue (réflexes de sursaut exagérés, hypervigilance, irritabilité et troubles du sommeil).

Un diagnostic de TSPT est souvent associé à d'autres problèmes psychologiques, notamment la dépression majeure ; les troubles anxieux tels que le trouble panique, la phobie sociale et le trouble d'anxiété généralisée; et les problèmes de comportement telle l'agressivité. La consommation d'alcool ou de drogues est aussi associée au TSPT et aux traumatismes en général : les adolescents ayant un problème de consommation d'alcool ou de drogues sont cinq fois plus nombreux à présenter un TSPT et à avoir des antécédents de traumatisme (Deykin et Buka, 1997).

Les chercheurs ont le plus souvent mis l'accent sur le diagnostic du TSPT, bien que les symptômes subcliniques soient importants puisqu'ils ont été associés à une déficience fonctionnelle significative chez les jeunes (Carrion et coll., 2002; Putnam, 1998). Plus particulièrement chez les jeunes, il est possible de ne pas noter les symptômes des trois catégories ou, si des symptômes de toutes les catégories sont présents, d'en noter un nombre moindre par catégorie que les critères diagnostiques. Selon la perspective théorique de la traumatologie du développement (p. ex. De Bellis, 2002a), les symptômes subcliniques du TSPT peuvent agir comme un mécanisme de liaison entre la maltraitance et l'inadaptation subséquente donnant lieu à un trouble affectif chronique, bien que de faible niveau. En bref, les symptômes subcliniques indiquent une déficience du système de réaction au stress de l'organisme, en ce sens que la structure et le fonctionnement cérébraux se sont adaptés au milieu de maltraitance (p. ex. vigilance à l'égard de la menace). Cependant, dans un milieu non caractérisé par la maltraitance, le système de réaction au stress trop lourdement sollicité n'est pas en mesure de se

« réinitialiser » en mode de fonctionnement normal. Par conséquent, les jeunes qui ont subi des mauvais traitements et qui sont atteints du TSPT peuvent avoir de la difficulté à se remettre des longues périodes de stress.

Bien qu'elles n'aient pas été réalisées auprès d'un échantillon aléatoire de jeunes des SPJ, des études précédentes indiquent que les symptômes du TSPT (déclarés par les jeunes) pourraient expliquer en partie la relation entre la maltraitance et la violence dans les fréquentations chez les adolescents (Wekerle et coll., 2001 ; Wolfe et coll., 2004). Aucune étude à ce jour ne s'est penchée sur les associations entre les antécédents de maltraitance, le TSPT et la consommation d'alcool ou de drogues dans un échantillon de jeunes des SPJ. Des recherches sont nécessaires pour examiner les mécanismes en jeu dans la relation entre les antécédents de mauvais traitements dans l'enfance et la consommation d'alcool ou de drogues, y compris le rôle possible des symptômes du TSPT en tant que facteur médiateur.

Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes ayant des antécédents de maltraitance :

différences entre les sexes

Il existe des différences évidentes selon le sexe en ce qui a trait à la consommation d'alcool ou de drogues chez les adolescents. Les garçons consomment habituellement davantage que les filles. Par exemple, selon le SCDSEO de 2007, les buveurs de sexe masculin ont une consommation excessive occasionnelle d'alcool plus fréquente ainsi qu'une consommation plus fréquente de la marijuana que leurs homologues féminins. Les motifs de consommation diffèrent également selon le sexe : les filles font davantage mention des propriétés apaisantes de l'alcool, et les garçons, des effets euphorisants, relaxants et désinhibiteurs sur le plan sexuel (Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse, 2005).

Certaines données laissent croire que le lien entre la consommation d'alcool ou de drogues et les mauvais traitements subis durant l'enfance varie aussi selon le sexe. Par exemple, dans des entrevues de suivi auprès d'adultes ayant déclaré avoir subi des mauvais traitements durant l'enfance, Widom, Ireland et Glynn (1995) ont constaté que les femmes ayant des antécédents de maltraitance consommaient davantage d'alcool à l'âge adulte que les femmes n'ayant jamais été victimes de maltraitance, et ce, même en tenant compte de facteurs tels que la consommation d'alcool par les parents et le faible niveau socioéconomique. Les études ayant porté sur les garçons qui adoptent des comportements délinquants montrent un lien entre la maltraitance et la consommation d'alcool ou de drogues, y compris une plus grande consommation de marijuana/haschisch (Dembo et coll., 1992). Pour déterminer les effets de la maltraitance selon le sexe, il faut tenir compte d'autres éléments, notamment les différences entre les sexes quant aux taux de maltraitance, en particulier le taux toujours plus élevé d'abus sexuels à l'égard des filles (p. ex. Wekerle et Wall, 2002).

De plus, le lien entre la consommation d'alcool ou de drogues et la psychopathologie peut varier selon le sexe. Pour les filles, la consommation d'alcool durant les études secondaires était liée à une apparition plus précoce des problèmes d'anxiété (Rohde, Lewinsohn et Seeley, 1996, qui ont été cités par l'Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse, 2005). Bien que les troubles anxieux (particulièrement la phobie sociale et le TSPT) soient associés à une consommation problématique d'alcool, une telle consommation exacerbe habituellement les problèmes d'anxiété (p. ex. Stewart, 1996 ; Stewart et Israëli, 2002). Dans les études menées auprès d'adolescents ayant été victimes de mauvais traitements, le lien entre le TSPT et la consommation problématique d'alcool s'est révélé plus fort chez les filles (p. ex. Clark et coll., 1997).

Bien que les articles scientifiques divergent sur cette question, le sexe demeure un facteur important associé à la maltraitance et à la consommation d'alcool ou de drogues. Par conséquent, dans les analyses de grands échantillons, les hommes et les femmes devraient être considérés séparément.

Prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes ayant des antécédents de maltraitance :

résultats actuels

Malgré le fait que près de 30 % des adolescents de l'Ontario aient déclaré avoir consommé de la drogue au cours de l'année précédente, (ex. : cannabis, LSD, PCP, d'autres hallucinogènes, méthamphétamine, cocaïne, crack, héroïne, stimulants, tranquillisants), et que 19 % ont déclaré une consommation dangereuse d'alcool (dans le SCDSEO, Adlaf et Paglia-Boak, 2007), on ne connaît pas le nombre de jeunes appartenant à cette minorité à risque élevé qui ont été suivis par les services de protection de la jeunesse.

Le *National Survey of Child and Adolescent Well-Being* (ou sondage national sur le bien-être des enfants et des adolescents) est une étude longitudinale nationale menée auprès de jeunes de 11 à 15 ans suivis par les services de protection de la jeunesse américains qui ont fait l'objet d'une déclaration et d'une enquête en tant que victimes de mauvais traitements. Dans le cadre de ce sondage, 20 % des répondants ont déclaré une faible consommation d'alcool ou de drogues au cours des 30 derniers jours (usage occasionnel et/ou usage de cigarettes, d'alcool, d'inhalants et de médicaments sans ordonnance) et 9 % ont déclaré une

consommation modérée à élevée (consommation plus fréquente de substances et/ou consommation d'alcool ou de drogues illicites). Une plus grande consommation a été signalée parmi les jeunes ayant des problèmes de conduites et ceux ayant mentionné de mauvaises relations avec leurs parents-substituts (Wall et Kohl, 2007). Dans un échantillon composé d'adolescents plus vieux (élèves de la 10e, 11e et 12e années) de l'Oregon (Moran, Vuchinich et Hall, 2004), les jeunes ayant des antécédents de violence physique étaient plus de deux fois plus nombreux à déclarer une forte consommation d'alcool et de tabac, et presque trois fois plus nombreux à déclarer une grande consommation de drogues illicites que les jeunes n'ayant jamais été victimes de mauvais traitements. De plus, les jeunes ayant des antécédents d'abus sexuels étaient environ trois fois plus nombreux à déclarer une forte consommation d'alcool et de tabac, et presque quatre fois plus nombreux à déclarer une grande consommation de drogues illicites que les jeunes n'ayant jamais été victimes d'abus sexuels (Moran et coll., 2004).

Ce qui manque dans les publications sur les mauvais traitements envers les enfants en général, et dans les échantillons canadiens en particulier, c'est l'examen des taux de consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes ayant des antécédents de mauvais traitements comparativement à ceux n'ayant jamais été victimes de maltraitance. Le présent rapport constitue une analyse des données de l'année 1 issues de l'étude longitudinale sur la maltraitance et le cheminement des adolescents (MCA), laquelle inclut une sélection aléatoire d'adolescents de 14 à 17 ans des SPJ de milieu urbain (Société d'aide à l'enfance).

CHAPITRE 2 : Objectifs de recherche

Afin de mieux comprendre la prévalence des comportements liés à la consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes des SPJ, les risques de consommation et les mécanismes sous-jacents, nous tenterons, dans le présent rapport, d'atteindre les objectifs suivants :

- **Objectif 1** : À l'aide d'énoncés semblables sur la consommation d'alcool et de drogues tirés de l'étude MCA et du Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (SCDEO) de 2005, déterminer les taux globaux de consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes inclus dans l'échantillon de l'étude MCA et les comparer à ceux des jeunes répondants au SCDEO qui n'ont pas déclaré avoir été suivis par les SPJ de l'Ontario dans le passé.
- **Objectif 2** : Parmi les jeunes de l'échantillon de l'étude MCA, déterminer la relation entre des types précis de mauvais traitements subis durant l'enfance et les types de consommation de substances. Déterminer s'il existe un lien entre les multiples formes de maltraitance et des substances particulières, ou entre des types précis de mauvais traitements et les multiples substances utilisées.
- **Objectif 3** : Établir les différences entre les taux de consommation d'alcool et de drogues chez les garçons et les filles d'après les données de l'étude MCA et du SCDEO. Déterminer s'il existe un lien entre la consommation d'alcool ou de drogues et l'âge chez les garçons et les filles inclus dans l'échantillon de l'étude MCA.
- **Objectif 4** : Étant donné le lien significatif entre les mauvais traitements subis dans l'enfance et les symptômes du TSPT, de même que les conséquences négatives à long terme associées aux symptômes du TSPT, déterminer si le sexe joue un rôle médiateur

significatif dans la relation entre les mauvais traitements subis durant l'enfance et la consommation d'alcool ou de drogues, en considérant les symptômes du TSPT sur le plan subclinique plutôt que le degré du trouble en soi.

Méthodologie

Le cycle 2005 du SCDEO incluait une question visant à déterminer si les jeunes avaient été suivis par une société d'aide à l'enfance de l'Ontario au cours de leur vie. Par conséquent, nous avons pu comparer les résultats des jeunes participants à l'étude MCA menée en Ontario avec les résultats des jeunes répondants au SCDEO de 2005 qui n'avaient pas été suivis par les services de protection de la jeunesse. Cette comparaison est fondée sur l'évaluation de l'année 1 de l'étude MCA (données recueillies de mars 2004 à décembre 2007) qui a utilisé l'ensemble du questionnaire du SCDEO.

Échantillon de l'année 1 de l'étude MCA

Les chercheurs de l'étude longitudinale MCA recueillent des données auprès des jeunes (n = 388; 52 % de filles) au début de l'étude, puis tous les six mois par la suite, pendant une période de suivi de deux ans. Un taux de recrutement de 70 % a été obtenu pour l'étude MCA, 388 jeunes ayant été recrutés parmi les 554 jeunes admissibles qui avaient été contactés. Au moment de l'évaluation de l'année 1, 83,5 % des répondants participaient toujours à l'étude. L'étude MCA a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Western Ontario (UWO) et les comités d'éthique des SPJ participantes, et elle est examinée à chaque année par le comité d'éthique de la recherche de l'UWO.

Puisque les comportements à risque commencent habituellement au début de l'adolescence, on a choisi la mi-adolescence comme tranche d'âge pour

examiner les taux de comportements à risque actuels. Les adolescents recrutés dans l'étude MCA avaient en moyenne 15 ans au moment de l'admission ($M = 15,67$ ans; $ÉT = 1,08$), et un tiers d'entre eux ont indiqué être d'origine biraciale ou multiraciale. La majorité des adolescents vivaient éloignés de leur famille biologique (37 % dans une famille d'accueil, 27 % dans un foyer de groupe, 14 % avaient une vie autonome/autres). Des travailleurs sociaux ont également été sondés pour un sous-échantillon des participants à l'étude MCA ; dans ce sous-échantillon, la plupart des jeunes avaient été victimes de plus d'un type de mauvais traitements corroborés (violence physique, sexuelle ou psychologique et/ou négligence). Chez les participants, les filles étaient plus nombreuses à avoir subi des abus sexuels que les garçons. Un an après les tests pour l'étude MCA, les participants ont été invités à remplir le questionnaire du SCDEO, ce dernier ayant servi de base pour comparer la prévalence de la consommation d'alcool ou de drogues entre les jeunes des SPJ et les jeunes dans la population générale. Le présent rapport est fondé sur les données fournies par 177 jeunes participants à l'étude MCA (61 % de filles) dont l'âge variait de 15 à 19 ans ($M = 16,80$, $ÉT = 0,99$).

Mesures de la maltraitance

Pour ces analyses, deux approches différentes ont été utilisées pour établir les antécédents de mauvais traitements chez les jeunes de l'étude MCA :

- les évaluations des travailleurs sociaux quant aux mauvais traitements corroborés ou au risque de maltraitance pour un sous-échantillon ($n = 50$) ;
- les déclarations des jeunes quant aux mauvais traitements subis dans le passé, obtenues au moyen du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ, ou questionnaire sur les traumatismes subis durant l'enfance; Bernstein et Fink, 1998 ; consulter l'annexe A), et le *Childhood Experiences of Violence Questionnaire* (CEVQ, ou questionnaire sur la

violence subie durant l'enfance ; Walsh et coll., 2000 ; Walsh, MacMillan, Trocmé, Jamieson & Boyle, (2008) ; consulter l'annexe B).

Évaluations des travailleurs sociaux

Un court questionnaire a été remis aux travailleurs sociaux lorsqu'ils recommandaient des jeunes pour l'étude MCA. Les travailleurs devaient évaluer, pour chaque jeune, le risque et les expériences de mauvais traitements et la gravité de ceux-ci ainsi que le risque de consommation d'alcool ou de drogues, de violence à l'égard du partenaire intime ou de victimisation, de pratiques sexuelles à risque et de problèmes mentaux. Les travailleurs sociaux devaient également évaluer le fonctionnement global des jeunes en fonction des critères diagnostiques énoncés dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Bien que les travailleurs sociaux aient fourni de l'information dans de nombreux domaines, l'analyse qui suit porte seulement sur les données concernant la maltraitance. Elles confirment la validité des déclarations des jeunes concernant leurs expériences de mauvais traitements.

Déclarations des jeunes

Comme il en a été fait mention précédemment, les expériences de mauvais traitements subis durant l'enfance ont été évaluées à l'aide d'une version abrégée du CTQ (Bernstein et Fink, 1998). Cette version (Bernstein et coll., 2003) permet d'évaluer la maltraitance à l'aide d'une prémisse de question standard (p. ex. Pendant ton enfance...). Les participants ont accordé une note à 29 énoncés sur une échelle de 5 points (1 = jamais vrai, à 5 = très souvent vrai) dans cinq sous-échelles :

- négligence psychologique ;
- négligence physique ;
- abus sexuels ;
- violence physique ;
- violence psychologique.

Le CTQ ne rend pas compte du fait d'avoir été témoin de violence familiale. Veuillez consulter l'annexe A pour un aperçu des énoncés.

La fiabilité test-retest du CTQ après deux semaines pour un sous-échantillon de jeunes inclus dans l'étude MCA (n = 52) était modérée [violence physique (r = 0,64), abus sexuels (r = 0,52), violence psychologique (r = 0,70), négligence psychologique (r = 0,63) et négligence physique (r = 0,56)], tandis que la validité ou cohérence interne était élevée lorsque le coefficient alpha de Cronbach était pris en compte [violence physique (α = 0,92), abus sexuels (α = 0,88), violence psychologique (α = 0,85), négligence psychologique (α = 0,87) et négligence physique (α = 0,68)]. Les déclarations des jeunes et les évaluations des travailleurs sociaux quant aux mauvais traitements subis durant l'enfance étaient significativement corrélées en ce qui a trait à la violence physique (r = 0,48), aux abus sexuels (r = 0,58) et à la négligence physique (r = 0,26). En ce qui concerne la violence psychologique et la négligence psychologique, les déclarations des jeunes et les évaluations des travailleurs sociaux n'étaient pas significativement corrélées.

Le *Childhood Experiences of Violence Questionnaire* (CEVQ, ou questionnaire sur la violence subie durant l'enfance ; Walsh, MacMillan, Trocmé, Jamieson & Boyle, 2008 ; Wekerle et coll., 2006) a aussi permis d'évaluer la maltraitance autodéclarée. Le CEVQ évalue :

- la violence physique ;
- les abus sexuels ;
- la violence psychologique ;
- le fait d'être témoin de violence familiale ;
- la violence entre pairs ;
- les punitions corporelles.

La violence familiale désigne la violence issue de gestes des parents, des beaux-parents ou des tuteurs ou de

gestes impliquant un parent, un beau-parent, un tuteur ou un autre adulte dans la résidence. Le CEVQ ne rend pas compte des expériences de négligence. Cet instrument d'auto-évaluation renferme des questions sur l'âge des jeunes au moment des mauvais traitements, la fréquence de ces derniers, leurs résultats et les caractéristiques de la personne qui les a infligés (consulter l'annexe B pour un aperçu des énoncés). La fiabilité test-retest du CEVQ était bonne (coefficients kappa de 0,61 à 0,91), tout comme sa validité test-retest (déterminée par l'évaluation clinique), les estimations se situant dans un intervalle semblable (coefficients kappa pour la violence physique et les abus sexuels de 0,68 et 0,74, respectivement).

La fiabilité test-retest du CEVQ après deux semaines pour un échantillon de jeunes recrutés dans l'étude MCA variait de modérée à élevée [violence physique (r = 0,88), abus sexuels (r = 0,71), violence psychologique (r = 0,51)], et la validité ou cohérence interne était également modérée à élevée lorsque le coefficient alpha de Cronbach était pris en compte [violence physique (α = 0,82), abus sexuels (α = 0,70), violence psychologique (α = 0,68)]. Le CEVQ est utilisé pour fournir une description plus détaillée de la maltraitance (ou de l'absence de protection). Il peut indiquer les cas où les parents-substituts sont à l'origine des mauvais traitements, ce qui serait la préoccupation principale dans les dossiers de jeunes des SPJ.

Finalement, une modification a été apportée au questionnaire CTQ de l'étude MCA : un énoncé a été ajouté (négligence) pour compléter les catégories de mauvais traitements. Le CTQ comportait trois énoncés (abus sexuels, violence physique et violence psychologique) pour évaluer les perceptions des jeunes concernant les mauvais traitements ou ce qu'ils désignent comme tels. Au moyen de la même prémisse de questions que celle du CTQ (« Pendant ton enfance... ») et des mêmes choix de réponses, les jeunes ont répondu aux énoncés suivants :

- « Je crois que j'ai été victime d'abus sexuels. »
- « Je crois que j'ai été victime de violence physique. »
- « Je crois que j'ai été victime de violence psychologique. »
- « Je crois que j'ai été victime de négligence. »

Des recherches antérieures (p. ex. Wekerle et coll., 2001) ont révélé que les perceptions des jeunes étaient associées aux symptômes du TSPT déclarés. Par conséquent, il peut être important de tenir compte simultanément de multiples mesures de la maltraitance : le seuil officiel, fondé sur l'évaluation du travailleur social, les expériences dont se souvient le jeune et l'interprétation de ces expériences par le jeune. Dans les analyses et les tableaux qui suivent, le CEVQ et le CTQ sont inclus pour rendre compte de l'ensemble des antécédents de mauvais traitements déclarés par les jeunes et leur relation avec les variables relatives à la consommation d'alcool ou de drogues.

Symptômes de traumatismes

Les symptômes du TSPT ont été évalués à l'aide du *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC, ou liste de vérification des symptômes liés aux traumatismes chez les enfants ; Briere, 1996), outil de mesure couramment utilisé dans les recherches sur la maltraitance. Le TSCC est un instrument d'auto-évaluation de 54 énoncés comportant six sous-échelles cliniques (anxiété, dépression, colère, TSPT, dissociation et problèmes sexuels) et deux échelles de validité (sous-réponse et hyper réponse). Bien que le TSCC ne mentionne pas de référence temporelle précise, il demande à quelle fréquence surviennent les symptômes : « la plupart du temps », « souvent », « parfois » ou « jamais ». Cet instrument a été normalisé auprès d'adolescents et a été conçu pour évaluer les enfants ayant vécu des événements traumatisants (consulter l'annexe C pour un aperçu des énoncés). La fiabilité est élevée (cohérence interne, $\alpha = 0,82-0,89$) et a une bonne validité en ce qui concerne la convergence, la discrimination et les construits a été établie.

La fiabilité test-retest après deux semaines du sous-échantillon de l'étude MCA au TSCC était modérée ($r = 0,50$) et la validité interne était très élevée ($\alpha = 0,97$). Le TSCC fournit un seuil clinique pour chaque sous-échelle. Conformément aux hypothèses de la traumatologie du développement sur l'importance des symptômes subcliniques, un score total pour tout résultat élevé parmi les six sous-échelles cliniques a été utilisé. Des résultats élevés aux sous-échelles cliniques ont été notés chez 4 à 20 % des jeunes de l'étude MCA, et beaucoup plus de filles que de garçons se situaient au-dessus du seuil clinique des sous-échelles de l'anxiété et des problèmes sexuels.

Certains symptômes peuvent fournir d'autres idées concernant les différences entre les sexes. Ces idées doivent toutefois être examinées avec prudence, car elles n'illustrent pas la sous-échelle, le syndrome ou le diagnostic dans son ensemble, et les énoncés ne concernent pas les adolescents n'ayant pas été victimes de maltraitance.

Pour chacun des énoncés suivants du TSCC (consulter l'annexe D), les garçons de l'étude MCA ont déclaré une fréquence significativement plus élevée ($p < 0,05$) que les filles :

- Je touche trop souvent mes parties génitales.
- Je pense à toucher les parties génitales d'autres personnes.
- J'éprouve des sensations sexuelles dans mon corps.

Pour chacun des énoncés suivants du TSCC (consulter l'annexe D), les filles de l'étude MCA ont déclaré une fréquence significativement plus élevée ($p < 0,05$) que les garçons :

- Je ne fais pas confiance aux gens parce qu'ils veulent peut-être avoir des relations sexuelles avec moi.
- J'ai peur ou je suis perturbé(e) quand je pense au sexe.
- Je m'évade en esprit et essaie de ne pas penser.
- Je me sens étourdi(e).

- Je fais des mauvais rêves ou des cauchemars.
- Je me souviens de choses qui se sont produites que je n'ai pas aimées.
- Je me souviens de choses qui me font peur.
- J'ai peur des hommes.
- Je me souviens de choses que je veux oublier.
- Je me sens méchant(e).
- J'ai l'impression de détester les gens.
- Je ressens de la colère.
- Je me sens seul(e).
- Je me sens triste ou malheureux (se).
- Je pleure.
- Je veux me faire du mal.
- Je me lave parce que je me sens sale à l'intérieur.
- J'ai peur que quelque chose de terrible se produise.
- J'ai peur soudainement et je ne sais pas pourquoi.
- J'ai peur du noir.
- Je m'inquiète pour certaines choses.

Les résultats pour chacun de ces énoncés indiquent que les garçons ayant été victimes de mauvais traitements sont plus nombreux à éprouver des difficultés liées aux sentiments sexuels, tandis que les filles semblent ressentir davantage de peur et de colère - sentiments dirigés à la fois contre elles et autrui. Ces résultats suggèrent des hypothèses relatives à une expérience du TSPT propre à chaque sexe et peuvent indiquer des orientations pour les recherches à venir. De plus, les résultats soutiennent l'approche de modération en tenant compte du sexe séparément dans toutes les analyses.

Consommation d'alcool et de drogues

Lors du suivi à l'année 1, les jeunes de l'étude MCA (élèves ontariens de la 7e à la 12e année) ont été invités à répondre au questionnaire du Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (SCDEO; Adlaf et Paglia-Boak, 2005). Cet

instrument permet de recueillir de l'information sur différents comportements à risque pour la santé, tels que la consommation d'alcool ou de drogues (consulter l'annexe E pour un aperçu des énoncés).

L'utilisation du même instrument dans le cadre de cette étude épidémiologique réalisée auprès de jeunes des SPJ a permis de comparer la prévalence de différents comportements à risque pour la santé tels que la consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes des SPJ et les jeunes dans la population générale. Des détails sur l'étude et le questionnaire du SCDEO/SCDSEO sont fournis à la section suivante.

Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario

Échantillon

Le SCDSEO, appelé Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (SCDEO) jusqu'en 2007, a été mené tous les deux ans depuis 1977 et est financé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM). Le sondage est réalisé auprès d'élèves de la 7e à la 12e année de 42 conseils scolaires et 137 écoles de l'Ontario, à l'aide d'un plan d'échantillonnage en grappes probabiliste stratifié (région et type d'école) à deux degrés (école, classe). L'échantillon obtenu représente environ 975 200 élèves, parmi lesquels ceux du nord de l'Ontario sont sur échantillonnés. Le taux de participation des écoles, des classes et des élèves se maintient à environ 90 %, 71 % et 72 %, respectivement. Tous les aspects de la recherche du SCDEO ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche conjoint du CTSM et de l'Université de Toronto. Pour élargir au maximum la couverture du questionnaire, le SCDEO utilise des demi-échantillons aléatoires pour certains énoncés du questionnaire. Le questionnaire du SCDEO est administré aux jeunes dans leur salle de classe du secondaire par le personnel de l'Institute for Social Research de l'Université York.

Bien que les données aient été recueillies auprès d'un échantillon représentatif d'élèves ontariens de la 7e à la 12e année (n supérieur à 7 000), la présente analyse porte seulement sur les élèves de 15 à 19 ans (M = 16,32, ÉT = 1,04) qui ont indiqué n'avoir jamais été suivis par les SPJ, ce qui porte la taille de l'échantillon à 3 505 jeunes, dont 53 % de filles. Cet échantillon a été utilisé pour faire des comparaisons de groupements du même âge à la lumière des différences de consommation d'alcool ou de drogues selon l'âge et pour avoir une estimation plus claire de la consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes n'ayant pas été suivis par les SPJ (puisque le fait d'avoir été suivi par un tel service peut avoir une influence en soi sur la consommation).

Mesures

Le questionnaire du SCDEO porte sur plusieurs comportements à risque pour la santé ; cependant, les habitudes de consommation d'alcool ou de drogues constituent le principal aspect examiné. Le SCDEO fonde ses énoncés relatifs à la consommation d'alcool ou de drogues sur d'autres initiatives de surveillance majeures, telles que l'étude américaine *Monitoring the Future*, menée tous les ans auprès de jeunes des écoles secondaires (www.monitoringthefuture.org ; Johnston et coll., 2007). Les énoncés sur la consommation d'alcool ou de drogues comprennent l'âge au début de la consommation, la fréquence de consommation, la quantité consommée, la gravité des comportements liés à la consommation d'alcool ou de drogues et les conséquences néfastes de ces comportements. Les substances d'intérêt sont l'alcool et le cannabis ainsi que d'« autres drogues » qui, en raison de leur faible prévalence de consommation, ont été combinées en une seule catégorie dans les analyses ci-dessous. Les « autres drogues » comprennent la colle et les solvants (à inhaler), les barbituriques, l'héroïne, les méthamphétamines, les stimulants sans ordonnance (autres que la cocaïne), les tranquillisants utilisés sans ordonnance d'un médecin, le LSD, le PCP, les

hallucinogènes autres que le LSD et le PCP, la cocaïne, le crack, l'ecstasy et le méthylphénidate (Ritalin) utilisé sans ordonnance d'un médecin.

Comparaison entre les échantillons

L'étude MCA et le SCDEO ont tous deux utilisé des échantillons épidémiologiques choisis au hasard dont les données démographiques étaient comparables. L'échantillon de l'année 1 de l'étude MCA était composé de jeunes des SPJ de milieu urbain (61 % de filles) dont l'âge variait de 15 à 19 ans (M = 16,80, ÉT = 0,99). Le sous-échantillon du SCDEO de 2005 était composé de jeunes n'ayant pas été suivis par les SPJ (selon l'auto-déclaration ; 53 % de filles) du même groupe d'âge (M = 16,32, ÉT = 1,04). Les énoncés sur la consommation d'alcool et de drogues comparés dans le présent rapport sont en tous points semblables dans les deux échantillons.

Plan d'analyse

Pour évaluer la comparabilité des résultats entre les jeunes de l'étude MCA et les jeunes du SCDEO relativement à un énoncé sur la consommation d'une seule substance donnée, nous avons calculé le risque relatif ; les intervalles de confiance connexes sont fournis. Le risque relatif est le risque de survenue d'un événement (ou d'apparition d'une maladie) lié à une exposition. Il correspond au ratio de probabilité de l'événement dans le groupe exposé par rapport au groupe témoin (non exposé). Le risque relatif est fréquemment utilisé dans les analyses statistiques de résultats binaires où la probabilité de survenue du résultat d'intérêt est relativement faible (Zhang et Yu, 1998). Dans une simple comparaison entre un groupe expérimental et un groupe témoin, un risque relatif (RR) de 1 signifie qu'il n'existe aucune différence quant au risque entre les deux groupes. Lorsque le RR est < 1, la probabilité de survenue de l'événement est moindre dans le groupe expérimental que dans le groupe

témoin, mais lorsqu'il est > 1 , la probabilité est plus grande dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin.

Le fait qu'un risque relatif donné puisse être considéré ou non comme statistiquement significatif, c'est-à-dire la confiance qu'il n'est pas le fruit du hasard, dépend du rapport signal/bruit et de la taille de l'échantillon. Pour indiquer la signification statistique, les intervalles de confiance à 95 % sont fournis pour chaque calcul du risque relatif. L'inclusion de 1,00 dans l'intervalle de confiance enlève toute valeur au risque relatif parce que cela sous-entend que le risque relatif peut également être non-existant ou avoir un effet contraire.

Pour déterminer la probabilité de consommation d'alcool ou de drogues lorsqu'une expérience particulière de maltraitance était déclarée (par un jeune ou un travailleur social) dans le cadre de l'étude MCA, nous indiquons le risque relatif a) d'avoir subi une forme de violence particulière et b) de se percevoir comme ayant subi une forme de violence particulière associé à c) la consommation de substances particulières.

Le présent rapport compare de deux façons les différences de consommation d'alcool ou de drogues selon le sexe chez les jeunes de l'étude MCA et les jeunes du SCDEO. Premièrement, le risque relatif de consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes de l'étude MCA par rapport aux jeunes du SCDEO a été calculé séparément pour chaque sexe. Deuxièmement, le risque relatif de consommation d'alcool ou de drogues chez les garçons par rapport aux filles a été calculé séparément.

Des analyses de régression logistique ont été utilisées pour calculer la probabilité a) de consommation d'alcool ou de drogues, divisée selon les réponses à deux questions (consommation au cours de la vie entière et consommation dans les 12 derniers mois), et

le fait d'être un consommateur fréquent (oui/non) et b) le score cumulatif des mauvais traitements (nombre total de types de mauvais traitements subis). Les analyses ont fourni les rapports de cotes (RC) pour a) la consommation d'une substance donnée et b) les mauvais traitements cumulatifs. La même méthode a été utilisée pour examiner l'association entre a) le score cumulatif de la consommation d'alcool et de drogues (nombre total de types de substances consommées) et b) le type de mauvais traitements subis.

Finalement, pour cerner le mécanisme propre à chaque sexe qui médie la relation entre les mauvais traitements subis dans l'enfance et la consommation d'alcool ou de drogues, une série d'analyses de régression hiérarchique multiple ont été effectuées pour déterminer si le modèle hypothétique médié par le TSPT correspondait aux critères de Baron et Kenny (1986) quant à la médiation statistique. Cependant, pour évaluer la façon dont se regroupent les déclarations des jeunes des SPJ sur les énoncés relatifs aux différents mauvais traitements, une analyse factorielle en composantes principales avec rotation Varimax a été réalisée. Cette analyse a été considérée comme une première étape nécessaire, puisque le CTQ n'était pas normalisé en fonction des adolescents des SPJ et que, par conséquent, la structure déclarée de cinq facteurs pouvait ne pas être valide. Les résultats montrent que pour les garçons des SPJ, les sous-échelles du CTQ sont pertinentes. Cependant, pour les filles, une solution de quatre facteurs a été obtenue, la différence résidant dans le fait que les énoncés sur la violence physique et la violence psychologique ont été combinés (consulter l'annexe E). Par conséquent, les scores des facteurs pour la maltraitance ont été utilisés dans ces multiples analyses de régression. Nous avons complété les analyses de régression multiple évaluant la médiation à l'aide d'autres tests de médiation – plus particulièrement, le test de Goodman, pour procéder à une évaluation formelle de la médiation statistique.

CHAPITRE 3 : Résultats

OBJECTIF 1

À l'aide d'énoncés semblables sur la consommation d'alcool et de drogues tirés de l'étude MCA et du Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (SCDEO) de 2005, déterminer les taux globaux de consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes inclus dans l'échantillon de l'étude MCA et les comparer à ceux des jeunes répondants au SCDEO qui n'ont pas déclaré avoir été suivis par les SPJ de l'Ontario dans le passé.

Résultats de l'étude MCA et du SCDEO

La première série d'analyses visait à examiner les taux globaux de consommation d'alcool et de drogues au sein de l'échantillon de l'étude MCA, ainsi que l'écart entre les taux de consommation des jeunes de l'étude MCA et ceux des jeunes du SCDEO qui ont déclaré n'avoir jamais été suivis par les SPJ.

Le tableau 1 présente les taux de consommation d'alcool et de drogues déclarés par les jeunes ayant participé à l'étude MCA et au SCDEO et montre les écarts en pourcentage entre les taux déclarés dans chaque échantillon. Comme la maltraitance n'a pas été évaluée chez les jeunes du SCDEO, le sous-échantillon utilisé pourrait comprendre des jeunes qui ont subi des mauvais traitements (mais qui n'ont pas été suivis par les SPJ de l'Ontario). Afin de mieux comprendre les pourcentages déclarés, nous avons calculé le risque relatif. Les valeurs de risque relatif en surbrillance sont celles qui sont considérées comme interprétables conformément aux explications fournies dans le plan d'analyse. Des valeurs de RR indiquant un risque accru substantiel (intervalle de confiance supérieur à 1,0) ont été observées pour le cannabis et les autres drogues.

Examen des résultats

Les jeunes de l'étude MCA étaient beaucoup moins nombreux à avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année, et, dans une moindre mesure, au cours de leur vie. Ce résultat pourrait être lié en partie à l'accès, car la plupart des jeunes se trouvaient dans un établissement de soins alternatifs. Il est peut-être plus facile pour ces jeunes de se procurer des substances

autres que l'alcool à l'extérieur de leur milieu résidentiel, à l'école ou par l'intermédiaire d'amis ou de relations établies antérieurement.

Par ailleurs, les jeunes des SPJ pourraient éviter l'alcool en raison de leurs expériences antérieures avec des parents qui en consommaient, lorsque les conséquences négatives ont été particulièrement lourdes pour eux (négligence ou violence subies lorsque les parents étaient en état d'ébriété) (Wekerle et Wall, 2002). La consommation de drogues était peut-être moins fréquente chez les parents ou moins évidente (les parents cachant leur consommation de drogues à l'enfant, mais pas celle d'alcool).

En dernier lieu, il est possible que les jeunes s'abstiennent de consommer de l'alcool en raison de l'ingérence des travailleurs sociaux des SPJ. Ces derniers peuvent être particulièrement vigilants à l'égard de la consommation et des problèmes d'alcool, vu leurs plus grandes connaissances générales à ce sujet. Sans formation sur la consommation abusive de drogues, les travailleurs sociaux risquent d'être moins au fait des effets des drogues, et les jeunes peuvent plus facilement cacher leur consommation de cannabis et d'autres drogues. Ces hypothèses pourraient être explorées dans des recherches futures sur la consommation d'alcool chez les jeunes des SPJ. Cependant, il faut éviter d'interpréter excessivement le résultat d'un risque plus faible de consommation d'alcool, car on pourrait aboutir à des conclusions différentes avec un échantillon plus vaste ou différent.

Tableau 1

Habitudes de consommation d'alcool et de drogues des jeunes et risque relatif des jeunes de l'étude MCA par rapport aux jeunes du SCDEO

CONSUMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	Prévalence (%)		Risque relatif des jeunes de l'étude MCA par rapport aux jeunes du SCDEO	
	MCA (année 1) (N = 177) Jeunes	SCDEO 2005 Jeunes non suivis par SPJ (N = 3 505)	RR	IC
A déjà bu de l'alcool (dans le passé)	65.52 %	88.38 %	0.74	0,67 – 0,83
A bu de l'alcool (12 derniers mois)	41.95 %	85.18 %	0.49	0,41 – 0,59
Consommation fréquente d'alcool (au moins 1 fois par sem.)	20.69 %	16.22 %	1.28	0,94 – 1,72
A déjà consommé du cannabis (dans le passé)	59.20 %	46.97 %	1.26	1,11 – 1,43
A consommé du cannabis (12 derniers mois)	46.55 %	40.60 %	1.61	1,37 – 1,90
Consommation fréquente de cannabis (6+ dans 12 dern. mois)	28.16 %	23.37 %	1.20	0,94 – 1,54
A déjà consommé d'autres drogues* (dans le passé)	28.57 %	20.28 %	1.40	1,10 – 1,81
A consommé d'autres drogues* (12 derniers mois)	20.24 %	17.43 %	1.16	0,85 – 1,58
Consomm. fréquente d'autres drogues* (6+ dans 12 dern. mois)	3.57 %	1.48 %	2.41	1,05 – 5,53
Consomm. problématique d'alcool (8+ à l'échelle AUDIT)	18.90 %	26.39 %	0.72	0,52 – 1,00
Consomm. problématique de drogues (2+ à l'échelle CRAFFT)	25.00 %	24.50 %	1.03	0,77 – 1,35

*Autres drogues : colle et solvants (à inhaler), barbituriques, héroïne, méthamphétamines, stimulants sans ordonnance (autres que la cocaïne), tranquillisants sans ordonnance, LSD, PCP, hallucinogènes autres que le LSD ou le PCP, cocaïne, crack, ecstasy et méthylphénidate (Ritalin) sans ordonnance.

RR = risque relatif; IC = intervalle de confiance à 95 %

 signification statistique

Par rapport aux jeunes du SCDEO, ceux de l'étude MCA étaient plus nombreux à déclarer avoir consommé du cannabis dans le passé et au cours de l'année précédente, avoir consommé d'autres drogues dans le passé et avoir consommé fréquemment d'autres drogues au cours de la dernière année. Par conséquent, pour les jeunes des SPJ, la consommation de drogues peut représenter une solution plus acceptable, plus accessible ou mieux adaptée sur le plan fonctionnel, pour combler leurs besoins d'adaptation.

Ce que l'on peut déduire de ces résultats c'est que le personnel et les travailleurs sociaux des SPJ ne sont peut-être pas aussi sensibles aux signes et aux symptômes de consommation de drogues chez les jeunes. Les établissements d'enseignement qui ont un programme d'études en travail social offrent un diplôme général. La formation n'est pas axée sur l'aide à l'enfance et ne traite pas en détail des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. De même, lors de leur formation en milieu de travail, les travailleurs sociaux ne sont pas fortement incités à acquérir des connaissances en matière de toxicomanie et un atelier de formation continue ne suffit pas pour acquérir les compétences requises en matière de psychopharmacologie, d'évaluation et d'entrevue. Les connaissances diffusées et les programmes de santé publique sont principalement axés sur l'alcool et les dommages de sa consommation occasionnelle excessive. Très peu de programmes de prévention et de campagnes médiatiques populaires sont axées sur la consommation de cannabis, et encore moins sur celle des autres drogues.

Bien que cette approche corresponde aux besoins de la population normative de jeunes, où les taux de consommation d'alcool au cours de l'année précédente sont beaucoup plus élevés que les taux de consommation de cannabis durant la même période (Adlaf et Paglia-Boak, 2007; Johnston et coll., 2007), les résultats de la présente étude laissent croire qu'il en va autrement des jeunes des SPJ. En particulier, pour identifier les jeunes en fonction de leurs besoins et du type d'intervention requis (p. ex. le *Drug Abuse Screening Test [DAST] for adolescents*, ou test de dépistage de la consommation abusive de drogues chez les adolescents, Martino, Grilo et Fehon, 2000), les travailleurs sociaux pourraient recevoir une formation sur les signes et les symptômes de la consommation de drogues, ainsi que des outils d'évaluation tels que des sondages et des questionnaires d'auto-évaluation permettant de déceler la consommation et les problèmes de drogues chez les jeunes.

Bien qu'il n'en soit pas fait mention dans le tableau 1, les analyses n'indiquent aucune différence significative entre les déclarations des jeunes de l'étude MCA et celles des jeunes du SCDEO quant à la conduite après la consommation d'alcool (deux verres ou plus) ou de marijuana (dans l'heure qui suit la consommation) durant l'année précédente. Toutefois, nous ne mettons pas l'accent sur ce dernier résultat, car il n'existe aucune donnée permettant de déterminer si, pour un jeune, le fait d'avoir été suivi par les SPJ a une influence sur son obtention ou non d'un permis de conduire.

OBJECTIF 2

Parmi les jeunes de l'échantillon de l'étude MCA, déterminer la relation entre des types précis de mauvais traitements subis durant l'enfance et les types de consommation de substances. Déterminer s'il existe un lien entre les multiples formes de maltraitance et des substances particulières, ou entre des types précis de mauvais traitements et les multiples substances utilisées.

Résultats de l'étude MCA

La deuxième série d'analyses a examiné la relation entre les déclarations des jeunes de l'étude MCA sur les types de mauvais traitement subis dans l'enfance et celles sur leur consommation de substances. Tant les relations spécifiques (type de mauvais traitement précis et type de substance précis) que générales (multiples formes de mauvais traitements et type précis de substance ; multiples formes de mauvais traitements et multiples types de substances) ont été évaluées.

Comme le montre le tableau 2, les taux de consommation d'alcool et de drogues ont été établis d'après les niveaux de violence physique et sexuelle graves déclarés selon le *Childhood Experiences of Violence Questionnaire* (CEVQ). Seules les expériences de violence physique ou sexuelle graves ont été analysées afin de respecter le plus possible le seuil utilisé par les SPJ pour définir les mauvais traitements ou recueillir des preuves de maltraitance. Cette approche s'est révélée utile dans des études sur des échantillons communautaires (Wekerle et Wolfe, 1998) et des échantillons de jeunes des SPJ (Wekerle et coll., 2001). Les fessées et les gifles ne constituent pas comme telles de la violence physique, mais elles peuvent être considérées comme des mauvais traitements dans certaines situations. Nous avons retenu des comportements tels que frapper avec la main, le poing ou le pied, mordre, étouffer, ébouillanter ou attaquer d'une quelconque façon. Pour ce qui est des abus sexuels, nous avons exclu l'exhibitionnisme et l'exposition, mais avons retenu des comportements tels que faire des attouchements ou forcer l'enfant à faire

des caresses sexuelles ou à avoir des relations sexuelles. Pour ce qui est du fait d'être témoin de violence familiale, bien qu'il puisse être dommageable d'être témoin de violence verbale, nous n'avons retenu que les épisodes d'agression physique entre adultes dont l'enfant a été témoin à la maison (agressions physiques entre parents, beaux-parents ou tuteurs ; ou entre un parent, un beau-parent ou un tuteur et un autre adulte dans la maison). Cette approche permet également de préserver l'uniformité définitionnelle avec les données de l'étude MCA provenant des travailleurs sociaux, lesquels devaient indiquer par l'affirmative ou la négative (oui ou non) s'il y avait de mauvais traitements corroborés ou un risque sérieux de maltraitance aux termes de la législation ontarienne.

Le tableau 2 révèle également que des antécédents de violence physique grave et le fait d'être témoin de violence familiale sont associés à un plus grand risque relatif de consommer diverses substances. Les jeunes de l'étude MCA qui ont affirmé dans le CEVQ avoir été victimes de violence physique grave ou témoins de violence familiale étaient plus nombreux à déclarer avoir consommé de l'alcool, du cannabis et d'autres drogues dans le passé et l'année précédente que les jeunes ayant subi d'autres types de mauvais traitements. Par exemple, par rapport aux jeunes n'ayant pas déclaré avoir subi de violence physique grave, les jeunes qui ont affirmé avoir été victimes d'une telle violence étaient 68 % plus nombreux à avoir consommé du cannabis dans les 12 derniers mois et 41 % plus nombreux à avoir consommé du cannabis dans le passé. Les résultats révèlent également que chez les

Tableau 2

Probabilité de consommation d'alcool ou de drogues selon chaque type de mauvais traitements

CONSUMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	Consommation d'alcool et de drogues et mauvais traitements déclarés par les jeunes au début de l'étude MCA																	
	Childhood Experience of Violence Questionnaire				Childhood Trauma Questionnaire				Cumulatif - mauvais traitements									
	Violence physique grave (déjà ou jamais)	Abus sexuels grave (déjà ou jamais)	Témoin de violence familiale (déjà ou jamais)	Cumulatif - mauvais traitements (0-3)	« Je crois que j'ai été victime de violence physique (déjà ou jamais) »	« Je crois que j'ai été victime de violence sexuelle (déjà ou jamais) »	« Je crois que j'ai été victime d'abus psychologiques (déjà ou jamais) »	« Je crois que j'ai été victime de violence physique (déjà ou jamais) »	« Je crois que j'ai été victime de violence sexuelle (déjà ou jamais) »	« Je crois que j'ai été victime de violence psychologique (déjà ou jamais) »	« Je crois que j'ai été victime de violence physique (déjà ou jamais) »	Cumulatif - mauvais traitements (0-4)						
RC	IC	RC	IC	RC	IC	RC	IC	RC	IC	RC	IC	RC	IC					
A déjà bu de l'alcool (dans le passé)	2.19	1.02-4.67	1.01	0.60-1.69	1.55	1.02-2.35	1.94	1.17-3.22	1.17	0.93-1.48	1.21	0.88-1.68	1.46	1.10-1.95	1.51	0.89-1.50	1.50	1.14-1.97
A bu de l'alcool (12 derniers mois)	1.61	0.99-2.63	0.87	0.55-1.38	1.25	0.91-1.72	1.57	1.20-2.05	1.06	0.86-1.30	1.08	0.83-1.41	1.15	0.91-1.44	1.17	0.92-1.48	1.16	1.00-1.34
Consommation fréquente d'alcool (au moins 1 fois par sem.)	1.22	0.81-1.83	0.99	0.49-1.91	1.19	0.83-1.70	1.26	0.77-2.05	1.04	0.78-1.38	1.00	0.70-1.42	1.29	0.97-1.71	1.23	0.92-1.65	1.23	0.90-1.70
A déjà consommé du cannabis (dans le passé)	2.20	1.22-3.96	1.27	0.76-2.11	1.52	1.09-2.13	1.68	1.13-2.51	1.07	0.88-1.31	1.20	0.92-1.58	1.24	0.99-1.55	1.14	0.91-1.44	1.23	0.98-1.54
A consommé du cannabis (12 derniers mois)	2.02	1.27-3.22	1.31	0.82-2.11	1.59	1.16-2.17	1.54	1.20-1.99	1.11	0.91-1.34	1.03	0.81-1.32	1.20	0.97-1.48	1.18	0.95-1.47	1.22	1.06-1.41
Consommation fréquente de cannabis (+ dans 12 dern. mois)	1.50	1.05-2.16	1.07	0.68-1.68	1.19	0.90-1.57	1.10	0.77-1.58	1.02	0.84-1.24	1.15	0.90-1.47	1.22	0.99-1.51	1.26	1.01-1.57	1.12	0.90-1.40
A déjà consommé d'autres drogues* (dans le passé)	1.35	0.96-1.90	1.21	0.76-1.93	1.43	1.07-1.91	1.66	1.12-2.47	0.99	0.80-1.23	0.98	0.75-1.29	1.13	0.90-1.41	1.09	0.87-1.38	1.03	0.81-1.30
A consommé d'autres drogues* (12 derniers mois)	1.34	0.94-1.91	1.27	0.78-2.07	1.30	0.95-1.77	1.68	1.09-2.59	1.05	0.83-1.34	0.97	0.71-1.33	1.16	0.91-1.49	1.15	0.89-1.48	1.10	0.84-1.43
Consomm. fréquente d'autres drogues* (6+ dans 12 dern. mois)	0.65	0.15-2.86	1.20	0.46-3.16	1.51	0.85-2.65	1.45	0.61-3.47	1.00	0.57-1.75	0	S. O.	1.21	0.72-2.03	1.37	0.82-2.27	1.07	0.58-1.97
Consomm. problématique d'alcool (8+ à l'échelle AUDIT)	1.32	0.91-1.90	0.72	0.33-1.62	1.18	0.85-1.63	1.22	0.78-1.93	0.93	0.71-1.21	0.91	0.64-1.29	1.14	0.87-1.48	1.13	0.86-1.48	1.19	0.89-1.59
Consomm. problématique de drogues (2+ à l'échelle CRAFFT)	1.41	0.99-2.01	1.04	0.63-1.74	1.61	0.86-1.58	1.37	0.91-2.04	1.07	0.85-1.34	0.97	0.73-1.30	1.17	0.93-1.48	1.17	0.91-1.49	1.08	0.84-1.39

* **Autres drogues** : coile et solvants (à inhaler), barbituriques, héroïne, méthamphétamines, stimulants sans ordonnance (autres que la cocaïne), tranquillisants sans ordonnance, LSD, PCP, halucinogènes aut res que le LSD ou le PCP, cocaïne, crack, ecstasy et méthylphénidate (Ritalin) sans ordonnance.

RC = Rapport de cotes

IC = intervalle de confiance à 95 %

Violence physique grave : A été étouffé, brûlé ou attaqué physiquement d'une autre manière par un adulte.

Abus sexuels graves : A été forcé(e) d'avoir des relations ou des contacts sexuels avec une personne.

Témoin de violence familiale : A été témoin d'un échange de coups entre ses parents-tuteurs et un autre adulte dans la maison.

■ signification statistique

jeunes ayant été témoins de violence familiale, le risque relatif de consommation d'alcool ou de drogue dans le passé était accru. Bien que cela ne figure pas dans le tableau, les résultats montrent aussi que le nombre de types de mauvais traitements graves signalé était associé à une hausse de 50 à 90 % de la probabilité de consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues dans le passé et durant l'année précédente.

Parmi les quatre énoncés axés sur l'interprétation ou la perception du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (« Je crois que j'ai été... »), celui sur la perception de soi-même comme victime de violence psychologique (« Je crois que j'ai été victime de violence psychologique ») était associé à un risque relatif accru de consommation d'alcool ou de drogues. Plus précisément, les jeunes qui croyaient avoir subi de la violence psychologique étaient 37 % plus nombreux à avoir consommé de l'alcool dans le passé, 32 % plus nombreux à avoir consommé du cannabis dans le passé et 116 % plus nombreux à avoir une consommation problématique d'alcool. De même, plus le nombre de réponses aux énoncés axés sur la perception de mauvais traitements était grand, plus la probabilité de consommation d'alcool ou de cannabis dans le passé était forte (de 20 à 50 %).

En résumé, chez les jeunes ayant déclaré avoir subi de la violence physique grave et avoir été témoins de violence familiale, le risque relatif de consommation d'alcool ou de cannabis était plus élevé. Les jeunes qui étaient victimes de plusieurs types de mauvais traitements étaient plus nombreux à consommer de l'alcool ou des drogues que ceux qui n'avaient subi qu'un type de maltraitance. Chez ceux ayant déclaré avoir subi de la violence psychologique, le risque relatif de consommation d'alcool et de cannabis dans le passé et de consommation problématique d'alcool était accru. De plus, la probabilité de déclarer une consommation d'alcool dans le passé et dans la

dernière année ainsi qu'une consommation de cannabis dans la dernière année était le plus élevée parmi les jeunes se percevant comme des victimes de plusieurs formes de maltraitance.

Les renseignements des travailleurs sociaux sur les formes de mauvais traitements corroborés ont été obtenus chez un sous-échantillon de jeunes participants à l'étude MCA (n = 50) au moment de l'admission à l'étude. Comme le révèle le tableau 3, la consommation de substances parmi les jeunes dont des antécédents de maltraitance ont été signalés par les travailleurs sociaux a été comparée à celle des jeunes pour lesquels aucun antécédent n'a été signalé. Les résultats obtenus avec cet échantillon plus restreint doivent être considérés comme préliminaires. Néanmoins, ils pourraient révéler des constantes qui témoignent du lien entre la détection officielle d'un type de mauvais traitements et le type de substance consommée déclaré par un jeune. Bien que l'échantillon soit petit, il constitue un bon point de départ pour examiner la relation entre la détection officielle de la maltraitance et la consommation d'alcool et de drogues. Bien que le risque relatif obtenu pour l'évaluation de la consommation de substances par les travailleurs sociaux soit relativement conforme aux prédictions, le résultat n'est pas significatif au sens conventionnel du terme en raison de la petite taille de l'échantillon.

Discussion

Les présents résultats révèlent que la violence physique et psychologique, de même que les multiples formes de maltraitance, sont des facteurs qui contribuent à la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes des SPJ lorsqu'on tient compte des déclarations des jeunes. À l'examen des cas de violence corroborés (signalés par les travailleurs sociaux), on remarque des tendances en matière d'abus sexuels qui peuvent être étudiées d'un point de vue exploratoire, compte tenu

Tableau 3

Probabilité de consommation d'alcool et de drogues (selon les déclarations des jeunes au début de l'étude MCA) pour tous les types de mauvais traitements évalués par les travailleurs sociaux.

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES (évaluée au début de l'étude MCA)

	Violence physique corroborée (oui ou non)		Abus sexuels corroborés (oui ou non)		Violence psychologique corroborée (oui ou non)		Négligence corroborée (oui ou non)		
	Risque relatif	IC	Risque relatif	IC	Risque relatif	IC	Risque relatif	IC	
Alcool	Début avant 13 ans	0,47	0,18 – 1,25	1,56	0,58 – 4,18	0,84	0,24 – 2,99	0,96	0,32 – 2,89
	Fréquente dans 12 dern. mois (hebdom.)	0,64	0,37 – 1,26	1,56	0,91 – 2,65	0,62	0,35 – 1,08	0,59	0,34 – 1,01
	Fréquente dans 30 dern. jrs (quot.)	0,47	0,18 – 1,24	1,42	0,53 – 3,78	0,72	0,24 – 2,12	0,80	0,29 – 2,18
Cuites	Début avant 13 ans	0,32	0,07 – 1,49	0,67	0,09 – 4,93	0,46	0,11 – 1,83	0,86	0,20 – 3,71
	Fréquentes dans 12 dern. mois (40+)	0,50	0,19 – 1,33	1,66	0,63 – 4,38	0,53	0,20 – 1,45	1,64	0,42 – 6,34
	Fréquentes dans 30 dern. jrs (4+)	0,42	0,08 – 2,15	3,54	0,81 – 15,50	0,39	0,08 – 1,86	1,60	0,20 – 12,61
Cigarette	Début avant 13 ans	0,60	0,26 – 1,42	0,93	0,31 – 2,73	0,80	0,23 – 2,71	0,90	0,30 – 2,67
	Fréquente dans 12 dern. mois (hebdom.)	0,54	0,29 – 0,99	1,44	0,79 – 2,63	1,02	0,41 – 2,55	1,30	0,55 – 3,10
	Fréquente dans 30 dern. jrs (quot.)	0,56	0,32 – 1,00	1,21	0,66 – 2,20	0,90	0,45 – 1,80	1,12	0,56 – 2,24
Cannabis	Début avant 13 ans	0,30	0,06 – 1,42	1,40	0,31 – 6,33	0,42	0,10 – 1,69	S. O.	S. O.
	Fréquente dans 12 dern. mois (6+)	0,56	0,28 – 1,13	1,79	0,93 – 3,45	0,63	0,29 – 1,31	1,09	0,45 – 2,66
Autres drogues*	Fréquente dans 30 dern. jrs (quot.)	0,61	0,31 – 1,23	1,73	0,89 – 3,37	1,24	0,45 – 3,41	1,91	0,65 – 5,61
	Dans 12 dern. mois	0,00	S. O.	0,00	S. O.	0,15	0,01 – 2,08	0,00	S. O.

* **Autres drogues** : colle et solvants (à inhaler), barbituriques, héroïne, méthamphétamines, stimulants sans ordonnance (autres que la cocaïne), tranquillisants sans ordonnance, LSD, PCP, hallucinogènes autres que le LSD ou le PCP, cocaïne, crack, ecstasy et méthylphénidate (Ritalin) sans ordonnance.

IC = intervalle de confiance à 95 %

de leur importance potentielle sur le plan clinique. Ainsi, les résultats laissent croire que les jeunes dont les travailleurs sociaux ont déclaré des antécédents d'abus sexuels étaient plus nombreux à avoir consommé de l'alcool et du cannabis au cours de l'année précédente. Cette conclusion est conforme à des données publiées qui montrent une association significative entre les abus sexuels subis durant l'enfance et la consommation d'alcool et de drogues (p. ex. Dube et coll., 2005 ; Moran et coll., 2004). Si cette association est manifeste avec les rapports des travailleurs sociaux, mais pas avec les déclarations des jeunes, cela est peut-être dû à un biais de déclaration parmi les jeunes. Les abus sexuels suscitant plus de honte et de culpabilité que la violence physique ou psychologique, les jeunes ont peut-être plus de facilité à déclarer avoir subi ces dernières formes de violence que des abus sexuels (p. ex. Wekerle et coll., 2006). À l'inverse, les travailleurs sociaux ont peut-être tendance à signaler davantage les formes d'abus sexuels les plus graves, ce qui constitue un autre biais. Bien que l'analyse des déclarations des jeunes révèle des cas d'abus sexuels graves, les cas les plus sévères pourraient être ceux détectés par les travailleurs sociaux, et, avec un petit échantillon, ce sont peut-être les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance de ces personnes qui permettent le mieux de prédire la consommation d'alcool ou de drogues à l'adolescence. Pour élucider ces liens, les recherches futures devraient comparer les rapports des travailleurs sociaux sur les cas de maltraitance corroborés et les déclarations des jeunes.

Bien que nous ayons compilé l'ensemble des types de mauvais traitement signalés par les travailleurs sociaux (de 0 = aucun type de mauvais traitements à 4 = tous les types de mauvais traitements), le score cumulatif n'était pas significativement associé à la consommation d'alcool ou de drogues dans ce petit sous-échantillon. De même, comme le fait d'être témoin de violence familiale et la perception de la violence n'étaient pas évalués dans les rapports des

travailleurs sociaux, il a été impossible de comparer les déclarations des jeunes avec les rapports des travailleurs sociaux pour ces types de mauvais traitements. Rappelons la nécessité d'interpréter avec prudence les résultats non significatifs.

Un examen plus approfondi de la relation entre la maltraitance durant l'enfance et la consommation d'alcool et de drogues s'impose. Si l'on comprend les mécanismes qui interviennent dans cette relation, on pourra mieux cibler les efforts de prévention et d'intervention. L'équipe du MCA est en train d'établir des liens avec les bases de données des organismes participants afin d'en extraire les codes de mauvais traitement saisis par chaque jeune de l'étude MCA. Toutefois, l'analyse des renseignements recueillis au moment de l'admission des jeunes à l'étude MCA ne permettra pas de comparer les jeunes de l'étude MCA avec ceux du SCDEO en raison des méthodes différentes utilisées pour évaluer la consommation d'alcool et de drogues. Lorsque les données sur la consommation d'alcool et de drogues sont recueillies au moment de l'admission à l'étude, les questions sont formulées à partir d'énoncés tirés de deux études : la *Monitoring the Future Study* (Johnston et coll., 2007) et la *Youth Risk Behavior Surveillance Study* (Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Les questions posées au moment du recrutement dans l'étude MCA mesurent en continu le nombre de jours ou d'occurrences de consommation au cours d'une période donnée (l'année précédente, le mois précédent) ainsi que l'âge au début de la consommation.

Pour étudier davantage l'association possible entre la maltraitance et la consommation d'alcool et de drogues dans un échantillon de jeunes des SPJ, il faut revenir à la série de données de l'année 1 de l'étude MCA, dont les questions sont directement comparables à celles du SCDEO.

OBJECTIF 3

Établir les différences entre les taux de consommation d'alcool et de drogues chez les garçons et les filles d'après les données de l'étude MCA et du SCDEO.

Différences de consommation selon le sexe : MCA c. SCDEO

Au cours de la troisième série d'analyses, nous avons tenté de déterminer s'il existait des différences de consommation d'alcool et de drogues selon le sexe dans les échantillons de l'étude MCA et du SCDEO. Les résultats de ces analyses sont illustrés au tableau 4 (différences selon le sexe *entre* les jeunes de l'étude MCA et ceux du SCDEO) et au tableau 5 (différences selon le sexe *au sein* des échantillons de l'étude MCA et du SCDEO). Il faut considérer ces résultats comme préliminaires étant donné que la division des données selon le sexe réduit la taille de l'échantillon et la puissance statistique, ce qui rend difficile la détection de différences significatives.

Le tableau 4 montre que, dans l'ensemble, il y a peu de différences entre les garçons de l'étude MCA et ceux du SCDEO. Par contre, on note plusieurs différences significatives entre les filles de l'étude MCA et celles du SCDEO. Le risque relatif de consommation de cannabis et d'autres drogues dans le passé était plus élevé chez les filles de l'étude MCA que chez celles du SCDEO. Plus précisément, la consommation d'autres drogues dans l'année précédente était trois fois plus élevée chez les filles de l'étude MCA que chez celles du SCDEO.

Dans le tableau 5, l'examen parallèle des échantillons de l'étude MCA et du SCDEO vise à déterminer comment les garçons se comparent aux filles (risque relatif chez les garçons). Comme on peut le constater, il y a peu de différences selon le sexe parmi les jeunes des SPJ. La seule différence significative concerne la consommation fréquente de cannabis (six fois ou plus

au cours de l'année précédente) entre garçons et filles de l'étude MCA, les garçons ayant été 70 % plus nombreux que les filles à consommer fréquemment du cannabis au cours de l'année précédente.

Contrairement aux observations sur les jeunes des SPJ, on constate plusieurs différences entre garçons et filles chez les jeunes du secondaire en Ontario, toutes révélatrices d'une plus grande consommation d'alcool ou de drogues chez les garçons. Les garçons ontariens qui n'ont jamais été suivis par les SPJ ont déclaré un niveau de consommation supérieur à celui des filles dans les catégories suivantes : consommation fréquente d'alcool ; consommation de cannabis dans le passé, dans les 12 derniers mois et consommation fréquente ; consommation d'autres drogues dans le passé et l'année précédente ; consommation plus dangereuse d'alcool (ayant plus de conséquences négatives) ; et consommation plus problématique de drogues. Ce profil de différences selon le sexe au sein des échantillons donne à penser que les filles des SPJ forment un groupe à risque élevé puisque leur profil est l'inverse de celui des filles dans la population normative.

Afin de mettre en contexte les résultats figurant aux tableaux 4 et 5, on peut consulter le tableau 6, qui illustre les corrélations entre l'âge et la consommation d'alcool et de drogues chez les participants à l'étude MCA seulement. Chez les garçons, un âge supérieur était associé à une consommation plus fréquente d'alcool dans les 30 jours précédents, à un plus grand nombre de consommation excessive occasionnel dans les 12 mois précédents et à une consommation plus fréquente de cannabis dans les 12 mois précédents.

Tableau 4

Risque relatif de consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes de l'étude MCA par rapport aux jeunes du SCDEO (garçons et filles)

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	Risque relatif MAP par rapport à SCDEO			
	Garçons (MCA N = 85 / SCDEO N = 1 647)		Filles (MCA N = 85 / SCDEO N = 1 858)	
	RR	IC	RR	IC
A déjà bu de l'alcool (dans le passé)	0.79	0,67 – 0,93	0.87	0,78 – 0,96
A bu de l'alcool (12 derniers mois)	0.79	0,66 – 0,93	0.75	0,65 – 0,87
Consommation fréquente d'alcool (au moins 1 fois par sem.)	0.50	0,25 – 1,01	1.36	0,86 – 2,14
A déjà consommé du cannabis (dans le passé)	1.20	0,98 – 1,47	1.33	1,12 – 1,57
A consommé du cannabis (12 derniers mois)	1.20	0,95 – 1,51	1.13	0,90 – 1,42
Consommation fréquente de cannabis (6+ dans 12 dern. mois)	1.33	0,97 – 1,84	1.16	0,81 – 1,67
A déjà consommé d'autres drogues* (dans le passé)	1.42	0,97 – 2,06	1.40	> 1,00 – 1,96
A consommé d'autres drogues* (12 derniers mois)	1.30	0,83 – 2,00	1.41	0,97 – 2,06
Consomm. fréquente d'autres drogues* (6+ dans 12 dern. mois)	1.66	0,41 – 6,81	3.40	1,19 – 9,74
Consomm. problématique d'alcool (8+ à l'échelle AUDIT)	0.75	0,47 – 1,19	0.73	0,47 – 1,14
Consomm. problématique de drogues (2+ à l'échelle CRAFFT)	1.06	0,71 – 1,59	1.03	0,70 – 1,50

*Autres drogues : colle et solvants (à inhaler), barbituriques, héroïne, méthamphétamines, stimulants sans ordonnance (autres que la cocaïne), tranquillisants sans ordonnance, LSD, PCP, hallucinogènes autres que le LSD ou le PCP, cocaïne, crack, ecstasy et méthylphénidate (Ritalin) sans ordonnance.

RR = risque relatif ; IC = intervalle de confiance à 95 %

 signification statistique

Tableau 5

Risque relatif de consommation d'alcool et de drogues chez les garçons par rapport aux filles, selon l'échantillon (MCA et SCDEO)

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	Risque relatif des garçons par rapport aux filles			
	Jeunes du MCA (N = 177) garçons par rapport aux filles		Jeunes du SCDEO (N = 3505) garçons par rapport aux filles	
	RR	IC	RR	IC
A déjà bu de l'alcool (dans le passé)	0.91	0,75-1,09	1.00	0,98-1,03
A bu de l'alcool (12 derniers mois)	1.03	0,83-1,28	0.99	0,97-1,02
Consommation fréquente d'alcool (au moins 1 fois par sem.)	0.64	0,28-1,47	1.83	1,56-2,13
A déjà consommé du cannabis (dans le passé)	1.00	0,78-1,29	1.12	1,05-1,21
A consommé du cannabis (12 derniers mois)	1.22	0,89-1,68	1.15	1,06-1,25
Consommation fréquente de cannabis (6+ dans 12 dern. mois)	1.70	1,10-2,70	1.45	1,28-1,63
A déjà consommé d'autres drogues* (dans le passé)	1.23	0,77-1,97	1.18	1,03-1,34
A consommé d'autres drogues* (12 derniers mois)	1.11	0,64-1,91	1.22	1,06-1,41
Consomm. fréquente d'autres drogues* (6+ dans 12 dern. mois)	0.78	0,14-4,16	1.67	0,97-2,90
Consomm. problématique d'alcool (8+ à l'échelle AUDIT)	1.39	0,76-2,54	1.36	1,22-1,52
Consomm. problématique de drogues (2+ à l'échelle CRAFFT)	1.30	0,78-2,17	1.28	1,14-1,44

***Autres drogues** : colle et solvants (à inhaler), barbituriques, héroïne, méthamphétamines, stimulants sans ordonnance (autres que la cocaïne), tranquillisants sans ordonnance, LSD, PCP, hallucinogènes autres que le LSD ou le PCP, cocaïne, crack, ecstasy et méthylphénidate (Ritalin) sans ordonnance.

RR = risque relatif ; IC = intervalle de confiance à 95 %

 signification statistique

Tableau 6

Relation entre l'âge et la consommation d'alcool et de drogues

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES		Âge	
		Corrélations de Pearson	
		G (N = 186)	F (N = 202)
Alcool	Âge au début	0,07	0,03
	Fréquence dans 12 dern. mois	0,09	0,01
	Fréquence dans 30 dern. jrs	0,20 **	-0,01
Cuites	Âge au début	0,06	0,09
	Fréquence dans 12 dern. mois	0,16 *	0,02
	Fréquence dans 30 dern. jrs	0,14	-0,02
Cigarette	Âge au début	0,02	0,13
	Fréquence dans 12 dern. mois	0,08	-0,22 **
	Fréquence dans 30 dern. jrs	0,02	-0,16 *
Cannabis	Âge au début	-0,10	0,23 **
	Fréquence dans 12 dern. mois	0,21 **	-0,17 *
	Fréquence dans 30 dern. jrs	0,23	-0,11
Autres drogues*	Fréquence dans 12 dern. mois	0,08	-0,04
Ensemble des drogues	Occurrences dans 12 dern. mois	0,12	-0,08

***Autres drogues** : colle et solvants (à inhaler), barbituriques, héroïne, méthamphétamines, stimulants sans ordonnance (autres que la cocaïne), tranquilisant sans ordonnance, LSD, PCP, hallucinogènes autres que le LSD ou le PCP, cocaïne, crack, ecstasy et méthylphénidate (Ritalin) sans ordonnance.

*p < 0,05

**p < 0,01

G = Garçons

F = Filles

Chez les filles, la plupart des résultats étaient à l'opposé, à savoir qu'un âge inférieur était associé à une consommation plus fréquente de cigarette dans les 12 mois précédents et dans les 30 jours précédents, ainsi qu'à une consommation plus fréquente de cannabis dans les 12 mois précédents. Encore une fois, on peut déduire de ces résultats que les filles de l'étude MCA forment un groupe à risque relativement élevé.

Discussion

Les garçons du SCDEO ont déclaré une consommation supérieure d'alcool, de cannabis et d'autres drogues. Ces résultats sont conformes à ceux d'autres enquêtes épidémiologiques nationales (p. ex. www.monitoringthefuture.com ; Johnston et coll., 2007) qui ont décelé des niveaux plus élevés de consommation d'alcool (p. ex. plus de cuites), de cannabis et d'autres drogues chez les garçons, en particulier ceux âgés de 15 à 19 ans. Les données du plus récent SCDSEO (Adlaf et Paglia-Boak, 2007) révèlent peu de différences de consommation selon le sexe, mais cela découle peut-être de l'inclusion des jeunes suivis par les SPJ dans l'échantillon (alors que ceux-ci ont été exclus des présentes analyses du SCDEO) ou d'un moins grand nombre de différences selon le sexe chez les élèves plus jeunes.

Le fait que les filles de l'étude MCA étaient plus nombreuses à déclarer avoir consommé du cannabis dans le passé et à avoir consommé d'autres drogues dans le passé et fréquemment laisse croire à une forte probabilité que les adolescentes suivies par les SPJ aient accès à des drogues. Cela laisse supposer que les filles des SPJ peuvent davantage se retrouver dans des situations comportant des risques de violence interpersonnelle (p. ex. participer à un trafic de drogues et s'exposer ainsi davantage aux armes, aux menaces et aux agressions ; entrer dans un endroit dangereux pour se procurer de la drogue ; avoir une relation amoureuse avec un fournisseur ou un consommateur

de drogues ; ou s'associer à des pairs qui consomment de la drogue). Ces résultats concordent avec ceux de Wolfe, Scott, Wekerle et Pittman (2001), qui montraient que les filles ayant des antécédents de maltraitance étaient plus susceptibles d'être victimes de violence que les garçons et déclaraient subir un plus grand nombre de conséquences négatives de leurs expériences de maltraitance. De la même façon, dans leur échantillon d'adolescents hospitalisés des deux sexes, Becker et Grilo (2006) ont observé un lien entre les mauvais traitements dans l'enfance et la consommation d'alcool tant chez les filles que chez les garçons, mais ce n'est que chez les filles qu'une relation a été établie entre les mauvais traitements dans l'enfance et la consommation de drogues.

Les présents résultats révèlent également des différences entre garçons et filles selon l'âge et le type de substance consommé. Ces résultats diffèrent quelque peu de ceux obtenus dans le SCDSEO de 2007 (Adlaf et Paglia-Boak, 2007), qui établissaient peu de différences selon le sexe pour ce qui est de la fréquence de consommation d'alcool, de cigarette et de cannabis. Il y avait cependant plusieurs différences significatives en matière de consommation de drogues et d'alcool selon l'année d'études, les taux globaux augmentant avec chaque année d'études (Adlaf et Paglia-Boak, 2007). Dans notre analyse du SCDEO de 2005, nous avons examiné les différences de consommation selon l'âge pour chaque sexe, ce qui pourrait expliquer certaines des différences par rapport au SCDSEO. Nous avons constaté que, chez les garçons, la consommation fréquente d'alcool dans les 30 jours précédents et la consommation fréquente de cannabis dans les 12 mois précédents augmentaient avec l'âge. Cependant, chez les filles, la consommation fréquente de cigarette dans les 30 jours et les 12 mois précédents ainsi que la consommation fréquente de cannabis dans les 12 mois précédents diminuaient avec l'âge.

Ces résultats sont peut-être attribuables à la tranche d'âge plus réduite de l'échantillon de l'année 1 de l'étude MCA. Les résultats globaux du SCDEO sont basés sur un échantillon de jeunes appartenant à une tranche d'âge plus grande (de la 7e à la 12e année). De plus, alors que les différences selon l'année d'études observées dans le SCDEO culminent entre la 8e et la 9e année, la moyenne d'âge des participants à l'étude MCA au moment de leur admission est de 15,67 ans, soit environ l'âge d'un élève de 9e année. Cela pourrait expliquer les divergences de résultats puisque les jeunes de l'étude MCA commencent à y participer après l'âge auquel se produisent les plus fortes hausses de consommation.

Étant donné que la plupart des relations significatives entre l'âge et la consommation d'alcool et de drogues étaient faibles dans les analyses, d'autres recherches devront être menées pour élucider les relations précises entre l'âge et la consommation d'alcool et de drogues chez les garçons et les filles. Une fois réunis, les résultats laissent croire que les mauvais traitements dans l'enfance ont plus d'impact sur la consommation d'alcool et de

drogues des filles que sur celle des garçons, ce qui témoigne de la nécessité d'examiner plus en détail les mécanismes qui sous-tendent cette relation et d'élaborer des stratégies d'évaluation et d'intervention pour chaque sexe. À ce jour, cependant, peu de recherches ont été effectuées sur les interventions auprès des adolescents adaptées selon le sexe.

Il existe une exception : l'essai Seeking Safety (Najavits, 2002), essai comparatif randomisé récent qui consistait en interventions thérapeutiques structurées auprès d'adolescentes aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ou présentant un TSPT. Lors de cette étude pilote, on a observé des résultats positifs pour ce qui est des symptômes liés aux problèmes de consommation, des conséquences de la consommation et des symptômes de traumatisme associés à la détresse sexuelle et aux problèmes sexuels (Najavits, Gallop et Weiss, 2006). D'autres recherches devront être menées pour étudier les stratégies d'intervention propres à chaque sexe et les méthodes d'intervention les plus efficaces auprès des garçons et des filles suivis par les SPJ.

OBJECTIF 4

Étant donné le lien significatif entre les mauvais traitements subis dans l'enfance et les symptômes du TSPT, de même que les conséquences négatives à long terme associées aux symptômes du TSPT, déterminer si le sexe joue un rôle médiateur significatif dans la relation entre les mauvais traitements subis durant l'enfance et la consommation d'alcool ou de drogues, en considérant les symptômes du TSPT sur le plan subclinique plutôt que le degré du trouble en soi.

La maltraitance durant l'enfance et les symptômes du TSPT : taux globaux et différences selon le sexe dans l'étude MCA

À ce jour, aucune étude n'a tenu compte de la médiation dans la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes des SPJ. Le but de cette dernière série d'analyses était d'examiner les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les jeunes de l'étude MCA et d'établir si les

données permettent de démontrer si le sexe joue un rôle médiateur dans la relation entre les symptômes de TSPT et la maltraitance durant l'enfance.

Les données présentées ci-dessous sont basées sur les renseignements obtenus auprès des jeunes, participant à l'étude MCA au moment de leur admission (n = 388). Les symptômes de TSPT ont été évalués à l'aide du *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC ; Briere, 1996). Dans

le présent rapport, la gravité des symptômes de traumatisme a été établie en fonction du nombre d'échelles du TSCC dont les résultats dépassaient le seuil clinique. Cette méthode tient compte des jeunes qui ont déclaré des niveaux cliniques pour certaines catégories de symptômes de traumatismes (même si des symptômes n'étaient pas déclarés dans l'ensemble des catégories). Il s'agit d'une approche basée sur des groupes de symptômes plutôt que sur un score total correspondant au seuil clinique, approche conforme à une perspective de traumatologie du développement selon laquelle les symptômes du TSPT peuvent donner lieu à une déficience chronique dans certains domaines même si leur tableau général est subclinique. Bien que la mesure du TSPT utilisée dans la présente étude ne puisse remplacer un diagnostic clinique (fondé sur les critères diagnostiques énoncés dans le DSM-IV), les symptômes déclarés dans le TSCC peuvent servir de variable de substitution pour évaluer la gravité des symptômes de traumatisme. Le SCDEO ne contient pas de question sur les symptômes de traumatisme. Par conséquent, la présente analyse des médiateurs est axée uniquement sur les mécanismes causaux potentiels au sein de l'échantillon de jeunes des SPJ (étude MCA). Elle pourrait permettre de déceler certains construits qu'il serait utile d'explorer chez les jeunes dans la collectivité ayant déclaré avoir été suivis par les SPJ et avoir subi des mauvais traitements dans le passé.

Comme les problèmes de consommation des jeunes de l'étude MCA touchent moins l'alcool que le cannabis, nous avons tenté de comprendre les prédictions à l'égard de l'utilisation de cannabis signalée par les jeunes. Le tableau 7 montre les résultats des analyses de régression multiple prédisant la fréquence de consommation de cannabis l'année précédente. Malgré les différences de taux de non-consommation de cannabis, lesquelles semblent principalement dues aux déclarations des filles, nous présentons les résultats des analyses de régression multiple sur le cannabis en précisant que l'examen

d'autres drogues révèle une tendance similaire. Le cannabis et les autres drogues sont des catégories où l'on observe avec constance des différences significatives, en particulier chez les filles. En revanche, chez les garçons, aucune association statistiquement significative n'a été observée entre les mauvais traitements dans l'enfance et la consommation d'alcool et de drogues.

Pour rendre compte de cet effet lié au sexe, nous avons basé les analyses présentées ci-après sur les jeunes de l'étude MCA au moment de l'admission, soit un échantillon beaucoup plus vaste que celui utilisé pour les analyses de l'année 1 présentées précédemment dans le rapport (filles au moment de l'admission, $n = 200$). Dans les analyses de régression multiple hiérarchique, nous avons aussi tenu compte de l'âge et du statut par rapport aux SPJ et avons entré ces variables de contrôle avant les variables de maltraitance pour prédire la fréquence de consommation de cannabis au cours de l'année précédente. Pour vérifier la médiation, nous avons saisi les données sur le TSPT après les variables de maltraitance afin de pouvoir déceler une baisse de prédiction significative des mauvais traitements pour la consommation d'alcool et de drogues. Les résultats relatifs aux garçons figurent aussi dans le tableau 7 à des fins de comparaison.

Comme nous l'avons déjà mentionné, lors de l'analyse préliminaire de la structure de facteurs du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) pour l'échantillon du MCA au moment de l'admission, nous avons constaté que la structure de facteurs des filles était différente de celle des garçons (annexe F). Pour les filles, quatre facteurs se dégagent de l'analyse, la violence physique et la violence psychologique étant combinées en un seul facteur, et la négligence physique et la négligence psychologique étant regroupées. Les raisons qui expliquent cette différence demeurent floues. On pourrait émettre l'hypothèse que, pour les filles, la

Table 7

Prédiction de la consommation de cannabis chez les garçons et les filles (fréquence) dans les 12 mois précédents à partir du nombre de sous-échelles TSCC dont les résultats dépassent le seuil clinique. Prise en compte des scores pour la violence psychologique et des autres facteurs de mauvais traitements (modèle final)

MODÈLE		Coefficients		
		filles (N = 202) / garçons (N = 186)		
		B (final)	ET	t
1	Âge	-0,50/0,73	0,20/0,23	-2,48**/3,16**
2	Âge	-0,54/0,73	0,25/0,24	-2,15**/3,08**
	Situation : pupille de la Couronne ou non	0,11/0,09	0,64/0,68	0,17/0,14
	Situation : pupille de la société ou non	-0,96/0,09	0,80/0,84	-1,20/0,11
3	Âge	-0,62/0,79	0,24/0,24	-2,53**/3,31**
	Situation : pupille de la Couronne ou non	-0,46/0,08	0,66/0,69	-0,71/-0,11
	Situation : pupille de la société ou non	-1,43/-0,08	0,80/0,85	-1,79/-0,10
	Facteur de la négligence psychologique-physique	0,35/-0,15	0,24/0,24	1,43/-0,63
	Facteur de la violence psychologique chez les garçons (Facteur de la viol. psychol.-phys. chez les filles)	0,55/0,22	0,23/0,23	2,38*/0,99
	Facteur de la négligence physique	0,06/-0,29	0,25/0,22	0,23/-1,29
	Facteur de la violence physique (garçons seulement)	S. O./0,35	S. O./0,26	S. O./1,35
	Facteur des abus sexuels	0,22/-0,36	0,07/0,22	3,05**/-1,67
4	Âge	-0,60/0,78	0,24/0,24	-2,46*/3,33**
	Situation : pupille de la Couronne ou non	-0,38/-0,40	0,66/0,70	-0,58/0,56
	Situation : pupille de la société ou non	-1,33/0,13	0,80/0,85	-1,66/0,16
	Facteur de la négligence psychologique-physique	0,33/-0,11	0,24/0,24	1,37/-0,46
	Facteur de la violence psychologique chez les garçons (Facteur de la viol. psychol.-phys. chez les filles)	0,43/0,11	0,25/0,23	1,74/0,47
	Facteur de la négligence physique	-0,01/-0,37	0,25/0,23	-0,06/1,63
	Facteur de la violence physique (garçons seulement)	S. O./0,27	S. O./0,26	S. O./1,05
	Facteur des abus sexuels	0,21/-0,42	0,25/0,22	0,82/-1,94*
	Nombre de sous-échelles TSCC dépassant le seuil clinique	0,61/0,36	0,09/0,20	6,95**/1,83

Variable dépendante : « Dans les 12 derniers mois , combien de fois as -tu consommé du cannabis?»

Filles : modèle général $R^2 = 0,13$; garçons : modèle général $R^2 = 0,12$

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

B (final) = le coefficient bêta du model final

ET = Erreur type

t = test de t

violence physique s'accompagne souvent de violence psychologique, ou que les filles perçoivent la violence physique comme une cause de souffrance psychologique, ou encore qu'elles sont plus nombreuses que les garçons à percevoir la violence psychologique qu'exerce sur elles l'agresseur en même temps que la violence physique. Voici la structure de facteurs de la maltraitance chez les filles de l'étude MCA :

- Facteur 1 : Énoncés sur la violence physique et la violence psychologique
- Facteur 2 : Abus sexuels
- Facteur 3 : Négligence psychologique et négligence physique (pas de soins médicaux ; personne pour les protéger)
- Facteur 4 : Négligence physique (rien à manger ; parent ivre ou drogué ; vêtements sales)

Le facteur des abus sexuels comportait les mêmes énoncés pour les garçons que pour les filles. Chez les garçons, les catégories de mauvais traitements discrètes sont peut-être plus pertinentes. Voici la structure de facteurs de la maltraitance chez les garçons de l'étude MCA :

- Facteur 1 : Violence physique
- Facteur 2 : Abus sexuels
- Facteur 3 : Négligence psychologique et négligence physique
- Facteur 4 : Négligence physique
- Facteur 5 : Violence psychologique

Le tableau 7 présente les résultats des analyses de régression pour les filles et les garçons de l'étude MCA selon les données recueillies au moment de l'admission. Les deux nombres séparés par une barre oblique correspondent, à gauche, au résultat des filles, et à droite, à celui des garçons. Dans le modèle, l'étape 1 montre que l'âge est significatif, ce qui indique que le groupe d'âge plus jeune permet de prédire la

fréquence de consommation de cannabis au cours de l'année précédente chez les filles. Il est intéressant de constater que l'âge demeure un facteur significatif dans toute la régression, ce qui va dans le sens des préoccupations à l'endroit d'une consommation précoce de cannabis. L'étape 2 montre que les variables relatives au suivi par les SPJ (statut, pupille de la Couronne ou non) ne sont pas significatives.

À l'étape 3, le facteur de violence psychologique/ physique (filles) constitue un prédicteur significatif de la consommation fréquente de cannabis au cours de l'année précédente. En fait, on peut constater que plus les antécédents de mauvais traitements sont importants, plus les occurrences de consommation de cannabis durant l'année précédente sont nombreuses. Dans le modèle, l'étape 3 révèle également que les abus sexuels sont un facteur significatif pour les filles seulement.

L'étape 4 montre que les données du TSCC sur le nombre de sous-échelles dépassant le seuil clinique ont été saisies, ce qui permet d'évaluer la médiation séparément pour les filles et pour les garçons. On constate la baisse de la signification des abus sexuels chez les filles, ce qui indique que le TSPT joue un rôle de médiateur dans la relation entre abus sexuels et consommation de cannabis. Cependant, chez les garçons, les abus sexuels deviennent un facteur prédictif significatif de la fréquence de consommation de cannabis dans les 12 mois précédents, mais seulement lorsqu'on tient compte des symptômes du TSPT. Il y aurait donc une relation directe chez les garçons : les antécédents d'abus sexuels permettent de prédire directement la consommation de cannabis lorsqu'on mesure la consommation en continu plutôt que selon une perspective dichotomique.

Bien que les modèles du tableau 7 prédisent une variance modérée dans la fréquence de consommation durant l'année précédente (variance

de 13 % dans le modèle de régression des filles et de 12 % dans celui des garçons), l'ajout de variables de base et de variables psychosociales entraînerait probablement une augmentation du R^2 du modèle. Par exemple, Best et coll., (2005) ont observé que l'âge de l'initiation au cannabis, le fait de passer du temps avec sa mère et le fait de passer du temps avec des amis qui consomment des drogues pouvaient expliquer 27 % de la variance dans la consommation actuelle de cannabis. L'inclusion de variables telles que la personnalité, la prédisposition génétique (antécédents familiaux de consommation d'alcool ou de drogues) et le réseau de pairs améliorerait probablement les prédictions à l'égard de la consommation au sein de l'échantillon actuel (Feldstein et Miller, 2006).

Des études antérieures sur les adolescents (Wekerle et coll., 2001; Wolfe et coll., 2001) ont révélé des résultats plus cohérents quant à la médiation du TSPT chez les filles. Les analyses de régression multiple ont également donné des résultats cohérents pour les filles. Chez celles-ci, les symptômes du TSPT jouent un rôle médiateur sur le facteur de violence physique et psychologique pour ce qui est de prévoir la fréquence de la consommation de cannabis au cours de l'année précédente. Il s'agit du premier modèle de médiation significatif à être signalé pour la prédiction des variables de consommation d'alcool et de drogues chez les filles des SPJ. Ces résultats montrent que les filles des SPJ forment un groupe à risque élevé, dans lequel l'initiation plus précoce au cannabis et la consommation plus importante de cette drogue sont préoccupantes, et que les symptômes du TSPT pourraient constituer une variable explicative. Bien qu'il faille étudier davantage le lien entre les abus sexuels et la consommation d'alcool et de drogues chez les garçons, les résultats globaux indiquent invariablement que les filles des SPJ présentent un risque élevé de consommation problématique d'alcool et de drogues.

Dans le passé, on semble avoir fait preuve de partialité envers les filles en attribuant peu d'importance à leur consommation d'alcool ou de drogues ainsi qu'à la maltraitance qu'elles avaient subie dans les stratégies de prévention et de traitement, ainsi que dans la gestion et le suivi des cas par les SPJ (Wekerle et Wall, 2002). Dans une compilation publiée récemment sur la dépendance au féminin (voir Greaves et Poole, 2007), on souligne l'importance d'une réponse adaptée au sexe en ce qui concerne la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes et d'un traitement propre à chaque sexe qui tienne compte des différences de sensibilité entre les deux sexes. Le fait que les jeunes femmes constituent un groupe à risque élevé est mis en évidence dans des études sur les jeunes sans-abri (Erickson, King et coll., 2007 ; Leslie, 2007). Ces études indiquent qu'un grand nombre de jeunes sans-abri ayant des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, de santé mentale, de grossesses à répétition ou d'hébergement ont été suivis par les SPJ dans leur enfance.

Discussion

L'expérience de maltraitance peut se limiter à un seul épisode ou constituer un mode d'interaction chronique au sein de la famille. Comme il en a été fait mention précédemment, les recherches ont permis d'établir les caractéristiques cliniques distinctes d'un épisode de maltraitance unique par rapport à celles de la maltraitance chronique (De Bellis, 2002b). Malgré qu'elles n'aient pas été réalisées auprès d'un échantillon aléatoire de jeunes des SPJ, les recherches antérieures indiquent que les symptômes du TSPT peuvent jouer un rôle médiateur entre la maltraitance et la violence dans les fréquentations chez les adolescents (Wekerle et coll., 2001). Le présent rapport laisse entendre que les symptômes du TSPT pourraient constituer le mécanisme permettant d'associer d'autres résultats négatifs avec les antécédents de maltraitance dans l'enfance, et, par conséquent,

représenter une large cible potentielle pour la réduction de divers problèmes chez les adolescents. Les présents résultats concordent avec ceux des publications existantes sur les symptômes du TSPT et l'hypothèse de l'automédication (p. ex. Stewart et Israeli, 2002), à savoir que la consommation d'alcool ou de drogues serait un mécanisme d'adaptation mal adapté visant à réduire les symptômes affectifs et cognitifs aversifs de traumatisme associés aux mauvais traitements subis durant l'enfance. Encore une fois, ces résultats ont une incidence importante sur les méthodes d'évaluation et d'intervention auprès des jeunes des SPJ.

La consommation d'alcool ou de drogues et les symptômes de traumatisme devraient être évalués de près chez les filles. Bien que l'emploi de stratégies générales visant à réduire la consommation d'alcool et de drogues soit justifié chez tous les jeunes des SPJ, dans les cas où l'on décèle un profil de symptômes spécifiques, une intervention sur mesure pourrait garantir un traitement plus adéquat. En proposant aux filles des méthodes adaptées pour composer avec les symptômes de traumatisme, on pourrait faire un premier pas important vers la réduction des conséquences négatives de ces traumatismes, y compris la consommation d'alcool et de drogues.

CHAPITRE 4 : Résumé, recommandations et répercussions sur les pratiques et les politiques

Il s'agit de la première tentative pour rendre compte des niveaux de consommation d'alcool et de drogues dans un groupe de jeunes des SPJ choisis aléatoirement et pour comparer les résultats avec ceux de la population générale des jeunes du secondaire. De plus, comme les jeunes inclus dans l'échantillon de la population étudiante générale étaient questionnés pour savoir s'ils avaient déjà été suivis par les SPJ, il est probable que les comparaisons entre cette échantillon et l'échantillon de jeunes des SPJ reflètent les différences réelles entre les jeunes chez qui la maltraitance a été officiellement détectée (jeunes de l'étude MCA identifiés grâce au suivi par les SPJ et dont les antécédents de mauvais traitements ont été auto-déclarés et confirmés par un travailleur social) et les jeunes dans la population générale (jeunes du SCDEO ayant déclaré n'avoir jamais été suivis par les SPJ).

Il faut souligner que les antécédents de maltraitance n'ont pas été évalués dans l'échantillon du SCDEO. Par conséquent, certains jeunes n'ayant jamais été suivis par les SPJ peuvent aussi avoir été victimes de maltraitance. Les enquêtes épidémiologiques nationales réalisées auprès de jeunes du secondaire ne comportent habituellement pas de questions sur la maltraitance. De plus, il n'existe actuellement aucune donnée disponible sur les différences de consommation d'alcool et de drogues entre les jeunes des SPJ qui ont subi des mauvais traitements et les jeunes des écoles secondaires. Pour raffiner les présents résultats, on pourrait établir des groupes en fonction de la situation de maltraitance (c.-à-d. présente ou absente) au sein du groupe de jeunes du secondaire. Cette stratégie est prévue dans le cycle 2009 du SCDEO.

Plusieurs conclusions importantes se dégagent des analyses actuelles. Tout d'abord, les jeunes des SPJ sont plus nombreux à déclarer une consommation de cannabis au cours de la dernière année et dans le

passé et à déclarer une consommation fréquente d'autres drogues (plus de six fois durant la dernière année) et une consommation d'autres drogues dans le passé. Les jeunes de l'échantillon de la population étudiante générale étaient toutefois plus nombreux à déclarer une consommation d'alcool au cours de la dernière année et dans le passé. Ces conclusions peuvent témoigner d'un accès plus facile à l'alcool dans les populations générales ou une progression plus rapide de la consommation de drogues parmi les jeunes des SPJ. En revanche, la consommation d'alcool par les parents et la surveillance des travailleurs sociaux peuvent dissuader les jeunes des SPJ de consommer de l'alcool, tandis que les autres substances (cannabis, cocaïne, opioïdes sans ordonnance, Ritalin, etc.) peuvent être perçues comme étant plus inoffensives ou moins facilement détectées par les travailleurs sociaux.

Dans l'échantillon de l'étude MCA, des antécédents de violence physique grave, le fait d'être témoin de violence familiale et l'impression d'avoir été victime de négligence ou de violence psychologique sont associés à une probabilité accrue de consommation d'alcool ou de drogues. Seul le fait d'être témoin de violence familiale est associé à une plus forte probabilité de consommation d'autres drogues. Lorsque les rapports de violence présentés par les travailleurs sociaux ont été examinés, les antécédents d'abus sexuels sont apparus associés à une plus forte probabilité de consommation plus fréquente d'alcool et de cannabis au cours de la dernière année.

Lorsque les différences entre les sexes ont été examinées, les filles de l'étude MCA se sont révélées le groupe le plus à risque de consommation d'alcool et de drogues; *une tendance qui correspond à l'inverse de ce qui est normalement observé dans les échantillons de population générale*. Les filles sont également ressorties comme le principal groupe dans

les échantillons de jeunes ayant des antécédents de mauvais traitements, de consommation d'alcool et de drogues et d'autres conséquences pour la santé (victimisation avec violence). Une fois regroupés, ces résultats donnent à penser que les filles peuvent être plus sensibles aux effets des mauvaises expériences vécues durant l'enfance sur la consommation d'alcool ou de drogues par rapport aux garçons, et que les stratégies et mécanismes mis en jeu pour la prévention et les interventions auprès des jeunes des SPJ devraient être adaptés au sexe.

Pour les filles, il ressort que les antécédents d'abus sexuels ainsi que la violence psychologique/physique soient des prédicteurs dominants de la fréquence de consommation de cannabis et d'autres drogues. Comme l'a aussi montré d'autres analyses, les abus sexuels sont fréquents chez les adolescents, si l'on tient compte de l'exposition dans le passé (environ 25 % des jeunes de l'étude MCA ont déclaré une certaine forme d'abus sexuels), et est un facteur prédictif de la consommation de drogues. Dans les publications sur la consommation d'alcool et de drogues, la violence psychologique/physique n'est pas analysée autant que les abus sexuels, et les autres drogues ne sont pas étudiées autant que l'alcool.

Comme le laisse croire la théorie de la traumatologie du développement, les symptômes du TSPT apparaissent comme un médiateur significatif de la consommation de drogues (cannabis, autres drogues), ce qui est conforme à des recherches précédentes

menées auprès d'adolescents (Wekerle et coll., 2001). Cette conclusion témoigne de la valeur potentielle du traitement des symptômes du TSPT à l'adolescence, même si les mauvais traitements ont cessé durant l'enfance. D'autres facteurs tels que l'exposition à des personnes ou à des endroits dangereux, possiblement en rapport avec des activités relatives à l'achat ou à l'utilisation de drogues, peuvent contribuer à l'activation constante des symptômes du TSPT. La constance des événements traumatisants dans la vie des jeunes des SPJ, particulièrement les filles, semblent justifier des recherches plus poussées.

Dans l'ensemble, ces analyses mettent en évidence la nécessité d'évaluer en profondeur les jeunes au plus jeune âge possible, ce qui pourrait les dissuader de commencer à consommer de l'alcool ou des drogues. De plus, étant donné la plus grande consommation de drogues chez les jeunes de l'étude MCA, l'évaluation de la consommation de substances devrait être élargie. Il existe un besoin évident de promouvoir la prévention des toxicomanies chez les jeunes à risque. Les jeunes des SPJ apparaissent comme une sous-population présentant un intérêt particulier pour les éducateurs en prévention des toxicomanies et les fournisseurs de traitements, et constituent un groupe à risque jugé prioritaire en matière de prévention des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues. Les recommandations relatives aux pratiques et aux politiques en matière de santé publique sont présentées ci-après.

RECOMMANDATION 1

Favoriser la détection et le dépistage précoces de la consommation de drogues chez les jeunes ayant des antécédents de maltraitance

Le début précoce de la consommation et de l'abus de substances est un problème potentiel inquiétant chez les adolescents ayant été maltraités à l'enfance. Le dépistage de la consommation de substances chez les jeunes adolescents ayant des antécédents de maltraitance devrait être effectué par des

professionnels de la santé compétents en vue d'améliorer la stabilité, la sécurité de la famille et le bien-être de l'adolescent. Des mesures prises très tôt chez ces adolescentes et adolescents pourraient les aider à mieux s'adapter à l'adversité et à adopter un style de vie plus sain à l'âge adulte.

RECOMMANDATION 2

Élaborer des programmes de prévention de la toxicomanie adaptés aux jeunes ayant été victimes de maltraitance

Les résultats actuels mettent en évidence la nécessité d'allouer des ressources aux programmes de prévention qui ciblent les jeunes ayant des antécédents de maltraitance et qui sont à risque de commencer à consommer de la drogue. Malheureusement, il se peut que les programmes de prévention actuels qui visent tous les jeunes (p. ex. les programmes de prévention en milieu scolaire) ne suffisent pas pour répondre aux besoins des jeunes ayant des antécédents de maltraitance qui sont les plus à risque.

Il est important de reconnaître que les jeunes ayant des antécédents de maltraitance ont peut-être besoin de

modalités et d'approches thérapeutiques diversifiées qui sont adaptées à leur vécu. La séquence des traitements ciblant les antécédents de trauma et l'abus de substances constitue une question d'ordre clinique qui peut nécessiter une évaluation au cas par cas et même se compliquer davantage en raison de facteurs concomitants comme la violence dans les fréquentations chez les adolescents et d'autres problèmes de santé mentale (Werkele et Wall, 2002). Cependant, selon certains auteurs, tant et aussi longtemps que les questions de maltraitance sous-jacentes restent non résolues, il est peu probable que la toxicomanie et d'autres problèmes comportementaux puissent être prévenus ou traités (Watts et Ellis, 1993).

RECOMMANDATION 3

Continuer à cerner et à surveiller les facteurs de risque et de protection liés aux habitudes de consommation de drogues chez les jeunes ayant été victimes de maltraitance

Cette étude ne constitue qu'une recherche préliminaire sur les différences de consommation entre les jeunes des SPJ et un échantillon d'adolescents d'écoles secondaires. Les conclusions obtenues mettent en

lumière le besoin d'assurer une surveillance constante des habitudes de consommation de drogues et du parcours chez des échantillons de jeunes Ontariens ayant été victimes de maltraitance. D'autres recherches

sont nécessaires pour déterminer la mesure dans laquelle les facteurs prédictifs de la consommation de drogues chez les adolescents suivis par les SPJ (p. ex. sexe et situation à l'égard de la maltraitance) peuvent prédire également la consommation de drogues à long terme, ce qui exige le recours à des données de mesures répétées à plus long terme. Il serait important d'examiner des données d'études prospectives longitudinales similaires menées auprès de sous-populations de jeunes des SPJ, comme les jeunes Autochtones, les jeunes souffrant d'autres problèmes de santé mentale (p. ex. troubles de l'humeur et troubles anxieux) et les jeunes recevant des soins.

De plus, une analyse plus approfondie des facteurs de risque et de protection doit être réalisée auprès des jeunes ayant été victimes de maltraitance. Bien que les taux de consommation de drogues soient plus élevés chez les jeunes ayant des antécédents de mauvais traitements que chez ceux de la population générale, ce ne sont pas tous les jeunes ayant de tels antécédents qui développent des troubles liés à la consommation de drogues. La détermination des facteurs de protection qui différencient les jeunes qui consomment des drogues ou en abusent des jeunes qui maintiennent une consommation normative de substances licites jusqu'à l'âge adulte fournirait de l'information importante pour l'établissement de cibles pour les programmes de promotion de la santé et de prévention.

RECOMMANDATION 4

Offrir une formation additionnelle aux travailleurs sociaux des services de protection de la jeunesse et aux professionnels de la santé

Une formation pratique et théorique additionnelle sur les jeunes ayant des antécédents de maltraitance et de consommation de drogues est nécessaire au sein des SPJ et dans les programmes universitaires de formation des professionnels (p. ex. travail social). Il est primordial que les travailleurs sociaux des SPJ et les spécialistes des dépendances traitant les jeunes victimes de maltraitance comprennent les questions liées à la maltraitance et leur lien, au fil du temps, avec la consommation de drogues et d'autres problèmes connexes. Par exemple, la formation devrait s'étendre au-delà de la détection des troubles existants liés à la consommation de drogues chez ceux ayant des antécédents de maltraitance, et cibler d'abord les services de prévention (p. ex. transmettre des messages adaptés à l'âge). Elle devrait également aller au-delà des substances le plus souvent consommées par les jeunes dans la population générale (l'alcool) et porter

sur les substances les plus susceptibles d'être consommées par les jeunes des SPJ de l'Ontario (p. ex. cannabis et autres drogues). Une formation théorique et pratique devrait aussi être offerte au personnel des foyers de groupes, aux parents des familles d'accueil et autres professionnels avec qui les jeunes passent la plus grande partie de leur temps et qui ont un meilleur aperçu des comportements des jeunes.

La formation devrait également comprendre un apprentissage continu des questions portant sur la maltraitance et la consommation et l'abus de drogues. De plus, une formation polyvalente, qui traite des deux domaines, est importante puisque le traitement de la maltraitance et de la consommation de drogues est plus efficace quand les deux problèmes sont traités simultanément dans le cadre d'un programme intégré (Kofed, Friedman et Peck, 1993).

RECOMMANDATION 5

Améliorer la collaboration et la communication entre les systèmes

Pour que les facteurs multiples et complexes liés à la maltraitance et à la consommation de drogues soient traités efficacement, des approches intégrées, coopératives et multidisciplinaires sont nécessaires à la continuité des soins. Vu la panoplie de difficultés auxquelles ces jeunes peuvent faire face, il est important d'améliorer la collaboration et la communication entre

les systèmes (p. ex. santé, droit et santé mentale). Le renforcement des liens entre ces systèmes nécessitera un niveau élevé de coordination et de collaboration. De plus, il faut poursuivre l'élaboration et l'évaluation de programmes de soins et de traitements sexospécifiques de très haut niveau afin d'assurer leur efficacité.

Bibliographie

- Adlaf, E. M., & Paglia-Boak, A. (2005). *Drug Use Among Ontario Students, 1977-2005: Detailed OSDUS Findings* (CAMH Research Document No. 16). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
-
- Adlaf, E. M., & Paglia-Boak, A. (2007). *Drug Use Among Ontario Students, 1977-2007: Detailed OSDUHS Findings* (CAMH Research Document No. 20). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
-
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
-
- Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse (2005). Prevention of substance abuse disorders. In Evans et al. (Eds.), *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know* (pp. 411-426). New York: Oxford University Press.
-
- Arsenault, L., Cannon, M., Witton, J., & Murray, R. M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: Examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 184, 110-117.
-
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
-
- Battin-Pearson, S., Newcomb, M. D., Abbott, R. D., Hill, K. G., Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (2000). Predictors of early high school dropout: A test of five theories. *Journal of Educational Psychology*, 92(3), 568-582.
-
- Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2006). Prediction of drug and alcohol abuse in hospitalized adolescents: Comparisons by gender and substance type. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1431-1440.
-
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-report Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
-
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., et al. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.
-
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169-190.
-
- Best, D., Gross, S., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., & Strang, J. (2005). Cannabis use in adolescents: The impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug and Alcohol Review*, 24, 483-488.
-
- Briere, J. (1996). *Professional Manual for the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
-
- Brook, J. S., Balka, E. B., & Whiteman, M. (1999). The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use. *American Journal of Public Health*, 89, 1549-1554.
-
- Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) (2007). *A Drug Prevention Strategy for Canada's Youth*. Ottawa, ON: CCSA.
-
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173.

Cash, S. J., & Wilke, D. J. (2003). An ecological model of maternal substance abuse and child neglect: Issues, analyses and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 392-404.

Centers for Disease Control and Prevention (2006). Youth risk behavior surveillance-United States, 2005. *Surveillance Summaries*. MMWR 2006; 55 (No. SS-5).

Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T., Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1195-1203.

Clark, D. B., Thatcher, D. L., & Maisto, S. A. (2004). Adolescent neglect and alcohol use disorders in two-parent families. *Child Maltreatment*, 9, 357-370.

Crozier, J. C., & Barth, R. P. (2005). Cognitive and academic functioning in maltreated children. *Children & Schools*, 27, 197-207.

De Bellis, M. D. (2002a). Abuse and ACTH response to corticotropin releasing factor. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 157.

De Bellis, M. D. (2002b). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 155-170.

Dembo, R., Williams, L., Wothke, W., Schmeidler, J. (1992). Examining a structural model of the relationships among alcohol use, marijuana/hashish use, their effects, and emotional and psychological problems over time in a cohort of high-risk youths. *Deviant Behavior*, 13(2), 185-215.

Deykin, E. Y., & Buka, S. L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 752-757.

Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 890-904.

Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventative Medicine*, 28, 430-438.

Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184.

Erickson, P. G., King, K., & Young Women In Transit (YWIT) (2007). On the street: Influences on homelessness in young women. In L. Greaves & N. Poole (Eds.), *Highs and Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use* (pp. 51-58). Toronto, ON: Centre of Addiction and Mental Health.

Feldstein, S. W., & Miller, W. R. (2006). Substance use and risk-taking among adolescents. *Journal of Mental Health*, 15, 633-643.

Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Relevance of psychiatric disorders in youth across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409-418.

Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103-110.

Greaves, L., & Poole, N. (2007). Introduction. In L. Greaves & N. Poole (Eds.), *Highs and Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use* (pp. xix-xxv). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.

Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior, 6*, 547-578.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2007). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2006. Volume I: Secondary School Students* (NIH Publication No. 07-6205). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 692-700.

King, K. M., & Chassin, L. (2007). A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*, 256-265.

Kofed, L., Friedman, M.J., Peck, R., (1993). Alcoholism and Drug Abuse in Patients with PTSD. *Psychiatric Quarterly, 64*(2), Summer 1993, 151-171.

Koob, G. F. (1999). Corticotropin-releasing factor, norepinephrine, and stress. *Biological Psychiatry, 46*, 1167-1180.

Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Bilt, V., & Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*(6), 591-596.

Leslie, B. (2007). After care ends: Pregnant pathways. *Ontario Association of Children's Aid Societies Journal, 51*(4), 17-26.

Liepman, M. R., Calles, J. L., Kizilbash, L., Nazeer, A., & Sheikh, S. (2002). Genetic and nongenetic factors influencing substance use by adolescents. *Adolescent Medicine, 13*(2), 375-401.

Locke, T. F., & Newcomb, M. (2004). Child maltreatment, parent alcohol- and drug-related problems, polydrug problems, and parenting practices: A test of gender differences and four theoretical perspectives. *Journal of Family Psychology, 18*, 120-134.

Luster, T., & Small, S. A. (1997). Sexual abuse history and problems in adolescence: Exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family, 59*, 131-142.

Martino, S., Grilo, C. M., & Fehon, D. C. (2000). Development of the drug abuse screening test for adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviors, 25*, 57-70

Mayes, L. C. & Bornstein, M. H. (1996). The context of development for young children from cocaine-abusive families. In P. M. Kato & T. Mann (Eds.), *Handbook of Diversity Issues in Health Psychology* (pp. 69-95). New York: Plenum Press.

Moran, P. B., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse and Neglect, 28*, 565-574.

Najavits, L. M. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York: Guilford.

Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 33*, 453-463.

National Institute of Health (2004). *Marijuana: Facts for Teens* (Publication No. 04-4037). Consulté le 10 décembre 2007 : www.nida.nih.gov/MarijBroch/Marijteens.html

National Institute on Drug Abuse (February 2008). *Drugs, Brain, and Behavior – The Science of Addiction*. Consulté le 28 février 2008 : <http://www.drugabuse.gov/scienceofaddiction/brain.html>

Putnam, F. W. (1998). Trauma models of the effects of childhood maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2(1), 51-66.

Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, S4-S13.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 101-109.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., & de la Fuente, J. R. (1993). Development of the alcohol use disorder identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption: II. *Addictions*, 88(6), 791-804.

Schuckit, M. C. (2000). Genetics of the risk for alcoholism. *The American Journal on Addictions*, 9(2), 103-112.

Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 54-70.

Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83-112.

Stewart, S. H., & Israeli, A. L. (2002). Substance abuse and co-occurring psychiatric disorders in victims of intimate violence. In C. Wekerle & A.-M. Wall (Eds.), *The Violence and Addiction Equation: Theoretical and Clinical Issues in Substance Abuse and Relationship Violence* (pp. 98-122). New York: Brunner-Routledge.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2002). Gender and PTSD: A cognitive model. In R. Kimerling et al. (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 76-97). New York: Guilford Press.

Townsend, L., Flisher, A. J., & King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 295-317.

Tucker, J. S., Ellickson, P. L., & Klein, D. J. (2003). Predictors of the transition to regular smoking during adolescence and young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 32(4), 314-324.

Wall, A. E., & Kohl, P. L. (2007). Substance use in maltreated youth: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Child Maltreatment*, 12, 20-30.

Walsh, C., MacMillan, H., Trocmé, N., Dudziuk, J., & Boyle, M. (2000). *Psychometric properties of the childhood experiences of violence questionnaire*. Article présenté lors de la conférence Victimization of Children and Youth: An International Research Conference: Durham, NH.

Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1409-1425.

Walsh, C. A., MacMillan, H. L., Trocmé, N., Jamieson, E., & Boyle, M. (2008). Measurement of victimization in adolescence: Development and validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire. *Journal of Child Abuse and Neglect* (32)11:1037-1058.

Watts, D., & Ellis, A. M. (1993). Sexual abuse and drinking and drug use: Implications for prevention. *Journal of Drug Education, 23*, 183-200.

Wekerle, C., MacMillan, H. L., Leung, E., & Jamieson, E. (2007). Childhood maltreatment. In M. Hersen & A. Gross (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology: Volume 2, Children and Adolescents* (pp. 856-903). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Wekerle, C., Miller, A. L., Wolfe, D. A., & Spindel, C. (2006). *Childhood Maltreatment: Advances in Psychotherapy: Evidence-Based Practice*. Cambridge, MA: Hogrefe and Huber.

Wekerle, C., & Wall, A.-M. (2002). The overlap between intimate violence and substance abuse. In C. Wekerle & A.-M. Wall (Eds.), *The Violence and Addiction Equation: Theoretical and Clinical Issues in Substance Abuse and Relationship Violence* (pp. 1-24). New York: Brunner-Routledge.

Wekerle, C., Wall, A.-M., Leung, E., & Trocmé, N. (2007). Cumulative stress and substantiated maltreatment: The importance of caregiver vulnerability and adult partner violence. *Child Abuse & Neglect, 31*, 427-443.

Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (1998). The role of child maltreatment and attachment style in adolescent relationship violence. *Development and Psychopathology, 10*, 571-586.

Wekerle, C., Wolfe, D. A., Hawkins, D. L., Pittman, A.-L., Glickman, A., & Lovald, B. E. (2001). The value and contribution of youth self-reported maltreatment history to adolescent dating violence: Testing a trauma mediational model. *Development and Psychopathology, 13*, 847-871.

Widom, C. S., Ireland, T., & Glynn, P. J. (1995). Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: Are they at increased risk? *Journal of Studies on Alcohol, 56*(2), 207-217.

Williams, S., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2006). The potential benefits of remaining in school on the long-term mental health functioning of physically and sexually abused children: Beyond the academic domain. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(1), 18-22.

Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 282-298.

Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A.-L., & Grasley, C. (2004). Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 year: The role of child maltreatment and trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology, 113*, 406-415

Zhang, J., & Yu, K. F. (1998). What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *Journal of the American Medical Association, 280*, 1690-1691.

ANNEXE A : Childhood trauma questionnaire (CTQ) de l'étude MCA (échantillon)

Childhood Trauma Questionnaire de l'étude MCA

Énoncés du questionnaire utilisés pour les analyses du présent rapport : Veuillez noter que le questionnaire complet, incluant toutes les options de réponses, n'est pas fourni; il s'agit plutôt d'un échantillon.

CTQ

(Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., et al. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.)

Les questions qui suivent portent sur certaines situations que tu as vécues pendant ton enfance. Bien que ces questions soient de nature personnelle, essaie d'y répondre le plus honnêtement possible. Pour chaque question, coche la case qui décrit le mieux tes sentiments.

NOTA : Les exemples d'items contenus dans ces annexes sont fournis uniquement à titre éducatif. Ils sont inclus afin d'assister le lecteur dans sa compréhension de la nature des données auto-déclarées par les jeunes. Ils sont tous des questionnaires publiés, possédant des propriétés psychométriques satisfaisants. Le CEVQ est un instrument sans frais. Le CTQ et le TSCC sont des tests commerciaux dont les droits d'auteurs reposent avec les compagnies Pearson (www.psychcorp.co.uk/product.aspx?n=1316&s=1320&cat=1417&skey=2677) et PAR (www3.parinc.com/products/product.aspx?Productid=TSCC), respectivement.

Pendant mon enfance...	Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
1. Je ne mangeais pas à ma faim.					
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.					
3. Des membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) », « laid(e) » ou d'autres choses semblables.					
4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin de la famille.					
5. Quelqu'un de ma famille m'aidait à me sentir important(e) ou spécial(e).					
6. Je devais porter des vêtements sales.					
7. Je me sentais aimé(e).					
8. J'avais l'impression que mes parents souhaitaient ne m'avoir jamais mis(e) au monde.					
9. J'ai été frappé(e) tellement fort par un membre de ma famille que j'ai dû consulter un médecin ou me rendre à l'hôpital.					
10. Il n'avait rien que je voulais changer concernant ma famille.					
11. Un membre de ma famille me frappait tellement fort que j'avais des bleus ou des marques.					
12. J'ai été puni(e) avec une ceinture, une planche, une corde ou un autre objet dur.					

ANNEXE B : Childhood experiences of violence questionnaire (CEVQ) de l'étude MCA (échantillon)

Childhood Experiences of Violence Questionnaire (CEVQ) de l'étude MCA

Énoncés du questionnaire utilisés pour les analyses du présent rapport : Veuillez noter que le questionnaire complet, incluant toutes les options de réponses, n'est pas fourni; il s'agit plutôt d'un échantillon.

CEVQ

(Wekerle, C., Miller, A.L., Wolfe, D.A., & Spindel, C. (2006). Childhood Maltreatment: Advances in Psychotherapy: Evidence-Based Practice. Cambridge, MA: Hogrefe and Huber Publishers.)

(Walsh, C. A., MacMillan, H. L., Trocmé, N., Dudziuk, J., & Boyle, M. (2000). Psychometric properties of the childhood experiences of violence questionnaire. Victimization of children and youth: An International Research Conference, Durham, NH.)

Ce questionnaire porte sur certains incidents que tu as peut-être vécus à l'école, dans ton voisinage ou dans ta famille. Il contient des questions sur certaines situations dans lesquelles tu as peut-être été blessé(e) ou as eu peur d'être blessé(e). Toutes tes réponses demeureront strictement confidentielles. Toutes tes réponses sont privées. Nous ne transmettons aucune information que tu auras inscrite sur ce formulaire à tes parents, à tes professeurs ni à qui que ce soit d'autre. Si tu as besoin d'aide ou si tu souhaites parler avec quelqu'un de l'une de ces situations, tu peux appeler Jeunesse J'écoute, au 1-800-668-6868, ou l'un des numéros inscrits sur la fiche d'information qui te sera remise.

1. Il arrive parfois que des enfants se fassent importuner ou harceler par d'autres enfants qui leur disent des choses blessantes ou méchantes.

Combien de fois cela t'est-il arrivé? (Si tu as répondu jamais, passe à la question 2).	a. Quand cela s'est-il produit? Indique toutes les fois où cela s'est produit.	b. Qui t'a fait subir cela? Indique toutes les fois où cela s'est produit.
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Avant l'école primaire	<input type="checkbox"/> Frère/sœur/demi-frère/demi-sœur
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 1 ^{re} et la 5 ^e année	<input type="checkbox"/> Enfants à l'école
<input type="checkbox"/> 3 à 5 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 6 ^e et la 8 ^e année	<input type="checkbox"/> Enfants du voisinage
<input type="checkbox"/> 6 à 10 fois	<input type="checkbox"/> À l'école secondaire	<input type="checkbox"/> Copain/copine
<input type="checkbox"/> Plus de 10 fois	<input type="checkbox"/> Cela se produit maintenant	<input type="checkbox"/> Autres. Qui? _____

2. Parfois, des enfants sont poussés, frappés ou battus par d'autres enfants ou un groupe d'enfants.

Combien de fois cela t'est-il arrivé? (Si tu as répondu jamais, passe à la question 3).	a. Quand cela s'est-il produit? Indique toutes les fois où cela s'est produit.	b. Qui t'a fait subir cela? Indique toutes les fois où cela s'est produit.
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Avant l'école primaire	<input type="checkbox"/> Frère/sœur/demi-frère/demi-sœur
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 1 ^{re} et la 5 ^e année	<input type="checkbox"/> Enfants à l'école
<input type="checkbox"/> 3 à 5 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 6 ^e et la 8 ^e année	<input type="checkbox"/> Enfants du voisinage
<input type="checkbox"/> 6 à 10 fois	<input type="checkbox"/> À l'école secondaire	<input type="checkbox"/> Copain/copine
<input type="checkbox"/> Plus de 10 fois	<input type="checkbox"/> Cela se produit maintenant	<input type="checkbox"/> Autres. Qui? _____
c. As-tu déjà consulté un médecin pour cette raison? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

3. Combien de fois as-tu vu ou entendu tes parents (beaux-parents ou tuteurs) se dire des choses blessantes ou méchantes ou les dire à un autre adulte dans ta maison?

Combien de fois cela t'est-il arrivé? (Si tu as répondu jamais, passe à la question 4).	a. Quand cela s'est-il produit? Indique toutes les fois où cela s'est produit.
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Avant l'école primaire
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 1 ^{re} et la 5 ^e année
<input type="checkbox"/> 3 à 5 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 6 ^e et la 8 ^e année
<input type="checkbox"/> 6 à 10 fois	<input type="checkbox"/> À l'école secondaire
<input type="checkbox"/> Plus de 10 fois	<input type="checkbox"/> Cela se produit maintenant.

Est-ce que la personne qui a fait cela consommait de l'alcool à ce moment? Oui Non Ne sais pas
 Est-ce que la personne qui a fait cela consommait des drogues à ce moment? Oui Non Ne sais pas

4. Combien de fois est-ce qu'un de tes parents (beaux-parents ou tuteurs) t'a dit des choses blessantes ou méchantes?

Combien de fois cela t'est-il arrivé? (Si tu as répondu jamais, passe à la question 5).	a. Quand cela s'est-il produit? Indique toutes les fois où cela s'est produit.
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Avant l'école primaire
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 1 ^{re} et la 5 ^e année
<input type="checkbox"/> 3 à 5 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 6 ^e et la 8 ^e année
<input type="checkbox"/> 6 à 10 fois	<input type="checkbox"/> À l'école secondaire
<input type="checkbox"/> Plus de 10 fois	<input type="checkbox"/> Cela se produit maintenant.

Est-ce que la personne qui a fait cela consommait de l'alcool à ce moment? Oui Non Ne sais pas
 Est-ce que la personne qui a fait cela consommait des drogues à ce moment? Oui Non Ne sais pas

5. Comment de fois est-ce qu'un adulte t'a donné une claque sur les fesses ou sur la main?

Combien de fois cela t'est-il arrivé?	a. Quand cela s'est-il produit? Indique toutes les fois où cela s'est produit.	b. Qui t'a fait subir cela?
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Avant l'école primaire	<input type="checkbox"/> Père
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 1 ^{re} et la 5 ^e année	<input type="checkbox"/> Mère
<input type="checkbox"/> 3 à 5 fois	<input type="checkbox"/> Entre la 6 ^e et la 8 ^e année	<input type="checkbox"/> Beau-père, petit ami de ta mère
<input type="checkbox"/> 6 à 10 fois	<input type="checkbox"/> À l'école secondaire	<input type="checkbox"/> Belle-mère, petite amie de ton père
<input type="checkbox"/> Plus de 10 fois	<input type="checkbox"/> Cela se produit maintenant	<input type="checkbox"/> Membre de la famille. Qui? :
		<input type="checkbox"/> Autres. Qui? :
Si tu as choisi « Membre de la famille », de qui s'agissait-il?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Adolescent <input type="checkbox"/> Adulte
Si tu as choisi « Autre », de qui s'agissait-il?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Adolescent <input type="checkbox"/> Adulte

Est-ce que la personne qui a fait cela consommait de l'alcool à ce moment? Oui Non Ne sais pas
 Est-ce que la personne qui a fait cela consommait des drogues à ce moment? Oui Non Ne sais pas

ANNEXE D : Différences selon le sexe relatives aux énoncés du TSCC

Sous-échelle du TSCC	Énoncés du TSCC	Différences selon le sexe				†
		Filles		Garçons		
		M	ET	M	ET	
Énoncés de la sous-échelle des problèmes sexuels	4 : Je veux dire des mots vulgaires.	0,67	1,01	0,67	0,89	-0,02
	8 : Je touche trop souvent mes parties génitales.	0,09	0,43	0,33	0,67	-3,87 **
	17 : Je pense à avoir des relations sexuelles.	1,01	1,02	1,13	0,96	-1,13
	22 : Je songe à toucher les parties génitales d'autres personnes.	0,16	0,57	0,36	0,68	-2,85 **
	23 : Je pense au sexe même quand je ne veux pas.	0,35	0,78	0,43	0,76	-0,94
	34 : Je ne fais pas confiance aux gens parce qu'ils veulent peut-être avoir des relations sexuelles avec moi.	0,65	1,01	0,17	0,49	5,36 **
	40 : J'ai peur ou je suis perturbé(e) quand je pense au sexe.	0,31	0,77	0,17	0,53	1,93 *
	44 : J'éprouve des sensations sexuelles dans mon corps.	0,49	0,88	0,73	0,90	-2,34 *
	47 : Je ne peux m'empêcher de penser au sexe.	0,48	0,88	0,61	0,94	-1,27
	54 : J'éprouve de la contrariété lorsque les gens parlent de sexe.	0,26	0,66	0,14	0,46	1,77
Scores — Sous-échelle des problèmes sexuels		4,54	5,58	4,75	4,53	-0,36
Énoncés de la sous-échelle de la dissociation	5 : Je fais semblant d'être une autre personne.	0,49	0,86	0,40	0,71	0,97
	11 : Je m'évade en esprit et essaie de ne pas penser.	0,93	1,07	0,71	0,93	1,96 *
	18 : Je me sens étourdi(e).	0,58	0,85	0,38	0,66	2,45 **
	29 : J'ai l'impression que les choses ne sont pas réelles.	0,72	0,97	0,58	0,92	1,31
	30 : J'oublie des choses.	0,95	0,97	0,89	1,04	0,54
	31 : J'ai l'impression d'être à l'extérieur de mon corps.	0,48	0,90	0,38	0,77	1,14
	38 : Je fais semblant d'être ailleurs.	0,49	0,86	0,48	0,85	0,10
	45 : Mon esprit se vide.	0,77	0,98	0,58	0,86	1,82
	48 : J'essaie de ne pas éprouver de sentiments.	0,64	0,97	0,49	0,87	1,48
	53 : Je rêve éveillé.	1,42	1,02	1,28	1,04	1,24
Scores — Sous-échelle de la dissociation		7,07	7,06	6,20	6,14	1,17

Sous-échelle du TSCC	Énoncés du TSCC	Différences selon le sexe				t
		Filles		Garçons		
		M	ET	M	ET	
Énoncés de la sous-échelle du stress post-traumatique	1 : Je fais des mauvais rêves ou des cauchemars.	0,87	0,84	0,61	0,71	3,02 **
	3 : Des pensées ou des images effrayantes surgissent soudainement dans mon esprit.	0,76	0,98	0,58	0,83	1,82
	10 : Je me souviens de choses qui se sont produites que je n'ai pas aimées.	1,19	1,05	0,88	0,98	2,76 **
	11 : Je m'évade en esprit et essaie de ne pas penser.	0,93	1,07	0,71	0,93	1,96 *
	12 : Je me souviens de choses qui me font peur.	0,90	1,03	0,62	0,88	2,63 **
	24 : J'ai peur des hommes.	0,45	0,82	0,19	0,54	3,42 **
	25 : J'ai peur des femmes.	0,15	0,55	0,11	0,37	0,64
	35 : Je n'arrête pas de penser à de mauvaises choses qui se sont produites.	0,74	0,96	0,62	0,89	1,14
	43 : Je me souviens de choses que je veux oublier.	0,85	1,04	0,57	0,84	2,70 **
	51 : J'aimerais que les mauvaises choses ne se soient jamais produites.	1,18	1,22	0,99	1,12	1,42
Scores — Sous-échelle du stress post-traumatique		8,12	7,50	5,92	5,51	2,94 **
Énoncés de la sous-échelle de la colère	6 : Je me dispute trop souvent.	0,98	0,97	0,82	0,95	1,47
	13 : Je veux crier et casser des objets.	0,68	0,99	0,61	0,93	0,63
	16 : Je me mets en colère et n'arrive pas à me calmer.	0,80	0,98	0,67	0,86	1,24
	19 : Je veux crier après les gens.	0,75	0,98	0,60	0,84	1,50
	21 : Je veux faire du mal aux autres.	0,46	0,87	0,47	0,77	-0,09
	36 : Je cherche la bagarre.	0,58	0,78	0,59	0,79	-0,12
	37 : Je me sens méchant(e).	0,72	0,87	0,54	0,72	2,05 *
	46 : J'ai l'impression de détester les gens.	0,79	0,94	0,55	0,85	2,38 *
	49 : Je ressens de la colère.	1,02	1,01	0,74	0,85	2,77 **
	Scores — Sous-échelle de la colère		6,86	6,81	5,56	5,73
Énoncés de la sous-échelle de la dépression	7 : Je me sens seul(e).	0,96	1,04	0,65	0,95	2,80 **
	9 : Je suis triste ou malheureux(se).	1,05	1,01	0,76	0,91	2,73 **
	14 : Je pleure.	1,19	1,00	0,50	0,82	6,79 **
	20 : Je veux me faire du mal.	0,45	0,89	0,24	0,64	2,42 *
	26 : Je me lave parce que je me sens sale à l'intérieur.	0,36	0,80	0,19	0,57	2,12 *
	27 : Je me sens stupide ou méchant(e).	0,68	0,96	0,55	0,81	1,41
	28 : J'ai l'impression d'avoir fait quelque chose de mal.	0,80	0,93	0,65	0,84	1,53
	42 : J'ai l'impression que personne ne m'aime.	0,70	1,00	0,52	0,86	1,70
	52 : Je veux me tuer.	0,37	0,84	0,25	0,65	1,47
	Scores — Sous-échelle de la dépression		6,46	6,60	4,28	5,03

Sous-échelle du TSCC	Énoncés du TSCC	Différences selon le sexe				t
		Filles		Garçons		
		M	ET	M	ET	
Énoncés de la sous-échelle des problèmes sexuels	2 : J'ai peur que quelque chose de terrible se produise.	1,02	0,87	0,78	0,85	2,54 **
	15 : J'ai peur soudainement et je ne sais pas pourquoi.	0,66	1,03	0,44	0,83	2,17 *
	24 : J'ai peur des hommes.	0,45	0,82	0,19	0,54	3,42 **
	25 : J'ai peur des femmes.	0,15	0,55	0,11	0,37	0,64
	32 : Je me sens nerveux(se) à l'intérieur.	0,56	0,84	0,53	0,84	0,25
	33 : J'ai peur.	0,61	0,89	0,45	0,72	1,70
	39 : J'ai peur du noir.	0,53	0,95	0,26	0,61	3,09 **
	41 : Je m'inquiète pour certaines choses.	1,05	1,01	0,81	0,93	2,24 *
	50 : J'ai peur que quelqu'un me tue.	0,41	0,85	0,27	0,62	1,71
Scores — Sous-échelle de l'anxiété		5,43	5,82	3,75	4,15	2,95 **
SCORE TOTAL — TSCC		36,00	34,10	29,22	25,83	1,86

M – Moyenne
 ET – Erreur type
 t – Test de t

ANNEXE E : Questions sur la consommation d'alcool et de drogues du SCDEO de 2005/année 1 de l'étude MCA (échantillon)

Questions sur la consommation d'alcool et de drogues du SCDEO de 2005/année 1 de l'étude MCA

Énoncés du questionnaire utilisés pour les analyses du présent rapport : Veuillez noter que le questionnaire complet, incluant toutes les options de réponses, n'est pas fourni; il s'agit plutôt d'un échantillon.

SCDEO 2005

(Adlaf, E. M., & Paglia-Boak, A. (2005). Drug Use Among Ontario Students, 1977-2005: Detailed OSDUS Findings: (CAMH Research Document No. 16). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.)

Ces questions ont pour but de se renseigner sur les connaissances que les jeunes, comme toi, possèdent sur l'alcool et les drogues (p. ex. le tabac, le cannabis, les hallucinogènes, la cocaïne, l'héroïne et les médicaments) et de connaître tes sentiments à l'égard de l'alcool et des drogues ainsi que tes habitudes de consommation d'alcool et de drogues. Nous ne supposons pas que les jeunes qui répondent au questionnaire ont déjà consommé de l'alcool ou des drogues.

La prochaine section porte sur l'alcool et les drogues. Réponds à toutes les questions même si tu n'as jamais essayé ces drogues.

1. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu fumé des cigarettes?

1. J'ai essayé de fumer une cigarette.
2. Moins de 1 cigarette par jour
3. 1 ou 2 cigarettes par jour
4. 3 à 5 cigarettes par jour
5. 6 à 10 cigarettes par jour
6. 11 à 15 cigarettes par jour
7. 16 à 20 cigarettes par jour
8. Plus de 20 cigarettes par jour
9. J'ai déjà fumé, mais pas dans les 12 derniers mois
10. Je n'ai jamais fumé.

2. Quel est l'énoncé qui décrit le mieux ton usage de la cigarette durant toute ta vie.

1. Je n'ai jamais fumé une cigarette, même pas pris une bouffée.
2. J'ai pris quelques bouffées ou fumé une cigarette entière.
3. Seulement 2 ou 3 cigarettes
4. Plus de 3 cigarettes, mais moins de 100

5. 100 cigarettes ou plus, mais aucune durant le dernier mois
6. 100 cigarettes ou plus, et quelques-unes durant le dernier mois

3. Durant les 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence as-tu consommé de l'ALCOOL, p. ex. une boisson fortement alcoolisée (rhum, whiskey, etc.), du vin, de la bière, des « coolers »?

1. J'ai bu à des événements spéciaux (p. ex. à Noël ou lors d'un mariage).
2. J'ai bu une petite gorgée pour connaître le goût.
3. Une fois par mois ou moins
4. 2 ou 3 fois par mois
5. 1 fois par semaine
6. 2 ou 3 fois par semaine
7. 4 ou 5 fois par semaine
8. Presque tous les jours – 6 ou 7 fois par semaine
9. J'ai bu, mais pas dans les 12 derniers mois.
10. Je n'ai jamais bu d'alcool.

4. Durant les 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence as-tu consommé du CANNABIS (aussi appelé marijuana, herbe, pot, haschisch, hasch, huile de haschisch, etc.)?

- 1. 1 ou 2 fois
- 2. 3 à 5 fois
- 3. 6 à 9 fois

- 4. 10 à 19 fois
- 5. 20 à 39 fois
- 6. 40 fois ou plus
- 7. J'en ai consommé, mais pas dans les 12 derniers mois.
- 8. Je n'ai jamais consommé de cannabis.
- 9. Je ne sais pas ce qu'est le cannabis.

Appendix F: Résultats de l'analyse factorielle du childhood trauma questionnaire (CTQ) (Révisé) Administré lors de l'admission à l'étude MCA

(CTQ, Bernstein, et al., 2003)

Énoncés des sous-échelles du CTQ :

- Énoncés de la sous-échelle de la violence physique
- Énoncés de la sous-échelle des abus sexuels
- Énoncés de la sous-échelle de la violence psychologique
- Énoncés de la sous-échelle de la négligence psychologique
- Énoncés de la sous-échelle de la négligence physique

Méthode d'extraction :

Analyse en composantes principales

Méthode de rotation :

Varimax avec normalisation de Kaiser

Réponses des filles	Composante			
	1	2	3	4
1. Ne mangeais pas à ma faim	0,241	0,265	0,031	0,708
2. Personne pour me protéger	0,331	0,522	0,139	0,213
3. Ma famille m'insultait	0,695	0,248	0,155	0,107
4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour se préoccuper de moi	0,207	0,206	0,077	0,612
5. Ma famille ne me faisait pas sentir importante ou spéciale	0,221	0,678	0,066	0,014
6. Portais des vêtements sales	0,055	0,273	0,138	0,683
7. Ne me sentais pas aimée	0,451	0,688	0,145	0,223
8. Mes parents souhaitaient ne jamais m'avoir mise au monde	0,676	0,372	0,049	0,229
9. Frappée si fort que j'ai dû consulter un médecin	0,502	0,060	0,201	0,501
10. Frappée si fort que j'ai eu des marques	0,752	0,256	0,218	0,213
11. Punie au moyen d'une ceinture, d'une corde ou d'un autre objet dur	0,797	0,289	0,095	0,040
12. Pas d'entraide dans la famille	0,228	0,815	-0,005	0,149
13. Ma famille me disait des choses blessantes	0,786	0,313	0,176	0,129
14. Été victime de violence physique	0,755	0,250	0,222	0,170
15. Un professeur ou autre a noté des marques	0,646	0,089	0,347	0,361
16. Ma famille me détestait	0,773	0,386	0,159	0,147
17. Famille peu unie	0,267	0,750	0,078	0,227
18. Ai subi des attouchements sexuels	0,165	0,131	0,926	0,004
19. Forcée à avoir des relations sexuelles	0,222	0,053	0,716	0,264
20. Forcée à regarder ou à faire des choses sexuelles	0,128	0,053	0,876	0,187
21. Été molestée	0,195	0,069	0,858	0,011
22. Été victime de violence psychologique	0,522	0,446	0,387	0,123
23. Ne pouvais pas aller voir un médecin même si nécessaire	0,185	0,725	0,153	0,243
24. Été victime d'abus sexuels	0,162	0,174	0,897	0,018
25. Ma famille ne m'encourageait pas et ne me soutenait pas	0,302	0,728	0,119	0,295

Énoncés des sous-échelles du CTQ :

- Énoncés de la sous-échelle de la violence physique
- Énoncés de la sous-échelle des abus sexuels
- Énoncés de la sous-échelle de la violence psychologique
- Énoncés de la sous-échelle de la négligence psychologique
- Énoncés de la sous-échelle de la négligence physique

Réponses des garçons	Composante				
	1	2	3	4	5
1. Ne mangeais pas à ma faim	0,128	0,050	0,154	0,177	0,735
2. Personne pour me protéger	0,700	-0,026	0,106	0,001	0,157
3. Ma famille m'insultait	0,089	0,117	0,111	0,683	0,420
4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour se préoccuper de moi	0,335	0,032	0,058	-0,105	0,534
5. Ma famille ne me faisait pas sentir important ou spécial	0,712	-0,007	0,057	0,040	0,116
6. Portais des vêtements sales	0,071	0,043	0,065	0,093	0,776
7. Ne me sentais pas aimé	0,722	0,024	0,139	0,420	0,033
8. Mes parents souhaitaient ne jamais m'avoir mis au monde	0,201	-0,095	0,286	0,715	0,038
9. Frappé si fort que j'ai dû consulter un médecin	0,060	0,087	0,668	-0,014	0,288
10. Frappé si fort que j'ai eu des marques	0,231	0,092	0,774	0,291	0,027
11. Puni au moyen d'une ceinture, d'une corde ou d'un autre objet dur	0,133	0,114	0,697	0,329	0,161
12. Pas d'entraide dans la famille	0,696	-0,002	0,173	0,195	0,083
13. Ma famille me disait des choses blessantes	0,357	0,040	0,391	0,623	0,054
14. Été victime de violence physique	0,259	0,245	0,783	0,173	-0,102
15. Un professeur ou autre a noté des marques	0,084	0,063	0,786	0,275	0,089
16. Ma famille me détestait	0,211	0,045	0,386	0,659	-0,059
17. Famille peu unie	0,797	0,065	0,157	0,273	0,005
18. Ai subi des attouchements sexuels	-0,026	0,900	0,128	0,091	0,030
19. Forcé à avoir des relations sexuelles	0,014	0,822	0,109	-0,060	0,134
20. Forcé à regarder ou à faire des choses sexuelles	0,005	0,857	0,075	0,008	0,014
21. Été molesté	-0,048	0,913	0,033	0,074	-0,014
22. Été victime de violence psychologique	0,235	0,455	0,422	0,496	0,000
23. Ne pouvais pas aller voir un médecin même si nécessaire	0,750	0,032	0,068	-0,022	0,131
24. Été victime d'abus sexuels	0,002	0,930	0,106	-0,029	0,024
25. Ma famille ne m'encourageait pas et ne me soutenait pas	0,759	-0,072	0,143	0,228	0,048