

Perspectives sur une réalité vue à l'urgence

les cas d'agression physique entre jeunes

*Élisabeth Rousseau, Andreea Gorgos,
Laure Dunand et Catherine Hervouet-Zeiber*

ACTUELLEMENT, dans nos sociétés, les actes de violence interpersonnelle sont en recrudescence^{1,2}. Ils ne sont pas pour autant des événements bénins dans la vie des enfants et des adolescents, ceux-ci étant particulièrement vulnérables à leurs effets nuisibles³. Le phénomène de la violence est complexe⁴ et dépend de l'interaction de facteurs biologiques, familiaux, sociétaux, culturels et économiques, d'où la difficulté à le maîtriser. Plusieurs modes d'agression chez les jeunes peuvent coexister, qu'ils soient physiques, verbaux, relationnels ou plus récemment qu'ils prennent la forme de la cyber-violence⁵. Bien que ne représentant que la pointe de l'iceberg, les cas d'agression physique entre jeunes peuvent conduire les victimes à consulter au service d'urgence. La plupart des études sur ce sujet ont été menées aux États-Unis^{6,7}. Une seule étude canadienne, effectuée dans les urgences de Toronto, a été publiée, regroupant tous les jeunes de 12 à 19 ans qui ont consulté⁸ sur une période de deux ans. On y parle des mécanismes des blessures, des suites données à l'urgence, mais pas de la nature, ni du degré de gravité des lésions.

La D^{re} Élisabeth Rousseau, pédiatre, exerce au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à Montréal et est professeure émérite à l'Université de Montréal. La D^{re} Andreea Gorgos, pédiatre, exerce à l'Hôpital de Montréal pour enfants. M^{me} Laure Dunand est stagiaire de recherche à l'Université d'Ottawa. La D^{re} Catherine Hervouet-Zeiber, pédiatre au CHU Sainte-Justine, est professeure adjointe de clinique à l'Université de Montréal.

La recherche dont nous présentons les résultats aux fins d'analyse et de réflexion s'est intéressée à un spectre d'âges plus grand, soit les jeunes de 5 à 19 ans, et ce, sur une plus longue période. Les objectifs étaient d'examiner les effets concrets de ce phénomène chez les jeunes victimes et d'en apprécier l'évolution dans le temps. Forts de ces constats, les médecins de première ligne devraient être non seulement sensibilisés à cette réalité, mais aussi être en mesure de planifier un suivi médical en vue de préserver la santé physique et mentale des jeunes victimes et de leur éviter des répercussions graves, certaines à vie.

Méthodologie

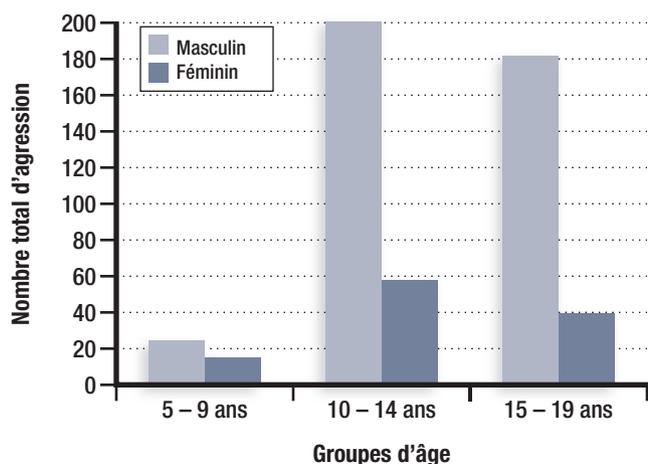
Une étude observationnelle a permis d'analyser rétrospectivement, sur une période de dix ans, tous les cas de lésions attribuables à une agression physique commise par un autre jeune et signalée au Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Les données proviennent du CHU Sainte-Justine, à Montréal, et correspondent aux renseignements contenus dans le dossier médical et dans le questionnaire rempli à l'urgence par la victime ou son accompagnateur. Plusieurs atteintes pouvaient être consignées dans le dossier médical de chaque enfant. Les blessures que l'enfant s'était infligées lui-même, celles qui n'étaient pas intentionnelles, les sévices sexuels et les traumatismes causés par des adultes ont tous été exclus. Les auteurs de cette recherche se sont intéressés aux lieux où les blessures se sont produites, aux mécanismes d'action, aux types de blessures

Dans nos sociétés, les actes de violence interpersonnelle sont en recrudescence. Ils ne sont pas pour autant des événements bénins dans la vie des jeunes, ces derniers étant particulièrement vulnérables à leurs effets nuisibles.

Repère

Figure 1

Distribution des cas d'agression par groupes d'âge et par sexe



et aux parties corporelles touchées, ainsi qu'aux décisions appropriées prises à l'urgence. Pour analyser ces données, le logiciel SPSS version 15.01 a été utilisé.

Résultats

Les médecins de l'urgence du CHU Sainte-Justine ont vu 504 cas d'agression physique de 1998 à fin 2007, chez 395 garçons (78,4 %) et 109 filles (21,6 %). Sept patients ont consulté à plus d'une reprise pour le même motif et dix sont partis sans avoir été examinés, ce qui n'a pas permis la collecte des renseignements. Les plus souvent pris pour cible sont les garçons, principalement ceux de 10 à 19 ans (figure 1). Avec l'avancement en âge, les garçons victimes d'agression physique sont surreprésentés par rapport aux filles ($P = 0,014$).

Les cas d'agression physique sont survenus à l'école dans environ le tiers des cas (31,7 %). Plus le jeune vieillit, plus les lieux d'altercation se trouvent à l'extérieur du milieu scolaire : au parc, dans les aires de récréation, aux arrêts de bus, aux stations de métro, dans la rue ou dans d'autres espaces publics et même à la maison ($P < 0,001$).

Dans approximativement les deux tiers des cas (65 %), les actes de violence (coups de poing et de pied) avaient été commis avec la force physique. Les autres cas résultaient de blessures par arme blanche (7,1 %) ou d'autres objets contondants (14,7 %). Aucun cas de lésions par arme à feu n'a été signalé.

La majeure partie des patients se présentaient pour une atteinte à la tête et au cou (figure 2), moins fréquemment pour des lésions du thorax, de l'abdomen ou des extré-

mités. Exceptionnellement, certains jeunes ont été polytraumatisés, avec ou sans défaillances multisystémiques (insuffisance respiratoire, quasi-noyade). Pour ce qui est plus précisément des 96 traumatismes crâniens, 80 % étaient bénins (sans symptômes neurologiques), 18 étaient des commotions de gravité variable et deux, des lésions intracérébrales associées à une fracture du crâne.

Dans l'échantillonnage des lésions corporelles, on comptait généralement des blessures superficielles (abrasion, ecchymose), des plaies ouvertes (coupure) ou des contusions des tissus mous, mais aussi un nombre considérable de fractures (86), dont 60 fractures maxillofaciales, deux fractures du crâne (précédemment citées), 20 des extrémités, 2 de la clavicule et 1 du coccyx. Les intervenants ont également noté des cas d'entorses, d'avulsion dentaire, de morsure et d'hyphéma.

En ce qui concerne la prise en charge à l'urgence, 383 victimes (75 %) ont reçu un traitement et ont pu recevoir un congé immédiat, 42 (8 %) ont été gardées brièvement en observation et 41 (8 %) n'ont eu besoin que de conseils. Vingt-cinq (5 %) ont dû être hospitalisées, majoritairement des adolescents ($n = 22$), soit pour des plaies ouvertes (9 cas), des fractures diverses (8 cas), des lésions intracrâniennes (2 cas), des commotions cérébrales (3 cas), des atteintes viscérales (2 cas) et des blessures superficielles multiples (1 cas). La durée d'hospitalisation moyenne a été de 3,2 jours (allant de 1 à 19 jours). Aucun décès n'a été signalé.

Discussion

En résumé, ce sont principalement les préadolescents et les adolescents de sexe masculin qui sont victimes de blessures par agressions physiques entre jeunes. Chez les plus vieux, les lésions sont plus graves et touchent souvent la tête et le cou. Dans la population étudiée, certains jeunes ont dû être hospitalisés en raison de l'importance de leurs blessures. Il n'y a cependant pas eu de cas d'homicides.

Les différences de comportements⁹ notées entre les filles et les garçons ne sont pas étonnantes et s'accroissent d'ailleurs avec l'âge. D'un point de vue développemental, selon certaines études, les conduites agressives apparaissent très tôt (dans les deux ou trois premières années de vie), pour régresser par la suite, l'enfant apprenant à maîtriser ses émotions¹⁰ avant d'entrer à l'école. Certains en seront toutefois incapables et demeureront violents, risquant même de basculer dans la délinquance¹¹. La force physique se décuplant à l'adolescence, parallèlement à un accroissement de la liberté

de mouvements et à une diminution de la supervision par les adultes, on peut comprendre que les bagarres deviennent plus brutales et se déroulent hors du contexte familial ou scolaire. Il est reconnu que les garçons expriment davantage leur colère par des actes physiques belliqueux, alors que les filles s'antagonisent plus indirectement, plus sournoisement en excluant par exemple la victime du groupe, en démarrant des rumeurs à son sujet ou, dernière forme de harcèlement, en ayant recours à la cyberviolence, dont les effets pervers n'ont rien de virtuels^{5,12} !

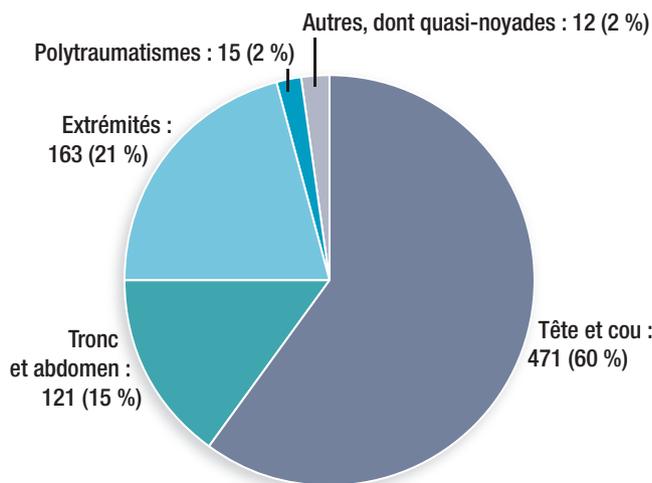
Les études actuelles qui se penchent sur la violence chez les jeunes, cherchent à trouver les facteurs de risque et de protection¹³ afin de mieux comprendre ce problème, de le prévenir et de l'endiguer. Ainsi, des antécédents de violence personnelle ou familiale, un environnement parental autoritaire et maltraitant, l'abus de drogues, l'appartenance à un gang, une situation d'adversité psychosociale, dont la pauvreté est un aspect, constituent tous des facteurs de risque^{14,15}. À l'inverse, un milieu familial encadrant et le soutien des adultes et de l'école représentent autant de facteurs de protection. L'omniprésence de la violence dans les médias et ses effets ont reçu beaucoup d'attention ces derniers temps. L'American Academy of Pediatrics^{16,17} a fait ressortir, dans ses recommandations, le lien existant entre violence, médias et comportements agressifs, cette association étant épidémiologiquement aussi forte que celle entre cigarette et cancer du poumon. À 18 ans, un jeune Américain aura été exposé en moyenne à 200 000 actes violents à la télévision. On peut dès lors penser que ce phénomène participe à la genèse de la violence.

Dans notre étude, il est cependant rassurant de constater que le phénomène ne s'est pas aggravé en dix ans, quoiqu'une décennie est peut-être insuffisante pour observer l'émergence d'une transformation sociétale, d'autant plus que les données ont été analysées avant la crise économique qui sévit depuis 2008 et qui pourrait être responsable d'une aggravation de la précarité et de l'insécurité ambiante.

Les limites de notre recherche, inhérentes à la méthodologie, découlent de l'utilisation d'un questionnaire auquel les jeunes répondaient à l'urgence sur une base vo-

Figure 2

Parties corporelles touchées par l'agression



lontaire et pas forcément au complet ni en toute confidentialité, car des informations sur les circonstances de l'agression, sur l'agresseur, etc. pouvaient manquer ou être déstabilisante¹⁸, d'où le nombre important de questions sans réponse. Autre limite, il faut réaliser que notre recherche ne porte que sur une infime partie des jeunes agressés par d'autres. En effet, certains ne consulteront pas pour des problèmes bénins ou iront ailleurs que dans un hôpital tertiaire. Et c'est sans compter les autres modes de cyberintimidation, de harcèlement (insultes, menaces, etc.) non signalés et dont les jeunes sont victimes.

Dans ces circonstances, bien qu'il n'y ait pas de recommandations clairement établies¹⁹, il revient au médecin et au personnel de première ligne qui accueillent ces jeunes, au-delà des soins prodigués, d'être à l'écoute du vécu récent de leurs patients et de s'informer chaque fois du soutien et de l'encadrement qu'ils reçoivent ou non de leur entourage (famille, école). Ils ne doivent pas non plus hésiter à orienter ces jeunes vers des services appropriés (psychologue, travailleur social, psychoéducateur, service d'aide scolaire, etc.), au besoin, de manière à ce que l'épisode traumatisant ne laisse pas trop de séquelles organiques ou psychologiques³. On sait, par exemple, que les commotions cérébrales entraînent des

Des antécédents de violence personnelle ou familiale, un environnement parental dysfonctionnel, des comportements dangereux constituent tous des facteurs de risque. À l'inverse, un milieu familial encadrant et le soutien des adultes et de l'école représentent autant de facteurs de protection.

Repère

atteintes des structures intracrâniennes, bien décrites dans la littérature, qui hypothèquent à plus ou moins long terme les capacités cognitives de ces jeunes. Les répercussions psychologiques³ ne doivent pas être sous-estimées non plus. Le médecin doit donc rechercher systématiquement les symptômes les plus divers : céphalées, douleurs inexplicables, anxiété, trouble de l'humeur, phobie scolaire, dépression, fugue, tentative de suicide, etc. La consultation à l'urgence²⁰ peut représenter une occasion unique de guidance auprès des parents des jeunes victimes, les aidant dans leurs capacités de résilience.

LA PRÉVENTION de la violence exige une approche globale. Les ressources d'aide aux victimes d'intimidation existent (Tel-Jeunes, ÉduRespect). Le monde scolaire s'organise pour faire des campagnes d'éducation à la non-violence²¹. Les instances gouvernementales veulent légiférer à ce sujet (projet de loi 56) et viennent parallèlement de lancer l'initiative « MOI J'AGIS²² ». À nous médecins²³, qui avons un rôle pivot étant bien au fait des répercussions physiques et mentales de ces actes, d'évaluer les jeunes dans toutes leurs dimensions, d'assurer un suivi au cas par cas et de demander l'aide d'autres professionnels afin que cet épisode douloureux ne se perpétue pas, ni ne dégénère dans des comportements marginaux de la part des victimes, prévenant ainsi l'escalade de la violence entre jeunes¹¹. 📞

Date de réception : le 24 avril 2012

Date d'acceptation : le 24 septembre 2012

Les auteurs n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

- Currie C, Gabbhainn SN, Godeau E et coll. *Risk behaviours. Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5.* Copenhagen, Danemark : WHO Regional Office for Europe, 2008 ; 2 (4) : 155-66.
- Étude des blessures chez les enfants et les jeunes.* Ottawa : Agence de la santé publique du Canada : 2009.
- Pratt HD, Greydanus DE. Violence: concepts of its impact on children and youth. *Pediatr Clin North Am* 2003 ; 50 (5) : 963-1003.
- Due P, Merlo J, Harel-Fisch Y et coll. Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *Am J Public Health* 2009 ; 99 (5) : 907-13.
- Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolescent Health* 2009 ; 45 (4) : 368-75.
- Mollen CJ, Fein JA, Vu TN et coll. Characterization of nonfatal events and injuries resulting from youth violence in patients presenting to an emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2003 ; 19 (6) : 379-84.
- Cheng TL, Johnson S, Wright JL et coll. Assault-injured adolescents presenting to the emergency department: causes and circumstances. *Acad Emerg Med* 2006 ; 13 (6) : 610-6.
- Snider CE, Lee JS. Emergency department dispositions among 4100 youth injured by violence: a population-based study. *Can J Emerg Med* 2007 ; 9 (3) : 164-9.
- Potegal M, Archer J. Sex differences in childhood anger and aggression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004 ; 13 (3) : 513-28.
- Côté S, Vaillancourt T, Leblanc JC et coll. The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *J Abnorm Child Psych* 2006 ; 34 (1) : 68-82.
- Wilson HW, Stover CS, Berkowitz SJ. Research review: The relationship between childhood violence exposure and juvenile antisocial behavior: a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2009 ; 50 (7) : 769-79.
- Janosz M, Pascal SW, Bouthiller C. *La violence perçue et subie dans les écoles primaires et secondaires publiques québécoises : Portrait de multiples échantillons d'écoles entre 1999 et 2005. Sommaire exécutif des rapports déposés au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Groupe de recherche sur les environnements scolaires de l'Université de Montréal.* Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2009.
- Resnick MD, Ireland M, Borowsky I. Youth violence perpetration: what predicts? What prevents? Findings from the National longitudinal study of adolescent health. *J Adolescent Health* 2004 ; 35 (5) : e110.
- Pagani LS, Japel C, Vaillancourt T et coll. Links Between Middle-Childhood Trajectories of Family Dysfunction and Indirect Aggression. *J Interpers Violence* 2010 ; 25 (12) : 2175-98.
- Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS et coll. Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Pediatrics* 2012 ; 129 (1) : e224-e231.
- Council on Communications and Media. Media Violence. *Pediatrics* 2009 ; 124 (5) : 1495-503.
- Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics* 2010 ; 125 (4) : 756-67.
- Ybarra ML, Langhinrichsen-Rohling J, Friend J et coll. Impact of asking sensitive questions about violence to children and adolescents. *J Adolescent Health* 2009 ; 45 (5) : 499-507.
- Lamb J, Pepler DJ, Craig W. Approach to bullying and victimization. *Can Fam Physician* 2009 ; 55 (4) : 356-60.
- Johnson SB, Bradshaw CP, Wright JL et coll. Is an Emergency Department Visit a Teachable Moment for Intervention Among Assault-Injured Youth and Their Parents? *Pediatr Emerg Care* 2007 ; 23 (8) : 553-9.
- Desbiens N, Bowen F, Janosz M et coll. Évaluation des impacts du programme d'intervention l'Allié. *Int J Violence School* 2011 ; 12 : 59-89.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Campagne d'information et de sensibilisation à l'intimidation 2012. Site Internet : <http://moijagis.com> (Date de consultation : avril 2012).
- Gilbert A, Maheux B, Frappier JY et coll. Adolescent care. Part 1: Are family physicians caring for adolescents' mental health? *Can Fam Physician* 2006 ; 52 (11) : 1440-1.

Les médecins ont un rôle pivot, étant bien au fait des répercussions physiques et mentales des actes de violence, de les évaluer dans toutes leurs dimensions, d'assurer un suivi au cas par cas et de demander l'aide d'autres professionnels.

Repère