Examen des caractéristiques cliniques, familiales et personnelles associées à l'itinérance cachée d'adolescent(e)s en difficulté

Marie Robert, PhD¹

Louise Fournier, PhD²

Robert Pauzé, PhD³

RÉSUMÉ

Objectif : Notre étude porte sur des jeunes mineurs pris en charge par des centres jeunesse du Québec. Certains ont fui leur milieu familial en faisant appel à leur réseau social pour pallier leur situation d'instabilité résidentielle. Ils ont alors vécu en situation d'itinérance dite « cachée », ne dormant ni dans la rue, ni dans les refuges. Notre étude poursuit deux objectifs : 1) comparer les évaluations des jeunes et de leurs parents quant à certaines dimensions de leur vie familiale; 2) examiner un ensemble de caractéristiques (cliniques, familiales, personnelles) associées à cette forme d'itinérance courante chez les adolescents, mais rarement examinée.

Méthode : Nous comparons, par des analyses bivariées, le profil d'adolescents qui ont vécu des expériences d'itinérance et d'autres n'ayant pas connu une telle expérience. Les deux groupes sont appariés selon le sexe, l'âge et le lieu de provenance (urbain ou rural). Les données proviennent de l'évaluation des jeunes et de leur parent quant à certaines caractéristiques familiales et des jeunes eux-mêmes concernant les dimensions cliniques et personnelles.

Résultats : Nos résultats montrent que 1) par rapport aux parents, les jeunes mentionnent un niveau plus élevé de violence parentale, de conflits familiaux et une moins bonne relation avec ceux-ci; 2) l'itinérance cachée chez ces jeunes est associée généralement aux mêmes facteurs de risque familiaux que ceux identifiés dans les études portant sur les jeunes de la rue; 3) contrairement à d'autres études comparatives, les jeunes itinérants ne diffèrent pas du groupe témoin quant à la prévalence du diagnostic de la dépression et quant au profil de consommation de drogues dures.

Discussion : Nos résultats sont similaires aux rares études qui ont utilisé un groupe témoin adéquat et des instruments diagnostics. Ainsi l'itinérance cachée, qui est associée aux mêmes types de facteurs à risque que l'itinérance visible, doit être considérée comme un phénomène préoccupant susceptible de produire les mêmes conséquences délétères pour la santé des jeunes.

The translation of the abstract can be found at the end of the article.

1. École de service social, Université de Montréal, Montréal (Québec)

2. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Montréal

3. Département d'éducation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec)

Correspondance : Dr Marie Robert, École de service social, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Tél. : 514-343-6111, poste 3449, Téléc. : 514-343-2493

Une partie importante d'adolescent(e)s en situation d'itinérance ne fréquente pas les refuges et ne vit pas littéralement dans la rue. Terrell¹ estime que seulement 18 % des adolescents itinérants sont habituellement dans la rue ou dans des institutions (correctionnelles, de santé mentale, etc.) incluant les refuges pour itinérants. Ainsi, plusieurs jeunes sont en situation d'itinérance dite « cachée » (*hidden homelessness*) lorsqu'ils utilisent leur réseau social (amis, connaissances) suite à une fugue ou à l'évincement du domicile familial.² Ils sont généralement reconnus comme étant en situation d'itinérance, mais sont très rarement recrutés dans les études en raison essentiellement des difficultés d'accès qu'ils posent aux chercheurs.³

Notre étude porte sur les jeunes mineurs en difficulté qui fuient d'une manière épisodique leur milieu familial et utilisent majoritairement leur réseau social pour pallier leur situation d'instabilité résidentielle. Elle examine des caractéristiques cliniques, familiales et personnelles de deux groupes d'adolescent(e)s pris en charge par les centres jeunesse du Québec afin de faire ressortir celles qui sont associées au groupe ayant connu des périodes d'itinérance. Ces jeunes ainsi que leur parent (dans 78 % des cas, la mère biologique et dans 21 %, le père biologique) ont été rencontrés afin d'obtenir leur évaluation quant à certaines dimensions de la vie familiale.

Nous visons quatre objectifs spécifiques : 1) savoir si et comment le groupe cible se distingue d'autres jeunes en difficulté qui n'ont pas connu des périodes d'itinérance; 2) mieux connaître le phénomène de l'itinérance « cachée » en questionnant sa spécificité par rapport à celle plus « visible » qui est l'objet de la majorité des études; 3) mettre au jour les différences de perception entre les parents et les jeunes concernant des dimensions de la vie familiale; et 4) évaluer l'importance du phénomène d'itinérance parmi les adolescents constituant la clientèle de centres jeunesse du Québec.

MÉTHODE

Participants

Les données de cette étude proviennent d'une vaste recherche québécoise⁴ menée

auprès d'enfants âgés de moins de 18 ans pris en charge par quatre Centres jeunesse (CJ) du Québec : les CJ de Montréal, Québec, l'Estrie et la Côte-Nord. Tous ces jeunes constituaient de nouveaux cas de prise en charge au moment du recrutement qui s'est déroulé sur une période de 1 an (1^{er} août 1998 au 31 août 1999). Au terme du recrutement, 408 familles de jeunes âgés de 12 à 17 ans ont été retenus pour l'ensemble des CJ des quatre régions. Parmi eux, 110 jeunes, soit environ le quart (26,9 %) ont expérimenté des périodes sans domicile fixe (SDF) au cours des 12 mois précédant l'entrevue. Nous avons constitué un groupe témoin apparié à ces 110 jeunes selon les critères suivants : le sexe, l'âge (calculée en année) et la région de provenance, urbaine (Montréal, Québec), semi-urbaine (Estrie) ou rurale (Côte-Nord). Il n'a pas été possible de trouver des vis-à-vis pour deux jeunes ayant vécu des expériences d'itinérance. Notre population d'étude est donc constitué d'une part, de 110 jeunes âgés entre 12 et 17 ans, ayant vécu des expériences SDF au cours de la dernière année (groupe « cas »), et d'autre part, de 108 jeunes, du même âge, n'ayant pas vécu une telle expérience (groupe « témoin »). Tous ces jeunes vivaient au domicile familial au moment de l'entrevue.

Ceux qui ont connu des épisodes d'itinérance sont majoritairement des fugueurs (80 %) répétitifs (71,6 %) dont les expériences SDF sont de courtes durées, soit moins de 2 semaines (78,4 %). Lors de leur dernière fuite, 72 jeunes (65,5 %) ont habité chez des amis ou des connaissances; 20 (18,2 %) n'ont pas dormi au cours de leur escapade; 15 (13,6 %) ont dormi dehors (parc, maison abandonnée ou endroit public) et enfin, seulement 3 (2,7 %) ont reçu les services d'un organisme d'hébergement pour itinérants. Notre population d'étude est différente de celle de la plupart des recherches puisque la majorité de ces jeunes n'a pas fréquenté les refuges pour jeunes itinérants. Ces jeunes vivent l'itinérance selon un mode cyclique, c'est-à-dire une itinérance ponctuée de retour au domicile familial (*in-and-out*). Ce mode serait typique des premières expériences d'itinérance chez les adolescent(e)s⁵⁻⁸ qu'elle se poursuive ou non.

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques et familiales des adolescent(e)s selon qu'ils ont connu ou non des épisodes d'itinérance

	Cas % (n)	Témoins % (n)	Échantillon % (n)	Valeur P
Lieu de naissance				
Province de Québec	92,7 (102)	92,6 (100)	92,7 (202)	0,586
Autre province du Canada	3,6 (4)	1,9 (2)	2,8 (6)	
Autres pays	3,6 (4)	5,6 (6)	4,6 (10)	
Scolarité complétée (parent)				
Primaire	26,4 (29)	29,6 (32)	28,0 (61)	0,950
Secondaire	40,9 (45)	39,8 (43)	40,4 (88)	
Collégial	20,0 (22)	19,4 (21)	19,7 (43)	
Universitaire	12,7 (14)	11,1 (12)	11,9 (26)	
Statut d'activité (parent)				
Travail	54,5 (60)	57,4 (62)	56,0 (122)	0,743
Études	3,6 (4)	2,8 (3)	3,2 (7)	
Sécurité du revenu	20,9 (23)	24,1 (26)	22,5 (49)	
Autres (tient maison, chômage, congé de maladie)	20,9 (23)	15,7 (17)	18,3 (40)	
Type de famille				
Intacte	30,0 (33)	35,2 (38)	32,6 (71)	0,866
Recomposée	26,4 (29)	23,1 (25)	24,8 (54)	
Monoparentale	42,7 (47)	40,7 (44)	41,7 (91)	
Autre	0,9 (1)	0,9 (1)	0,9 (2)	
Revenu familial moyen†	6,38 (é.t. = 2,7) (n = 105)	6,81 (é.t. = 3,06) (n = 107)	6,60 (é.t. = 2,89) (n = 212)	0,277
Composition de la maisonnée				
Nombre d'adultes	1,91 (é.t. = 0,83) (n = 110)	1,93 (é.t. = 0,78) (n = 107)	1,92 (é.t. = 0,80) (n = 217)	0,816
Nombre d'enfants	1,83 (é.t. = 1,16) (n = 110)	1,94 (é.t. = 1,09) (n = 108)	1,89 (é.t. = 1,13) (n = 218)	0,444
Stabilité‡				
Nombre de recomposition familiale	2,18 (é.t. = 1,59) (n = 66)	1,93 (é.t. = 1,41) (n = 61)	2,06 (é.t. = 1,51) (n = 127)	0,357
Nombre de changements d'école	3,58 (é.t. = 2,23) (n = 109)	3,66 (é.t. = 4,84) (n = 108)	3,62 (é.t. = 3,76) (n = 217)	0,877
Nombre de déménagements	4,67 (é.t. = 3,82) (n = 110)	4,28 (é.t. = 3,80) (n = 110)	4,48 (é.t. = 3,81) (n = 110)	0,454

† Le revenu familial comprend les 10 catégories suivantes : 1) 1,000-5,000\$; 2) 6,000-11,000\$; 3) 12,000-19,000\$; 4) 20,000-24,000\$; 5) 25,000-29,000\$; 6) 30,000-39,000\$; 7) 40,000-49,000\$; 8) 50,000-59,000\$; 9) 60,000-69,000\$; 10) 70,000\$ et plus. Des calculs supplémentaires indiquent que selon les seuils établis par Statistique Canada (1998), 52 % des familles de notre échantillon seraient en situation de pauvreté et d'extrême pauvreté.

‡ La stabilité est examinée sur une période couvrant les 5 dernières années.

Mesures

Les données ont été collectées avec des instruments validés et fiables qui sont présentés d'une manière détaillée dans l'étude de Pauzé et ses collaborateurs.⁶ Certains instruments de mesure, élaborés selon des versions pour les parents et pour les enfants, ont permis de recueillir les points de vue de ces deux groupes de répondants. Il s'agit des données sur trois dimensions de la vie familiale : le fonctionnement familial, la relation parent-adolescent(e) ainsi la maltraitance parentale à l'égard du jeune. Les autres instruments de mesure ont été soumis à un seul répondant, soit le parent ou le jeune.

1. **le profil clinique** (jeune). *Diagnostic Interview Schedule for Children*⁹ : troubles de santé mentale interiorisés (anxiété généralisée et dépression) et

extériorisés (troubles des conduites et d'opposition) selon la prévalence des 6 derniers mois;

2. **le fonctionnement familial** (jeune et parent). *Family Assessment Device*¹⁰ : une cote $\geq 2,17$ indique une dynamique familiale dysfonctionnelle;

3. **la relation parent-enfant** (jeune et parent). *Index of Parental Attitude*¹¹ : une cote ≥ 30 indique des problèmes importants dans la relation;

4. **la maltraitance subie par le jeune** (jeune et parent). *Conflict Tactics Scales*¹² : échelles d'agression verbale (crié, sacré, menacé, insulté, tourné en dérision) et physique (brassé, frappé, jeté par terre). Une cote plus élevée indique un niveau plus important de violence physique ou verbale;

5. **les pratiques éducatives** (parent). *Alabama Parenting Questionnaire*¹³ : cinq

TABLEAU II

Caractéristiques cliniques, familiales et personnelles des adolescent(e)s selon qu'ils ont connu ou non des épisodes d'itinérance et selon le type de répondant (jeune et parent)

Caractéristiques	Adolescent			Figure parentale		
	Cas % (n)	Témoins % (n)	Valeurs de Khi ² (df=1) et p	Cas % (n)	Témoins % (n)	Valeurs de Khi ² (df=1) et p
Cliniques						
Diagnostic de dépression	14,5 (16)	11,1 (12)	0,574	—	—	—
Diagnostic d'anxiété	9,1 (10)	2,8 (3)	3,873 *	—	—	—
Diagnostic d'opposition	9,1 (10)	5,6 (6)	1,002	—	—	—
Diagnostic des troubles des conduites	42,7 (47)	16,7 (18)	17,686 ***	—	—	—
Familiales						
Dynamique familiale pathogène	60,9 (67)	38,3 (41)	11,073 ***	40,0 (44)	27,1 (29)	4,041 *
Relation parent/jeune détériorée	44,0 (44)	21,2 (22)	12,158 ***	34,5 (38)	13,9 (15)	12,637 ***
Abus sexuel	19,1 (21)	10,3 (11)	3,349	—	—	—
Pratiques positives et implication parentale	—	—	—	93,8 (91)	96,8 (90)	,922
Manque de supervision et discipline inconsistante	—	—	—	77,3 (85)	60,2 (65)	7,414 **
Pratiques disciplinaires et punitives excessives	—	—	—	70,9 (78)	54,6 (59)	6,185 *
Placement antérieur	—	—	—	59,1 (65)	28,7 (31)	20,418 ***
Personnelles						
Consommation régulière d'alcool	42,7 (47)	27,6 (27)	5,208 *	—	—	—
Consommation de drogues	89,1 (98)	78,6 (77)	4,297 *	—	—	—
Consommation de drogues dures	59,1 (65)	37,8(37)	9,440 **	—	—	—
Consommation régulière de drogues dures	32,3 (21)	18,9 (7)	2,122	—	—	—
Abandon scolaire	21,8 (24)	10,2 (11)	5,472 *	—	—	—
Familiales	Cas (n)	Témoins (n)	Valeurs de F et p	Cas (n)	Témoins (n)	Valeurs de F et p
Fréquence de conflits conjugaux	6,10 (é.t. 3,31) (n=52)	5,33 (é.t. 2,97) (n=55)	1,604	—	—	—
Intensité des conflits conjugaux	4,90 (é.t. 3,78) (n=52)	3,97 (é.t. 3,62) (n=55)	1,702	—	—	—
Niveau de violence parentale envers l'adolescent	5,82 (é.t. 3,38) (n=110)	3,91 (é.t. 3,03) (n=108)	19,312 ***	4,35 (é.t. 2,52) (n=110)	3,63 (é.t. 2,62) (n=108)	4,224 *

* p≤0,05; ** p≤0,01; *** p≤0,001

sous-échelles – l'engagement parental, les comportements parentaux positifs, le manque de supervision parentale, l'incohérence disciplinaire et les punitions corporelles. Pour les deux premières sous-échelles, une cote ≤ 3 indique des difficultés alors que c'est le cas avec une cote ≥ 2,50 pour les autres;

6. l'abus sexuel subi par le jeune (jeune).

Incest History Questionnaire : description de l'abus (nature, fréquence et durée des activités sexuelles, identité, sexe et âge de l'abuseur) subi au cours de la vie du jeune;

7. les conflits conjugaux (jeune). *Child's Perception of Interparental Conflict Scale*¹⁴ :

perception du jeune quant à la fréquence et à l'intensité des conflits que vit le parent au cours de l'année écoulée. Plus la cote est élevée, plus la fréquence et l'intensité des conflits sont élevés;

8. la consommation de drogues/alcool (jeune).

Indice de gravité de toxicomanie : habitudes de consommation (substances consommées, fréquence des consommations, âge des premières consommations, etc.).

Nous avons réalisé des analyses bivariées, par la méthode du khi-carré, ainsi que des

analyses de variance (ANOVA). Nous sommes conscients que nos choix d'analyse ne permettent pas l'identification des facteurs de risque associés à l'itinérance des jeunes. Par contre, les analyses bivariées sont un outil adéquat afin 1) d'obtenir un maximum d'indicateurs sur la spécificité des deux groupes de jeunes et 2) d'identifier les multiples points de convergence entre notre population d'étude et les jeunes itinérants ou jeunes de la rue qui sont décrits dans les études. À cet égard, les analyses rencontrent les préoccupations descriptives que nous poursuivons dans cette étude.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les 218 adolescent(e)s à l'étude ont un âge moyen de 15,7 ans, 61 % sont de sexe masculin et 71 % proviennent de milieux urbains (Montréal et Québec). Ils partagent certaines difficultés familiales et sociales (monoparentalité, scolarisation faible, pauvreté, instabilité des milieux familial, social et résidentiel) qui les rendent vulnérables au plan de l'itinérance (Tableau I).

Deux limites méthodologiques rendent les résultats non généralisables aux adolescent(e)s fugueurs/itinérants. Premièrement, notre population d'étude de jeunes en fuite est issue des clientèles de centres jeunesse. Notre échantillonnage comporte ainsi des biais liés aux critères impliqués dans les processus décisionnels servant à la constitution de la clientèle de centres jeunesse et qui sont largement inconnus. Toutefois, l'importance de cette limite doit être pondérée à la lumière de certaines études montrant que la clientèle des centres jeunesse est un groupe à risque de vivre l'itinérance. En effet, 50 % à 75 % des jeunes de la rue auraient eu des contacts avec le système de protection de l'enfance au cours de leur vie.¹⁵⁻¹⁷ Deuxièmement, l'itinérance de nos jeunes se caractérise par des épisodes répétitifs mais de courtes durées. Ce profil d'itinérance diffère de celui de certains jeunes plus enracinés dans la « culture de la rue ».¹⁸

Nos résultats montrent que ceux qui ont connu des épisodes d'itinérance présentent davantage de problèmes cliniques, familiaux et personnels que le groupe

témoin (Tableau II). On constate, comme la majorité des recherches sur les jeunes itinérants, que ces derniers manifestent des troubles de comportement dans une plus grande proportion que les autres jeunes. Par contre, en ce qui a trait au problème de dépression, nos résultats diffèrent de ceux de certaines recherches comparatives. Celles-ci concluent qu'en comparaison au groupe témoin, les jeunes SDF souffrent dans une plus grande proportion de dépression ou présentent davantage de symptômes de dépression.¹⁹⁻²¹ Un certain nombre d'explications peuvent éclairer cette différence au plan des résultats. D'une part, les jeunes de notre étude ne sont pas en situation d'itinérance au moment de l'entrevue. La situation d'itinérance aurait comme effet d'augmenter les symptômes de dépression.²² D'autre part, la constitution d'un groupe témoin présentant des caractéristiques similaires (pauvreté, structure familiale, etc.) permet de minimiser les effets des variables non directement liées à l'itinérance des jeunes. Ainsi, nos résultats concordent avec ceux de rares études ayant utilisé un instrument diagnostique et un groupe témoin adéquat.^{23,24} Nos résultats montrent que les jeunes SDF manifestent de l'anxiété généralisée, une condition psychologique moins sévère que la dépression et rarement relevée par les chercheurs.

Au plan des caractéristiques familiales, notre étude s'inscrit à la suite d'autres recherches comparatives qui soutiennent que l'altération importante du lien familial résultant d'événements de vie négatifs (placement, conflits relationnels sévères, maltraitance, pratiques parentales déficientes) est une caractéristique associée à l'itinérance des jeunes mineurs.^{4,25-28} On constate, à l'instar d'autres résultats de recherche, que les parents ont tendance, comparativement aux jeunes, à sous-évaluer les problèmes familiaux et la violence qu'ils exercent envers leur jeune.^{29,30} Ces études ont d'ailleurs montré que l'évaluation du jeune quant à ces dimensions (maltraitance et conflits) se rapproche davantage des faits objectifs et de celle d'une tierce personne que celle qu'en font leurs parents.

Sur le plan des caractéristiques personnelles, le profil des jeunes qui ont connu des épisodes d'itinérance ressemble,

à certains égards, à celui qui est décrit chez les jeunes de la rue. Ils consomment davantage de drogues et d'alcool que leurs pairs et sont plus nombreux à abandonner l'école. Cependant, les différents types de drogues dures sont consommés d'une manière expérimentale et non régulière pour 68 % des jeunes (du groupe cas) qui en consomment. Ainsi, contrairement aux données d'autres études,^{24,31,32} nos jeunes SDF n'apparaissent pas souffrir de troubles d'abus/dépendance aux drogues dures. À ce titre, McCaskill, Toro et Wolfe²⁷ qui ont comparé un groupe de jeunes SDF à celui de jeunes de milieu défavorisé du même âge, trouvent des taux similaires de diagnostics d'abus/dépendance aux drogues. En considérant la fréquence de l'usage de drogues dure et celle de l'alcool, on obtient un portrait des jeunes itinérants tel que celui qui est décrit par Sibthorpe et ses collègues,⁸ c'est-à-dire un profil de consommation de drogues typique des adolescents, mais un profil de consommation d'alcool différent, plus problématique.

Les jeunes SDF de notre étude et ceux de plusieurs autres recherches se différencient surtout au plan de la consommation de drogues dures et du diagnostic de dépression. Bien que les instruments de mesure et la méthodologie comparative puissent constituer des sources d'explication plausibles, les courts épisodes d'itinérance qu'ont connus nos jeunes peuvent aussi expliquer ces résultats. Comme plusieurs études l'ont montré, ces problèmes (consommation de drogues dures et dépression) sont susceptibles de s'approfondir au rythme de leur expérience de l'itinérance.^{9,22,29} Nos résultats suggèrent que les jeunes en difficulté qui vivent une forme d'itinérance cyclique et cachée sont en situation de risque d'intégrer la « culture de la rue »²² (délinquance, drogues et alcool) et de devenir de « vrais jeunes de la rue ».

RÉFÉRENCES

1. Terrel NE. Street life: Aggravated and sexual assaults among homeless and runaways adolescents. *Youth and Society* 1997;28(3):267-90.
2. Fitzpatrick S. Hidden homelessness amongst young people. *Youth and Policy* 1998;59(spring):8-22.
3. Wolfe SM, Toro PA, McCaskill PA. A comparison of homeless and matched housed adolescents on family environment variables. *J Res Adolesc* 1999;9(1):53-66.
4. Pauzé R, Toupin J, Déry M, Mercier H, Cyr M, Cyr F, Frappier JE. *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des huit premiers mois*. Rapport de recherche. Groupe de recherche sur les inadaptations graves de l'enfance, Université de Sherbrooke, 2000.
5. Sibthorpe B, Drinkwater J, Gardner K, Bammer G. Drug use, binge drinking and attempted suicide among homeless and potentially homeless youth. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29:248-56.
6. Unger JB, Simon TR, Newman TL, Montgomery SB, Kipke MD, Albornoz M. Early adolescent street youth. An overlooked population with unique problems and service needs. *J Early Adolescence* 1998;18(4):325-48.
7. Kufeldt K, Nimmo M. Youth on the street: Abuse and neglect in the eighties. *Child Abuse and Neglect* 1987;11(4):531-43.
8. Caputo T, Weiler R, Kelly D. *Phase II of Runaway and Street Youth Project: The Ottawa Case Study, Final Report*. Ottawa, ON: Ministère du Solliciteur général, 1994.
9. Schaffer D, Fisher P, Piacentini JC, Schwab-Stone M, Wicks J. *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children—Version 2.3*. New York, NY: Columbia University, 1992.
10. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital and Family Therapy* 1983;9:171-80.
11. Hudson WW. *The Clinical Measurement Package: A Field Manual*. Chicago, IL: The Dorsey Press, 1982.
12. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage and the Family* 1979;41:75-88.
13. Shelton KK, Frick PJ, Wootton J. Assessment of parenting practices in families of elementary school-aged children. *J Clin Child Psychol* 1996;25:317-29.
14. Grych JH, Seid M, Fincham FD. Assessing marital conflict from the child's perspective: The Children's Perception of Interparental Conflict Scale. *Child Development* 1992;63:558-72.
15. Kennedy MR. Homeless and runaway youth mental health issues: No access to the system. *J Adolesc Health* 1991;12(7):576-79.
16. Shane PG. A sample of homeless and runaway youth in New Jersey and their health status. *J Health Soc Policy* 1991;2(4):73-82.
17. Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B. Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse & Neglect* 1990;14(1):87-98.
18. Brannigan A, Caputo T. Études sur les jeunes fugueurs et les jeunes de la rue au Canada : problèmes conceptuels et méthodologiques. Ottawa, ON : Solliciteur général du Canada, Direction de la promotion et des services de Santé Canada, 1993.
19. Rohr ME. Identifying adolescent runaways: The Predictive Utility of Personality Inventory for Children. *Adolescence* 1996;31(123):605-23.
20. Smart RG, Adlaf EM, Walsh GW, Zdanowicz Y. Similarities in drug use and depression among runaway students and street youth. *Can J Public Health* 1994;85(1):17-18.
21. Schweitzer RD, Hier SJ. Psychological maladjustment among homeless adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27:275-80.
22. Slegers J, Spijker J, van Limbeek J, van Engeland H. Mental health problems among homeless adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;97(4):253-59.
23. McCaskill PA, Toro PA, Wolfe SM. Homeless and matched housed adolescents: A comparative study of psychopathology. *J Clin Child Psychol* 1998;27(3):306-19.
24. Buckner JC, Bassuk EL. Mental disorders and service utilization among youths from homeless and low-income housed families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):890-900.

25. Bao WN, Whitbeck LB, Hoyt DR. Abuse, support, and depression among homeless and runaway adolescents. *J Health Soc Behav* 2000;41(4):408-20.
26. Craig TKJ, Hodson S. Homeless youth in London: I. Childhood antecedents and psychiatric disorder. *Psychological Med* 1998;28(6):1379-88.
27. Dadds MR, Braddock D, Cuers S, Elliott A, Kelly A. Personal and family distress in homeless adolescents. *Commun Mental Health J* 1993;29(5):413-22.
28. Schweitzer R, Hier T, Terry D. Parental bonding, family systems, and environmental predictors of adolescent homelessness. *J Emotional and Behavioral Disorders* 1994;2(1):39-45.
29. McGee RA, Wolfe DA, Yuen SA, Wilson SK, Carnochan J. The measurement of maltreatment - A comparison of approaches. *Child Abuse & Neglect* 1995;19(2):233-49.
30. Whitbeck LB, Hoyt DR, Ackley KA. Families of homeless and runaway adolescents: A comparison of parent/caretaker and adolescent perspectives on parenting, family violence, and adolescent conduct. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(6):517-28.
31. Rohr ME. Identifying adolescent runaways: The predictive utility of the personality inventory for children. *Adolescence* 1996;31(123):605-23.
32. Yates GL, MacKenzie R, Pennbridge J, Cohen E. A risk profile comparison of runaway and non-runaway youth. *Am J Public Health* 1988;78(7):820-21.

Reçu : 4 décembre 2001

Accepté : 28 août 2002

ABSTRACT

Objective: Our research pertains to juveniles coming under the responsibility of the Centres jeunesse du Québec (delinquency and youth protection regional services). Some of these teenagers fled their family and made use of their social network to cope with residential instability. These youths were then in a situation of "hidden homelessness", sleeping neither in the streets nor at shelters. Two objectives are pursued: 1) a comparison of youth's and parent's evaluations of significant dimensions of their family life, and 2) an identification of the adolescents' characteristics (clinical, familial and individual) related to their "hidden homelessness".

Method: Using bivariate analysis, a group of adolescents who had experienced homelessness was paired (on sex, age and urban or rural areas of origin) to a sample of non-homeless youths. The analysis uses both adolescents and parent/caretaker reports on measures of family characteristics and adolescent self-reports on measures of clinical and personal characteristics.

Findings: Our results show 1) that, in general, adolescents report a higher level of parental maltreatment and more problems related to the family dynamics and their relationship with their parents than their parents do; 2) that hidden homelessness of distressed youths is generally associated with the same familial risk factors as the ones identified by the studies concerning street youths; 3) in contrast to some other comparative studies, the homeless adolescents in our study did not differ from the non-homeless youths as to the importance of the depressive diagnostic and the use of hard drugs.

DIPLOMA PROGRAM IN ENVIRONMENTAL HEALTH

McMaster Institute of Environment and Health McMaster University

The Diploma Program in Environmental Health is a distance education program designed to provide new and/or upgraded skills and knowledge in the principles and practice of environmental health.

The Diploma Program is suitable for public health unit professionals, physicians, community health nurses, environmental industrial professionals and those in labour and non-governmental organizations dealing with environmental health issues. A university degree or certification in a relevant field is required. Students who meet the required standards acquire a McMaster Post-Professional Diploma.

For further information, please contact:

McMaster Institute of Environment and Health
McMaster University
Hamilton, Ontario, Canada
Tel: 905-525-9140, Extension 27344
Fax: 905-524-2400
Email: ecoenvir@mcmaster.ca
Web: www.mcmaster.ca/mieh