

## Article original

# Analyse Anthropologique de la Gestion de la Crise d'Adolescence par les Familles à Yaoundé

Essi MJ<sup>1,2</sup>, Mondjengue A<sup>1</sup>, Kobela M<sup>1</sup>, Obama MT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>: Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I (FMSB/UYYI)

<sup>2</sup>: Laboratoire de Recherche sur les Hépatites virales et la Communication en Santé (LRHCS-FMSB/UYYI)

Correspondance: Marie-José Essi, E-mail: [essimj@yahoo.com](mailto:essimj@yahoo.com) ou [laborhcs@gmail.com](mailto:laborhcs@gmail.com)

## Abstract

### PURPOSE

Adolescence is a period of transition between childhood and adulthood where the child undergoes a physical change that can cause behavioral imbalance up to attacks of hysteria, depression or trajectories of violence. This passage may be a period of confrontation but also identification and membership. A teenager in crisis wants to fell himself existing even at the price of mistake. So he needs the assistance from adults, who themselves straddling the traditional model of patriarchal ruler and the modern model of individual freedoms, sometimes find it difficult to respond effectively to the needs of children in crisis. The study is therefore aimed to examine parental strategies to manage adolescence crisis in Yaoundé.

### METHODS

A cross-sectional study was conducted from April 2011 to January 2012. It included 256 parents of adolescents in a quarter of Yaoundé, namely "Damase". It was a direct survey, with structured, questionnaire. The data were processed using the software SPSS 16, using Chi-square for the dependency between variables, and the odds ratio to evaluate the risk of appearance crisis.

### RESULTS

Parents were poorly prepared for adequate care of the crisis of serious adolescence. Although the majority of parents (83.2%) have heard about the adolescence crisis, and 62.1% able to identify it, only 13.1% of them had heard about pathological adolescence crisis including 32.4% of parents of adolescent pathological crisis. Adolescents living in stepfamilies were 12 times more likely to develop a severe crisis than others (OR = 0.08). The traditional autocratic practice was the most common in facing teenager's crisis (42.4%), although individual liberties advocate the use of the democratic procedure. In lack of supporting structures, 19% of parents had opted for disengaged style, with 32.2% of parents of children in medical crisis.

### CONCLUSION

The study suggests an integrated, multi sectorial response to this public health problem. This problem is rooted in the Cameroonian family which is in mutation. The response should provide parents with an additional structural support to face of this natural phase of development of the child, including effective management of pathological adolescence crisis.

### KEY WORDS

Depression teen, parent, tradition and modernity

## Résumé :

### OBJECTIFS

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est caractérisée par un changement physique qui peut provoquer un déséquilibre comportemental, pouvant aller jusqu'à des crises d'hystéries, des dépressions ou des trajectoires de violence. Ce passage peut être une période d'affrontement mais aussi d'identification et d'adhésion. Un adolescent en pleine crise doit se sentir exister, quitte à faire des erreurs. Il a donc besoin de l'aide des adultes, qui eux-mêmes à cheval entre la tradition et la modernité, éprouvent quelquefois des difficultés à apporter une réponse efficace aux besoins des enfants en crise. Aussi l'étude s'est-elle proposé d'interroger les stratégies parentales de gestion de la crise d'adolescence à Yaoundé.

### MÉTHODES

Nous avons mené une étude transversale analytique d'avril 2011 à Janvier 2012 auprès de 256 parents d'adolescents au quartier "Damase" de Yaoundé. Pour ce faire, à l'aide d'un questionnaire direct, structuré, fermé et administré. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS.16, analysées à l'aide du khi<sup>2</sup> pour la dépendance entre les variables, et de l'odds ratio pour quantifier le risque de survenue de la crise.

### RÉSULTATS

Les parents étaient peu outillés pour une prise en charge adéquate de la crise d'adolescence grave. Bien que 83,2% d'entre eux ait entendu parler de la crise d'adolescence, et que 62,1% avait su la définir, seul 13,1% d'entre eux avait entendu parler de la crise d'adolescence pathologique, dont 32,4% de parents d'adolescent en crise pathologique. Les adolescents qui vivaient dans les familles recomposées avait 12 fois plus de chance de développer une crise d'adolescence grave que les autres (OR = 0,08). Le mode de gestion le plus utilisé en cas de crise d'adolescence était le modèle traditionnel à travers le style autocratique (42,4%), bien que les libertés individuelles préconisent l'usage du style démocratique. En l'absence de structures d'aides, 19% des parents avaient opté pour le style désengagé, dont 32,2% de parents d'enfants en crise pathologique.

### CONCLUSION

L'étude suggère une réponse intégrée et intersectorielle à ce problème de santé publique, qui est ancrée dans une famille camerounaise en transformation. Cette réponse apporterait aux parents une aide structurelle complémentaire pour un accompagnement adéquat de cette phase naturelle du développement de l'enfant, y compris la prise en charge efficace de la crise d'adolescence pathologique.

### MOTS CLÉS

Crise d'adolescence, parent, tradition et modernité.

## INTRODUCTION

L'adolescence est une période de mutation faite d'**exploration**, d'expérimentation, de découverte de soi et des autres, d'affirmation de ses goûts et de ses besoins (1). Le sentiment d'étrangeté lié au corps sexué et aux conflits identificatoires de l'enfant lui confèrent une potentialité dépressive. Cette apparition momentanée et concomitante de multiples et labiles processus d'adaptation, de détresse, est nommée crise de l'adolescence et est réputé être l'expression extériorisée d'un passage laborieux, conflictualisé de l'enfance à l'âge adulte(2). Lorsque ce passage s'accompagne d'interruptions de scolarisation, de névroses hystériques, de tentatives de suicide, de consommations de drogues, de prise inconsidérée de risque, de violence subie ou agie, ... elle est qualifiée de crise d'adolescence grave ou pathologique (2,3). Le comportement typique de l'adolescent est donc une quête d'identité, à travers une démarche d'intériorisation et de repli vis à vis des adultes. Les parents y jouent un rôle fondamental de protection, d'accompagnement, de recadrage et de socialisation(1). Ce rôle est souvent rendu difficile par les perceptions très différentes de l'adolescence, et de sa prise en charge selon la culture, la société et l'époque (2). En effet, les nouvelles technologies de l'information, la violence largement exposée par les médias, la disponibilité des drogues, le contexte socioéconomique, la crise des rôles familiaux installent les parents dans une position de plus en plus inconfortable quand à la meilleure stratégie de gestion de la crise d'adolescence(4). Aux partisans du "tout répressif" traditionnel, s'oppose l'approche moderne démocratique par le respect des libertés individuelles de tous. Aussi la présente recherche avait-elle pour objectif de déterminer les stratégies de gestion de la crise d'adolescence par les familles au Cameroun.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale et analytique. La collecte des données sur le terrain s'est déroulé auprès 256 parents d'adolescents, du 21 avril 2011 au 15 janvier 2012 dans un quartier cosmopolite (Damase) de la ville de Yaoundé. L'étude s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire fermé et administré portant sur les éléments suivants : données sociodémographiques, connaissances, attitudes et pratiques relatives à la gestion de la crise d'adolescence. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS 16, exploités grâce aux tests statistiques du  $\chi^2$  pour la dépendance entre les variables, et de l'odds ratio pour quantifier le risque de survenue de la crise pathologique. Les stratégies de gestion ont été analysées selon 3 des 4 modèles de Maccoby et Martin (5) à savoir les styles autocratique, démocratique et désengagé. La discussion anthropologique exploite la littérature existante.

## RÉSULTATS

### *Caractéristiques de la population étudiée*

Au total, 256 parents ont été inclus dans l'étude, donc 13% parents d'adolescents en crise grave (n=34) et 87% parents d'adolescents sains (n=222). Les pères ont majoritairement été interrogés (62.8%), suivis des mères (26.2%). Les autres catégories étaient faiblement représentées (7% oncle/tante ; 2,3% pères adoptifs ; 1,7% frère/sœurs). Toutefois, les mères étaient majoritaires (32.4%) pour les adolescents en crise grave (ACG) contre 25.2% chez les adolescents sains (AS). La moyenne d'âge des parents est de 47,8, et la différence d'âge moyen entre les parents ACG et ceux AS n'était pas statistiquement significative ( $P > 0,05$ ). La majorité des parents avait un niveau d'instruction primaire (48.8%), mais chez les ACG, 47.1% avait un faible niveau d'instruction. La plupart des informateurs était marié (66,4%) soit 52.9% chez les parents ACG, et 68.5% chez les parents AS. Le type de parent était très significativement lié au fait que la famille soit recomposée ou non ( $P=0,000$ . OR= 0,08). Ainsi, les adolescents qui vivaient dans les familles recomposées avaient 12 fois plus de chance de développer une crise d'adolescence grave. (Figure 1)

### *Connaissances et attitudes vis-à-vis de la crise d'adolescence*

La majorité des parents avait entendu parler de la crise d'adolescence (83,2%) et 62,1% savaient la définir. Toutefois seul 13,1% d'entre eux avait entendu parler de la crise d'adolescence pathologique, dont 32,4% de parent ACG. Les parents établissaient un rapport entre la crise d'adolescence et les complications obstétricales à la naissance de l'enfant ( $P=0,000$ ). Ainsi, les enfants dont les parents avait évoqué des complications à la naissance étaient plus prédisposés à la crise d'adolescence grave : (OR=0,07). Les adolescents ayant eu une complication obstétricale à la naissance avait donc 14 fois plus de chance d'avoir une crise d'adolescence pathologique par rapport aux autres.

Les informateurs pensaient que la crise d'adolescence pathologique était due à la sorcellerie (47,1%), au manque d'encadrement (32,2%), à la mauvaise compagnie (1,6%), aux médias (8,8%), et aux facteurs génétiques (2,9%). Pour les signes d'alerte 31,9% des parents ont cité principalement, le changement de comportement (soit 91% chez les parents ACG et 18,2% chez les parents AS), 27,5% l'échec scolaire, 22,5% la fugue, et 20,9% la délinquance.

### *Prise en charge de la crise d'adolescence*

Les parents ont majoritairement évoqué le style autocratique comme stratégie de gestion de la crise d'adolescence (42,4%), suivi du style démocratique (38,6%) et du style désengagé (19%). Les parents AS avait privilégié 2 styles : autocratique (41.5%) et démocratique (42.1%), tandis que les parents ACG utilisé : le style autocratique (47.1%), et le style désengagé (32.2%). Le style de gestion était

significativement lié au type de parent ; ( $P= 0,024$ ,  $OR=0,25$  pour la modalité style démocratique). Ainsi, par rapport aux parents adoptant un style de gestion désengagé, ceux favorables au style démocratique avait 4 fois moins de chance d'être des parents d'adolescents en crise. La différence n'a pas été observée entre les styles désengagé et autocratique. (Figure 2)

La plupart des parents ont dit mettre l'accent sur la communication avec l'adolescent (81,55%), soit 99.5% chez les parents AS, contre 67,6% chez les

parents ACG. 95% de parent AS ont dit que l'encadrement de leur enfant leur incombait entièrement, contre 39.4% de parent ACG. De même, 89.2% de parent AS ont reconnu avoir une relation de confiance avec leur enfant, contre 14.7% de parent ACG.

En cas de comportements dépressifs, 70,3 % des parents ont pensé qu'il était préférable d'amener l'enfant à l'hôpital, soit 97.1% des parents ACG contre 66.2% de parents AS.

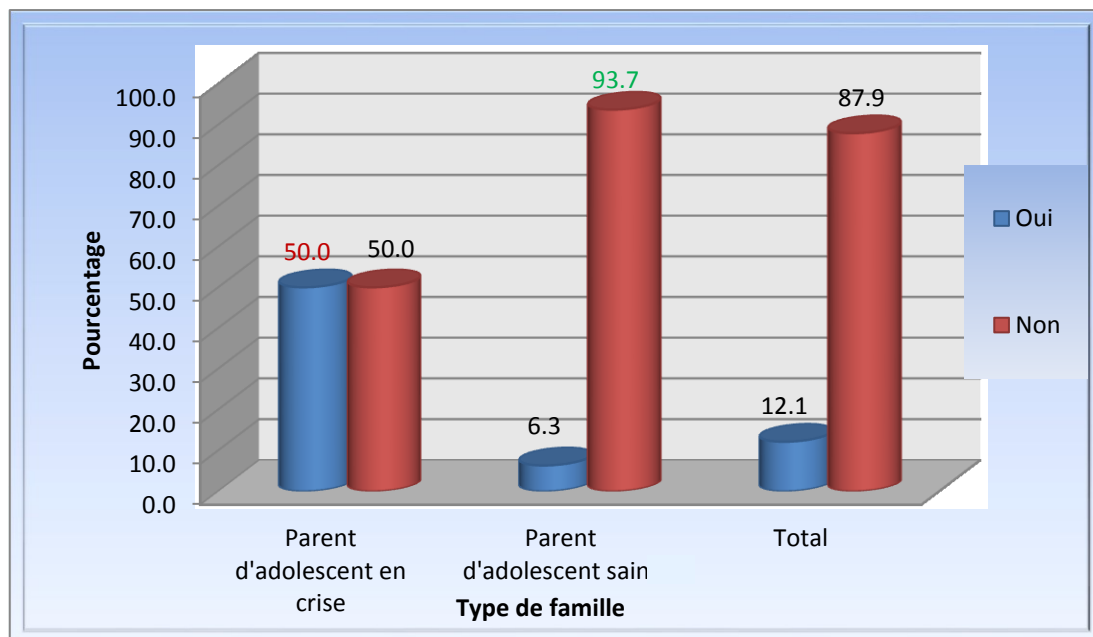


Fig. 1 Famille recomposée

## DISCUSSION

Avec une prévalence de 13.28% de crise d'adolescence grave, la situation des informateurs se rapproche de la prévalence mondiale estimée par l'OMS entre 15 à 20% (3), et en fait un problème de santé publique charge au Cameroun. Les adolescents ne sont plus des enfants mais ne sont pas encore des adultes et cette période remplie de paradoxes doit bénéficier d'une prise en charge adéquate.

### *Nouveauté du statut d'adolescent*

Anthropologiquement, la gestion adéquate de la crise d'adolescence pose un problème normatif, car l'adolescent n'a pas toujours existé dans les cultures humaines. Les historiens situent la naissance de l'adolescence au XIX<sup>e</sup> siècle, lors de la révolution industrielle où le rôle des parents et des enfants se sont différenciés étant donné l'interdiction du travail des enfants et l'obligation scolaire(5). Le passage entre le statut d'enfant et celui d'adulte s'est allongé, créant une discontinuité entre l'enfance et l'âge adulte, et donc de l'adolescence. Ainsi, les enfants qui autrefois prenaient la suite de leurs parents au

travail par un système de transmission de savoir presque autant que par transmission d'identité, étaient dès lors ouverts à des rencontres nouvelles et différentes de celles de leurs parents. Au Cameroun comme dans la plupart des pays africains, l'adolescent paye le tribut de ce que Tsala-Tsala (6) nomme «*le drame de la famille africaine*», écartelée entre deux modèles souvent contradictoires que sont la tradition et la modernité. En effet, il n'est pas aisé d'observer à Yaoundé, une famille fonctionnant exclusivement sur le modèle traditionnel, ou radicalement transformée vers une prise en charge moderne de la santé, de la jeunesse et de la famille n'offre pas encore de réponses adéquates aux besoins de développement des adolescents.

### *Gestion traditionnelle de l'adolescence*

Au Cameroun, les valeurs familiales s'organisent autour d'un patriarcat référent du droit coutumier (7,8). Par conséquence, tout parent est sublimé, et par là même, est garant de la stabilité du groupe tout entier. Les rapports entre les membres du groupe,

entre parent et enfant consistent souvent en devoirs et obligations : partage, tolérance, dignité, solidarité, soumission (8). L'enfant n'appartient pas à ses géniteurs, mais à la communauté. Cette prise en charge collective se fait sur la base du principe de «l'éducation diffuse» sur deux espaces : à l'intérieur de la maison où règne le père, et à l'extérieur de la maison sous la surveillance de tous les adultes (9). Dans ce système la parenté sociale prend le pas sur la parenté biologique, et tout parent a le devoir de sanctionner l'enfant déviant, et d'encourager l'enfant obéissant. La sanction, distincte des mauvais traitements, est légale et utilise comme techniques pédagogiques : des sanctions corporelles, des privations de nourriture, des railleries, des sarcasmes... pour inculquer aux enfants la hiérarchie des valeurs propres au groupe (8-10). Les sanctions, sont bien délimitées et la communauté dispose d'un droit de veille sur la manière dont ces sanctions sont administrées aux enfants. Par exemple on ne bat pas un enfant dans la nuit, on ne le frappe pas au visage, s'il se réfugie derrière un adulte celui-ci prend sa défense et le protège contre l'adulte répressur(11). La honte est aussi un moyen traditionnel d'éducation. Elle permet à l'individu de tenir son rôle dans le groupe, qui l'inflige au défaillant en lui signifiant publiquement sa défaillance (9,11). Pour cette raison, un voisin ne sera pas traduit en justice pour avoir giflé d'un enfant récalcitrant. Au contraire, ce dernier

recevra une autre punition de ses parents à la maison pour conserver la cohérence dans le discours éducatif communautaire (11). Ainsi, n'importe qui dans l'entourage peut infliger une correction à un enfant même s'il n'en est pas le géniteur, dès qu'il est établi que celui-ci a transgressé la norme. Ce théâtre de soumission et de répressions permanentes est alors qualifié de "parenté de crainte" (10).

La parenté de crainte ne laisse pas de place aux phénomènes de délinquance, de bandes organisées, de "mauvaise compagnie". L'enfant est toujours sous le contrôle d'un adulte. Les adolescents ne sont plus des enfants mais pas encore des adultes, et sont parfois particulièrement vulnérables, et recherchent une assistance auprès des pairs, eux-même en phase de développement, et soumis à des pressions contradictoires. La moindre tentative d'acte non tolérée est aussitôt sanctionnée par le parent témoin, et l'adolescent traverse cette période délicate dans un espace encadrée par les adultes, eux-mêmes soumis au contrôle du patriarce. La parenté de crainte détermine des représentations sociales et une pression de conformité qui génèrent des attitudes et des comportements d'obéissance, de soumission, de tolérance interdisant toute agressivité dont toute forme de délinquance. Celle-ci étant réprimée collectivement dans les deux univers d'éducation de l'enfant : à l'intérieur de la maison et à l'extérieur de celle-ci.

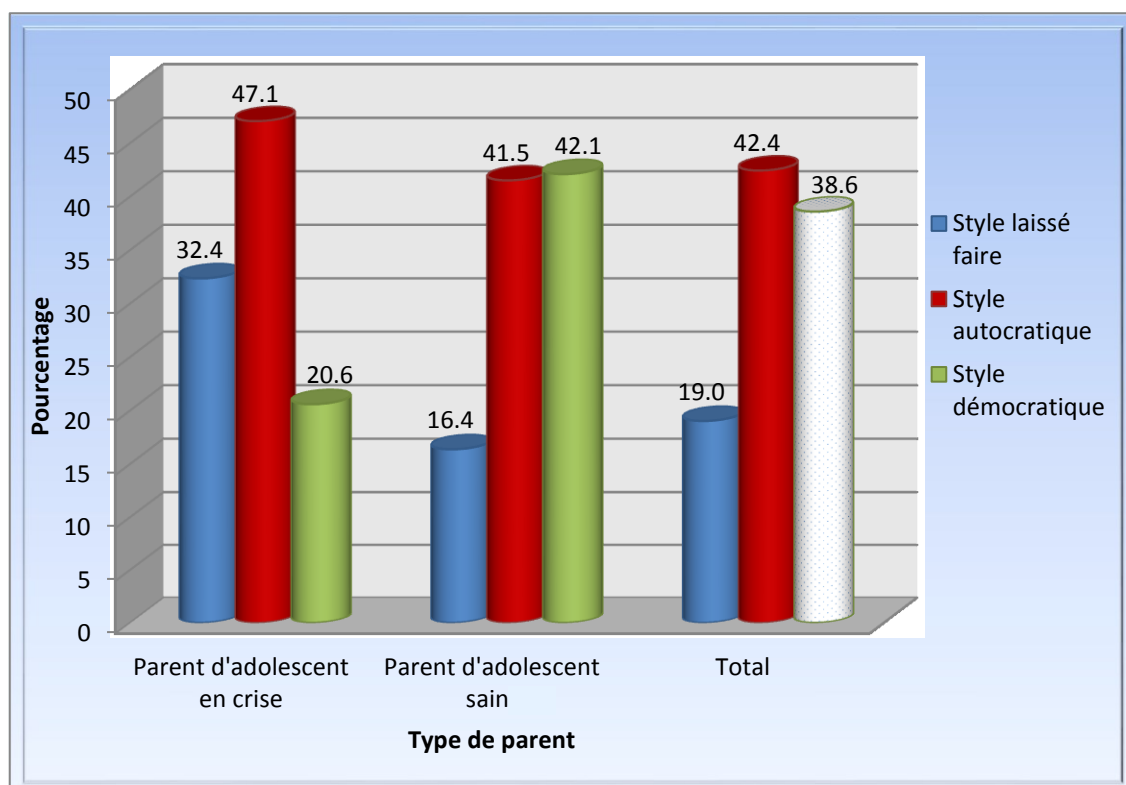


Figure 2 – Stratégies de gestion utilisées

### **Gestion actuelle de l'adolescence**

La famille camerounaise s'est modifiée face à la modernité, mais bien encore dans les grandes villes qu'en milieu rural (7,9). Les normes éthiques, éducationnelles, politiques et économiques en vigueur ont largement contribué à cette transformation. Cependant, même si les changements sont plus ou moins rapides et brutaux à la faveur de l'école, des technologies de l'information et de la dilution des familles dans "les foules solitaires" (7) des grandes villes, les valeurs traditionnelles semblent résister. Les familles sont à cheval entre deux modèles : l'adolescent sthénique et revendicateur(8) des médias, et l'adolescent timide et soumis du patriarcat. L'enfant se projette avec un caractère explosif et quérulent, tandis que le parent l'attend en inhibition et en introversion (10,11). Même dans les couches où la famille se nucléarise, les liens avec la famille élargie demeurent encore étroits. Si la modernisation fragmente le lignage et sépare les générations, l'appartenance au groupe s'exprime toujours dans les événements de la vie. La crise d'adolescence est donc une situation confuse où l'un des membres par un comportement imprévu, signifie que le modèle fondateur de la famille est mis en doute, et qu'un nouveau système, celui des libertés individuelles, doit se mettre en place. Parce que ce nouveau système est fort distinct des valeurs traditionnelles, il est perçu comme menaçant par les autres membres de la famille (9).

Les résultats de l'étude montrent la prédominance des valeurs traditionnelles, telle le mariage, comme déterminant de la survenue de la crise d'adolescence pathologique. Se distançant du niveau socio-économique admis par plusieurs auteurs comme étant le premier facteur la crise d'adolescence pathologique (1-6), l'étude a révélé qu'il y avait presque qu'autant d'ACG (29%) que d'AS (32%) dans la catégorie de parents sans emploi. En effet, une étude menée sur 572 familles au Québec a démontré qu'un faible niveau socioéconomique constituait un facteur de risque pour une trajectoire élevée d'agression physique (OR=2,6) après contrôle des autres facteurs familiaux (12). Par contre, le statut matrimonial des parents est apparu comme un réel déterminant de la crise d'adolescence pathologique à Yaoundé. La monoparentalité (P=0,114), et la famille recomposée (P=0,000, OR=0,08) étaient significativement liées à la crise d'adolescence grave. La réorganisation du système patriarcal à travers la déstabilisation de la famille classique, pose le problème du référent dans la relation parents-enfants. Le développement harmonieux de l'enfant se fait autour des modèles, et la perturbation de ceux-ci constituent un facteur d'apparition d'une crise d'adolescence pathologique (11).

Le modèle traditionnel, à travers le style autocratique est apparu comme le modèle le plus utilisé pour gérer la crise (41.5% pour les parents AS et 47.1% pour les parents ACG). Toutefois, 38,9% des parents utilisaient un modèle issu de la modernité à travers le

style démocratique, plus les parents AS (42.1%), que les parents ACG (20,6%). En absence de infrastructures d'aide complémentaire, certains parents laissaient faire les adolescents, beaucoup plus les parents ACG (32.2%), que les parents AS (19%). Il est admis que le style désengagé est la façon d'agir la plus néfaste pour le développement de l'enfant, qui n'apprend pas à respecter les règles (10). De même, le style autocratique, à travers lequel le parent dicte la loi et impose ses règles à ses limites dans un contexte de modernité. L'adolescent ne peut pas s'exprimer, se sent comprimer, et cultive l'introversio avec ses deux corollaires que sont le suicide et la révolte(1). L'adolescent ne s'exerce pas à l'autocontrôle et à l'expression adéquate de son point de vue. Le style démocratique qui met l'accent sur la communication, est réputée être le plus adapté pour un meilleur encadrement (11). Toutefois, la société traditionnelle patriarcale, tant dans les cultures du Nord qu'à celles du Sud, ne prépare pas les parents à des échanges égalitaires avec les enfants. Les rapports de l'adolescent avec son parent sont marqués par la diminution de l'autorité absolue de ce dernier. D'où les difficultés spécifiques pour l'un et pour l'autre. Aussi la société moderne offre-t-elle une réponse de santé publique, à travers des structures "d'écoute-dialogue" spécialisées dans la prise en charge globale des besoins de l'adolescent.

### **Prise en charge de l'adolescence et santé publique**

La crise d'adolescence pose clairement le problème de l'évolution de la famille et de la société (6). Dans une perspective systémique, la famille est envisagée comme un mécanisme d'éléments interdépendants de sorte que le comportement d'un élément influence celui de tous les autres et peut être influencé par eux. La prise en charge adéquate de la crise d'adolescence au Cameroun nécessite donc une réponse systémique. Il s'agit d'une question sociétale, pris entre la santé mentale de l'adolescent, la compétence des familles, la crise sociale et la promotion de jeunes adultes responsable. La réponse est intersectorielle et contraint à une réponse intégrée. Les parents sont peu informés sur la crise d'adolescence, et encore moins sur la crise d'adolescence pathologique. L'étude a montré que les parents ACG étaient mieux informé que les autres, ce qui prouve que les familles ne sont pas suffisamment informées sur la crise avant sa survenue. De fait, elles ne possèdent pas les moyens de prévenir la survenue des crises pathologiques. Les compétences en matière de santé sont des aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé. Pour les posséder, il faut atteindre le niveau de connaissances, d'aptitudes personnelles et de confiance nécessaire pour prendre les mesures requises pour améliorer sa santé et celle de la communauté en modifiant ses modes et conditions de vie. Elles améliorent l'accès des individus à des informations sur la santé et leur capacité à les utiliser efficacement. Elles sont

essentielles pour l'obtention de moyens d'agir. Un niveau d'instruction médiocre peut nuire directement à la santé, en limitant l'épanouissement personnel, social et culturel des individus. Le rôle des parents reste donc primordiale pour orienter l'adolescent vers des ses infrastructures adéquates en cas de crises graves.

Selon L'OMS, l'évaluation EADS est un outil efficace pour déceler les problèmes de santé et de développement dont l'adolescent ne peut pas spontanément aborder (13). Il s'agit d'un outil structuré abordant toutes les questions relatives aux conflits de l'adolescence. Il va de l'examen de l'environnement familial, éducatif/professionnel (E), passe ensuite à l'alimentation puis aux activités (A), pour aborder ensuite des questions plus sensibles telles que les drogues (D), la sexualité, la sécurité et le suicide/la dépression (S). Son utilisation permet de déterminer si l'adolescent a un comportement à risque, et de déceler les facteurs environnementaux qui accroissent ce risque. Les ministères de la santé, de la jeunesse, des affaires sociales de la famille pourraient donc mettre en place des structures d'évaluation EADS, et de référence pour une prise en charge adéquate, en vue de donner une réponse globale et intégrée aux parents éprouvent des difficultés certaines, à faire face à une crise prévisible dans près de 15% des familles camerounaises. Investir dans la prise en charge adéquate de la crise d'adolescence c'est garantir les droits l'Homme à travers la Convention sur les Droits de l'Enfant qui déclare que les jeunes ont un droit à la vie et au développement. Les pratiques saines et malsaines adoptées aujourd'hui peuvent durer toute une vie.

## CONCLUSION

Le travail a porté sur la capacité des parents à prendre correctement en charge, le passage naturel de la phase d'adolescence à Yaoundé, dans un contexte dichotomique de valeurs autoritaires traditionnelles et de libertés individuelles modernes. Les entretiens menés auprès des parents révèlent qu'ils ne sont pas suffisant outillés pour donner une réponse appropriée aux besoins forts spécifiques des adolescents en crise grave. Cette observation suggère donc une réponse intégrée et intersectorielle de santé publique, à un problème sociétal, ancré dans une famille camerounaise en transformation. Elle apportera une aide structurelle complémentaire aux parents, pour un accompagnement adéquat de cette phase naturelle du développement de l'enfant. L'État camerounais a le

devoir de garantir un sain passage de cette période, en mettant à disposition de ses membres, des services adéquats, en fonction de leur besoins spécifiques et de leur maturité.

## RÉFÉRENCES

1. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. L'adolescence, l'âge de tous les possibles. Rapport annuel de la situation des enfants dans le monde. New York: UNICEF; 2011.
2. Phare Enfants-Parents. Difficile adolescence. Signes et symptômes de mal-être. Paris: Association Phare Enfant-Parent; 2002.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux Prestataires de Soins de santé. Genève: OMS; 2005.
4. Perrin-Escalon H, Hassoun J. Adolescence et santé Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés. Paris: Editions INPES; 2004.
5. Maccoby E, J. Martin J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Hetherington E M, Mussen P H.(eds). Socialization, Personality and Social Development, Handbook of Child Psychology, vol.4. New York: Wiley; 1983. 1-101.
6. Delzenne Y, Lalman L. La crise d'adolescence entre crise familiale et crise de la société. Dans: Delzenne Y (dir). Les ados sur le dos: Conférence; 22 avril 2010. [En ligne]. Bruxelles: CEFA – ASBL; 2010. [Consulté le 15/05/2013]; [7 pages]. Consultable à l'URL: <http://www.asblcefa.be/cefa/images/pdf/crisegoffin.pdf>
7. Tsala-Tsala JP. Familles africaines en thérapie ; Clinique de la famille camerounaise. Paris: l'Harmattan; 2009.
8. Mbassa Menick D. Adolescence et violence. Impact des traditions et coutumes africaines dans la signification de la loi à l'enfant en pratiques familiales, sociales, éducatives et juridiques. Med Trop. 2003; décembre 63; 601-7.
- 9 - Tsala-Tsala JP. Adolescence et crise familiale en Afrique. Approche systémique d'un cas dans une famille camerounaise. In Tsala Tsala JP (dir). Santé mentale, psychothérapies et sociétés. Vienne: World Council for Psychotherapy; 2002. P. 111- 139.
- 10 - Ezembe F. Comment la violence psychologique est pensée dans les pratiques familiales, sociales, éducatives et juridiques en situation de migration. Dans: Gabel M (dir). Maltraitance psychologique. Paris: Éditions Fleurus; 1997. P. 293-316.
- 11 - Ngoura C. Cultures et mauvais traitements infantiles. Séminaire international sur les mauvais traitements des mineurs: réalités, caractéristiques, enjeux, réponses; 20-24 Juin 1995; Yaoundé. Yaoundé: ISPCAN - AFIREM - DEI-Cameroun;1995.
12. Claes M. L'univers social des adolescents. Montréal, PUM, 2003.
13. Organisation Mondiale de la Santé. Guide pratique pour les soins aux adolescents : un outil de référence destiné aux agents de santé de premier niveau. Genève: OMS; 2012.