

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M.A.)

PAR
PATRICK ARIAL

LA RÉADAPTATION DE JEUNES TOXICOMANES QUI PRÉSENTENT
UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Décembre 2009

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Au Québec, la prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents a augmenté dans les années 90 pour se stabiliser dans les années 2000. Des problèmes de santé mentale sont souvent associés à l'abus de substances. Or, le phénomène de comorbidité toxicomanie / santé mentale chez les adolescents québécois est peu documenté. Cette étude s'intéresse à la description et à la compréhension des trajectoires de réadaptation des jeunes en traitement de la toxicomanie qui présentent un problème de santé mentale. Plus particulièrement, cette étude a pour objectif de décrire le profil de consommation de substances psychoactives et de santé psychologique des jeunes à l'admission en traitement, de mesurer l'évolution de la sévérité du profil psychosocial de ceux-ci lors des suivis de trois et six mois et, finalement, de documenter les expériences pluridimensionnelles de ces jeunes en traitement d'après leur point de vue, source de données trop souvent négligée. Du point de vue de la composition de l'échantillon, huit adolescents – quatre garçons et quatre filles – ont été sélectionnés. Ces jeunes, âgés de 14 à 17 ans, proviennent de deux centres de réadaptation distincts : les centres Le Grand Chemin (Québec, Saint-Célestin et Montréal), qui offrent des services de thérapie interne ainsi qu'un suivi post-cure externe, et Domrémy Mauricie/Centre du Québec, qui offre une gamme de services externes. Les critères d'inclusion pour les fins de cette étude sont les suivants : répondre positivement à quatre symptômes et plus à l'échelle psychologique de l'IGT-

ADO, évaluation administrée par un intervenant lors de l'admission en traitement, et obtenir une cote de gravité, évaluée par l'intervenant, de trois et plus, mesure présentant des problèmes psychologiques d'une gravité « considérable » à « extrême ». Du point de vue quantitatif, l'IGT-ADO a été administré aux participants à trois reprises (admission, suivi trois mois et suivi six mois) afin de décrire leur évolution psychosociale en cours de traitement. Au niveau qualitatif, les participants ont été rencontrés dans le cadre d'un entretien semi-structuré d'une durée approximative de quarante-cinq minutes, et ce, afin d'accéder à leur point de vue sur leur propre processus de changement et leur vécu en traitement. Les résultats quantitatifs de cette étude montrent chez l'ensemble des participants une tendance à l'amélioration dans la majorité des sphères de vie étudiées : « drogue », « santé physique », « relations interpersonnelles », « loisirs », « école », « relations familiales » et « système socio-judiciaire ». Une amélioration statistiquement significative au plan de la gravité des problèmes de santé physique a été relevée. Pour l'analyse des trajectoires types qui émergent du discours des jeunes, les résultats sont plus nuancés. Un peu plus de la moitié des jeunes de cet échantillon se retrouve dans une trajectoire de succès, tandis que les autres poursuivent une trajectoire de chronicité. L'examen des aspects aidants et des obstacles vécus en cours de traitement, du point de vue des jeunes, permet de dégager des pistes d'amélioration des services.

Table des matières

<i>Sommaire</i>	ii
<i>Remerciements</i>	vi
INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE	9
USAGE DE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE	10
Prévalence de la consommation de substance psychoactive (SPA) au Canada	10
Prévalence de la consommation de substance psychoactive (SPA) au Québec	13
LES TROUBLES MENTAUX	21
Prévalence des troubles mentaux	21
LES TROUBLES CONCOMITANTS	28
Prévalence des troubles concomitants au Canada	28
Prévalence des troubles concomitants au Québec	33
CRITIQUE DE LA RECENSION DE LA LITTÉRATURE CANADIENNE ET QUÉBÉCOISE EN MATIÈRE DE TOXICOMANIE ET DE TROUBLES CONCOMITANTS	36
CARACTÉRISTIQUES DES ADOLESCENTS PRÉSENTANT DES PROBLÈMES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE	39
Pronostic des jeunes présentant des problèmes concomitants de santé mentale	40
TRAITEMENT	43
Les meilleures pratiques	44
Critique de la littérature sur les « meilleures pratiques »	52
Cadre théorique	55
OBJECTIFS DE RECHERCHE	57
MÉTHODOLOGIE	59
Échantillonnage	62
Instruments	65
Déroulement de la recherche	68
Considérations éthiques	71
Analyse	72

RÉSULTATS	75
RÉSULTATS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS	76
Résultats du volet quantitatif	76
Résultats du volet qualitatif	85
Vécu en traitement	105
Éléments liés au traitement ayant contribué à l'amélioration	116
Éléments non liés au traitement ayant contribué à l'amélioration	131
Éléments liés au traitement ayant contribué au maintien ou à la détérioration	133
Éléments non liés au traitement ayant contribué au maintien ou à la détérioration	138
Résumé	142
DISCUSSION – CONCLUSION	144
RÉFÉRENCES	162
APPENDICES	186
APPENDICE A - FICHE D'ANALYSE DE L'INSTRUMENT INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE POUR ADOLESCENTS (IGT-ADO)	187
APPENDICE B- GRILLE D'ENTRETIEN	191
APPENDICE C - FORMULAIRES DE CONSENTEMENT VOLET QUANTITATIF ET VOLET QUALITATIF	194
APPENDICE D - CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DU CERT	204
APPENDICE E - CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'UQTR	206
APPENDICE F - GRILLE D'ANALYSE	208

Remerciements

Dans cette partie d'un mémoire, souvent est-on tenté de dissimuler gêne et orgueil en usant de quelques fantaisies bien ourlées. Je ne m'y risquerai pas ici tant je souhaite souligner avec sincérité que les pages qui suivront, bien qu'étant le fruit d'un travail personnel, ne sauraient exister sans le secours amical de nombreuses personnes, professeurs, parents et amis, qui supportèrent, bon gré mal gré, l'aventure périlleuse qu'a représenté pour moi cet ouvrage.

Plus directement, je tiens à réitérer ma joie d'avoir travaillé avec Madame Natacha Brunelle, professeure au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières et Madame Karine Bertrand, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke qui, outre leurs judicieux conseils de nature académique, m'ont soutenu, avec rigueur, dans l'ensemble des phases motivationnelles reliées à une telle démarche. Je ne peux passer sous silence la précieuse collaboration de Madame Jocelyne Moreau, directrice du département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son apport lors du volet stage de cette maîtrise.

Un merci tout aussi spécial à Caroline, pour son amour et sa persévérance, à Marie-Élaine et Stéphanie pour avoir été à mes côtés durant ces belles années

trifluviennes, à mes parents, mon frère, tous mes amis et plus particulièrement à Bastien pour ses apports multiples d'ordres divers.

Introduction

La toxicomanie est un phénomène qui suscite une attention soutenue depuis bon nombre d'années en raison des nombreuses répercussions et complications psychosociales qui en découlent. La souffrance vécue, tant par les gens aux prises avec ce fléau que par leur entourage, est préoccupante. L'abus et la dépendance aux substances psychoactives (SPA) sont les diagnostics de troubles mentaux du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) (American Psychiatric Association, 1996) les plus répertoriés au niveau mondial.

Au Canada, en 2002, 641 000 personnes (2,6 % de la population à domicile de quinze ans et plus) avaient une dépendance à l'alcool et 194 000 (0,8 %), présentaient une dépendance aux drogues illicites. Parmi ceux-ci, 2,7 % avaient entre 15 et 19 ans (Tjepkema, 2004). Les problèmes les plus fréquemment reliés à ces dépendances sont bien connus : espérance de vie réduite (Dickey, Dembling, Hocine, & al., 2004; Neumark, Van Elten, & Anthony, 2000) due à des problèmes de santé chronique, des blessures (Dickey, Dembling, Hocine, & al., 2004; Matano, Wanat, Westruo et al., 2002) et des tentatives de suicide (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1998; Nelson & Stussman, 1994). La toxicomanie au Canada engendre des coûts socio-économiques très significatifs. En 2002, le coût social global de l'abus de substance au Canada

est estimé à 39,8 milliards de dollars, ce qui représente un montant par habitant de 1267 dollars (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006). Au Québec, cette réalité est tout aussi préoccupante et il importe de s'y attarder (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2001).

La toxicomanie est un phénomène qui touche bon nombre de personnes. Puisque la consommation de SPA est plus prévalente chez les jeunes que dans les autres groupes d'âge et que la précocité de la consommation constitue un risque de développer des problèmes de toxicomanie, cette population devenait un groupe cible particulièrement intéressant à étudier dans le cadre de ce mémoire. Durant la période de l'adolescence, entre 12 et 18 ans, se situe un important stade développemental. Celui-ci est caractérisé par la diversité et l'intensité des changements qui s'y produisent (Cloutier, 1996). Il importe donc de considérer les caractéristiques de cette période charnière, car elles sont sujettes à amener le jeune à expérimenter la consommation de substances psychoactives (Bertrand, Beaumont, Durand, & Massicotte, 2006). Les problèmes de consommation de SPA qui surviennent dès l'adolescence sont préoccupants en raison de leur précocité et du fait qu'ils augmentent le risque que ces problèmes se poursuivent à l'âge adulte (Bertrand et al., 2006; Flanzer, 2005). Lorsque l'on sait que la consommation abusive de SPA peut freiner le développement de la personne et que la toxicomanie peut être à la base d'échecs répétés dans plusieurs sphères de vie (Flanzer, 2005),

l'approfondissement de la problématique de la toxicomanie chez les adolescents devient un sujet très pertinent.

La toxicomanie est un phénomène qui s'associe à diverses problématiques connexes, dont la santé mentale (Santé Canada, 1996; Turner, Russell, & Brown, 2003). Les problématiques multiples constituent la norme lorsqu'une toxicomanie est présente (Nadeau, 2001; Rush, 2004). La littérature rapporte que de façon générale, un taux élevé de symptômes psychiatriques est présent chez les personnes présentant un problème de dépendance et que l'inverse est aussi vrai pour les personnes aux prises avec un trouble mental (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005). La cooccurrence de ces deux problématiques représente donc un défi de taille pour le traitement.

Les études sur le traitement de la double problématique toxicomanie/troubles mentaux chez la population adolescente sont limitées (Santé Canada, 2002). Néanmoins, les études menées auprès des adolescents aux prises avec un problème de santé mentale montrent qu'ils s'initient à la consommation d'alcool plus jeune, en consomment plus fréquemment et tendent à présenter plus de problèmes de consommation, en comparaison de ceux qui n'ont pas un tel problème de santé mentale (Aseltine, Gore, & Colten, 1998; Bender, Springer & Kim, 2006; Clark & Neighbors, 1996; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Horner & Scheibe, 1997; Miller-Johnson, Lochman, Coie,

Terry, & Hyman, 1998; Rhode, Lewinsohn & Seeley, 1996; Rowe et al., 2004; Whitmore, Mikulich, Thompson, Riggs, Aarons, & Crowley, 1997). Chez les jeunes en traitement, le problème concomitant de santé mentale est également associé à des relations familiales plus conflictuelles (Aseltine, Gore, & Colten, 1999; Riggs, Baker, Mikulich, Young, & Crowley, 1995; Rowe, Liddle, & Dakof, 2001; Whitmore, Mikulich, Thompson, Riggs, Aarons, & Crowley, 1997), des idéations suicidaires plus fréquentes (Aseltine, Gore, & Colten, 1999; Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001), un nombre d'hospitalisation plus élevé (Crome, 2004; Flanzer, 2005) et à de multiples problèmes scolaires (Aseltine, Gore, & Colten, 1999; Whitmore, Mikulich, Thompson, Riggs, Aarons, & Crowley, 1997). De plus, les adolescents présentant ce profil sont plus susceptibles de s'engager dans des actes illégaux et de faire face à la justice (Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001) ainsi que de présenter des conduites à risque (Baker et Mossman, 1991; Word et Bowser, 1997).

La présence d'un problème concomitant de santé mentale chez les jeunes qui abusent de SPA engendre de plus grands défis cliniques (Bender, Springer & Kim, 2006; Grella et Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001; Kaminer, 1999; Rohde, Clarke, Lewinsohn, Seeley & Kaufman, 2001; McHugo, Drake, Brunette, Xie, Essock, & Green, 2006; Rowe, Liddle, Greenbaum et al., 2004). Des études constatent que les jeunes en traitement de la toxicomanie aux prises avec des problèmes de santé mentale présentent un moins bon pronostic (Bender,

Springer & Kim, 2006; Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001; McHugo et al., 2006; Ramo, 2005; Tomlinson, Brown, & Abrantes, 2004) et tendent à abandonner davantage leur suivi (Wise, Cuffe, & Fischer, 2001), au contraire de ceux qui ne présentent pas cette double problématique. Qui plus est, le nombre limité d'ouvrages s'attardant aux approches cliniques à privilégier pour le traitement auprès de cette clientèle a pour effet de rendre l'intervention plus complexe (Santé Canada, 2001). À ce jour, l'état des connaissances ne permet pas de déterminer si une approche spécifique est supérieure à une autre (Tremblay et coll., 2005; Diamond et coll., 2002). Voilà pourquoi il importe de reconnaître la prévalence actuelle de ces troubles dans les populations adolescentes en traitement et de préciser leurs besoins par rapport à ces troubles (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005).

À la lumière de ces constats, il convient de documenter le point de vue des adolescents pour permettre de mieux comprendre comment les troubles mentaux concomitants peuvent affecter le processus de changement de ces jeunes qui abusent de psychotropes; ce faisant, nous pourrons élaborer des approches cliniques plus adaptées à leur réalité. Pour y parvenir, cette étude s'attarde, entre autres, sur le point de vue de ces jeunes et leur processus de rétablissement, source de données à la fois significative et trop souvent négligée (Mercier, & Alarie, 2000).

Puisque les données de recherche portant sur la perspective subjective des toxicomanes sont rares (Mercier & Alarie, 2000), l'importance de cette étude se caractérise par l'apport de connaissances sur les caractéristiques spécifiques et l'expérience vécue par des adolescents en traitement pour la toxicomanie qui présentent des problèmes de santé mentale concomitants. Cette étude s'intéresse donc à la perception qu'ont les jeunes de l'évolution de leur situation depuis leur admission en traitement et des services reçus, en fonction de leurs besoins particuliers. Ce processus permet de mieux saisir leur degré d'engagement thérapeutique et la relation entre le processus de traitement et les résultats de traitement, ce qui est peu connu (Grella, Joshi, & Hser, 2004).

En complément aux propos des participants sur leurs perceptions et leur compréhension de leur processus respectif, des données quantitatives qui concernent la description de l'évolution du profil psychosocial de ces jeunes permettent de mettre en contexte le contenu subjectif rapporté par les jeunes. Ainsi, il est possible d'obtenir un portrait plus objectif de l'évolution générale de différentes dimensions de la vie des répondants, depuis leur admission en traitement.

L'apport de ce travail permet donc de mieux décrire et comprendre l'évolution de la consommation de SPA et des problèmes psychosociaux ainsi que de l'expérience thérapeutique de jeunes toxicomanes présentant un problème de

santé mentale concomitant. La proposition de pistes d'intervention témoigne bien des retombées de cette étude.

Contexte théorique

USAGE DE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE

Prévalence de la consommation de substance psychoactive (SPA) au Canada

Prévalence de la consommation d'alcool dans la population générale adolescente

L'*Enquête sur les toxicomanies au Canada* (ETC) conduite en 2004 (Adlaf, Begin, & Swaka, 2005) rapporte que 76,8 % des jeunes âgés de 15 à 17 ans affirment avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie. De plus, 62,3 % affirment l'avoir fait au cours des douze mois précédant l'enquête (Demers & Poulin, 2005). Parmi ces derniers, 32,9 % ont rapporté prendre trois ou quatre consommations par occasion et 28,8 % ont affirmé en consommer cinq ou plus par occasion, et ce à au moins une reprise au cours de la dernière année. De plus, en matière de forte consommation¹ hebdomadaire et mensuelle, ce sont respectivement 7,6 % et 35,7 % qui affirment avoir fait un tel usage. Puis, l'ETC révèle que 30,9 % des jeunes de 15 à 17 ans présentent une consommation d'alcool à risque, telle que mesuré par l'« Alcohol Use Disorders

¹ Ici, l'appellation « forte consommation » fait référence au fait de boire cinq verres de boisson alcoolisée ou plus par occasion pour les hommes, et quatre ou plus pour les femmes.

Identification Test » (AUDIT - Babor, Higgins Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente & Grant, 1993), un outil de détection validé.

Prévalence de la consommation de drogues illicites dans la population générale adolescente

En matière de consommation de drogues illicites chez les jeunes Canadiens, l'ETC (Adlaf, Begin, & Swaka, 2005) révèle que 39,3 % des jeunes âgés de 15 à 17 ans ont rapporté avoir fait usage de cannabis au cours de leur vie, alors que 29,2 % ont consommé cette substance psychoactive (SPA) au cours des douze derniers mois.

En ce qui a trait aux psychotropes autres que le cannabis, 10,5 % des jeunes de 15 à 17 ans ont consommé de la cocaïne, des amphétamines, de l'ecstasy, des hallucinogènes ou de l'héroïne au cours de leur vie et 5,2 % au cours de la dernière année (Patton & Adlaf, 2005). Puis, s'attardant à la consommation à vie des huit drogues illicites² répertoriées par l'ETC, davantage de jeunes de 15 à 19 ans en ont consommé, comparativement au taux moyen pour l'ensemble des Canadiens ayant participé à l'enquête (54,1 % contre 45,2 %).

² Les huit drogues illicites répertoriées par l'ETC sont les suivantes : le cannabis, la cocaïne, les amphétamines, l'ecstasy, les hallucinogènes, les substances inhalées, les stéroïdes et l'héroïne.

En matière de psychotropes les plus couramment utilisés, excluant le cannabis, certaines distinctions sont à considérer lorsqu'on analyse uniquement la strate des moins de dix-neuf ans. Tout d'abord, en ordre décroissant d'utilisation à vie de substances, on retrouve les hallucinogènes (13,2 %), l'ecstasy (10,1 %), la cocaïne (9,8 %), le *speed* (8,3 %) et les substances inhalées (1,4 %) (Patton & Adlaf, 2005; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies - CCLAT, 2005). Il convient de noter qu'en comparaison des taux de prévalence de consommation de drogues pour l'ensemble des Canadiens, les moins de 19 ans regroupent davantage de consommateurs (hallucinogènes : 13,2 % contre 11,4 %; ecstasy : 10,1 % contre 4,1 %; amphétamines : 8,3 % contre 6,4 %; substances inhalées : 1,4 % contre 1,3 %) que toute autre groupe, exception faite pour la consommation de cocaïne. En effet, une légère différence est notée chez les jeunes de moins de 19 ans qui consomment de la cocaïne (9,8%), comparativement à 10,6 % de l'ensemble de la population canadienne de 15 ans et plus (Patton & Adlaf, 2005).

En dernier lieu, selon l'*Enquête épidémiologique* de Statistique Canada réalisée par Tjepkema (2004) à partir des données provenant de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : santé mentale et bien-être* (2002), 2,7 % des 15-19 ans présentent une dépendance aux drogues. Ce taux

s'avère être très similaire à la moyenne globale des différents groupes d'âge recensés au plan de la population canadienne (2,7 % contre 2,6 %).

Prévalence de la consommation de substance psychoactive (SPA) au Québec

Prévalence de la consommation d'alcool dans la population générale adolescente

L'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) – réalisée en 2006 et menée auprès de 4571 adolescents de la première à la cinquième secondaire (Dubé et autres, 2007) – représente l'étude québécoise la plus détaillée et la plus pertinente à ce jour au plan de la consommation de psychotropes pour cette population, incluant l'alcool. Cette enquête indique que 60 % des élèves du secondaire déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des douze derniers mois (Dubé & Fournier, 2007). Celle-ci met également en évidence des constats encourageants : une diminution de la prévalence de la consommation d'alcool dans la dernière année (69 % en 2002, 63,5 % en 2004 et 60% en 2006) et une chute de la prévalence mensuelle (45 % en 2000, 38 % en 2004 et 35% en 2006) (Dubé & Fournier, 2007). Lorsque l'on s'intéresse cette fois à l'âge du début de la consommation régulière³, celui-ci est passé de 13,4 ans en 2002 à 13,9 ans en 2004 et 14,2 ans en 2006, illustrant ainsi une

³ Le terme « consommation régulière » fait référence à une consommation d'une fois par semaine pendant au moins un mois.

légère amélioration (Dubé & Fournier, 2007). En ce qui a trait à la consommation excessive d'alcool⁴, en 2004, une augmentation avait été observée, passant de 63,4 % des buveurs en 2002 à 67,8 % en 2004. Pour 2006, une diminution non-significative a été relevée comparativement à 2004 (66 % contre 67,8 %). En matière de consommation excessive et répétitive⁵, ce sont 22,8 % des élèves du secondaire qui, en 2006, ont consommé selon ces critères, comparativement à 24,3 % pour 2004 et 22,5 % pour 2002 (Dubé & Fournier, 2007).

Notons que les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à adopter une consommation excessive et répétitive (24,8 % contre 20,7 %). Somme toute, bien que les proportions de filles et de garçons qui consomment de l'alcool soient à peu de choses près semblables, les garçons rapportent boire, d'une part, plus fréquemment et d'autre part, s'enivrer plus couramment (Dubé & Fournier, 2007). Quant à la consommation quotidienne d'alcool, celle-ci demeure rare chez l'ensemble des jeunes, caractérisant seulement 0,3 % de l'échantillon de cette enquête (Dubé & Fournier, 2007).

⁴ Ici, la notion de « consommation excessive » fait référence à une consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion, à au moins une reprise durant la dernière année, et ce tant chez les garçons que chez les filles.

⁵ La notion de « consommation excessive et répétitive » correspond à une consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion, et ce tant chez les garçons que chez les filles, à raison d'au moins cinq fois au cours d'une même année.

Prévalence de la consommation de drogues illicites dans la population générale adolescente

En matière de consommation de drogues illicites chez les adolescents québécois, en 2006, 30 % des élèves du secondaire déclaraient en avoir consommé au cours des douze derniers mois (Dubé & Fournier, 2007). À cet effet, une diminution de la prévalence a été enregistrée, passant de 41,2 % en 2002 à 36,4 % en 2004 et à 30% en 2006 (Dubé & Fournier, 2007). Le cannabis (29,4 %), les amphétamines (9,4 %) et les hallucinogènes (8,8%) sont les trois types de SPA consommés par le plus grand nombre de jeunes (Dubé & Fournier, 2007). Par ailleurs, la consommation d'amphétamines est passée de 10,3 % en 2004 à 9,4 % en 2006. La consommation d'amphétamines est particulièrement préoccupante chez les filles, passant de 7 % en 2002 à 11,1 % en 2006 (Dubé & Fournier, 2007).

Concernant la consommation de cannabis, Dubé et Fournier (2007) ont révélé que 2,5 % des élèves québécois du secondaire ont consommé quotidiennement de la marijuana l'année précédant l'enquête, comparativement à 4 % pour 2004 (Dubé & Fournier, 2007). Une diminution significative a été constatée en matière de consommation quotidienne et régulière, soit de 20 % en 2000 à 15 % en 2004, et finalement à 11 % en 2006 (Dubé & Fournier, 2007). L'outil de dépistage validé et utilisé, le DEP-ADO (RISQ - Germain, Guyon, Landry, Tremblay, Brunelle, & Bergeron, 1999), a ensuite permis de

démontrer que parmi les consommateurs de cannabis, 22,2 % d'entre eux présenteraient une consommation de psychotropes à risque, tandis que 22 % présenteraient une consommation problématique (Dubé & Fournier, 2007).

Chez les consommateurs d'hallucinogènes, c'est 28,3 % d'entre eux qui présentent cette fois une consommation à risque et 55,6 % qui sont des consommateurs problématiques de SPA (Dubé & Fournier, 2007). Pour ce qui est de la consommation d'amphétamines, ce sont 27 % et 52 % des consommateurs de ce produit qui présentent respectivement une consommation à risque et une consommation problématique. Quant aux consommateurs de cocaïne, 18,4 % sont à risque et 65,1 % présentent une consommation problématique. Bien que de façon globale la consommation de drogues illicites (excluant le cannabis) des élèves québécois du secondaire ne présente pas de chiffres alarmants, il n'en demeure pas moins que parmi ceux qui en font usage, une proportion élevée présente une consommation à risque ou problématique.

Globalement, en 2006, une proportion de 13,5 % des jeunes élèves québécois présentaient une consommation d'alcool et/ou de drogues problématique ou à risque de le devenir, comparativement à 15,5 % en 2004 (Dubé & Fournier, 2007). Plus spécifiquement, 7 % des élèves du secondaire (soit environ 7,3 % des filles et 6,7 % des garçons) présentaient une consommation à risque ou un problème en émergence et 6,5% (soit 5,8 % des

filles et 7,2 % des garçons) présentaient une consommation problématique nécessitant une intervention spécialisée (Dubé & Fournier, 2007).

La consommation d'alcool et/ou de drogues problématique ou à risque de le devenir a diminué entre 2004 et 2006 (15,5 % vs 13,5 %), ce qui laisse entrevoir certains signes encourageants. Une fois nuancés cependant, les résultats de 2006 sont plutôt préoccupants. Bien que l'on assiste à une diminution du pourcentage des élèves du secondaire qui présentent une consommation à risque ou en émergence (7,3 % en 2006 contre 10,2 % en 2004), la proportion des élèves qui présentent une consommation problématique a augmenté (6,5 % en 2006 contre 5,3 % en 2004). Depuis le début des années 2000, cette proportion oscille entre 5 % et 8 % (Pica, 2005; Dubé & Fournier, 2007), indiquant avec suffisamment d'aplomb qu'un nombre plus élevé de jeunes consommateurs nécessitent des services spécialisés.

Prévalence de la consommation de substances psychoactives dans les populations cliniques adolescentes

Du point de vue maintenant de la consommation des jeunes en centre de réadaptation, plus précisément pour ceux qui ont bénéficié d'un traitement au centre Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec (DMCQ), l'usage hebdomadaire de cannabis a été rapporté par 93 % des adolescents, de l'alcool par 43 %, des hallucinogènes par 23 % et de la cocaïne par 14 %. Fait préoccupant, la très

grande majorité des adolescents présentent une consommation intensive⁶ de cannabis (78 %) au cours de l'année précédant leur entrée en traitement (Bertrand, Ménard & Plourde, 2004).

Il ressort d'une autre étude réalisée auprès des jeunes de la région de Québec, séjournant dans un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, que 53 % d'entre eux font usage de cannabis une fois par semaine, contre 15 % dans la population générale (Tremblay, Blanchette-Martin, & Garceau, 2004). En effet, tant du point de vue du taux moyen de consommation d'alcool (94,7 % contre 71,3 %) que du point de vue du taux moyen d'usage de cannabis (98,1 % contre 40,7 %), la consommation des jeunes dépasse largement les taux recensés pour les jeunes de la population générale (Guyon et Desjardins, 2002).

Par ailleurs, Tremblay & coll. (2004) ont estimé qu'approximativement 60 % des jeunes qui consultent un centre de réadaptation en dépendance du Québec provenaient de centres jeunesse. Le taux de consommation de drogues illicites à vie, chez les jeunes provenant des centres jeunesse, s'élèverait à 78 % (Lavature, Déry, & Pauzé, 2008; Pauzé et al., 2000). Les drogues illicites les plus consommées par les jeunes en centre jeunesse sont, dans l'ordre, le

⁶ L'expression « consommation intensive » réfère au fait de consommer trois fois et plus par semaine.

cannabis, les hallucinogènes et les stimulants (Cousineau *et al.*, 2005; Laventure, Déry, & Pauzé, 2006; Laventure, Déry, & Pauzé, 2008). Il a été avancé que 87,7 % de ces jeunes auraient déjà consommé de l'alcool, 77,5 % du cannabis et 39 % des hallucinogènes (Tremblay, Blanchette-Martin, & Garceau, 2004). L'étude de Laventure, Déry et Pauzé (2008) rapporte des résultats identiques. Par ailleurs, les données concernant la cocaïne sont inquiétantes puisque la proportion de consommateurs se chiffrerait à 15 %, ce qui correspond à une proportion trois fois plus élevée que chez les jeunes du secondaire (Dubé & Fournier, 2007; Laventure, Déry, & Pauzé, 2008; Pauzé *et al.*, 2005). En ce qui a trait à l'âge d'initiation moyen pour les SPA chez les jeunes des centres jeunesse du Québec, on rapporte une valeur de 11,8 ans pour l'alcool, 12,8 ans pour le cannabis, 14,1 ans pour les hallucinogènes et 13,8 ans pour les autres drogues⁷ (Laventure, Déry, & Pauzé, 2008). À ce sujet, les jeunes interrogés dans le cadre de *l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* de 2006 ont rapporté s'être initiés à la consommation d'alcool à 12,6 ans et à la consommation de drogues à 13,2 ans en moyenne (Dubé & Fournier, 2007). Concernant l'âge de consommation hebdomadaire moyen, les chiffres suivants ont été rapportés : pour l'alcool, 14,4 ans; pour le cannabis, 13,7 ans; pour les hallucinogènes, 14,5 ans; pour les autres drogues, 14 ans (Laventure, Déry, & Pauzé, 2008).

⁷ Par autres drogues, on entend : speed, héroïne, barbituriques, sédatifs, colle et solvant.

Parmi les jeunes hébergés en centre jeunesse qui fréquentent aussi un centre de l'Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec (ACRDQ), il a été constaté que 30 % d'entre eux consomment du cannabis quotidiennement (Tremblay, Blanchette-Martin, & Garceau, 2004), contre 4 % dans la population générale (Guyon et Desjardins, 2002). De plus, une autre étude menée auprès de jeunes pris en charge par les Centres jeunesse de Montréal indique que 20,3 % d'entre eux présentent des problèmes de consommation en émergence, alors que 10,5 % vivent des problèmes de consommation évidents, soit environ deux fois plus de jeunes que ceux de la population en général (Pelletier, 2004). L'étude de Laventure, Déry et Pauzé (2008) rapporte pour sa part que 28,9 % des jeunes présentent un profil de consommation faible, 37,3 % présentent un profil de consommation élevée et 33,8 % présentent un profil de consommation modérée⁸.

En somme, la recension des écrits canadiens et québécois a permis de constater certaines convergences du point de vue des données recueillies en matière d'alcool et d'autres drogues. La consommation d'alcool à vie se chiffre à 62,3 % pour les données canadiennes et à 63 % pour les données québécoises. Pour la consommation de drogues illicites dans la dernière année, tel que

⁸ L'étude de Laventure, Déry et Pauzé (2008) a établi un classement des jeunes d'après leurs scores composés. Ainsi, les jeunes qui présentaient des scores composés supérieurs au troisième quartile étaient regroupés dans le profil de consommation élevée. Les jeunes qui présentaient des scores composés inférieurs au deuxième quartile intégraient le profil de consommation faible. Finalement, les jeunes qui avaient un tout autre score que ceux susmentionnés étaient regroupés dans le profil de consommation modérée.

rapporté pour l'alcool, une similarité prévaut entre les données nationales (29,2 %) et provinciales (30 %). En ce qui a trait aux données provinciales sur la consommation à risque ou problématique, ces données ne peuvent être comparées à leur équivalent national, car les outils sélectionnés et le groupe d'âge recensé ne sont pas identiques. À preuve l'enquête de Tjepkema (2004) rapporte que 2,7 % des jeunes canadiens de 15 à 19 ans présentent une dépendance; Dubé et Fournier (2007) pour leur part affirment que 6,5 % des jeunes québécois de 12 à 17 ans ont une consommation problématique.

LES TROUBLES MENTAUX

Prévalence des troubles mentaux

Prévalence des troubles mentaux au Canada

Dans cette section, certaines données statistiques se rapportent à la population adulte. Les données valides pour la population adolescente étant quasiment inexistantes, il a été jugé pertinent d'inscrire ces statistiques, d'une part, pour tracer un portrait global de la situation et d'autre part, pour situer plus convenablement le lecteur.

Sur la question des troubles mentaux, les enquêtes épidémiologiques canadiennes révèlent qu'une personne sur cinq en souffrira au cours de sa vie (Gouvernement du Canada, 2006; Kirby & Keon, 2004; Santé Canada, 2002). À cet effet, il importe de souligner que les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent le groupe le plus susceptible de souffrir de ces troubles mentaux (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - ESCC*, 2002). En effet, selon l'ESCC de 2002, près de 18 % des répondants de ce groupe d'âge ont fait état de symptômes caractéristiques d'une maladie mentale ou de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, contre 12 % chez les 25 à 44 ans, 8 % chez les 45 à 64 ans et 3 % chez les 65 ans et plus (ESCC, 2002; Kirby & Keon, 2004). Par ailleurs, il a été démontré que la prévalence ponctuelle des maladies mentales chez les enfants et les adolescents canadiens est approximativement de 15 %. Autrement dit, environ 1,2 millions d'enfants et d'adolescents canadiens souffrent de maladie mentale ou sont atteints de toxicomanie à un degré de gravité suffisamment élevé pour occasionner chez eux une détresse importante susceptible d'entraver leur fonctionnement (Kirby et Keon, 2004). Les affections les plus courantes sont l'anxiété (6,5 %), les troubles de conduites (3,3 %), les déficits de l'attention (3,3 %), la dépression (2,1 %) et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (0,8 %) (Kirby & Keon, 2004).

Selon l'*Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999*, 18 300 adolescents de 12 à 19 ans ont été hospitalisés pour un épisode dépressif. De ce nombre, on note un écart important entre les filles et les garçons (12 600 contre 5700, respectivement) (Statistique Canada, 1998).

En matière d'idéations suicidaires, elles sont trois fois plus fréquentes chez les Canadiens de 15 à 24 ans que chez ceux de 65 ans et plus (6 % contre 1,7 %) (Kirby & Keon, 2004). Parallèlement, les taux d'hospitalisation pour des tentatives de suicide sont en hausse (Kirby & Keon, 2004). Le taux de tentative de suicide des femmes est supérieur à celui des hommes, à l'exception de la strate des 75 ans et plus. Ce même taux atteint un sommet chez les filles de 15 à 19 ans, tandis que les hommes de 20-29 ans et de 30-44 ans affichent le taux le plus élevé (Kirby & Keon, 2004).

Concernant cette fois la population canadienne des 15-24 ans, on rapporte un taux de suicide de 11,5 / 100 000 habitants (Statistique Canada, 1999). Une préoccupante proportion de 21,6 suicides par 100 000 habitants est cumulée chez les garçons, contre 5,1 / 100 000 chez les filles. Ainsi, le suicide représente 24 % de toutes les causes de décès pour les personnes âgées de 15 à 24 ans (moins de 15 ans : 1,6 %; 25-44 ans : 15,9 %; 45-64 ans : 3,1 %; 65 ans et plus : 0,2 %), faisant de ce sous-groupe le plus touché par cette problématique (*Rapport sur les maladies mentales au Canada*, 2002).

Prévalence des troubles mentaux au Québec

Au Québec, selon le *Plan d'action en santé mentale* (Ministère de la santé et des services sociaux - MSSS, 2005), environ 230 000 jeunes seraient aux prises avec un problème de santé mentale. En effet, on estime que la prévalence des troubles mentaux se situerait entre 15 et 20 % chez les jeunes québécois de 4 à 17 ans (6,5 % de troubles anxieux, 3,3 % de troubles de la conduite, 3,3 % de troubles d'attention avec ou sans hyperactivité et 2,1 % de troubles de l'humeur). Les autres troubles mentaux qui atteignent moins de 2 % des jeunes (MSSS, 2005) sont de plusieurs ordres : l'abus de certaines substances, les troubles envahissants du développement, les troubles obsessionnels compulsifs, la schizophrénie, le syndrome de Gilles de la Tourette, les troubles alimentaires et le trouble bipolaire.

Selon les données de l'*Enquête sociale et de santé de 1998* (Daveluy, Pica, Audet, Courtemanche et Lapointe, 2000), 28 % des Québécois de 15 à 24 ans présentent un niveau élevé à l'Indice de détresse psychologique. Toujours selon les données de cette enquête, la proportion des adolescents affichant un niveau élevé à l'Indice de détresse psychologique se situait à 21,6 % et 19,4 % chez les jeunes de 13 ans et 16 ans respectivement. Ces proportions se révèlent, comme c'est le cas chez les adultes, plus élevées chez les filles que chez les garçons. En effet, un peu plus d'une fille de 13 ou 16 ans sur quatre présente un

niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à un garçon de 13 ans sur six et à un garçon de 16 ans sur huit.

Un autre document pertinent réalisé par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) – intitulé *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008) – rapporte que le taux de pensées suicidaires à vie était de 14,7 % chez les 15-24 ans, tandis que celui recensé au cours des douze derniers mois se chiffrait à 5,3 %. Lorsque comparées à la moyenne nationale, tous âges confondus, ces données sont légèrement plus élevées : 14,7 % contre 14,4 % et 5,3 % contre 3,8%. Cette étude rapporte aussi que lorsque les variables « sexe », « âge » et « revenu » sont considérées simultanément dans les analyses multivariées, le risque d'avoir eu des pensées suicidaires sur douze mois est cinq fois plus élevé chez les 15 à 24 ans, et trois fois plus élevé chez les 25 à 64 ans, comparativement aux personnes de 65 ans et plus (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008).

Toujours selon cette enquête, le taux de tentatives de suicide à vie pour les 15-24 ans atteint 4,7 %. Ce taux diffère de la moyenne nationale (3,5 %), du taux chez les 25-64 ans (3,6 %) et du taux relevé pour les 65 ans et plus (2,0 %) (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008). Pour le taux recensé

dans la dernière année, il se chiffre à 1 %, comparativement à 0,3 % pour la moyenne nationale (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008). Du point de vue des pensées suicidaires, les analyses multivariées en présence des variables « sexe » et « revenu » montrent que l'âge est associé au fait d'avoir tenté de se suicider, tant au cours de la vie entière des individus qu'au cours des douze derniers mois. Ainsi, les 15 à 24 ans ont une probabilité cinq fois plus élevée que les 25 à 64 ans de rapporter une tentative de suicide sur une période de douze mois (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008).

Au su de ces résultats, il semble évident que les données canadiennes et québécoises en matière de troubles mentaux convergent. La prévalence des troubles mentaux chez les jeunes se situe à 15 % au Canada et entre 15 et 20 % au Québec. Cette proximité est aussi quantifiable du point de vue des idéations suicidaires au cours de la dernière année : chez les 15-24 ans, le taux est de 6 % au Canada contre 5,3 % au Québec.

Notons enfin que les résultats avancés par le *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005) rencontrent, toutes proportions gardées, ceux mis de l'avant par une étude réalisée en Colombie-Britannique sur un sujet et un échantillon comparables (Waddell et Shepherd, 2002). Les données de cette dernière, par leur similitude avec d'autres résultats d'études équivalentes réalisées dans

certaines provinces canadiennes, témoignent de la pertinence des valeurs recensées dans le cadre proprement québécois. À preuve : troubles anxieux (6,5 %), troubles de la conduite (3,3 %), troubles d'attention avec ou sans hyperactivité (3,3 %), troubles de l'humeur (2,1 %).

LES TROUBLES CONCOMITANTS

Prévalence des troubles concomitants au Canada

Dans le cadre de sa publication sur les *Meilleures pratiques*, Santé Canada a, en 2002, pris soin de définir les troubles concomitants de la façon suivante :

« Les individus ayant des troubles concomitants représentent les personnes aux prises avec une combinaison de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques et de problèmes d'abus de SPA. Sur le plan technique, on fait référence ici à toute combinaison de troubles mentaux et de troubles liés aux substances, comme le définit le système de classification du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. » (Santé Canada, 2002, p. 8.)

Les « troubles liés aux substances » font partie des troubles de l'axe I du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV - American Psychiatric Association, 1996) et désignent la consommation régulière d'alcool ou de drogues illicites occasionnant des problèmes importants, relativement à diverses sphères de la vie telles que le travail, les relations interpersonnelles, la santé physique et le bien-être économique. Deux sous-catégories exclusives sont identifiées : l'abus et la dépendance aux SPA. Selon cette classification, les

troubles concomitants⁹ désignent des troubles liés aux substances, accompagnés d'un trouble mental de l'axe I ou de l'axe II.

Il est à noter par surcroît que dans ce manuel, l'APA propose une classification des problèmes de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Quatre grandes catégories regroupent les troubles généraux : les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles de comportement et les troubles de consommation de substances (APA, 1996).

Les problèmes associés à la toxicomanie peuvent être étudiés de différentes manières. Les enquêtes d'épidémiologie psychiatrique permettent de documenter la comorbidité entre différents troubles mentaux, tels que définis par les critères diagnostiques du *DSM-IV* (APA, 1996). Il s'agit d'une classification catégorielle des problèmes associés. La cooccurrence de troubles mentaux chez des clients en traitement pour un abus ou une dépendance aux substances psychoactives est associée à un moins bon pronostic (Bender, Springer & Kim, 2006; Crome, 2004; Donohue et al., 1998; Flanzer, 2005; McHugo et al., 2006; Nadeau, 2001; Wise, Cuffe, & Fischer, 2001). La mesure des problèmes associés par l'entremise d'une évaluation globale d'indices de sévérité des problèmes psychologiques plutôt que l'évaluation diagnostique de

⁹ Dans cet ouvrage, le terme « troubles concomitants » réfèrera à cette définition de l'Association psychiatrique américaine (APA) tirée du *DSM-IV* (APA, 1996).

troubles mentaux constitue également une méthode pertinente. En effet, la sévérité des problèmes psychologiques constitue l'un des facteurs de prédiction de moins bons résultats thérapeutiques du traitement en toxicomanie parmi les mieux documentés (Bender, Springer & Kim, 2006; Hser, Anglin, Grella, Longshore, & Prendergast, 1997; Rowe, Liddle, Greenbaum, & Henderson, 2004; Velasquez, & coll., 1999; Williams & Chang, 2000). En outre, McLellan et son équipe (1994) soulignent l'importance du niveau de sévérité des problèmes aux diverses sphères de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour évaluer le résultat d'un traitement et pour en prédire l'issue : alcool, drogues, médical, emploi, familial, psychologique, légal. Ces auteurs parlent d'« ajustement social » pour faire référence à ces cinq dernières sphères, lesquelles ne sont pas directement reliées à la consommation de substances. Des problèmes sévères sur ces différentes sphères sont associés à de moins bons résultats thérapeutiques, tant pour les dépendances aux opiacés et à la cocaïne qu'à l'alcool (Bender, Springer & Kim, 2006; McLellan & coll., 1994).

Prévalence des troubles concomitants dans la population générale au Canada

Au Canada, les données en matière de prévalence des troubles concomitants dans la population générale sont aussi peu nombreuses que désuètes. De ce fait, les meilleures estimations canadiennes découlent d'études épidémiologiques publiées dans la documentation spécialisée provenant

généralement des États-Unis, tel que le rapport de la Epidemiology Catchment Area (ECA - Reiger, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd, & Goodwin, 1990).

Chez les adolescents de la population générale, on note qu'aucune donnée à l'échelle nationale n'a été avancée, illustrant des lacunes préoccupantes quant à notre connaissance des troubles concomitants affectant les jeunes Canadiens. Au plan provincial, la réalisation de certaines enquêtes permet d'avoir une idée globale de la prévalence canadienne en cette matière. Parmi ces études, le *Sondage sur la consommation de drogues chez les élèves de l'Ontario* (SCDEO - Adlaf et al., 2002) a permis de constater que 68 % des enfants et des adolescents atteints d'une maladie mentale souffrent simultanément de deux troubles mentaux ou plus. On y apprend aussi qu'environ un élève sur 12, soit 8 % – près de 81 100 étudiants –, a affirmé souffrir de détresse psychologique significative tout en présentant une consommation dangereuse d'alcool (Adlaf et Paglia, 2003). De plus, parmi les élèves faisant état de problèmes liés à la consommation d'alcool, près de la moitié soutient également souffrir de détresse psychologique (Adlaf et Paglia, 2001). Récemment, une autre étude conduite en Colombie-Britannique auprès de jeunes de la population générale souffrant de troubles liés aux substances a révélé que 76 % d'entre eux étaient atteints de troubles concomitants, soit des troubles de l'anxiété, de l'humeur ou du comportement (Waddell & Shepperd, 2002).

Certaines études effectuées auprès des adolescents canadiens ont avancé que plusieurs problèmes de santé mentale sont aux prises avec des problèmes d'usage de SPA. Bien que cette association ne soit pas linéaire, certains problèmes comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, le TDAH, la dépression, l'anxiété, les troubles du comportement, le trouble des conduites et les troubles d'apprentissage, peuvent accroître le risque de développer des problèmes d'usage d'alcool ou d'autres drogues (Center for Addiction and Mental Health - CAMH, 2004). Notons par ailleurs que la consommation problématique de psychotropes chez les adolescents souffrant d'anorexie (12 à 18 %) et de boulimie (30 à 70 %) est aussi préoccupante (CAMH, 2004).

Prévalences des troubles concomitants dans les populations cliniques au Canada

Dans la littérature, les récentes études effectuées auprès de populations cliniques ne portent pas sur des adolescents. Les études menées auprès des adultes montrent que les taux d'alcoolisme et de toxicomanie sont toujours plus élevés chez les adultes qui utilisent les services de santé mentale que dans la population générale (Rach-Beisel et al., 1999; Room, 1998). Ross et al. (1988) ont pour leur part constaté que 68 % des personnes en traitement externe pour des problèmes de consommation de SPA provenant d'un établissement de Toronto souffraient d'un trouble psychiatrique concomitant et que les symptômes les plus répandus qui s'y rattachaient consistaient en la personnalité antisociale, la phobie, l'anxiété et la dépression.

Prévalence des troubles concomitants au Québec

Prévalence des troubles concomitants dans la population générale au Québec

Au Québec, les résultats recensés suggèrent généralement qu'un taux élevé de symptômes psychiatriques est observé chez les personnes présentant un problème de dépendance, et inversement pour les personnes aux prises avec un trouble mental (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2005). Dans une étude réalisée auprès de 1600 jeunes Québécois, Vitaro et ses collègues (2001), ont révélé que parmi les consommateurs problématiques de psychotropes, 25,5 % ont un problème de dépression ou un problème de comportement, tandis que cette proportion chute à 10,4 % chez les non-consommateurs de SPA. Inversement, les résultats de cette étude indiquent que 63,2 % des jeunes présentant un problème de comportement et 42,4 % des jeunes qui ont un problème de dépression sont des consommateurs problématiques de psychotropes (Vitaro et al., 2001). Une autre étude de Vitaro et al. (1999) a aussi révélé que trois fois plus de jeunes consommateurs de substances éprouvent un problème de comportement et/ou un trouble dépressif que les jeunes non-consommateurs.

Prévalence des troubles concomitants dans les populations cliniques au Québec

Au Québec, les données cliniques publiées ayant pour sujet les troubles concomitants sont rares, particulièrement celles concernant les adolescents. Les études menées auprès de populations cliniques adultes ont toutefois permis d'estimer qu'entre le tiers et la moitié de la clientèle adulte évoluant en milieu psychiatrique présente un problème de consommation et qu'entre la moitié et le deux tiers de la clientèle en traitement pour un problème de consommation de SPA présente un trouble mental concomitant (Mercier & Beaucage, 1997; Morin, Gagné, & Vincent, 2000; MSSS, 2005).

Dans le cadre d'une autre étude québécoise réalisée dans un centre québécois spécialisé en toxicomanie, 59,5 % des adolescents en traitement présentaient des symptômes dépressifs, 42 % présentaient des symptômes d'anxiété, 42 % avaient des idées suicidaires, 29,5 % avaient fait au moins une tentative de suicide et 27,5 % avaient des comportements d'automutilation (Bertrand, Ménard, & Plourde, 2004). Quant aux troubles de la conduite, un autre ouvrage mentionne que ce dernier est le trouble de santé mentale du *DSM-IV-TR* le plus étroitement associé à l'usage de psychotropes chez les jeunes adolescents en Centre jeunesse (Laventure, Déry, & Pauzé, 2006).

Parmi l'ensemble des problèmes de santé mentale concomitants, il faut aussi noter que l'interrelation entre le suicide et la toxicomanie constitue un phénomène particulièrement préoccupant (Bertrand, Ménard, & Plourde, 2004). Le suicide est la principale cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans au Québec (Gouvernement du Québec, 2006). La recension des écrits sur le sujet, produite par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT - Tousignant & Payette, 1997), révèle que les personnes qui présentent un diagnostic relié aux substances psychoactives sont beaucoup plus à risque de se suicider que la population générale. Selon les études, les troubles liés à la prise d'alcool ou d'autres drogues sont présents dans 30 à 50 % des cas de suicide, sans égard pour l'âge (Tousignant & Fayette, 1997). Les suicidaires consommeraient également plus de drogues, excluant l'alcool, que les non-suicidaires (Forget, 1995). Vitaro et al. (2001) ont mentionné, de surcroît, que parmi les jeunes de leur étude qui présentaient une double ou une triple problématique de symptômes dépressifs / problèmes de consommation / troubles de comportements, 40 % avaient également des idées suicidaires. Ce taux baissait à 20 % chez ceux présentant une seule des trois problématiques, et à 5 % chez ceux n'en vivant aucune.

CRITIQUE DE LA RECENSION DE LA LITTÉRATURE CANADIENNE ET QUÉBÉCOISE EN MATIÈRE DE TOXICOMANIE ET DE TROUBLES CONCOMITANTS

En ce qui a trait à la réalisation d'enquêtes de prévalence, tant au niveau national que provincial, on dénote un nombre limité d'ouvrages. De ce fait, les taux de prévalence présentés sont davantage le fruit d'études américaines; ces dernières n'offrent dès lors qu'un constat approximatif de la réalité canadienne (Santé Canada, 2002). Pour la grande majorité des études réalisées, la population adulte a été plus particulièrement considérée. Cette situation a pour effet de procurer une quantité minime de données sur les adolescents (CPLT, Schneeberger & Desrosiers, 2001; Dennis & coll., 2002). Qui plus est, lorsque l'on s'intéresse aux mineurs dans ces enquêtes épidémiologiques, le groupe des moins de 15 ans n'est pas représenté. Cette situation a pour effet de limiter les données quantitatives susceptibles de faciliter une compréhension globale du phénomène.

D'autres lacunes sont constatées dans les enquêtes canadiennes et québécoises. Tout d'abord, en ce qui a trait au mode de recrutement des participants, le recours aux entretiens téléphoniques dans l'ETC (Adlaf, Begin, & Swaka, 2005), par exemple, occasionne la mise en marge de certaines classes

sociales telles que les prisonniers, les personnes hospitalisées, les sans-abris, etc. Dans un même esprit, les enquêtes québécoises réalisées par l'ISQ auprès des élèves du secondaire écartent également des sous-populations de jeunes à risque telles que les jeunes de la rue, les jeunes des Centres jeunesse et les décrocheurs. Or, dans la littérature, ces individus sont généralement reconnus pour éprouver plus de problèmes de toxicomanie et/ou des troubles mentaux. Par cette limite commune, ces enquêtes sous-estiment donc le véritable taux de prévalence de la consommation, des troubles mentaux et des troubles concomitants. D'autre part, les données relevées dans ces mêmes études comportent des définitions hétérogènes et des méthodologies divergentes. Ce manque d'uniformité a pour effet de fournir des résultats établis sur une conceptualisation distincte du phénomène. Dans cet esprit, ces résultats doivent être systématiquement interprétés avec prudence.

Un autre point concerne la recherche compartimentée en matière de troubles concomitants. Ainsi, comme le rapportent McHugo et al. (2006), le fait que la recherche prenne pour inspiration les diverses études réalisées auprès des centres spécialisés en alcool, en drogue et en santé mentale nuit à une compréhension globale qui tiendrait compte de la complexité des troubles concomitants. Pour ainsi dire, en réalisant des études dans un centre de réadaptation en toxicomanie ou dans un milieu psychiatrique, il s'avère difficile, voire impossible de recueillir des données sur les troubles concomitants : dans

cet esprit, donc, on axe la recherche de résultats sur la population en traitement de la toxicomanie avec des troubles mentaux ou en traitement psychiatrique présentant des problèmes de consommation. Il paraîtrait dès lors plus efficace de combiner ces deux formules afin de fournir des éléments de recherche plus significatifs. Ce constat, tel qu'observé aux États-Unis, semble aussi s'appliquer au Canada et au Québec.

CARACTÉRISTIQUES DES ADOLESCENTS PRÉSENTANT DES PROBLÈMES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE

Selon plusieurs études menées auprès des adolescents, ceux qui présentent des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie se sont initiés plus tôt à la consommation d'alcool et d'autres drogues et présentent une consommation de substances plus intensive et problématique comparativement à ceux qui ne présentent pas de double problématique (Bender, Springer & Kim, 2006; Clark & Neighbors, 1996; Horner & Scheibe, 1997; Greenbaum et al., 1991; Miller-Johnson, Lochman, Coie, Terry, & Hyman, 1998; Rhode, Lewinsohn & Seeley, 1996; Rowe et al., 2004; Whitmore, Mikulich, Thompson, Riggs, Aarons, & Crowley, 1997).

Le problème concomitant de santé mentale chez les adolescents toxicomanes est également associé à des relations familiales plus conflictuelles (Bender, Springer & Kim, 2006; Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001; Riggs, Baker, Mikulich, Young, & Crowley, 1995; Rowe, Liddle, & Dakof, 2001; Whitmore, Mikulich, Thompson, Riggs, Aarons, & Crowley, 1997), des idéations suicidaires plus fréquentes (Bender, Springer & Kim, 2006; Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001) et à de multiples problèmes scolaires (Bender, Springer & Kim, 2006; Whitmore, Mikulich, Thompson, Riggs, Aarons, & Crowley, 1997).

De plus, les adolescents présentant ce profil sont plus susceptibles de commettre des actes illégaux et, conséquemment, de faire face à la justice (Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001), d'être hospitalisés (Bender, Springer & Kim, 2006; Crome, 2004; Flanzer, 2005), ainsi que de présenter des conduites à risque (Word et Bowser, 1997).

Pronostic des jeunes présentant des problèmes concomitants de santé mentale

La présence d'un problème concomitant de santé mentale chez les jeunes qui abusent de SPA engendre de plus grands défis cliniques (Bender, Springer & Kim, 2006; Grella et Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001; Kaminer, 1999; Rohde, Clarke, Lewinsohn, Seeley & Kaufman, 2001; Rowe, Liddle, Greenbaum et al., 2004). Des études affirment que les jeunes en traitement de la toxicomanie aux prises avec des problèmes de santé mentale présentent un moins bon pronostic (Bender, Springer & Kim, 2006; Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001; Ramo, 2005; Tomlinson, Brown, & Abrantes, 2004) et tendent à abandonner davantage leur suivi (Wise, Cuffe, & Fischer, 2001), en comparaison de ceux qui ne présentent pas cette double problématique.

Les taux de rechute de ces jeunes dans l'année suivant la fin du traitement sont élevés – entre 35 % et 75 % – (Brown, D'Amico, McCarthy, & Tapert, 2001; Crome, 2004; Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001; Kaminer, Burleson &

Goldberger, 2002; Tomlinson, Brown, & Abrantes, 2004). Qui plus est, cette rechute se produit plus rapidement que pour leurs congénères présentant uniquement des troubles de consommation (Flanzer, 2005; Rowe, Liddle, Greenbaum, & Henderson, 2004; Tomlinson, Brown, & Abrantes, 2004).

Les adolescents ayant un problème concomitant de santé mentale rechutent plus souvent dans des contextes qui impliquent l'augmentation des états émotionnels positifs, la pression sociale et les états émotionnels négatifs. En ce sens, McCarthy, Tomlinson, Anderson, Marlatt, & Brown (2005) ont précisé que ce risque est particulièrement élevé lorsque ces jeunes sont dans un état de détresse. Si l'apport de ces études est patent, en revanche, le processus de rechute des jeunes ayant un problème concomitant de santé mentale demeure relativement méconnu (Ramo, Anderson, Tate, & Brown, 2005).

Dans un autre ordre d'idées, on constate que les adolescents présentant une double problématique ont utilisé, en moyenne, un nombre plus élevé de services à l'admission et qu'ils reçoivent davantage de services durant le traitement, comparativement aux jeunes n'ayant pas de problème concomitant (Bender, Springer & Kim, 2006; Grella, Joshi, & Hser, 2004; Grella, Vandana, & Hser, 2004; McHugo et al., 2006). Garland et al. (2003) ont révélé que les jeunes en traitement pour la toxicomanie ayant un trouble concomitant sont significativement plus susceptibles de recevoir des services externes que ceux

qui n'ont pas ce diagnostic. Cette particularité pourrait s'expliquer, selon les auteurs, par la difficulté des jeunes présentant un trouble concomitant à prendre part à un traitement en groupe.

TRAITEMENT

Dans l'état actuel des connaissances, il est complexe de présenter un rapport précis sur l'efficacité des traitements pour les patients – tant adultes qu'adolescents – souffrant de comorbidité. Ce constat est attribuable aux multiples facettes ainsi qu'aux défis inhérents au diagnostic différentiel des troubles concomitants, aux lacunes méthodologiques des recherches évaluatives (Cuffel, 1996) et au fait que la recherche jusqu'à ce jour ne permette pas de déterminer si une approche spécifique est préférable à une autre (Tremblay et coll., 2005; Diamond et coll., 2002).

Néanmoins, des études réalisées auprès de patients adultes ont permis d'avancer que les traitements intégrés de santé mentale et de toxicomanie pouvaient produire de meilleurs résultats que ceux rapportés dans les recherches précédentes, lesquelles ciblaient uniquement l'une ou l'autre de ces problématiques (Lohman et al., 2002; Riggs et al., 2004).

Les meilleures pratiques

Définition du concept de « meilleures pratiques »

Dans les soins de santé, il est rapporté par Varcoe (1998) que la conceptualisation du terme « meilleure pratique » est passée de la simple publication de documents intitulés « meilleures pratiques » à une appellation systématique et formelle. Cette nouvelle catégorisation devenait donc la source d'informations plus significatives en raison des fondements rigoureux appuyés sur une recherche spécifique sur un sujet donné.

Ainsi, les « meilleures pratiques » désignent les nouvelles lignes directrices qui sont établies d'après le consensus d'experts-clés, appuyées par la documentation sur les approches et les éléments de traitement. Elles se veulent, en quelque sorte, la présentation de résultats positifs pour le traitement de personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. Bref, les énoncés de « meilleures pratiques » sont des recommandations émises face à un sujet particulier dans le but d'aider à l'orientation d'une pratique (Varcoe, 1998).

Meilleures pratiques d'intervention en toxicomanie chez les adolescents

Dans cette section, il est question de faire un bref survol des meilleures pratiques d'intervention auprès de la population adolescente aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Les pratiques qui font consensus auprès de la

clientèle adolescente aux prises avec une problématique de toxicomanie sont l'approche motivationnelle (Miller et Rollnick, 2004, 2006), l'approche cognitivo-comportementale, la philosophie de réduction des méfaits (Tupker, 2004), les approches familiales et le traitement multisystémique (Henggeller & Borduin, 1990; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998; Henggeller, 1997).

L'approche motivationnelle ainsi que les approches cognitivo-comportementales et familiales sont considérées pour leur efficacité (Clark et coll., 2002) et s'avèrent les plus encourageantes (Bertrand et al., 2006) pour le traitement. À ce jour pourtant, l'état des connaissances ne permet pas de déterminer si une approche spécifique est supérieure à une autre (Tremblay et coll., 2005; Diamond et coll., 2002).

L'approche motivationnelle, une approche non-confrontante, serait particulièrement adéquate pour les jeunes présentant un problème de consommation de SPA (O'Leary Tevyaw & Monti, 2004). Cette approche favoriserait l'alliance thérapeutique, mais aussi le changement auprès de la clientèle adolescente (Brunelle et coll., 2008).

Les approches cognitivo-comportementales ont pour cible d'intérêt les processus cognitifs et les croyances découlant de la consommation ainsi que le

développement d'habiletés (Muck et coll., 2001). Pour que l'adolescent réussisse une démarche de réadaptation, il doit abandonner les comportements de consommation acquis pour en apprendre de nouveaux, socialement acceptables (Muck et coll., 2001). Ces approches se sont avérées efficaces auprès d'adolescents toxicomanes (Kumpfer, 2001), particulièrement lorsqu'elles étaient associées à des approches familiales (Clark et coll., 2002; Tremblay et coll., 2005).

Les approches familiales ou « thérapie familiale » se concentrent sur les jeunes, les parents, les interactions entre ceux-ci et celles entre les parents et les diverses ressources faisant partie de la vie du jeune. Ces approches semblent aussi efficaces auprès des adolescents que les approches cognitivo-comportementales (Diamond et coll., 2002).

Meilleures pratiques en matière de troubles concomitants chez les jeunes

D'entrée de jeu, précisons que les travaux effectués à ce sujet portent davantage sur la population adulte. C'est la raison pour laquelle les grands constats réalisés et présentés dans le cadre de cette étude concernent, dans un premier temps, cette population.

Depuis plusieurs années, aux États-Unis, au Canada et ailleurs dans le monde, des efforts considérables ont été et sont actuellement déployés pour

élaborer les meilleures pratiques en matière de troubles concomitants (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Santé Canada, 2002). Les lignes directrices découlant de ces travaux ont donc permis aux chercheurs, cliniciens et autres professionnels du milieu de mettre l'emphase sur des approches, des traitements et des interventions spécifiques. Ces recherches ont ainsi permis à certains auteurs d'affirmer que les approches traditionnelles de soins fondées sur des traitements séquentiels¹⁰ ou parallèles¹¹ ont échoué et qu'il faut désormais mettre en œuvre des stratégies intégrées (Brunette et al., 2001; Drake, Mueser, Brunette, & McHugo, 2004; Ho et al., 1999; Lysaught & Wodarski, 1996; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2001; Room, 1998; Rosenthal & Westreich, 1999; Siegfried, 1998). Santé Canada (2002) recommande pour cette clientèle que le traitement et le soutien prennent en compte les besoins fondamentaux de la personne, que la notion de réinsertion sociale fasse partie intégrante du traitement et que l'intervention tienne compte de l'identification du stade de motivation des personnes affectées. Plus encore, l'utilisation des techniques d'entrevue nécessaires pour développer et maintenir la motivation au changement, l'engagement en traitement et l'approche visant la réduction des méfaits doivent être considérées : elles favorisent en effet l'accès aux services pour cette clientèle, souvent réfractaire au changement (Comité

¹⁰ On entend ici par « traitement séquentiel » le traitement d'une problématique puis d'une autre, subséquentement.

¹¹ On entend ici par « traitement parallèle » le traitement des deux problématiques simultanément, mais dans deux établissements différents.

permanent sur les troubles concomitants, 2005). Si l'ensemble de ces travaux a ciblé la double problématique chez les adultes, les recherches sur les jeunes en ce domaine sont en revanche plus rares (Bender et al., 2006).

Pour les adolescents, tel que susmentionné, les recherches du point de vue du traitement sont limitées (Santé Canada, 2001). Les quelques constats qui émergent de la littérature en ce domaine vont dans le même sens que le consensus sur les meilleures pratiques à observer auprès des adultes, tant sur le plan des modes d'organisation de services que des pratiques cliniques. Bertrand et ses collègues (2006) rapportent que plusieurs recommandations pour l'intervention auprès d'adultes ayant cette double problématique peuvent orienter l'intervention auprès des jeunes. Ces chercheurs avancent en effet qu'il convient de dépister systématiquement la présence de troubles mentaux en recourant à des outils validés, de réaliser une évaluation complète afin d'établir un diagnostic d'un ou des troubles de santé mentale en présence, d'évaluer le niveau de fonctionnement psychosocial du jeune et d'estimer tout au long du processus de traitement le niveau de motivation de celui-ci, de même que ses progrès aux plans psychologiques et de la consommation. Les auteurs suggèrent aussi de déterminer la nature des éléments qui motivent ou non le jeune et adapter les interventions en conséquence, établir un plan de service individualisé tenant compte des ressources disponibles et de l'orientation adéquate vers un traitement approprié et, finalement, tenir compte des besoins

fondamentaux du jeune, notamment en ce qui a trait au logement, à sa sécurité et à son réseau de soutien social (Bertrand et al., 2006).

Parallèlement, des principes cliniques pour traiter les adolescents ayant un double diagnostic de dépression et de problème de consommation ont été établis. Ces principes incluent les éléments suivants : (a) la motivation établie par l'alliance thérapeutique entre le client et l'intervenant, (b) l'utilisation d'une médication adaptée à la dépression, (c) le monitoring de la consommation de SPA, de la prise de médication conforme à la prescription et à la motivation, (d) l'utilisation de la psychothérapie pour la dépression incluant la thérapie familiale et le programme des 12 étapes si la pharmacothérapie n'est pas appropriée, (e) la prise en considération d'une thérapie plus intensive si la dépression et le problème de consommation ne s'améliorent pas dans les deux premiers mois et, finalement, (f) la mise en place de moyens pour prévenir la rechute (Riggs & Davies, 2004).

Dans le même sens, Bender et ses collègues (2006) affirment que les adolescents nécessitent des traitements spécifiques qui correspondent à leurs enjeux développementaux. Les auteurs formulent aussi des recommandations pour intervenir de manière spécifique auprès de jeunes aux prises avec des troubles concomitants. Parmi celles-ci, notons la nécessité de faire appel à une approche de traitement intégrée pour évaluer à la fois la santé mentale et les

problèmes reliés à la consommation de SPA concomitantes. Ils rappellent aussi que le traitement doit s'asseoir sur une approche écologique et systémique par l'implication de personnes significatives pour le jeune – les membres de la famille, les amis et le personnel scolaire (Bender et al., 2006). Finalement, Bender et al. (2006) révèlent que le traitement doit toucher plusieurs domaines de la vie du client pour espérer améliorer ses aptitudes de résolution de problèmes et de prise de décisions, la régulation de son affect, le contrôle de son impulsivité, ses aptitudes de communication et ses relations familiales et interpersonnelles.

Par ailleurs, plusieurs chercheurs affirment que le seul besoin clinique spécifique à cette population tient à un meilleur dépistage et à une meilleure évaluation de la clientèle lors de l'admission dans les ressources (Robertson, Dill, Husain, & Undesser, 2004). Crome (2004) suggère pour sa part que l'approche la plus efficace auprès des adolescents présentant des problèmes concomitants est celle qui combine des traitements aux dépendances pour adultes avec des traitements pour adolescents présentant des troubles de comportement.

Dans une étude récente (Bean, White, Neagle & Lake, 2005), des résultats positifs ont été obtenus auprès de jeunes en traitement psychiatrique intensif à l'interne aux prises avec un double diagnostic de toxicomanie et de santé

mentale. On observait alors une diminution des symptômes d'anxiété, de dépression, de troubles de la conduite et de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. Une autre étude (Clark, Marmol, Cooley & Gathercoal, 2004) a aussi mesuré des améliorations similaires, au niveau de la réduction des affects dépressifs, de la prédisposition à faire usage de SPA, de la délinquance et de l'impulsivité. Pour cette étude, l'approche de thérapie nature (Wilderness therapy) a été utilisée.

Bender et al. (2006) ont procédé à une recension des écrits sur les meilleures pratiques auprès des adolescents présentant un trouble concomitant de toxicomanie et de santé mentale. Bien que ces approches ne soient pas ciblées exclusivement pour traiter les adolescents aux prises avec un trouble concomitant, cette étude établit ainsi les meilleures pratiques : la *Thérapie Multisystémique* (Henggeler, Pickrel, & Brondino, 1999), l'*Interactional Group Therapy* (Kaminer, Burleson, Blitz, Sussman, & Rounsaville, 1998; Kaminer & Burleson, 1999), la *Family Behavior Therapy* (Azrin, Donohue, Teichner, Crum, Howell & DeCato, 2001), l'*Individual Cognitive Problem Solving* (Azrin, Donohue, Teichner, Crum, Howell & DeCato, 2001), la *Cognitive Behavior Therapy* (Kaminer, Burleson, & Goldberger, 2002), l'*Ecologically Based Family Therapy* (Slesnick & Prestopnik, 2005) et la *Seeking Safety Therapy* (Najavits, Gallop, & Weiss, sous presse).

Somme toute, l'importance d'offrir un traitement intégré aux adolescents présentant des troubles concomitants est reconnue en Amérique du Nord (CAMH, 2004; Crome, 2004; Lysaught and Wodarski 1996; SAMHSA, 1999). Les évidences empiriques et les expériences cliniques tendent à suggérer que les interventions efficaces auprès des adolescents aux prises avec une double problématique d'abus de substances et de problèmes psychiatriques doivent aussi fournir une conceptualisation intégrée et une approche systémique pour évaluer ces multiples problèmes (Riggs & Whitmore, 1999; Rounds-Bryant et al., 1999).

Critique de la littérature sur les « meilleures pratiques »

La mise en œuvre de telles lignes directrices, bien que fondées sur des données probantes, souffre toujours de lacunes considérables. Il faut toutefois reconnaître que l'on ne peut, dans le secteur de la santé comme ailleurs, parer aux manques quotidiens en confiant au hasard la réussite de tels projets. Car l'élaboration de lignes directrices implique un travail considérable et, conséquemment, certains délais organisationnels garants de leur efficacité. L'abondance d'informations se poursuit durant ce processus et est exclue par le fait même de l'élaboration de ces orientations. Cet apport continu en termes de données complexifie ainsi l'élaboration d'un portrait adapté à l'orientation d'une pratique donnée (Lafortune, 2009). Une autre étude (Noah, 2002) affirme qu'il

est difficile d'identifier les principaux vecteurs de transfert des connaissances dans les milieux. Qui plus est, la place qu'occupe désormais la notion de « qualité des services » dans le réseau a pour effet de diriger politiciens et gestionnaires vers les documents qui composent la synthèse des connaissances. Or, de nombreuses études montrent que les divers acteurs du milieu (intervenants, gestionnaires et politiciens) n'usent pas forcément du potentiel de tels travaux, bien qu'ils en aient mesuré la pertinence. L'hypothèse serait que cette situation est due à l'écart creusé entre les conditions rigoureuses d'une telle étude (efficacité potentielle) et les conditions dites « normales » dans lesquelles elle sera appliquée au quotidien (efficacité réelle) (Lafortune, 2009). Autrement dit, l'efficacité n'est pas toujours gage de pertinence et de réalisme.

Une autre critique prend pour cible le contenu des études considérées pour la formulation de données probantes. On y traite du défi que représentent la prévention et le traitement des troubles concomitants sur la base de données probantes (Perreault, Perreault, Withaueper & Malai, 2009). On y mentionne que la littérature nord-américaine s'est intéressée à l'intégration des services pour les gens souffrant de troubles concomitants, en faisant même son principal enjeu. Un modèle d'intégration des services dispensés par une seule équipe est ainsi devenu la pratique fondée sur les données probantes, en termes clairs, la pratique à employer. Les auteurs affirment que les études qui ont mené à ce

modèle d'intégration des services ont été réalisées auprès de la clientèle souffrant de troubles graves et persistants de santé mentale, clientèle moins aptes à négocier les services qu'elle nécessite. En ce sens, cette recension critique (Perreault et al., 2009) conclut que la pertinence de cette orientation mérite d'être questionnée; tant dans le domaine de l'intervention que de la prévention en effet, les études courantes indiquent que les interventions impliquant plusieurs milieux sont les plus efficaces. Les auteurs proposent même de « poursuivre la recherche en examinant l'arrimage possible de l'expertise développée sur les traitements à l'expertise développée dans le domaine de la prévention, et ce, tout spécialement auprès des clientèles à risque¹² ». À la lueur de ces constats, il importe de considérer les lignes directrices élaborées comme autant d'éléments pertinents et indicatifs, non comme des éléments impératifs. Il est donc capital de ne pas se limiter exclusivement aux études d'efficacité pour bien comprendre le processus de changement auprès de la clientèle ciblée.

¹² Lafortune, D. (2009). Introduction. *Criminologie*, vol. 42, no 1, 2009, p. 9.

Cadre théorique

Ces constats énoncés, il convient de mieux comprendre la manière dont les troubles mentaux concomitants peuvent affecter le processus de réadaptation des jeunes en traitement pour leur problème de toxicomanie afin d'élaborer des approches cliniques plus adaptées à leur réalité.

Pour ce faire, cette étude tente d'investiguer notamment une source de données significative, bien que trop souvent négligée (Mercier, & Alarie, 2000) : le point de vue de ces jeunes sur leur propre processus de rétablissement. Les données de recherches portant sur la perspective subjective des toxicomanes sont rares (Mercier & Alarie, 2000).

Plus spécifiquement, le vécu expérientiel a été retenu comme élément clé de l'analyse. Il s'agit de la façon dont l'individu s'est senti, a interprété et a réagi à divers événements de vie, et ce, tout en imprimant un mouvement à son devenir et en influençant sa trajectoire (Brochu, 2006; Muchielli, 1996). Mentionnons par surcroît que le projet actuel s'inscrit également dans le courant humaniste tel que le décrit Rogers (1951). Selon cette approche, le client est considéré comme étant l'expert de sa propre situation, d'où l'importance de s'attarder à ses perceptions subjectives pour être en mesure de lui fournir une aide plus adaptée. Ainsi, cette étude peut être qualifiée de phénoménologique (Schutz, 1987 ; Giorgi, 1997) car elle « explore le sens manifeste des discours, elle

privilégie le vécu, la perception des acteurs et de leur expérience (...) sans chercher à découvrir un sens perçu différent du sens perçu et compris par le locuteur » (Poupart, 1998). La phénoménologie s'attarde donc au sens et à l'interprétation qu'accorde l'acteur social aux situations qu'il vit (Schutz, 1987). De cette façon, la phénoménologie permet de regarder dans son ensemble la complexité des phénomènes sociaux (Debuyst, 1989).

OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ce projet comporte l'objectif général suivant : documenter et comprendre les trajectoires de réadaptation des jeunes en traitement de la toxicomanie qui présentent un problème de santé mentale.

Des volets quantitatif (objectifs 1 et 2) et qualitatif (objectifs 2 et 3) se lient tout à la fois à ce projet :

1. Décrire le profil de consommation de SPA et de santé psychologique des participants à leur admission en traitement.
2. Décrire l'évolution de la sévérité du profil psychosocial des participants lors de leur admission en traitement et des suivis de trois et six mois.
3. Documenter les expériences pluridimensionnelles (perceptions, comportements et émotions) des jeunes en traitement de la toxicomanie au sujet de :
 - Leur expérience de réadaptation;

- Leur perception des éléments, liés au traitement ou non, ayant contribué à leur processus de changement, particulièrement sur le plan de l'évolution de la gravité de leur problème de consommation et de santé psychologique.

Méthodologie

Dans le cadre de cette recherche, une méthodologie mixte, quantitative et qualitative, a été privilégiée, permettant ainsi d'élaborer, par complémentarité des données recueillies, un portrait global du phénomène. En effet, plusieurs auteurs, dont Miles & Huberman (1994) et Van der Maren (1996), considèrent que le croisement de sources de données augmente la fidélité et la validité des observations.

Pour les besoins de cette étude, nous avons choisi une centration plus grande sur le volet qualitatif de cette approche mixte. Le fondement de cette priorisation repose sur le fait que l'analyse en profondeur de données qualitatives fournit une explication accrue des processus (Miles & Huberman, 1994) et permet une compréhension de la spécificité et de la complexité de ces mêmes processus en fournissant un point de vue de l'intérieur des phénomènes (Groulx, 1997; Pirès, 1997). Une telle approche favorise donc l'accès à l'expérience vécue par les acteurs sociaux, aux significations qu'ils accordent à celle-ci et au sens de leurs actions (Deslauriers et Kérésit, 1997). Ce faisant, il est possible de mettre en relief les causes profondes (« comment? » et « pourquoi? ») des situations, plutôt que de se limiter uniquement à l'observation de leurs valeurs superficielles (« quoi? » et « combien? »). Les données qualitatives et l'attention portée à l'expérience vécue de ces personnes

sont adaptées à l'identification des significations que les individus accordent aux événements, aux processus et aux structures de leur vie (Miles & Huberman, 1994) – leurs « perceptions, hypothèses, préjugés, suppositions » (Van Maanen, 1977). L'étude de la perception et de l'attitude des jeunes sur leur consommation constitue un aspect de l'examen des trajectoires qui permet de mieux saisir les processus de changement (Hser, Anglin, Grella, Longshore, & Prendergast, 1997). Pour ces raisons, le choix de privilégier la méthodologie qualitative (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, 1997) s'est imposé.

Le volet quantitatif est, quant à lui, d'une utilité certaine pour décrire plus en détail les profils de consommation et de santé psychologique. Ce volet permet une description plus objective du profil psychosocial des jeunes suivant leur admission en traitement à partir des résultats obtenus à chacune des échelles de l'IGT-ADO, et ce, aux trois temps de mesure de cette étude.

L'emploi de données quantitatives et qualitatives permettra une analyse complémentaire et une discussion des résultats plus approfondie en tenant compte d'un regard à la fois objectif et subjectif porté sur les trajectoires de jeunes répondants. Dans la trajectoire objective, la lecture du temps se fait autour du cumul et de la répétition des situations en vue de caractériser les changements et les continuités (Bellot, 2005). La trajectoire subjective, pour sa

part, donne accès au travail intérieur réalisé par l'individu dans la construction de son identité (Bellot, 2005).

Échantillonnage

Le présent projet s'inscrit au sein d'une étude plus vaste menée par Karine Bertrand et ses collègues (Bertrand, Brunelle, Richer, Ménard, & Dufour, [en préparation]). Cette étude, financée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 2005), s'intéresse aux résultats des interventions et aux déterminants du processus de changement des jeunes qui abusent de substances psychoactives et qui sont admis en traitement à Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec, ou encore aux centres Le Grand Chemin.

Dans le cadre de ce vaste projet, 199 adolescents ont été recrutés pour le volet quantitatif de l'étude. Parmi ceux-ci, un sous-groupe de jeunes a été rencontré pour le volet qualitatif, sélectionné à partir de certaines variables stratégiques : sexe, région géographique, présence ou non de problèmes de santé mentale concomitants. Ces critères permettent d'assurer la représentativité sociologique des résultats (Pirès, 1997) afin de sélectionner un échantillon à partir de variables stratégiques. Cela permet d'obtenir différents sous-groupes représentatifs de la population à l'étude. Dans cette étude, les variables stratégiques choisies pour l'échantillonnage sont les suivantes : le lieu géographique, le sexe, le type de centre de traitement.

Un échantillon total de 27 jeunes a été rencontré dans le cadre du volet qualitatif. La taille de l'échantillon a été considérée comme étant acceptable d'après le principe de saturation empirique, phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entretiens ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique (Pirès, 1997).

Parmi les jeunes participants de l'étude de Bertrand, Brunelle, Richer, Ménard, & Dufour (en préparation), ceux qui répondaient aux critères de sélection suivants ont été retenus : obtenir une cote de gravité de 3 et plus¹³ à l'échelle de gravité des problèmes psychologiques de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT-ADO - Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois, Trépanier, 1992), telle que mesurée par l'intervenant, et répondre positivement à quatre symptômes et plus sur l'échelle psychologique de ce même instrument. Parmi ces symptômes, on retrouve des thèmes comme l'anxiété, les idées suicidaires, les troubles alimentaires et les symptômes dépressifs, psychotiques ou paranoïaques. Un total de 46 jeunes rencontraient ces critères. Des variables stratégiques de sexe et de provenance des participants (Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec ou centres Le Grand Chemin) étaient aussi considérées. Pour les fins de cette étude, nous voulions obtenir un nombre équivalent de

¹³ L'échelle de gravité de l'IGT-ADO utilisée (0 à 4) correspond au besoin d'aide tel qu'évalué par l'intervenant. La cote 3 correspond à un besoin d'aide considérable et la cote 4 correspond à un besoin d'aide extrême.

garçons et de filles ainsi qu'un nombre identique de jeunes provenant de chacune des ressources spécialisées en toxicomanie mentionnées plus tôt. Des appels téléphoniques ont été réalisés pour solliciter la participation des jeunes à un entretien semi-dirigé. Ces derniers devaient avoir dûment signé le consentement à cet effet lors de la présentation de l'étude. Il en est résulté que huit adolescents ont répondu à l'appel et ont participé à ce volet de la recherche.

D'un point de vue socio-démographique, l'échantillon est composé de quatre filles et de quatre garçons. Ils ont en moyenne 15,5 ans. Académiquement, un participant est en sixième année du primaire, trois sont en première secondaire, deux en deuxième secondaire et deux en troisième secondaire. Au niveau du centre de traitement où les services ont été dispensés, quatre adolescents (deux filles et deux garçons) proviennent des centres Le Grand Chemin (Québec, Saint-Célestin et Montréal), lesquels prodiguent des services de thérapie interne – et externe en suivi post-cure. Les adolescents y vivent une thérapie de groupe, d'une durée de huit à dix semaines, fondée sur les douze étapes des Alcooliques Anonymes (AA) et des Narcotiques Anonymes (NA). Trois jeunes (deux filles et un garçon) proviennent de Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec (DMCQ) qui propose une gamme de services externes. À raison d'une fois par semaine et pour une durée d'une heure, les adolescents bénéficient de rencontres individuelles. L'approche de réduction des méfaits est

privilegiée. Le dernier participant, quant à lui, a eu recours aux services des deux centres. Mentionnons de surcroît que deux des participantes étaient en placement dans un Centre jeunesse lors de l'entretien, soit six mois après leur admission en traitement.

Instruments

Volet quantitatif

La gravité de la toxicomanie et du profil psychosocial des répondants a été évaluée à partir de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents* (IGT-ADO 3.1 – RISQ, Germain, Landry & Bergeron, 2003)¹⁴ à tous les temps de mesure, c'est-à-dire à l'admission (T0), au suivi de trois mois (T1) et au suivi de six mois (T2). Pour les temps 1 et 2 (T1 et T2), une version abrégée de recherche fut administrée. Cet instrument, validé et largement utilisé au Québec, facilite notamment l'obtention d'informations relatives aux différents aspects de la vie de l'adolescent qui sont susceptibles d'être modulés ou influencés par la consommation de psychotropes. Il s'agit d'un outil permettant d'élaborer un plan d'intervention répondant aux besoins de l'adolescent qui entre en traitement (Germain, Landry & Bergeron, 2003; RISQ, 2005). De plus, l'instrument validé et normalisé auprès de la clientèle québécoise procure un outil intéressant pour la recherche. Plus spécifiquement, il permet de dresser le portrait des clientèles,

¹⁴ Voir en *Appendice A* la Fiche d'analyse de l'instrument IGT-ADO.

d'évaluer les changements chez les jeunes pour ainsi mesurer l'impact des interventions et des services qui leur sont offerts (RISQ, 2005).

L'IGT-ADO se présente sous la forme d'un entretien structuré. L'outil est constitué de dix sphères de vie regroupées sous huit échelles comprenant un total de 131 items. Les huit échelles se déclinent ainsi : alcool, drogue, santé physique, occupation (école, travail et loisirs), état psychologique, relations interpersonnelles, relations familiales et système social et judiciaire. L'un des objectifs principaux de cet outil est de permettre l'évaluation du fonctionnement d'un jeune auprès des différentes sphères de vie. Ces sphères sont évaluées selon des items précis, formulés pour couvrir une période de trente jours. D'autres items spécifiques ont été conçus pour couvrir la situation au cours de la vie de l'adolescent (excluant le dernier mois). Pour chacune des sphères de l'instrument, les questions sont synthétisées par un indice nommé « score composé ». Cette cote, qui fait référence aux comportements rapportés par les jeunes dans les trente derniers jours précédant l'évaluation, rend possible la quantification du degré de difficultés éprouvées par l'adolescent dans chacune des sphères. Les sphères évaluées portent sur la consommation d'alcool (25 items dont 4 sont utilisés pour le calcul du score composé, noté 25 / 4 dans les autres sphères), de drogues (84 / 11), l'état de santé physique (12 / 3), la situation scolaire (14 / 3), la situation de travail (7 / 3), les loisirs (6 / 3), l'état

psychologique (39 / 17), la situation interpersonnelle (17 / 3), la situation familiale (34 / 3) et la situation sociale et judiciaire (29 / 4).

En ce qui a trait à la consistance interne, l'étude des qualités psychométriques rapporte des Alphas oscillants entre .70 pour la dimension « Drogue » et .85 pour la dimension « État psychologique », ce qui est considéré comme satisfaisant. De fait, la littérature considère qu'un coefficient de .70 est jugé satisfaisant et qu'il est approprié d'utiliser uniquement les items du score composé pour le calcul de l'Alpha (Caron, 1999; Friedman & Utada, 1989; Bergeron et al., 1992, cité dans Landry, Bergeron, Provost, Germain & Guyon, 2000).

En termes de fidélité, avec des corrélations test-retest de .81 et plus – à l'exception des sphères interpersonnelle ($r = .77$) et occupationnelle ($r = .69$) pour lesquelles les corrélations sont légèrement plus faibles mais jugées satisfaisantes –, cela nous indique que les items du score composé semblent évaluer les mêmes réalités d'une fois à l'autre (Anastasi, 1994; Caron, 1999). La cohérence interne des échelles est aussi très bonne. Des coefficients alpha de Cronbach de .83 et plus sont rapportés pour cinq des huit échelles. Les trois autres échelles présentent des indices de cohérence interne tout aussi acceptables (drogues, $a = .70$; relations interpersonnelles, $a = .78$; système social et judiciaire, $a = .75$).

Volet qualitatif

Des entretiens individuels semi-structurés (Boutin, 1997) d'une durée de 30 à 45 minutes, basés sur une grille d'entretien¹⁵ élaborée à partir des questions de recherche, ont été réalisés auprès des jeunes participants au volet qualitatif du projet. Ceux-ci ont permis aux adolescents d'exprimer librement leurs opinions en rapport aux thèmes proposés par le chercheur. Le protocole d'entretien comprenait des questions portant sur la consommation de SPA, les services reçus, les déclencheurs de la demande de service, les éléments favorables et défavorables de la thérapie, les obstacles rencontrés et les projets futurs. L'intervieweur, pour sa part, a joué un rôle de facilitateur, favorisant chez le jeune l'exploration de chacun des thèmes par des techniques d'écoute active comme les reflets, les synthèses et les questions ouvertes.

Déroulement de la recherche

Au niveau quantitatif, le recrutement des participants et l'information générale transmise concernant le but et le déroulement de cette recherche ont été réalisés par l'entremise des intervenants de DMCQ et des centres Le Grand Chemin. Un dépliant explicatif était remis en guise de support au recrutement. Il convient de noter que la collecte de données s'est effectuée du 15 novembre

¹⁵ Voir en *Appendice B* la Grille d'entretien.

2006 au 17 avril 2007. Trois temps de suivi ont été respectés : ils correspondaient au T0, c'est-à-dire à l'admission en traitement, au T1, soit trois mois suite à l'entrée en traitement, et au T2, six mois après l'admission. Pour ce qui est du suivi après six mois (T2), il s'est terminé le 16 juillet 2007. Suite à l'obtention du consentement des adolescents à communiquer leur nom et numéro de téléphone à la chercheuse principale, ceux-ci ont été contactés par un membre de l'équipe de recherche. Cet appel permettait de rappeler la recherche, ses buts et objectifs et d'obtenir l'autorisation verbale de l'adolescent, de même que celle de l'un de ses parents, pour y prendre part. Lorsque l'adolescent et l'un de ses parents acceptaient de participer à la recherche, un rendez-vous avec un agent de recherche attitré était planifié pour permettre l'administration de tous les questionnaires, notamment l'IGT-ADO. Lors de la passation du questionnaire, l'adolescent et son parent devaient apposer leur signature sur le formulaire de consentement¹⁶ leur étant dédié afin que les données recueillies puissent être utilisées. La passation des questionnaires se déroulait dans l'un des points de services de DMCQ ou à l'un des centres Le Grand Chemin, mais aussi et de préférence, à la résidence de l'adolescent pour les temps de suivi T1 et T2. La durée de passation de ces questionnaires était approximativement de trente minutes.

¹⁶ Voir en *Appendice C* pour le Formulaire de consentement.

En ce qui a trait au volet qualitatif, les participants sont des adolescents volontaires (n=8), répondant aux critères d'inclusion tels que définis précédemment, ayant accepté d'être sollicités pour le volet qualitatif du projet, lors du suivi de six mois. Suite à leur accord, une prise de contact téléphonique avec les adolescents a été mise en œuvre par M. Patrick Arial, étudiant-chercheur et responsable du projet. Cette démarche permettait de rappeler l'existence de la recherche, ses buts et objectifs, d'expliquer brièvement le déroulement de l'entretien et de recueillir l'autorisation verbale de l'adolescent ainsi que celle d'un parent ou tuteur. Lorsque l'adolescent et l'un de ses parents ou tuteur acceptaient verbalement de participer à la recherche, une prise de rendez-vous était effectuée. Lors de l'entretien, l'adolescent et son parent devaient apposer leur signature sur le formulaire de consentement leur étant dédié afin que les données recueillies puissent être utilisées. Notons que tous les entretiens se sont tous déroulés à la résidence de l'adolescent interviewé. La durée de ces entretiens était approximativement de quarante-cinq minutes.

Considérations éthiques

Ce projet de recherche a obtenu une certification du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT) – CERT/2005-033¹⁷ – ainsi que la certification du Comité d'éthique de l'UQTR – CER-06-111-06.08¹⁸.

Les entretiens sont strictement confidentiels. Aucune donnée de recherche ne sera annotée au dossier clinique du participant ni divulguée à qui que ce soit, de quelque manière que ce soit. Ainsi, les intervenants et les centres concernés ne pourront pas retracer les propos d'un participant en particulier, ayant accès seulement au portrait global des résultats pour l'ensemble des participants. Par conséquent, les centres ne pourront connaître les résultats en fonction d'un intervenant en particulier, préservant de surcroît la confidentialité à l'égard des intervenants.

La mise en place et la gestion des banques de données informatisées sont sous la responsabilité de la chercheuse principale, Mme K. Bertrand. Ces banques de données sont conservées sur le serveur de Domrémy MCQ, dans un répertoire informatique sécurisé par mot de passe exclusivement détenu par Mme K. Bertrand. Tous les agents de recherche de ce projet, sous la

¹⁷ Voir en *Appendice D* pour la Certification du CERT.

¹⁸ Voir en *Appendice E* pour le Certificat d'éthique de l'UQTR.

responsabilité de Mme K. Bertrand, ont été invités à signer un contrat dans lequel ils se sont engagés à préserver la confidentialité des participants quant à leur identité et aux informations se rapportant à ceux-ci.

Les formulaires de consentement sont gardés sous clé dans un classeur auquel seule la chercheuse principale, Mme K. Bertrand, a accès. Ceux-ci seront détruits mécaniquement par Mme K. Bertrand dans les 5 ans suivant le dépôt du rapport final. Enfin, les banques de données informatisées (enregistrements audionumériques et verbatim des entretiens) seront entièrement supprimées par la chercheuse principale dans les 5 ans suivant la fin de l'étude, soit en septembre 2012.

Analyse

Pour le volet quantitatif, des analyses descriptives ont été réalisées. Ainsi, pour répondre au premier objectif de l'étude, un portrait descriptif des huit participants a été réalisé à partir des résultats obtenus à l'IGT-ADO lors de l'admission en traitement (T0), du point de vue des caractéristiques sociodémographiques, du profil de consommation de substances psychoactives (SPA) et de la santé psychologique (critères de santé mentale retenus).

Afin de répondre au second objectif du mémoire, une analyse de l'évolution des scores composés obtenus à l'ensemble des échelles de l'IGT-ADO a été réalisée à chacun des temps de mesure (T0, T1 et T2).

En ce qui a trait au volet qualitatif, cette recherche s'inscrit dans une perspective phénoménologique. Celle-ci doit faire appel à une quelconque forme de réduction du matériel pour mettre en lumière les significations qu'elle recherche :

« En somme, adopter l'attitude de réduction phénoménologique revient, d'une part, à mettre entre parenthèses les connaissances passées relatives au phénomène, afin de l'appréhender en toute innocence et de le décrire exactement tel qu'on en a l'intuition (ou l'expérience) et, d'autre part, à retenir tout indice existentiel, autrement dit à considérer ce qui est donné uniquement comme il est donné à savoir une présence ou un phénomène. Une recherche ne peut être dite phénoménologique que si elle comporte l'usage d'une modalité quelconque de réduction. » (Giorgi, 1997, p. 347)

L'analyse thématique (Ghiglione & Matalon, 1978) a été choisie comme mode principal de réduction du matériel. Une analyse du contenu des entretiens (Bardin, 1977; L'Écuyer, 1990) a subséquemment été réalisée. Plus précisément, tout le verbatim des entretiens a été codifié, essentiellement en fonction des thèmes de la grille d'entretien détaillée (thèmes pré-établis) et des thèmes émergents en cours d'analyse. Il a ensuite été saisi manuellement par le

chercheur principal de ce projet. Globalement, la grille d'analyse¹⁹ a été conçue à partir d'un procédé courant en recherche qualitative, impliquant dans un premier temps de manière verticale une analyse intrinsèque de chacun des entretiens pris pour lui-même. Cette démarche permet notamment d'établir la trajectoire de chaque jeune interviewé (Miles & Huberman, 1994) pour compléter l'information concernant le second objectif de l'étude. Dans un second temps, de manière transversale, une analyse recherchant les points de convergence et de divergence entre les récits recueillis a été réalisée, favorisant l'identification de thèmes récurrents. Une analyse séquentielle de la structure diachronique et chronologique des parcours (Bertaux, 1997) a ensuite permis d'identifier le type de trajectoires de réadaptation. Afin de répondre à l'objectif trois du présent mémoire, la recherche de récurrence dans les récits s'est surtout occupée de reconnaître les thèmes concernant le vécu des participants en traitement et les éléments qu'ils percevaient comme étant contributives aux changements dans leur trajectoire.

¹⁹ Voir en *Appendice F* la Grille d'analyse.

Résultats

RÉSULTATS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS

Résultats du volet quantitatif

Description du profil de consommation de SPA et de la santé psychologique lors de l'admission en traitement

Les résultats obtenus par l'entremise de l'IGT-ADO permettent de décrire le profil psychosocial des participants. En lien avec le premier objectif de l'étude, certains résultats obtenus aux échelles sur la consommation d'alcool, la consommation d'autres drogues et la santé psychologique seront présentés. Ces résultats proviennent de la première évaluation lors de l'admission en traitement (T0) et portent sur les trente jours précédant l'admission.

En ce qui a trait à la consommation de SPA lors des 30 derniers jours avant l'admission, tous les jeunes (100 % : 8/8) avaient consommé au moins une SPA à au moins une reprise. De façon plus détaillée, 7/8 jeunes (88%) avaient consommé du tabac, 6/8 (75%) du cannabis, 5/8 (63%) de l'alcool, 3/8 (38%) des speeds, 2/8 (25%) des benzodiazépines et 1/8 (13%) des hallucinogènes. Aucune consommation n'est relevée pour la cocaïne, l'héroïne, les

barbituriques, le GHB et les inhalants. Parmi les consommateurs de chacun des types de SPA, le nombre moyen de jours de consommation atteint 30/30 jours pour les benzodiazépines, 21,86/30 jours pour le tabac, 11,83/30 jours pour le cannabis et 8/30 jours pour les speeds. Ce sont les substances les plus fréquemment consommées par les jeunes avant leur admission en traitement. Tel qu'illustré au Tableau 1 (voir page suivante), la consommation d'hallucinogènes (3/30 jours) et d'alcool (2,4/30 jours) est moins fréquente.

Tableau 1
 Consommation de SPA dans les 30 derniers jours
 avant l'admission en traitement

Substance	Proportion de jeunes	Nombre moyen de jours de consommation (consommateurs)	Nombre moyen de jours de consommation (tous)
Tabac	7/8 (88%)	21,86	19,1
Cannabis	6/8 (75%)	11,83	8,9
Alcool	5/8 (63%)	2,4	1,5
Speeds	3/8 (38%)	8	3,0
Benzodiazépines	2/8 (25%)	30	7,5
Hallucinogènes	1/8 (13%)	3	0,38
Cocaïne	0/8	0	0
Héroïne	0/8	0	0
Barbituriques	0/8	0	0
GHB	0/8	0	0
Inhalants	0/8	0	0

Les participants se sont aussi prononcés sur le nombre de jours au cours desquels ils ont éprouvé des difficultés en lien avec leur consommation d'alcool et d'autres drogues dans le dernier mois avant l'admission. Ainsi, le nombre moyen de jours difficiles rapportés en regard de la consommation d'alcool est de

2,75/30 jours. Pour les autres drogues, il se chiffre à 18/30 jours. C'est donc dire que les participants se sont dits préoccupés par leur consommation de drogues autres que l'alcool plus d'une journée sur deux dans le dernier mois.

En ce qui concerne la santé psychologique au cours de leur vie telle qu'évaluée à l'admission, la présence ou l'absence des symptômes suivants a été documentée : dépression, anxiété, concentration, perte d'estime, hyperactivité, colère, rébellion, préoccupations alimentaires, hallucinations et paranoïa. La colère est le symptôme le plus rapporté (88 % : 7/8 jeunes), suivi de la rébellion (75 % : 6/8 jeunes), de la dépression (71 % : 5/8 jeunes), de l'anxiété (50 % : 4/8 jeunes), de la perte d'estime (50 % : 4/8 jeunes), de la paranoïa (50 % : 4/8 jeunes), de l'hyperactivité (38 % : 3/8 jeunes) et des préoccupations alimentaires (13 % : 1/8 jeunes). Aucun des participants n'a rapporté avoir souffert d'hallucinations au cours de sa vie.

Lorsqu'ils se réfèrent aux 30 derniers jours avant l'admission, la colère est encore le symptôme qui a été le plus rapporté par les participants (88 % : 7/8 jeunes). Suivent de près les symptômes de dépression (71 % : 5/8 jeunes), d'anxiété (71 % : 5/8 jeunes) et de rébellion (50 % : 4/8 jeunes). Les problèmes de concentration (38 % : 3/8 jeunes), de perte d'estime (38 % : 3/8 jeunes) et de paranoïa (25 % : 2/8 jeunes) sont des symptômes rapportés par une minorité de

participants. Fait à noter, l'hyperactivité, les préoccupations alimentaires et les hallucinations n'ont pas été mentionnés par les participants pour cette période.

En isolant les problèmes suicidaires (idéations et tentatives de suicide), il ressort que 50 % (n = 4/8 jeunes) rapportent des idées suicidaires sérieuses (avec scénario) dans les trente derniers jours précédents leur admission en traitement. Les mêmes jeunes rapportent aussi avoir présenté de telles idées au cours de leur vie en plus d'avoir déjà fait une tentative de suicide. Aucun participant n'avait fait de tentative de suicide au cours des 30 derniers jours.

Évolution de la sévérité du profil psychosocial

Suite à leur admission en traitement (T0), les jeunes participants ont été interrogés à deux reprises, soit trois mois suivant l'admission (T1) et six mois après l'admission (T2). Il faut mentionner que l'outil IGT-ADO ne permet pas de situer les participants selon des seuils cliniques. Il sera donc question ici de données descriptives concernant les tendances de changement de la gravité des problèmes des différentes sphères de vie, soit une tendance à l'amélioration, à la détérioration ou à la stabilisation. En outre, les résultats des tests non paramétriques (Ho, 2006) pour petits échantillons pairés seront présentés. Ces tests permettent de documenter les changements statistiquement significatifs observés quant à la gravité des problèmes (scores IGT) aux trois temps de mesure.

Amélioration du profil

Sur le plan descriptif, pour la majorité des échelles de l'IGT-ADO, on observe une tendance à l'amélioration en comparant les scores composés obtenus à l'admission (T0) à ceux obtenus six mois après l'admission (T2). Notons que par amélioration, nous entendons une diminution du score composé, traduisant ainsi une baisse du niveau de gravité des problèmes. Pour certaines des échelles, on observe aussi une tendance à la détérioration (augmentation du score composé) entre le T0 et le T1 et ou entre le T1 et le T2.

D'abord, à l'échelle drogue (voir Figure 1), les résultats vont dans le sens d'une amélioration entre le T0 et le T1 (0,219 vs 0,161) et d'une stabilisation entre le T1 et le T2 (0,161 vs 0,160). Globalement, une tendance à l'amélioration du profil de sévérité est constatée, c'est-à-dire qu'une diminution de la gravité du problème est décelée entre le T0 et le T2 (0,219 vs 0,16).

Pour ce qui est des échelles de santé physique et des relations interpersonnelles (voir Figure 2), une tendance à la détérioration entre le T0 et le T1 est relevée (respectivement de 0,308 à 0,338 et de 0,215 à 0,427). Cependant, une tendance à l'amélioration entre le T1 et le T2 (respectivement de 0,338 à 0,077 et de 0,427 à 0,163), mais aussi entre le T0 et le T2 (respectivement de 0,308 à 0,077 et de 0,215 à 0,163) est observable.

En ce qui concerne l'échelle sur les loisirs (voir Figure 2), une tendance à l'amélioration entre le T0 et le T1 est notée (0,25 contre 0,098), mais elle est suivie par une légère détérioration entre le T1 et le T2 (0,098 contre 0,11). Toutefois, de façon globale, une tendance à l'amélioration est observée entre le premier (0,25) et le dernier temps de mesure (0,11).

Puis, les analyses descriptives font état d'une tendance à l'amélioration aux trois temps de mesure (voir Figure 2) pour chacune des trois échelles suivantes : école (0,50; 0,39; 0,297), relations familiales (0,415; 0,37; 0,313) et système social et judiciaire (0,253; 0,137; 0,118). Enfin, des tests de comparaisons entre les scores composés obtenus à chaque temps de mesure ont été menés pour toutes les sphères de l'IGT-ADO. Ces analyses ont permis de constater une amélioration statistiquement significative ($p = 0,028$) entre le T0 et le T2 sur le plan de la gravité des problèmes de santé physique. Pour toutes les autres échelles de l'IGT-ADO, aucune différence statistiquement significative entre les temps de mesure n'est constatée.

Figure 1

Évolution de la gravité des scores composés aux échelles alcool, drogues, santé psychologique, relations familiales et système social et judiciaire de IGT-ADO.

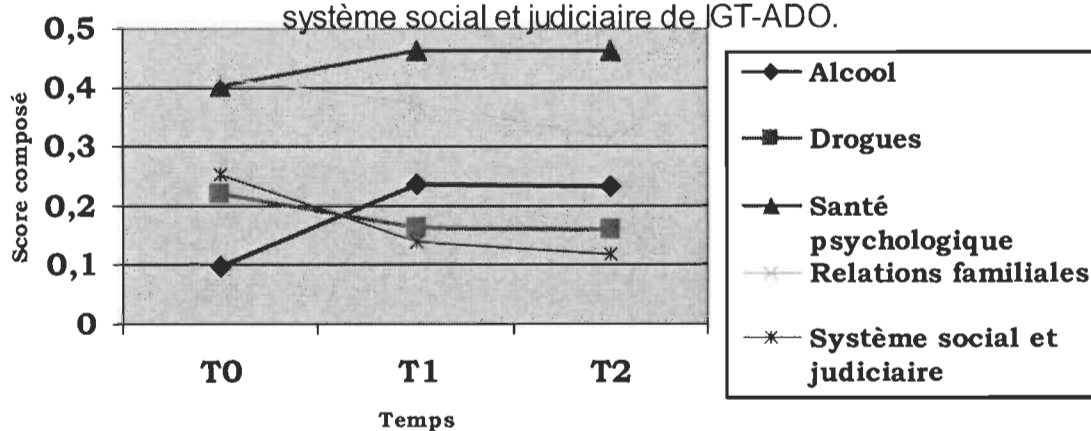
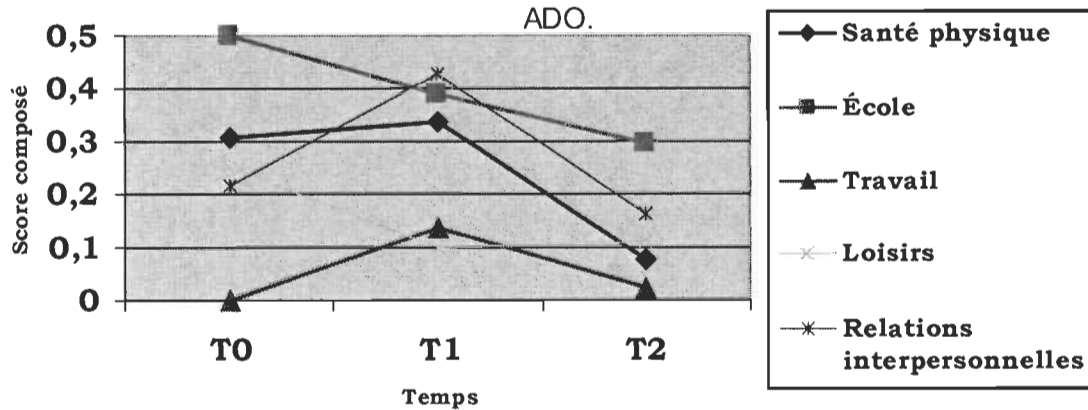


Figure 2

Évolution de la gravité des scores composés aux échelles de santé physique, école, travail, loisirs et relations interpersonnelles de IGT-ADO.



Détérioration du profil

Au plan descriptif, la comparaison entre les scores composés à l'admission en traitement (T0) et ceux obtenus six mois après l'admission (T2) nous permet d'entrevoir une tendance à la détérioration pour ce qui est de trois échelles de l'IGT-ADO : « alcool », « santé psychologique » et « travail ». Rappelons qu'une détérioration se perçoit par une augmentation du score composé, traduisant ainsi une hausse du niveau de gravité des problèmes.

Une tendance à la détérioration du profil de sévérité de la consommation d'alcool est d'abord relevée (voir Figure 1) entre le T0 et le T1 (0,098 contre 0,235). Puis, une stabilisation entre le T1 et le T2 est observable (0,235 contre 0,234). Globalement, la tendance pour cette échelle est à la détérioration si l'on compare les résultats obtenus au T0 et au T2 (0,098 contre 0,234).

Concernant l'échelle « santé psychologique » (voir Figure 1), une tendance à la détérioration du profil de sévérité est constatée entre le T0 et le T1 (0,402 contre 0,462), puis une stabilisation entre le T1 et le T2 (0,462 contre 0,462) est observée. Du T0 au T2, on note une détérioration (0,402 contre 0,462).

Pour l'échelle « travail » (voir Figure 2), les analyses descriptives font état d'une tendance à la détérioration entre le T0 et le T1 (0 contre 0,136) et une

amélioration entre le T1 et le T2 (0,136 contre 0,024). Globalement, une tendance à la détérioration est constatée entre le T0 et le T2 (0 contre 0,024).

Enfin, la seule détérioration statistiquement significative observée entre le T0 et le T2, suite aux tests de comparaisons conduits, est celle reflétant une augmentation des problèmes de consommation d'alcool entre le T0 et le T2 ($p=0,036$).

Résultats du volet qualitatif

L'analyse des entretiens permet d'une part d'interpréter les changements perçus par des jeunes toxicomanes en traitement éprouvant des problèmes concomitants de santé mentale. D'autre part, elle permet de décrire l'évolution de la sévérité du profil psychosocial selon leur perception de leur démarche personnelle et de documenter les expériences pluridimensionnelles, c'est-à-dire le vécu de leur expérience de réadaptation et la perception des éléments, liés au traitement ou non, ayant contribué à leur processus de changement, particulièrement sur le plan de l'évolution de la gravité de leur problème de consommation et de santé psychologique. Les résultats des analyses qualitatives sont en lien avec les deuxième et troisième objectifs de la présente étude. Ces résultats proviennent des données recueillies lors d'entretiens semi-dirigés. La grille d'entretien cible l'exploration avec le participant de la période

de pré-traitement, soit le contexte de la demande de services et les six mois suivant l'admission en traitement, ce qui inclut l'épisode de traitement et la période post-traitement.

La description des trajectoires du point de vue des jeunes en termes d'amélioration, de maintien et de détérioration de leur situation psychosociale nous intéressera maintenant. Dans cette section, on s'attardera aux éléments descriptifs rapportés par les jeunes face à leurs sphères de vie, au vécu en traitement de ces derniers et à la perception subjective reliée aux éléments liés ou non liés au traitement, favorables ou non favorables à leur réadaptation. Fait à noter, une classification des trajectoires a été élaborée à partir du contenu des entretiens qualitatifs.

Classification des trajectoires

La classification des trajectoires des jeunes de cet échantillon émerge du contenu rapporté par ces derniers au cours des différents entretiens. Deux types de discours divergents se dégagent des propos des adolescents et permettent de classer les jeunes selon deux trajectoires distinctes : la « trajectoire de succès » et la « trajectoire chronique ».

La « trajectoire de succès » caractérise cinq adolescents (Élise, Kyle, Carl, Éric et Luc²⁰) de l'échantillon qui témoignent d'une amélioration de leur situation personnelle et ce, au cours des six mois suivants leur traitement. Cette amélioration est évoquée dans plusieurs dimensions de leur vie, plus particulièrement au niveau de la consommation de SPA et de la santé psychologique. Fait à noter, l'arrêt de toute consommation n'a pas été ciblé comme un critère exclusif d'amélioration. Autrement dit, un jeune peut avoir diminué sa consommation d'une ou plusieurs SPA et être classé dans cette trajectoire. Les jeunes rapportent ici une perception subjective de succès.

Par ailleurs, bien que ces jeunes aient fait état d'une amélioration de leur situation à plusieurs niveaux et être davantage optimistes, il n'en demeure pas moins que ceux qui se retrouvent dans cette trajectoire peuvent encore présenter au moment de l'entretien certaines difficultés. Qui plus est, le fait d'avoir classifié ces cinq jeunes dans cette trajectoire n'implique pas pour autant qu'ils ne rencontreront plus de problèmes importants liés à la consommation et à la santé psychologique.

La « trajectoire chronique », caractérise pour sa part trois adolescentes (Lucie, Léa et Ève) qui ont perçu une détérioration ou un maintien de plusieurs difficultés personnelles. Contrairement aux autres participants, elles ont rapporté

²⁰ Il est à noter que tous les prénoms mentionnés dans ce texte sont fictifs.

un maintien de leurs problèmes reliés à la consommation de SPA et à la santé psychologique. Elles ont donc eu l'impression de ne pas avoir amélioré leur situation, car les difficultés rencontrées ont surpassé les réussites.

Cela dit, si ces jeunes filles présentent plusieurs difficultés six mois après leur entrée en traitement, il n'en demeure pas moins que des perceptions subjectives d'améliorations ont été rapportées dans certains segments de leur vie. Ces adolescentes, au moment de l'entretien, présentaient des difficultés importantes non seulement sur les plans de la consommation et de la santé psychologique, mais aussi sur d'autres plans, ce qui n'implique pas pour autant que les difficultés soient permanentes.

Nous verrons maintenant ce qui caractérise les jeunes de la trajectoire de succès et ceux de la trajectoire chronique du point de vue de leur évolution, et ce par le prisme de plusieurs dimensions : consommation de SPA, santé psychologique, relations familiales, relations avec les pairs, situation scolaire. La description du vécu en traitement et des éléments ayant contribué à l'amélioration, à la détérioration ou au maintien de leur situation, selon leur point de vue, sera par la suite présentée.

La consommation de SPA autre que l'alcool

Trajectoire de succès

Pour tous les adolescents regroupés sous la « trajectoire de succès », la consommation de SPA autres que l'alcool a diminué. En effet, ces jeunes ont rapporté avoir arrêté complètement ou diminué la consommation d'une ou de plusieurs SPA. Les extraits d'entretiens suivants témoignent de l'impression des jeunes face à leur tentative d'arrêter ou de diminuer leur consommation :

« Non, ce n'est vraiment pas revenu comme c'était avant. Je fume bien moins souvent [cannabis]. J'essaie de me contrôler, mettons de pas fumer à l'école pis pas rien prendre à l'école. » (Élise, 15 ans)

« (...) Ça fait neuf mois vraiment que je n'ai pas consommé. » (Kyle, 17 ans)

Trajectoire chronique

Pour les adolescentes regroupées sous la « trajectoire chronique », la consommation de SPA autres que l'alcool est partagée. C'est-à-dire que les habitudes de consommation pour ces substances présentent tantôt une

amélioration, tantôt une détérioration, tantôt le maintien de leur situation respective en matière de consommation de SPA. L'extrait qui suit témoigne de l'augmentation de la consommation chez une participante :

« Euh, le cannabis ça ne s'est pas réglé non plus. Pis concernant la pilule, j'en fais encore plus régulièrement, pis de la mescaline. » (Léa, 15 ans)

Pour la jeune fille dont une amélioration est verbalisée, cette situation est due au fait qu'elle est en placement dans un centre jeunesse :

« J'ai passé les six premiers mois que je suis arrivé... Bien, j'étais tout le temps... Je n'avais pas le droit de sortie parce que j'ai été vraiment badluckée (...). C'est ça, faque je n'ai pas pu... Sinon, j'en aurai rentré par exemple. Ben si je sortais d'ici pis que j'avais le droit de sortir de ma famille d'accueil, ben c'est clair que je consommerais encore. » (Lucie, 15 ans).

Somme toute, à la lueur des propos recueillis, les jeunes de la « trajectoire de succès » présentent une amélioration plus marquée du point de vue de la consommation de SPA autres que l'alcool. Contrairement aux jeunes de la « trajectoire chronique », certains jeunes de la « trajectoire de succès » ont arrêté complètement leur consommation. Plus particulièrement, pour un jeune

de la « trajectoire de succès », l'amélioration de son problème de SPA autres que l'alcool est décrite comme un choix actif, par le contrôle. Il y a donc un sentiment de réussite. Pour une jeune de la « trajectoire chronique », la mise en relief de l'aspect problématique de sa consommation provoquera chez elle à l'inverse un sentiment d'insatisfaction face à cette situation. Pour les deux autres jeunes filles, bien qu'elles n'évoquent pas l'aspect problématique de leur consommation, elles ont poursuivi leur consommation. Pour l'une d'entre elles, la consommation a diminué, ce qu'elle explique par sa présence au centre jeunesse et à l'absence de sorties.

La consommation d'alcool

Trajectoire de succès

Chez les adolescents de la « trajectoire de succès », la consommation d'alcool diffère selon les participants. À la lueur des informations recueillies auprès de ces individus, deux garçons ont affirmé avoir diminué leur consommation. Le premier a délibérément mis fin à toute consommation en se rendant en traitement. Voici le raisonnement qui l'a conduit à cette cessation :

« Ben au début, je ne mettais pas l'alcool, je pensais que ce n'était pas là-dedans, je me suis dit : je vais être capable de reprendre une petite bière

une fois de temps en temps. Parce que ça c'est quelque chose que je n'aimais pas bien, bien. Mais pas que je n'aimais pas mais tu sais que je ne raffolais pas. Mais là c'est comme si, quand je fumais du pot, après j'ai fait la même affaire avec la pill pis là je referais la même affaire avec la bière si je continuais à boire. » (Luc, 15 ans)

Le deuxième adolescent, pour sa part, n'élabore pas sur le motif qui l'a conduit à diminuer sa consommation d'alcool.

Par ailleurs, une participante affirme ne pas avoir modifié sa consommation d'alcool. Cette consommation, à ses yeux, n'est pas problématique et elle ne semble pas s'en préoccuper. Cette consommation est, selon ses dires, plutôt rare. L'extrait qui suit témoigne de cette perception :

« L'alcool, c'était moins souvent peut-être une fois par mois ou deux fois par mois. (...) Ouais, ça c'est rare. » (Élise, 15 ans)

Deux autres affirment avoir augmenté cette consommation d'alcool. Le discours du premier adolescent suggère un transfert de problématique d'une substance à une autre, bien que les conséquences de la consommation d'alcool pour celui-ci n'aient pas été évoquées :

« Ouais, ça a changé. Je pense que j'ai diminué ma consommation de marijuana, mais je me suis mis à boire plus, beaucoup plus. » (Éric, 17 ans)

Pour le deuxième jeune, bien qu'il évoque une augmentation de sa consommation d'alcool, il n'élabore pas sur ce thème dans son récit, ce qui ne permet pas de constater s'il s'agit d'une problématique en émergence ou encore si cela reflète plutôt le choix fait par le jeune de consommer modérément de l'alcool, sans pour autant percevoir ni vivre de difficultés liées à cette consommation.

Trajectoire chronique

Concernant la consommation d'alcool des jeunes de la « trajectoire chronique », les adolescentes décrivent une détérioration de leur situation respective. La consommation d'alcool semble préoccuper plus particulièrement Léa : *« Euh, j'ai un très gros problème d'alcool »*. Pour une autre, sa consommation d'alcool était déjà problématique et elle s'est accentuée. L'extrait suivant expose une situation vécue face à l'augmentation de la consommation d'alcool :

« Ouais, ben comme avant c'était juste du pot, maintenant, je fume du pot pis je commence à boire aussi. » (Ève, 15 ans)

En somme, un point commun rejoint les jeunes des deux trajectoires : l'augmentation de leur consommation d'alcool. Cette hausse a été constatée par cinq des huit participants. Or, d'un point de vue descriptif, le discours des jeunes, exception faite d'une jeune fille de la « trajectoire chronique », ne permet pas de déceler si ceux-ci considèrent leur consommation comme étant problématique. Les jeunes ne rapportent pas être préoccupés face à leur consommation d'alcool, bien qu'ils constatent son augmentation.

La santé psychologique

Trajectoire de succès

Les participants qui font partie de la « trajectoire de succès » ont affirmé avoir eu des difficultés psychologiques importantes au cours de leur vie. Parmi ces adolescents, trois ont affirmé avoir éprouvé des idéations suicidaires ou avoir fait une tentative de suicide à vie, dont un en attente de traitement. Toutefois, dans leur récit, la plupart des jeunes font le constat de l'amélioration de leur situation psychologique depuis leur admission en traitement :

« Ouais. Pis j'ai vu que j'en avais vraiment de besoin parce que j'ai passé un mois en psychiatrie, genre, pis là, toute me revenait vraiment, là, tout ce que j'avais faite, ça défilait. À chaque soir, je n'étais jamais capable de dormir. J'étais en train de virer fou. (...) Avant c'était tout le temps négatif, à la place de voir le verre à moitié plein, je le voyais tout le temps à moitié vide. Je me tapais sur la tête. Mais maintenant je prends la vie à la légère, je m'en fais plus avec rien. » (Luc, 15 ans)

« Ben tu sais, c'est sûr, avant je n'allais pas fort, y'a des bouts, je feelais suicidaire. Je me suis ramassé à l'hôpital une couple de fois pis je capotais, tu sais, j'étais rendu fou. Il y a des affaires que je n'aurais jamais faites en temps normal. Tu sais, j'avais pu vraiment le contrôle de moi puis tu sais, maintenant, ben je suis conscient de qu'est-ce que je fais : je fais des affaires qui ont plus d'allure, des décisions plus sages un peu, pis ce que je fais en général a un peu plus d'allure qu'avant. Je suis pas mal, je me sens mieux qu'avant aussi. » (Carl, 16 ans)

« Bien mieux. Je suis heureuse pis avant je l'étais pu, je m'en foutais de mourir ou pas pis maintenant je tiens à la vie, pis c'est ça. » (Élise, 15 ans)

Trajectoire chronique

En ce qui a trait aux trois jeunes filles de la « trajectoire chronique », certaines difficultés psychologiques se reflètent dans le discours des participantes. Dans les entretiens, les adolescentes font mention d'une estime personnelle faible, de traits de personnalité limite et de dépression. Voici la description détaillée d'une jeune qui traite de dépression et de traits de personnalité limite. Cette description est davantage centrée sur les propos émis par des professionnels que sur sa propre opinion. Les propos recueillis auprès de la jeune ne permettaient pas de savoir plus exactement ce qu'elle en pensait :

« Ben, au début, ils pensaient que c'était côté santé mentale, là, que j'étais virée sur la « capine » ou je ne sais pas trop quoi, là, je ne sais pas. Que je n'étais pas là pantoute, dans la grosse dépression totale. Ça fait qu'ils sont allés me faire voir un médecin, ben le pédopsychiatre, pis là ils ont diagn... ils ont diagnos... aah! Je ne suis pas capable de le dire! Diagnostic, pis euh c'est ça. Ça fait qu'ils ont dit à part ça : elle est juste dépressive. Ça fait qu'à part ça, c'était correct. » (Léa, 15 ans)

Pour une autre jeune, c'est le manque d'estime personnelle qui est évoqué :

« Ouin, mais c'est ça, c'est drôle parce que justement on parlait de ça tantôt dans la cuisine pis ils me demandaient : tu vas te trouver une jobine quand tu vas sortir. Pis j'étais là : oui, je ne sais pas, il n'y a personne qui va vouloir m'accepter. Mais j'ai tout le temps peur de ça, je suis niaiseuse de même, là (...)! » (Lucie, 15 ans)

Les jeunes filles de cette trajectoire tendent à ne pas élaborer sur ce sujet. Cette situation a pour effet de limiter le contenu concernant la santé psychologique.

Somme toute, le principal point commun entre les jeunes de ces deux trajectoires concerne les difficultés rencontrées à ce niveau lors de l'admission en traitement. Suite au traitement, pour les jeunes de la « trajectoire de succès », les difficultés liées à la santé psychologique sont dites avoir diminué. Pour les adolescentes de la « trajectoire chronique », les récits des jeunes ne permettent pas de constater une quelconque amélioration à ce sujet.

Relations familiales

La majorité des adolescents ont aussi évoqué la sphère des relations familiales au cours de l'entretien. Cette sphère de vie a pris une large place

dans leur récit. Ils ont notamment parlé de l'évolution des liens familiaux depuis leur admission en traitement.

Trajectoire de succès

Pour les cinq adolescents de la « trajectoire de succès », une amélioration de leur relation familiale respective a été nommée. Que ce soit par l'entremise d'une meilleure communication ou par le fait de faire davantage d'activités ensemble, une amélioration marquée de la situation a été perçue par les jeunes. Les extraits suivants illustrent ce changement, tel que constaté par ces derniers :

« Ben ma mère, ben tu sais, je la voyais pas beaucoup, je me câlissais d'elle pis aujourd'hui, tu sais, je lui parle pis je tiens à elle. » (Carl, 16 ans)

« Ouais, on fait des activités. Quand on va en sortie, ben on n'est pas tout le temps en train de s'engueuler pis à se tomber sur les nerfs pis avoir hâte de rentrer, tu sais. On prend plus de fun à être ensemble pis le peu de temps qu'on passe ensemble, ben on en profite. » (Élise, 15 ans)

Trajectoire chronique

Pour les jeunes filles de la « trajectoire chronique », les relations familiales s'avèrent aussi un élément central. Selon elles, aucune amélioration au niveau familial n'est constatée. Pour deux d'entre elles, une détérioration est même constatée tandis qu'un maintien des difficultés familiales accable toujours la dernière. Une communication absente ou déficiente, un encadrement trop serré et l'absence d'un parent dans leur vie sont des éléments qui ont rendu, selon elles, la situation familiale plus difficile ou encore aussi difficile au cours des six mois suivant leur admission en traitement. Les extraits suivants illustrent, d'une part, les difficultés de communication entre la jeune et sa mère et d'autre part, une relation familiale dans laquelle l'implication parentale est jugée insuffisante :

« Ben euh, là, la dernière fois que je lui ai parlé, on venait juste de régler un conflit parce qu'elle voulait pu me parler, ça faisait un mois qu'elle me parlait pu. Parce qu'on s'engueule tout le temps, en fait. J'avais des sorties chez eux, là, le dimanche, un petit deux heures, sauf qu'elle arrêtait pas de chialer après mon beau-père, elle faisait juste chialer, ça fait que j'ai dit à ma mère : regarde, tu peux-tu arrêter de chialer lorsque je suis à la maison? Pis elle s'est mise à monter dans les rideaux pis grimper dans les rideaux. C'est ça, moi je n'étais pas assez bien élevée, tatata, c'est le

pavillon qui t'élève pis là finalement, ça a tombé qu'elle voulait pu me parler. » (Lucie, 15 ans)

« Ça tient juste à un fil. Ce n'est pas fort. Ben ma mère, elle a comme jamais été là dans ma vie, mettons. Elle joue au yo-yo, ça fait que tu sais... Ça fait que la relation est à chier, dans le fond. » (Léa, 15 ans)

Somme toute, les jeunes de la « trajectoire de succès » affirment avoir constaté une amélioration dans leurs relations familiales. Pour les adolescentes faisant partie de la « trajectoire chronique », aucune n'a mentionné d'amélioration. Pour celles-ci, il est davantage question de détérioration ou de maintien de leurs difficultés avec leur famille. Cette divergence est considérable car les relations familiales, comme nous le verrons plus loin, ont été nommées à plusieurs reprises par tous les jeunes comme étant un élément essentiel pour l'amélioration de leur situation sur l'ensemble des sphères de leur vie, notamment en regard des problèmes de consommation de SPA.

Relations avec les pairs

Trajectoire de succès

Pour les adolescents de la « trajectoire de succès », les relations avec les pairs ont aussi été nommées comme étant un élément important de leur vie. La

modification du cercle social et les changements apportés aux activités sont les deux thèmes principaux qui rejoignent ces jeunes :

« J'ai eu des changements comme... Il y en a que je fréquente pis qui consomment encore, mais j'ai vraiment eu de gros de changements parce que j'ai fréquenté un gang, justement, pendant que je vendais. Je suis rentrée dans une sorte de.... Mais vraiment, depuis ce temps-là, je me tiens loin de tout ça, pis toute. Mes amis maintenant ils sont clean pis toute, là. La plupart, ils ne consomment plus. » (Kyle, 17 ans)

« Bah, on fait beaucoup plus d'activités. On sort plus, on a tout le temps le goût de voir des choses nouvelles, tu sais des aquariums, des glissades d'eau, tu sais, comme ça. On est moins porté à aller dans les bars pis faire des petits feux. » (Carl, 16 ans)

Trajectoire chronique

Pour les trois filles de la « trajectoire chronique », les relations avec les pairs ont aussi été identifiées comme centrales dans leur cheminement. Le fait d'avoir conservé le même cercle social ou d'être retourné auprès de leurs pairs-consommateurs après quelques semaines, de même que l'influence des pairs, a contribué selon elles à un maintien ou une détérioration de leurs trajectoires de

consommation. Cette situation sera rapportée subséquemment dans la section sur les facteurs non-liés au traitement.

*« Mais moi, on m'avait dit « change d'amis » au début, quand je suis rentrée à l'école, parce que j'ai des amis qui consomment pas, pis j'étais avec eux, pis je suis restée avec eux comme pendant deux ou trois semaines, mais c'était rendu plate. « So », j'ai comme « reswitché », là. »
(Ève, 15 ans)*

« Ben, c'est plus mes amis. C'est eux autres qui n'aidaient pas, mes cousins. Mais tu sais, pour moi, mes cousins, c'est mes amis, là. Tsé, c'est plus mes amis, l'influence pis toute, là, c'était plus ça l'obstacle de me débarrasser d'eux-autres. Mais tu sais, même juste m'éloigner un petit, petit peu, je n'étais pas capable, j'étais tout le temps rendue là, tout le temps, tout le temps. Je n'étais pas capable de m'en aller de là. » (Lucie, 15 ans)

En bref, une similitude est relevée auprès des jeunes des deux trajectoires. Tous considèrent la relation avec les pairs comme étant un élément central de leur cheminement. Cependant, contrairement aux jeunes de la « trajectoire chronique », une forte majorité des jeunes de la « trajectoire de succès » est parvenue à modifier son cercle social.

Situation scolaire

Trajectoire de succès

Selon les jeunes de la « trajectoire de succès », une amélioration de leur situation scolaire s'est opérée, particulièrement en ce qui a trait aux résultats académiques ou à une plus grande assiduité à l'école.

« Ouais, pis j'ai des notes super hautes pis ça va ben mieux! » (Élise, 15 ans)

« À l'école? Juste peut-être un petit problème de concentration parce que tu sais, après, j'ai poché deux années dans le fond. Je suis supposé être en V, mais là, je suis en III pis IV. Ça fait que là, des fois, ça me tente pas de revoir toutes les mêmes maudites affaires (...). Mais à part ça, je dirais que je n'ai pas manqué de cours, je fais mes devoirs. Ben, la plupart! » (Luc, 15 ans)

« Ben à l'école, avant, ben je portais attention à mes cours pis toute, je trouvais ça important pis je niaisais pas, pis je me tenais tranquille. Pis après ça, quand j'ai commencé à consommer, ben c'était... Premièrement je me faisais mettre dehors en suspension, j'étais plus en suspension qu'à l'école. Ça fait que j'avais décidé de lâcher, pis après ça, quand j'ai

recommencé, après la consommation que j'ai eu avec, quand j'ai commencé à être remis, ben là, je suis retourné à l'école finir mon secondaire IV. Après ça, ça allait ben. » (Kyle, 17 ans)

Trajectoire chronique

Pour les adolescentes de la « trajectoire chronique », les difficultés scolaires se sont aggravées ou sont demeurées semblables. Elles évoquent surtout des éléments relationnels avec le personnel de l'école et le fait d'aller à l'école en état d'intoxication :

« Ben, quand j'ai recommencé, je l'ai fait pendant une semaine [consommer], comme tous les jours, pis je me suis fait prendre par mon directeur, pis comme là, il m'a dit... Parce que j'avais signé, avec ma psychologue, ma psychoéducatrice, ma travailleuse sociale, ma mère et mon directeur et la directrice de mon école, un contrat que j'avais pas le droit de revenir à l'école comme en état de consommation, parce que depuis l'année passée, j'arrête pas de me faire prendre. Sauf là, quand il m'a vu, tu sais, c'est comme briser le contrat, mais il voulait me changer d'école (...). La prochaine fois que je viens à l'école de même, parce qu'il y a aussi... C'est là que ma mère l'a su; ça fait pas longtemps, là, pis ils ont dit que la prochaine fois que je reviens à l'école comme ça, qu'ils vont me

changer d'école, ils vont me transférer ou n'importe quoi, mais ils me veulent pu là-bas, là. » (Ève, 15 ans).

Puis, une autre adolescente parle du refus de l'autorité et de l'affirmation de sa liberté lorsqu'elle est en classe avec les enseignants : « *Euh, c'était : tu me laisses faire qu'est-ce que je veux, sinon je t'envoie chier. » (Léa, 15 ans)*

En somme, les jeunes de la « trajectoire chronique » n'ont pas amélioré leur situation scolaire, continuant ainsi à présenter des difficultés de ce point de vue. Les jeunes de la « trajectoire de succès » ont, en contrepartie, amélioré leur situation scolaire, aidant ainsi à améliorer leur situation personnelle.

Vécu en traitement

Dans cette section, il sera question de documenter les expériences pluridimensionnelles des jeunes toxicomanes en traitement qui présentent des problèmes de santé mentale. Le vécu de leur expérience en centre de réadaptation sera exploré, tout comme leur perception des éléments, liés ou non au traitement, qui ont contribué à leur processus de changement en fonction de la gravité de leur problème de consommation et de santé psychologique.

La demande de services

Pour les jeunes de cet échantillon, la demande de services repose sur une volonté personnelle d'obtenir de l'aide ou encore sur des circonstances ou événements externes. Ces deux types de motivation à faire une demande d'admission en traitement en toxicomanie sont présents chez certains jeunes des deux groupes, aucune différence n'étant notée entre eux sur ce plan.

Trajectoire de succès

Pour deux jeunes de la « trajectoire de succès », la demande de services provient de leur désir personnel d'être aidés. Selon leurs propos, la vie de consommateur et les méfaits associés à celle-ci y est pour beaucoup. Pour ces derniers, la notion d'atteinte du « bas-fond » est clairement identifiée. L'extrait qui suit va en ce sens :

« Je ne sais pas, je... Tu sais, avant, dans ma vie, tout allait super bien pis là, ça faisait vraiment longtemps que je consommais. Tu sais, moi j'étais en cinquième année au primaire pis je me gelais déjà la face dans mes cours; pis là, à un moment donné, je ne sais pas, je me suis levé un matin, je ne « feelais » pas. Tu sais, je venais de me faire renvoyer de l'école pis là, je m'en allais à ma réintégration, pis là, j'étais avec ma mère, pis à un

moment donné, je ne « feelais » pas. J'étais dans le char pis je venais encore de consommer pis là j'ai regardé ma mère pis j'ai dit : Maman, je sais pas, je suis pu capable, faut que j'arrête de consommer. Finalement, j'ai commencé à rencontrer des intervenants pis toute. J'ai passé des IGT pis là, finalement, ça a décidé que j'allais rentrer en thérapie. Moi, j'étais partant pour. Je ne sais pas, j'ai comme pogné le bas-fond comme ils appellent en thérapie. » (Carl, 16 ans)

Pour les trois autres jeunes de cette trajectoire, leur demande de services repose sur des événements ou des circonstances qui les ont menés à recourir aux services. La pression parentale, les difficultés académiques et les démêlés avec la justice sont les raisons qui ont conduit ces jeunes en thérapie.

Pour une de ces jeunes, le fait de consommer à l'école et de se faire prendre a engendré une intervention du milieu scolaire et, successivement, une acceptation de sa part de recourir à des services spécialisés :

« Ben là, j'étais... J'étais vraiment « pockée », j'étais pu capable, pis là, à un moment donné, je suis entrée dans le bureau de ma directrice parce que j'avais manqué un examen à cause que j'étais trop « pockée » de la veille. L'examen de janvier, ça, tu ne peux pas le manquer si tu n'as pas un billet du médecin, pis j'en avais pas. Pis je suis allée voir ma directrice

pour lui demander si je pouvais le reprendre. Là elle voyait que, genre, je n'étais pas normale pis là, elle m'a dit : assis-toi un peu dans mon bureau, pis là, elle m'a parlé de ça. Finalement, j'ai commencé à toute lui dire qu'est-ce que je prenais pis toute. Là, elle m'a envoyé voir l'intervenante à notre école pis elle m'a proposé ça, le Grand Chemin. Pis là, je suis allée passer mon IGT pis ils m'ont admis; ils m'ont dit que j'entrerais peut-être un mois plus tard. » (Élise, 15 ans)

Pour un autre, des pressions judiciaires, sous la forme de sentence de la Cour, l'ont conduite en thérapie :

« Ben je me suis fait arrêter à cause d'une réclamation de drogue, pis c'est ça. J'ai décidé, j'ai eu des accusations contre moi pis j'avais du pot sur moi. Ça fait que j'ai eu des heures de travaux communautaires pis il a fallu que j'aille chez Domrémy. » (Éric, 17 ans)

Trajectoire chronique

Par ailleurs, pour les jeunes de la « trajectoire chronique », toutes trois ont eu recours à des services bien que dans des circonstances différentes. L'une d'entre elles, qui considérait avoir une consommation excessive, a entrepris elle-même la démarche, appuyée par les conseils d'un proche :

« Ben c'est parce que je consommais bien trop. J'en amenais jusqu'au pavillon pis c'était vraiment rendu grave mon affaire, pis mon oncle, il avait été à Domrémy, pis euh, il m'a dit que ça marchait super bien pis qu'il consommait ben moins qu'avant. Ça fait que ça m'a motivé pis là, je me suis dit : je vais y aller. » (Lucie, 15 ans)

Dans un autre cas, la modification du comportement de Léa, 15 ans, avait incité ses parents à croire qu'elle rencontrait une problématique de santé mentale. Suite à une évaluation en pédopsychiatrie et au fait que la jeune se soit fait prendre à consommer, ses parents ont exigé qu'elle se rende en thérapie :

« Ça fait qu'à un moment donné, je me suis faite pogner à l'école. J'étais allée consommer pis je me suis faite pogner, ça fait que là... Pis là, je me suis engueulée, ça fait que là, c'est ça. Ils [parents] m'ont envoyé en thérapie. » (Léa, 15 ans)

Pour la dernière jeune fille, la collaboration de la psychoéducatrice de l'école et de la mère a permis de diriger la jeune en thérapie à la suite de difficultés dans le contexte scolaire. Ses propos ne permettent cependant pas de préciser davantage :

« Non, c'était plus ma psychoéducatrice qui l'a dit à ma mère pis ma mère m'a envoyée là. » (Ève, 15 ans)

Somme toute, la demande de services pour les participants provient principalement des pressions parentales suite à des événements reliés à la consommation et aux comportements qui en découlent. Tandis que plusieurs jeunes ont affirmé avoir pris conscience de leur consommation excessive, certains autres sont allés jusqu'à mentionner qu'ils avaient atteint le « bas-fond ». En ce qui concerne la provenance des jeunes en termes de trajectoire, aucune différence majeure n'est constatée selon l'appartenance à la « trajectoire de succès » ou à la « trajectoire chronique ».

L'entrée et les débuts en traitement

Dans cette section, il s'agira de présenter la manière dont les jeunes ont pu vivre leurs premiers pas en traitement suite à la description de leur vécu lors de l'admission.

Trajectoire de succès

Pour les jeunes de la « trajectoire de succès », certaines émotions telles que la gêne et la peur ont été rapportées pour expliquer ce qu'ils ressentaient

lorsqu'ils sont arrivés en traitement. Les extraits suivants témoignent de ces sentiments :

« Quelqu'un qui attire l'attention. Ça fait que toute la première journée, je déconnais, je faisais mon clown, pis toute... On dirait que ma gêne, moi, elle ressort mais ça fait l'effet contraire. » (Luc, 15 ans)

« Ben là, j'avais peur, je voulais plus y aller; quand X m'a appelé je voulais pu y aller (...). Mais là, ça s'est bien passé. Les premières journées, je n'arrêtais pas de brailler tout le temps. » (Élise, 15 ans)

Ces derniers propos d'Élise illustrent qu'elle ressentait la peur surtout avant et au début de la thérapie. Par ailleurs, certaines idées préconçues – telles que « la thérapie va te faire un lavage de cerveau » et la croyance de ne pas avoir d'efforts à faire pour réussir – ont aussi été nommées par les jeunes de cette trajectoire:

« Ben, mes amis m'avaient dit : va pas là, ils vont te faire un lavement de cerveau pis bla, bla, bla. » (Luc, 15 ans)

« Mais je pensais qu'en allant là, tous mes problèmes seraient réglés de même, en claquant des doigts, mais je me suis rendue compte qu'il faut travailler pour atteindre ses buts pis... » (Élise, 15 ans)

Trajectoire chronique

Pour les jeunes de la « trajectoire chronique », l'entrée en traitement a été rapportée comme étant peu appréciée. Les trois jeunes filles (deux en traitement externe et une en traitement interne) identifient leur intégration thérapeutique involontaire comme raison principale à ce sentiment. L'extrait qui suit va en ce sens :

*« Je n'ai pas aimé ça! (...) Non, ben, parce que je n'étais pas allée pour moi, parce que c'était plus à cause de ma mère que j'y avais été, là. »
(Ève, 15 ans)*

Pour une participante, l'entrée en traitement externe, quoique non-volontaire, lui laissait entrevoir de l'espoir :

« Ben, tu te sens un petit peu « espérante ». T'as un petit brin d'espoir que ça va réussir à arrêter ta consommation même si, sans aller en thérapie,

genre, parce que là je ne voulais vraiment pas y aller, en thérapie. »

(Lucie, 15 ans)

Dans cette section sur les débuts du traitement, les jeunes de la « trajectoire de succès » ont précisé davantage en termes d'émotions et de sentiments positifs et négatifs leurs entrées et débuts en traitement que pour leurs homologues de la « trajectoire chronique ». Fait à noter, tant dans la « trajectoire de succès » que dans la « trajectoire chronique », certains jeunes ne voulaient pas se présenter en traitement. Ce non-volontariat a semblé influencer davantage les jeunes de la « trajectoire chronique ».

Les objectifs de traitement

Pour tous les participants de cet échantillon, divers objectifs découlant directement ou indirectement de la consommation ont été rapportés comme but à atteindre au terme du traitement. Certains participants (un pour chaque trajectoire) ont affirmé avoir modifié leurs objectifs personnels en cours de traitement.

Trajectoire de succès

Lorsque l'on s'attarde aux récits des jeunes de la « trajectoire de succès », trois d'entre eux avaient pour objectif de cesser toute consommation, voire même de changer de mode de vie :

« Changer mon mode de vie. Parce que tu sais, si je ne change pas le mode de vie de dans le temps que je consommais, ben tu sais, je serais tout le temps assis sur un divan pis je ferais rien, ou je serais tout le temps dans les partys, pis si je ne change pas ça en partant, ce n'est pas très bon... » (Luc, 15 ans)

Les deux derniers participants avaient pour objectif de diminuer leur consommation :

« C'est : j'arrête juste la pilule, pis le pot, c'est clair que j'en fume en ressortant. C'était mon idée fixe mais à la longue, ça a changé. J'ai trouvé qu'en fumant du pot, c'est de même que j'avais commencé la « peanut ». » (Élise, 15 ans)

Un garçon a aussi exprimé le désir de remédier au fait d'être une personne provocatrice et de diminuer son impulsivité / agressivité :

« Ben, je voulais réduire, genre un gramme par semaine, dans le fond. Ben, je voulais changer mon agressivité pis c'est ça... Ben, savoir me contrôler! Tu sais, mais, tout ce que j'ai à faire, c'est de me contrôler, sur la drogue pis sur l'alcool, pis j'en ai pas de trouble avec l'agressivité. C'est juste quand je fume ou que je bois que j'ai un trouble d'agressivité. » (Éric, 17 ans)

Trajectoire chronique

En ce qui a trait aux jeunes de la « trajectoire chronique », les objectifs diffèrent pour les trois participantes. L'une voulait diminuer sa consommation tout en regagnant du poids :

« Je voulais commencer par diminuer ma consommation; c'était rendu grave mon affaire, là. (...) Mon objectif, c'était surtout de prendre 20 livres. » (Lucie, 15 ans).

Pour une autre participante, il s'agissait de cesser toute consommation :

« Euh, je veux arrêter de consommer. Je me disais ça. Tu sais, peut-être que... Tu sais, au début, tu sais, j'ai peut-être eu une petite lueur d'espoir pis là, j'ai dit : ouin, c'était plus ça, arrêter de consommer. » (Léa, 15 ans)

La dernière jeune fille désirait ne faire aucune modification à sa consommation car elle disait aller en thérapie pour faire plaisir à sa mère :

« Ben moi, je suis rentrée là-dedans; moi, je me disais... Parce que ce n'était pas pour moi que j'étais rentrée. Déjà, quand je suis entrée, je m'étais dit que j'allais juste le faire pour ma mère, que quand j'allais ressortir, j'allais reconsommer, mais comme à la fin (...). » (Ève, 15 ans)

Il apparaît, à la lueur de ces propos, que les jeunes des deux trajectoires ne présentent pas de différences majeures quant aux objectifs de traitement fixés, à l'exception d'une seule participante qui refusait de modifier ses habitudes de consommation.

Éléments liés au traitement ayant contribué à l'amélioration

Dans cette section, il sera question de tous les éléments liés à la thérapie qui ont contribué aux changements jugés positifs par les jeunes aux plans de la consommation de SPA et de la santé psychologique.

Pour les jeunes faisant partie des deux trajectoires, les éléments liés au traitement ayant contribué à l'amélioration se regroupent selon les thèmes

suivants : les composantes de la thérapie, les relations familiales, les relations avec les pairs et le volet académique.

Trajectoire de succès

Tout d'abord, explorons les thèmes rapportés par les jeunes de la « trajectoire de succès ». Le premier thème est celui des composantes de la thérapie. Celui-ci comporte les éléments suivants : la qualité du lien avec le ou les intervenant(s), la disponibilité de ceux-ci, les outils et moyens donnés pour faire face à la consommation, l'information et la sensibilisation face à la consommation, la présence et le support d'autres jeunes qui vivent une situation similaire (service interne) et les techniques d'intervention utilisées par les intervenants.

Composantes de la thérapie

Le lien avec le ou les intervenant(s) est considéré par les jeunes comme un élément important du traitement. Dans l'extrait qui suit, le jeune parle de son appréciation face à son intervenant :

« Oh! Lui, c'était un intervenant pis je m'entendais super ben avec. On avait une rencontre à chaque semaine, tu sais, on se faisait... même qu'on riait durant nos rencontres, on se faisait du fun. C'était super intéressant

pis tout le temps du positif à apporter. Tu sais, le négatif, c'est sûr il ne me le cache pas. Tu sais, il me le montre pis tout le monde a travaillé, tu sais il me montre mes points positifs. Il me faisait garder le sourire, il m'aidait pas mal, il me remontait le moral quand j'en avais besoin. » (Carl, 16 ans)

Dans les extraits suivants, l'importance, pour les jeunes de cette trajectoire, du rôle des activités réalisées, des outils et des moyens reçus pour diminuer ou cesser leur consommation, est bien illustrée :

« Ben là, au centre, j'ai reçu gros d'outils pis toute, tu sais, les moyens pour pas retomber là-dedans. Tu sais, je les utilise le plus possible, c'est pour ça que ça va beaucoup mieux. » (Élise, 15 ans)

« Pis aussi, qu'est-ce ça m'a apporté? Ça m'a apporté aussi que de se faire du fun à jeun, c'était possible. Tu sais, ils nous font faire des petites activités quand même, pis toute. Tu sais, je veux dire, même, parce que moi je pensais pu consommer, je n'étais pas un gars timide, timide, mais tu sais, il me semble, je trouvais que ça... mais ça me valorisait quasiment. Je trouvais que j'étais une personne meilleure avec ça. » (Luc, 15 ans)

Puis, l'information et la sensibilisation prises en charge par l'intervenant ou les intervenants face aux SPA et aux répercussions qui en découlent ont permis

aux jeunes d'être mieux renseignés et d'avoir une meilleure compréhension de la situation. Dans l'extrait suivant, l'adolescent explique avoir modifié sa consommation suite aux discussions et aux réflexions portant particulièrement sur les effets dommageables, aux niveaux psychologique et physique, d'une consommation abusive de SPA :

« Elle me disait... Moi, le plus gros qui m'a fait réfléchir, c'est qu'est-ce que ça faisait, corporel pis psychologique, à long terme. Ça m'a fait réfléchir pas mal là-dessus. Tu sais, je n'ai pas consommé longtemps pis j'ai eu des effets pareil là-dessus, le système immunitaire. J'ai pogné plein d'affaires parce que j'en prenais pu, justement, pis j'avais pu de système immunitaire. » (Kyle, 17 ans)

Les propos de cet adolescent résument bien l'apport des conseils de son intervenante pour l'amélioration de sa situation de consommation. Durant ces rencontres, l'intervenante le rendait responsable de son changement en lui spécifiant qu'elle ne pourrait l'aider que s'il acceptait de se prendre lui-même en charge :

« Mettons que je n'aurais pas eu ça, je m'en serais vraiment pas sortie. Tu sais, j'aurais continué là-dedans pis, parce que j'ai voulu m'en sortir, sinon... Parce que la fille, elle m'a fait comprendre que dans la vie, il faut

que tu fasses des choix, pis si tu veux rester avec ça, ben elle, elle me disait : ben moi je ne pourrai pas t'aider si tu ne veux pas t'aider. (...) Elle venait à chaque trois mois, l'intervenante, pis ça fait neuf mois, vraiment, que je n'ai pas consommé. » (Kyle, 17 ans)

Pour ces adolescents de la « trajectoire de succès », les intervenants, par de multiples moyens, ont contribué à diminuer ou à mettre un terme à leur consommation :

« Ben dans le fond, c'est comme eux autres qui ont réussi à m'empêcher de consommer pendant un bout. C'est comme eux autres qui m'ont aidé, ils ont comme réussi à, comment je pourrais dire ça, à me replacer un peu. Ils m'ont fait changer les idées que j'avais de la drogue. Tu sais, moi, avant, je pensais que c'était bien, c'était le fun, je trippe, toute, pis tu sais, à la fin, ils m'ont comme fait voir comme du monde, ils m'ont montré que finalement, j'étais là-bas pis ils m'ont fait voir aussi... Pis maintenant, je le vois que ça pas d'allure. C'est bien plus sans dessein que d'autre chose. Pis tu sais, moi aussi avant je me sentais bien là-dedans. Tu sais, ils m'ont vraiment, ils m'ont aidé aussi. Oui, ils m'ont aidé à arrêter de consommer et ils m'ont remplacé mes comportements de consommateur. » (Carl, 16 ans)

« La thérapie, elle a été mes béquilles pour que je réapprenne à marcher, genre, tranquillement, pas vite. C'est vraiment ça. Sans thérapie, je pense que ça aurait été vraiment trop « hard », là! Parce que là, ils tassent tes comportements, tu sais, c'est... Parce que c'est des comportements quand tu consommes. » (Luc, 15 ans)

On constate aussi, par le biais du témoignage suivant, que l'apport et le support des autres jeunes en thérapie interne ont aussi favorisé ces adolescents à ne pas se sentir seul et à vouloir cesser la consommation :

« Au début, je ne faisais pas confiance au groupe, je me disais : c'est des fous. Mais tu sais, à la fin, je me suis rendue compte qu'on avait toutes des points en commun et que leur parler, ça me faisait du bien parce que tu sais, je le voyais qu'ils me comprenaient pis que tu sais, ils me donnaient des conseils. » (Élise, 15 ans)

Les composantes familiales du traitement et les rapprochements familiaux liés au traitement

Le deuxième thème qui semble, aux dires des jeunes de cette trajectoire, les avoir le plus aidés concerne les composantes familiales du traitement et les rapprochements familiaux liés au traitement. Les éléments composant ce thème

sont les suivants : la rencontre familiale et les rapprochements découlant des actions réalisées en traitement.

La rencontre familiale est, en fait, une rencontre entre les parents, le jeune et l'intervenant (traitement interne ou externe) qui permet de reprendre le parcours de vie de consommateur du jeune et les événements significatifs vécus. Bien que cette rencontre soit en quelque sorte une composante du traitement, il a été jugé pertinent de la considérer et de l'analyser dans l'esprit du thème des relations familiales. L'impact positif de cette rencontre a été rapporté par certains jeunes, comme en témoigne l'extrait suivant :

« Par rapport à la famille, ben, au début avant de rentrer en thérapie, c'est sûr que moi, les contacts étaient coupés, j'étais jamais chez nous. En rentrant en thérapie, tu sais, là, j'ai commencé, j'étais coupé de ma famille, tu sais, j'avais un petit téléphone de dix minutes à chaque semaine, là, pis à moment donné, j'ai vécu les rencontres familiales en thérapie. Il a fallu que je compte des affaires à ma mère, que je dévoile des secrets. Pis là, vraiment, on a réglé des affaires comme des problèmes qu'on avait, on a dévoilé des affaires; elle aussi, elle m'a avoué des affaires que j'avais jamais su de ma vie pis, pis, j'ai appris, pis ça a comme, si tu veux, un peu changé ma vie, mais en tout cas, ça a aidé, pis après ça, les liens se sont refaits. En sortant de thérapie, ça allait encore ben pendant un bout. Là,

c'est sûr que ça a recommencé à déraper un peu de temps en temps mais tu sais, ce n'est pas aussi, tu sais, c'est beaucoup, beaucoup plus solide qu'avant que j'entre en thérapie. Le changement est encore là. » (Carl, 16 ans)

Les rapprochements évoqués concernent les actions réalisées avec son ou ses parents et la qualité de ses relations avec eux à la suite au traitement. Bien que les jeunes n'aient pas élaboré sur la façon dont le traitement a pu améliorer les relations familiales, il n'en demeure pas moins qu'ils font une nette distinction entre la situation familiale vécue avant et après le traitement, du point de vue notamment de la communication, des discussions, des activités diverses, du renouvellement du lien de confiance, etc. Plusieurs jeunes de cette trajectoire ont rapporté avoir vécu des changements positifs. Ces changements ont eu comme effets bénéfiques de modifier leur mode de vie, leur consommation, et d'accéder à un bien-être familial accru. L'extrait suivant traite de ce rapprochement auprès de la famille :

« Peut-être un peu plus de confiance, plus le goût de se confier, tu sais, comme ça (...). Plus le goût de sortir, plus le goût de faire des activités avec tes parents, moins penser à tes amis. Tu penses un peu plus à ta famille qu'avant, je te dirais. Ça t'incite à faire moins de conneries (...). Je suis plus attentif à ma job; j'étais plus porté à faire des affaires avec ma

mère parce que je n'avais pas besoin de fumer. Ça fait que j'allais voir ma mère, je ne fumais pas. » (Éric, 17 ans)

Une jeune est interrogée sur la nature de ses relations familiales avant d'aller en thérapie. Ses propos sous-tendent l'impact favorable de la thérapie sur ses relations familiales :

« Ben, on se parlait plus pis c'était : on s'envoyait chier pis j'étais jamais chez nous. Tu sais, c'était jamais comme là. Là, « astheure », ça va super bien. On s'entend pis quand j'ai des problèmes, je vais lui en parler pis je sais qu'elle est là pour m'écouter. » (Élise, 15 ans)

Le prochain extrait illustre les propos d'un jeune qui attribue une meilleure relation avec son père à l'implication de ce dernier lorsqu'il a vu que son fils prenait part à une thérapie :

« C'était plus avec mon père que je n'étais pas proche, pis maintenant, tu sais, il a vu que je voulais faire des efforts pis toute pour m'en sortir. Ça fait que maintenant, on se parle plus; avant ça, on avait de la misère à être en contact mais maintenant, toute va bien. » (Kyle, 17 ans)

Les relations avec les pairs

Le troisième thème fait référence aux relations avec les pairs. Ce thème est composé d'éléments tels que la modification du cercle social, le changement d'habitudes de vie et le support des pairs. Comme il fut constaté pour les relations familiales, les jeunes n'ont pas élaboré sur la façon dont le traitement a pu améliorer les relations avec les pairs; ils font néanmoins la différence entre la situation avec les pairs avant et après le traitement.

La modification du cercle social, c'est-à-dire le fait de changer de pairs, est l'un des thèmes abordés lors de la thérapie. Ce thème a été mentionné par plusieurs jeunes comme étant contributoire à l'amélioration de leur situation. Les propos suivants illustrent les modifications apportées au cercle social de ces jeunes, témoignant ainsi d'un impact positif à leurs yeux :

« Ben tu sais, ça a changé d'un côté. À un moment donné, on se tanne d'être avec les mêmes personnes, mais tu sais, je leur parle encore mais ça change rien au fait que c'est mes chums de filles pareil. Mais je parle plus à du monde que je le sais qu'ils m'influenceront pas dans mes affaires de recommencer à prendre de la pilule à tous les jours. Tu sais, je me tiens avec du monde quand même assez « clean ». » (Élise, 15 ans)

« J'ai eu des changements comme : il y en a que je fréquente pis qui consomment encore. Mais j'ai vraiment eu gros de changements parce que j'ai fréquenté une gang, justement pendant que je vendais, je suis rentrée dans une sorte de... Mais vraiment depuis ce temps-là, je me tiens loin de tout ça, pis toute. Mes amis, maintenant, ils sont « clean » pis toute, là. La plupart, ils consomment plus. » (Kyle, 17 ans)

« Le monde avec qui je me tenais? C'était tout le temps ceux avec qui il ne fallait pas que je me tienne (...). Maintenant, c'est sûr qu'il y en a qui consomment, mais tu sais, c'est moins, pis tu sais, je me tiens avec une fille; il y en a une qui fait des meetings avec moi. Maintenant, l'école, ça fait pas longtemps qu'elle est commencée. J'ai juste vraiment un vrai ami, ben j'ai des amies de filles aussi, mais côté amis, maintenant, ça va bien. » (Luc, 15 ans)

Le changement des habitudes de vie avec les pairs, c'est-à-dire le changement des activités entreprises avec les amis, fait aussi partie des éléments nommés par les jeunes pour illustrer les impacts positifs sur leur vie :

« Bah! On fait beaucoup plus d'activités. On sort plus, on a tout le temps le goût de voir des choses nouvelles, tu sais, des aquariums, des glissades

d'eau, tu sais, comme ça. On est moins porté à aller dans les bars pis faire des p'tits feux. » (Éric, 17 ans)

Le soutien des pairs, qui se définit comme la compréhension témoignée par les amis de la situation qu'ils éprouvent, a aussi été rapporté par ces jeunes comme étant un élément favorable à la poursuite de traitement :

« Ben là, ils me comprennent mieux dans ce que je vivais. Tu sais, je veux dire, je ne sais pas, ils sont là pour m'écouter pis tu sais, ils font plus attention à moi. » (Élise, 15 ans)

La situation scolaire

Le dernier thème porte sur la situation scolaire et implique un élément principal, à savoir la recherche d'un meilleur rendement scolaire. Certains jeunes ont affirmé avoir de meilleurs résultats et être plus assidus à l'école à la suite du traitement. Une fois de plus, les participants n'ont pas élaboré sur l'impact que le traitement a pu avoir sur leur situation scolaire, mais ils rapportent une nette différence entre la situation avant et après le traitement :

« À l'école, c'est sûr qu'avant la thérapie, j'étais démotivé, je voulais pu y aller pantoute, pis là, la motivation est là. Tu sais, je suis rentré hier pis ça

va super ben pis je suis vraiment hyper motivé pis j'ai envie de la finir, mon année. » (Carl, 16 ans)

Élise explique pour sa part que ses notes ont augmenté depuis le début de la thérapie et que cela a contribué à améliorer sa confiance en elle comme les relations avec ses parents.

« Ouais, pis j'ai des notes super hautes pis ça va ben mieux!. Pas juste ça, mais c'est aussi parce que ça va mieux avec mon père pis ma mère. Depuis que ça va mieux, comme à l'école, ça va mieux; ça fait que j'ai plus confiance en moi pis le plus que j'ai confiance, ça va mieux, là. » (Élise, 15 ans)

Trajectoire chronique

Pour les jeunes de la « trajectoire chronique », les éléments liés au traitement ayant contribué à l'amélioration de leur situation personnelle sont moins nombreux. On y retrouve tout de même certaines améliorations que les jeunes expliquent par certaines composantes de la thérapie et par leurs relations familiales. Il importe de rappeler que les jeunes regroupés dans cette trajectoire n'ont pas uniquement vécu un maintien ou une détérioration de leur situation personnelle.

Les composantes de la thérapie

Les jeunes filles de cette trajectoire font état des techniques d'intervention (outils et moyens) des intervenants et du fait de se sentir soutenues par les autres membres du groupe de thérapie.

Les techniques d'intervention mises en œuvre par l'intervenante pour faire cheminer la jeune sont décrites par cette dernière :

« Ben ouais, il y en a eu. C'est que des fois, elle me posait des questions pis elle me mettait ça dans la face, comment dire, elle me confrontait à la réalité, genre que ça me faisait réfléchir, pis ça, même rendue chez nous. Je réfléchissais tout le temps pis ça m'a apporté à me poser des questions sur moi-même (...). » (Lucie, 15 ans)

L'extrait qui suit témoigne de l'impact positif généré par ces techniques d'intervention, du moins à court terme :

« Ça fait que, comme je te dis, les deux semaines, ça a super bien été. J'ai pris les moyens pis j'ai quand même gardé la petite carte qu'elle m'avait faite de moyens. Mais après ça, oublie ça! » (Léa, 15 ans)

Nous comprenons enfin le dernier élément, le soutien des autres membres de la thérapie, comme le fait de ne pas se sentir unique, seul, en bénéficiant du soutien d'individus aux prises avec des difficultés semblables. L'extrait qui suit illustre les répercussions positives de ce support pour la situation de la jeune :

« Parce que là-bas, ils te font souvent parler avec d'autre monde. Il faut parler avec les autres pis c'est peut-être aussi parce que tous les autres savent ce que t'as vécu... On dirait que c'est comme plus facile de se rapprocher de quelqu'un. » (Ève, 15 ans)

Somme toute, les éléments liés au traitement ayant contribué à l'amélioration de la situation des participants sont divergents pour les jeunes des diverses trajectoires. Les sous-thèmes liés à cette section, à savoir la qualité du lien avec l'intervenant, le support d'autres jeunes, la modification du cercle social, les rapprochements familiaux, le changement des habitudes de vie avec les pairs, de meilleurs résultats scolaires, entre autres, ont davantage été avancés par les jeunes de la « trajectoire de succès » comme catalyseurs de changements positifs dans leur vie. Pour les jeunes filles de la « trajectoire chronique », ces éléments ne semblent pas avoir été vécus de la même façon et, incidemment, ont été rapportés dans une moindre mesure par celles-ci.

Éléments non liés au traitement ayant contribué à l'amélioration

Dans cette section, il sera question de tous les éléments non liés à la thérapie qui ont contribué aux changements jugés positifs par les jeunes des deux trajectoires.

Trajectoire de succès

Pour les participants de la « trajectoire de succès », les éléments non liés au traitement qui ont contribué à l'amélioration sont regroupés sous les thèmes suivants : les prises de conscience personnelles et les relations familiales.

Prise de conscience

Les extraits suivants illustrent les prises de conscience faites par deux adolescents face à leur condition et leur sentiment d'avoir atteint une limite à ne pas franchir :

« Ben je me suis dit que j'avais sûrement un problème parce que tout le monde m'en parlait : tu sais, t'as un problème. Ça, ça m'incitait à vouloir continuer, voir de quoi ça avait l'air, voir comment j'étais quand j'étais petit

gars. Revoir ça. Je le voulais, je trouvais que ça n'avait pas de bon sens. »

(Éric, 17 ans)

« Ouais, c'est vraiment que tu t'aperçois que t'es en train de manquer ta vie, pis toute, pis là, faut vraiment que tu changes. » (Luc, 15 ans)

Relations familiales

Pour ce qui est des relations familiales, elles ont été identifiées par les jeunes comme un élément favorisant l'amélioration de leur situation. Le sous-thème qui se démarque le plus de ce paramètre fait référence à l'implication parentale. Dans le premier extrait, il est possible de constater qu'un événement de vie a des répercussions sur l'implication témoignée d'un père auprès de sa fille et, par le fait même, sur le bien-être de la jeune :

« Ben là, mon père... Il n'a jamais été là, genre, quand j'étais jeune, pis là, tu sais, c'était un alcoolique mais là, il a arrêté de boire depuis un bout pis il a vendu son bar. Ça fait que tu sais, il prend plus de temps pour moi pis toute, je suis contente, là! Ça m'enlève un gros poids. » (Élise, 15 ans)

Trajectoire chronique

Pour les participants de la « trajectoire chronique », aucun élément non lié au traitement n'a paru contribuer à une amélioration quelconque de leur situation. De fait, aucune des trois jeunes filles n'a fait mention d'une amélioration, quelle qu'elle soit.

Éléments liés au traitement ayant contribué au maintien ou à la détérioration

Dans cette section, il sera question de tous les éléments liés à la thérapie qui ont contribué au maintien des difficultés ou à la détérioration de la situation des jeunes, et ce, d'après leur propre perception.

Les thèmes les plus fréquemment rapportés par les jeunes des deux trajectoires sont, une fois encore, les composantes de la thérapie et les relations familiales. Les composantes de la thérapie incluent la relation avec le ou les intervenants et les techniques d'intervention employées. Les relations familiales concernent davantage la communication entre les parents et l'adolescent dans le cadre de la thérapie ou pendant la thérapie.

Trajectoire de succès

Pour les jeunes de la « trajectoire de succès », seul un adolescent s'est prononcé sur un élément susceptible d'avoir contribué au maintien ou à la détérioration de sa situation; notons que cet élément est en lien avec les composantes de la thérapie. Ainsi, sa consommation d'alcool a augmenté à la suite du traitement. Le jeune critique le fait de ne pas avoir abordé avec l'intervenante les problèmes reliés à l'alcool et aux SPA. Il estime que si une telle discussion avait eu lieu, sa consommation d'alcool aurait éventuellement pu être diminuée :

« Il aurait peut-être fallu qu'on travaille là-dessus. Peut-être ben que c'est un côté de même que je n'ai pas très bien aimé, mais peut-être ben juste de se demander, on aurait peut-être dû voir le coût, genre, tu sais, je ne sais pas. » (Éric, 17 ans)

Trajectoire chronique

Pour les jeunes de la « trajectoire chronique », les composantes de la thérapie et les relations familiales ont une nouvelle fois été désignés comme étant deux éléments ayant contribué majoritairement à la détérioration de leur

situation. Tout d'abord, du point de vue des composantes de la thérapie, la mauvaise qualité du lien avec l'intervenante a été identifiée.

Composantes de la thérapie

Le prochain extrait fait état de la relation entre la jeune et l'intervenante. Selon la jeune, l'échec de l'intervenante à assurer la création d'un lien avec elle n'a pas favorisé l'amélioration de sa condition :

« Parce que tout le temps, tout le temps des questions... Tu sais, elle n'essaie pas d'apprendre à te connaître, rien. Tu sais, tout le temps des questions par rapport à toi, ta famille, qu'est-ce que tu ferais, pis tu sais, tout le temps par rapport à ta consommation. Me semble que c'est dur, là, les premiers temps, mais même les autres rencontres, c'est tout le temps juste des questions de même. (...) Tu sais, qu'elle me mette en confiance comme tu sais au lieu de me bombarder tout de suite, là. » (Lucie, 15 ans)

Pour une autre participante, l'élément ayant le plus contribué au maintien ou à la détérioration de sa situation concerne le fonctionnement de la thérapie interne. Selon les propos de la jeune, le fait d'être enfermée et de suivre des règles strictes, dans un environnement sans consommation, basées sur des valeurs telles que le respect et l'écoute n'est pas applicable à l'extérieur. Ainsi,

les difficultés éprouvées par la jeune au terme de son traitement sont, selon elle, tributaires de cette réalité :

« Mais en sortant, l'affaire, c'est que moi je suis sortie de là pis tu sais, j'avais la joie de vivre, on dirait, parce que j'ai passé une semaine à parler des modes de vie, des douze étapes puis tu sais, j'essayais de convaincre mon frère pis nananan, nananan, ça n'a pas marché. Mais comme on dirait qu'à la longue, parce que moi je leur ai dit, parce qu'en dedans, ils te font croire que tu es dans un monde qui existe pas, parce que là-bas, tout le monde est gentil pis tu sais, c'est sûr qu'il n'y a pas de consommation là-bas. Pis tu sais, tout le monde se respecte pis ils disent les choses quand quelqu'un parle dans le dos, mais c'est pas comme ça, dehors. Pis comme à la longue, le monde, tu sais, moi j'étais la seule qui souriait pis que tu sais, la vie, pis j'étais la seule qui savait des choses comme ça... Personne savait ça sauf, on dirait qu'avec le temps, je recommençais à redevenir comme avant, là. » (Ève, 15 ans)

L'implication de la famille dans la thérapie

L'implication de la famille dans la thérapie représente l'autre thème avancé par les jeunes de cette trajectoire comme ayant contribué au maintien ou à la détérioration de leur consommation de SPA et de leur santé psychologique,

mais aussi de plusieurs autres dimensions de vie. À titre d'exemple, une adolescente raconte que la rencontre familiale a eu des répercussions non souhaitées : les difficultés éprouvées dans la relation familiale ont, en effet, perduré après la fin du traitement. Ève explique ce changement en affirmant qu'en thérapie, elle devait dire la vérité à ses parents sur sa vie de consommatrice. Lorsque l'intervieweur lui demande ce qui a pu favoriser l'amplification des problèmes avec ses parents, elle répond ceci :

« Non mais c'est juste que, parce que je me rappelle, il y a juste des fois aussi... parce qu'elle pense que parce que j'ai rechuté, elle pense que toute ce que j'ai faite avant, elle pense que je le suis maintenant encore pis c'est pas vrai, pis c'est comme aussi elle pis mon père, tu sais, des fois, quand ils sont vraiment frustrés, je sais pas si je devrais les comprendre, mais comme, tu sais, parce qu'en thérapie, à un moment donné, il fallait qu'on dise toute ce qu'on a fait pis toute les choses qu'on a faites pendant qu'on était en état de conso, pis toute. Pis tu sais, des fois, eux autres, quand ils sont frustrés, ils me « shootent » ça dans face pis toute, pis je sais pas pourquoi. Tu sais, maintenant que j'ai rechuté, ils me disent toujours ça. » (Ève, 15 ans)

Les éléments rapportés dans cette section ne permettent pas de tracer de grandes divergences entre les deux trajectoires. Les commentaires ténus des

jeunes de la « trajectoire de succès » laissent cependant présager une différence entre les deux groupes. Ce qui semble à priori être le plus intéressant de noter entre les deux groupes est l'impact plus ou moins grand que ces éléments ont eu sur les jeunes. Autrement dit, tandis que plusieurs jeunes de la « trajectoire de succès » considèrent que certaines dimensions familiales de leur thérapie qui se sont bien déroulées ont contribué à améliorer leur situation, ceux de la « trajectoire chronique » pensent que ces mêmes paramètres ont eu des conséquences négatives et permettent d'expliquer la latence de l'amélioration attendue par la mise en œuvre de leurs trajectoires de réadaptation.

Éléments non liés au traitement ayant contribué au maintien ou à la détérioration

Dans cette section, il sera question de tous les éléments qui ne sont pas liés à la thérapie et qui ont contribué au maintien des difficultés et à la détérioration de la consommation de SPA et de la santé psychologique des jeunes selon leur propre point de vue.

Parmi les éléments évoqués par les participants comme ayant contribué au maintien et à la détérioration de leur situation, on retrouve les relations familiales, les relations interpersonnelles, l'honnêteté et la sincérité de la démarche, les motifs ayant conduit au traitement, la peur du jugement, la non-

application des outils et conseils fournis en thérapie, les exigences parentales, les exigences académiques, l'environnement physique et les transferts de dépendance.

Trajectoire de succès

Les jeunes provenant de cette trajectoire n'ont pas fait mention d'éléments particuliers qui auraient pu contribuer au maintien de leurs problèmes ou à la détérioration de leur processus de réadaptation.

Trajectoire chronique

Dans le premier extrait, la jeune fille expose les motifs susceptibles d'expliquer son manque d'honnêteté dans le cadre de sa thérapie. À l'instar de certains autres participants, Léa explique qu'elle ne voulait pas être en thérapie et que ses parents sont à l'origine d'une telle démarche. Questionnée sur les éléments qu'elle jugeait contributoire à l'augmentation de sa consommation, elle répond ceci :

« Ben moi, je n'ai pas été honnête durant ma thérapie. Ça, je l'avoue, ce n'est pas correct mais je ne sais pas, j'avais peur de me faire juger. J'ai beaucoup peur de me faire juger, ça fait que... Tu sais, je n'étais pas

honnête, je disais que je ne fumais pas mais je me sentais coupable parce que je sais que je me défonçais pis que, tu sais, dans le fond, je faisais ça parce que mes parents me demandaient de faire ça. » (Léa, 15 ans)

Les relations avec les pairs sont au centre des difficultés vécues par les jeunes de cet échantillon : la métamorphose qu'il convenait d'opérer au sein du cercle social respectif de ces adolescents a été ardue. D'ailleurs, les verbatim suivants résument bien l'ensemble des propos tenus par ces jeunes à cet effet :

« Non, c'est ça. J'avais gardé quelques amis, les plus importants, mais là, eux autres, vu que c'est des consommateurs, ils ont des amis consommateurs. Ça fait que quand j'étais avec eux, j'étais avec des consommateurs; ça fait que dans le fond, ça a comme toute reviré. Là, j'étais plus avec des consommateurs, ça fait que je l'ai changé à moitié mais j'aurais dû le changer au complet, tu sais. Euh, j'en ai des consommateurs, j'en ai des pas consommateurs mais qui font d'autres niaiseries. Tu comprends, ce n'est pas... Je n'ai pas vraiment des bons, des bons amis, mettons. Tu sais, comme mon père il dit, je me tiens avec des « bums ». » (Léa, 15 ans)

« Mais moi, on m'avait dit : change d'amis, au début, quand je suis rentrée à l'école, parce que j'ai des amis qui consomment pas pis j'étais avec eux;

pis je suis restée avec eux comme pendant deux ou trois semaines, mais c'était rendu plate. « So », j'ai comme « reswitché », là. (...) C'est comme, j'aime plus la petite gang qui traîne dehors, je ne sais pas pourquoi. »
(Ève, 15 ans)

Sur le plan académique, seule une jeune constate un accroissement de ses problèmes scolaires, relativement aux attentes et exigences élevées envers elle suite à sa sortie de thérapie. Elle explique ce changement négatif ainsi :

« Ouais, mais je ne pense pas que ça va être pour ça. Parce que depuis qu'ils ont dit ça, ils veulent que je devienne une élève exemplaire, que je manque jamais mes cours, mais je les manque jamais. Mais comme tu sais, là, juste parce que tu sais, des fois, je peux arriver en retard de 30 secondes, pis là, il vient tout de suite me voir pis me dire que d'ici Noël, je vais pu être là pis tout ça. C'est comme maintenant, on dirait que j'aime pu l'école pis je deviens ce qu'ils veulent que je sois, on dirait. » (Ève, 15 ans)

Résumé

La classification utilisée pour identifier les deux types de trajectoires dépend du processus de réadaptation tel que décrit par les jeunes et tient compte de la perception subjective qu'ils avaient de leur cheminement personnel. Cet exercice a permis de faire émerger des similitudes et des divergences entre les deux groupes de jeunes sur plusieurs plans.

De façon générale, les éléments de divergence entre ces deux trajectoires sont plus nombreux que les éléments de convergence. La différence majeure réside dans la perception de leur cheminement. Autrement dit, ce qui diffère d'une trajectoire à l'autre, c'est l'interprétation que les participants font de leur processus de réadaptation. Dans la « trajectoire de succès », les adolescents n'expriment pas clairement la notion de succès mais affirment tout de même avoir observé et vécu une évolution positive dans différentes sphères de leur vie. Ainsi, les jeunes expliquent leur succès par l'arrêt ou la diminution de leur consommation de SPA, une meilleure santé psychologique, des relations familiales plus saines et positives, des relations positives avec des pairs – pour la plupart, non-consommateurs – et de meilleurs rendements académiques.

Pour les jeunes de la « trajectoire chronique », bien que celles-ci n'expriment pas de façon précise les notions de maintien ou d'échec, elles perçoivent une évolution plutôt négative de leur situation : dans plusieurs sphères de leur vie en

effet, elles sentent qu'elles n'ont fait que très peu d'améliorations. Pour expliquer leur cheminement, les participantes ont énoncé certaines raisons pour expliquer un maintien ou une détérioration de leur problématique : des relations familiales difficiles, des relations avec des pairs-consommateurs problématiques et des difficultés au niveau académique (rendement, absence, etc.).

Somme toute, les huit adolescents interrogés dans le cadre de cette étude ont exposé leur cheminement de réadaptation, depuis leur admission à six mois après leur entrée en traitement. Bien que le cheminement des jeunes provenant des deux trajectoires soit distinct, il n'en demeure pas moins que l'évolution de leur situation – ou la perception subjective de leur parcours de réadaptation – a été constatée en fonction des mêmes éléments référentiels. Il est donc possible de croire que les éléments susmentionnés (consommation de SPA, relations familiales, etc.) représentent des enjeux majeurs dans le processus de réadaptation, enjeux que ces adolescents considèrent pour expliquer leur processus, tant dans une perspective de succès que d'échec.

Discussion – conclusion

Les données quantitatives recueillies dans le cadre de cette étude permettent de documenter que les participants vivent, à leur admission en traitement, de graves problèmes dans l'ensemble des sphères de leur vie. Deux des trois sphères ciblées prioritairement – « alcool », « drogues » et « état psychologique » – affichent des indices élevés de sévérité du profil psychosocial, soit les échelles « état psychologique » et « drogues ». Rappelons, de plus, que les participants à cette étude ont été sélectionnés à partir de la sévérité de leur profil psychologique à l'IGT-ADO à l'admission en traitement. Plus globalement, les jeunes de cet échantillon sont caractérisés par une sévérité des problèmes dans plusieurs autres sphères de vie, davantage perceptible du point de vue de la sphère « drogues » que de la sphère « alcool ». En effet, tel que le démontrent d'autres études (Bender et al., 2006; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005), les jeunes aux prises avec un trouble concomitant de toxicomanie et de santé mentale présentent, à l'admission en traitement, une plus grande sévérité des symptômes dans plusieurs sphères de vie et un niveau de désorganisation plus important en

comparaison des jeunes ne présentant pas un double diagnostic. Dans le même sens, dans le cadre de l'étude plus vaste dans laquelle s'inscrit le présent mémoire, menée auprès des 199 jeunes en traitement, il est montré que les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale concomitants sont davantage caractérisés que les autres par un profil de polytoxicomanie (Bertrand & Brunelle, 2008). Ils présentent en outre des problèmes plus graves sur huit des 10 sphères de l'IGT-ADO, soit toutes les échelles, excepté celles portant sur les problèmes socio-judiciaires et d'emploi. C'est donc dire que ces jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont caractérisés par une problématique complexe et nécessitent systématiquement des besoins sur de multiples plans.

Concernant l'évolution du profil psychosocial des participants, les résultats proposent de façon générale une amélioration de l'ensemble des sphères. Ainsi, les résultats montrent que les échelles « drogue », « santé physique », « relations interpersonnelles », « loisirs », « école », « relations familiales » et « système socio-judiciaire » présentent une tendance à l'amélioration entre le T0 et le T2. Précisons qu'une amélioration statistiquement significative ($p = 0,028$) entre le T0 et le T2 sur le plan de la gravité des problèmes de santé physique a été relevée. Fait à noter : bien qu'une seule différence statistiquement significative soit décelée au niveau des scores, en grande partie en raison de la taille de l'échantillon ($n = 8$), on observe tout de même des

tendances à l'amélioration, ce qui représente, au plan clinique, un constat encourageant. Ces améliorations se traduisent aussi dans le discours des jeunes, renforçant l'idée selon laquelle ces changements sont significatifs pour le jeune, d'après sa propre perception. On observe tout de même un maintien des difficultés voire une détérioration chez certains jeunes.

En ce qui concerne maintenant la consommation de drogue proprement dite, les résultats vont globalement dans le sens d'une amélioration de la sévérité du profil, mesurée dans les trois premiers mois. Un maintien est ensuite observé lors des trois mois suivants. Selon ce qui a été rapporté par les jeunes lors des entretiens, la plupart de d'entre eux affirment avoir diminué leur consommation de SPA autres que l'alcool suite au traitement sans toutefois y avoir mis fin. Ces résultats, bien que positifs dans l'ensemble, soulèvent toutefois un questionnement clinique du point de vue de la notion de succès. Doit-on comprendre dès lors que le succès d'une démarche thérapeutique en toxicomanie passe obligatoirement par l'abstinence? Le succès ne peut-il être mesuré par une diminution, d'une part, de la consommation, d'autre part, des conséquences associées à celle-ci? Il convient de le rappeler, la plupart des études d'efficacité des approches sont américaines et tendent à se baser sur des critères d'abstinence pour évaluer les approches. Tenir compte de cette définition plus nuancée du succès dans les études d'efficacité, qui émerge

notamment du discours des jeunes, en cohérence avec le principe de réduction des méfaits, pourrait permettre de mieux comprendre les résultats de traitement. Au Québec, l'Association des centres en dépendances du Québec (ACRDQ) – anciennement connue sous le nom de Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) – a adopté cette perspective d'intervention. Cette approche serait particulièrement adaptée pour le traitement des jeunes, clientèle peu motivée au changement (Bertrand et al, 2006).

En matière de relations familiales, une amélioration a aussi été relevée tant au niveau quantitatif que qualitatif. Dans les récits des jeunes, les relations familiales ont pris une large place, indiquant ainsi l'importance de cette dimension de vie. Par l'entremise du traitement, les jeunes ont eu à composer avec leur situation familiale et à l'examiner sous plusieurs angles. Le fait que les parents aient été impliqués dans le traitement a eu des répercussions positives pour l'ensemble des jeunes de la « trajectoire de succès ». Ce constat va de pair avec ce qui est rapporté dans la littérature : l'implication de la famille dans le traitement favorise le succès thérapeutique (Bender et al., 2006; Bertrand et al, 2006; Bertrand et al., 2004; CPLT, 2001; Gouvernement du Québec, 2006; Kumpfer, 2001; Rasmussen, 2000; Tremblay, Bertrand, & Ménard, 2005).

Les relations interpersonnelles représentent aussi un enjeu majeur dans la réadaptation de jeunes présentant des problèmes de consommation de SPA. Au niveau quantitatif, les trois temps de mesure démontrent une amélioration du profil. Les extraits d'entretiens qualitatifs vont dans le même sens. Plus particulièrement, la modification du cercle social semble être perçue comme un élément déterminant chez ces jeunes, constat que partagent par ailleurs les jeunes des deux trajectoires. Certaines jeunes filles de la « trajectoire chronique » affirment même qu'elles auraient dû apporter des changements auprès de leur groupe d'amis. Pour elles en effet, la non-modification du cercle social est avancée comme raison majeure de leur situation lors de l'entretien. La littérature insiste d'ailleurs sur l'importance et les enjeux de la modification du cercle social pour le jeune (Bertrand et al., 2006).

De telles améliorations sur la majorité des sphères de vie sont constatées dans les diverses études portant sur les troubles concomitants chez les adolescents (Bender et al., 2006). Plusieurs traitements permettent aux jeunes présentant un trouble concomitant de réduire leur consommation de SPA, de même que les conséquences y étant associées (Bender et al., 2006). Ce qui diffère cependant d'une étude à l'autre réside principalement dans la pérennité du changement suivant le traitement (Bender et al., 2006).

Par ailleurs, bien que plusieurs améliorations sur l'ensemble des sphères aient été constatées, la sévérité des problèmes tend à se détériorer pour certaines autres sphères de vie. En effet, trois sphères témoignent d'une détérioration de la sévérité du profil psychosocial : la consommation d'alcool, la santé psychologique et le travail. À cet effet, une détérioration statistiquement significative au niveau de l'échelle « alcool » est même relevée. Cette détérioration significative est, nous le devinons, préoccupante.

Dans cette étude, la détérioration du profil de sévérité de la consommation d'alcool est peut-être attribuable, du moins en partie, au fait que les services spécialisés en toxicomanie ne traitent pas la consommation d'alcool au même titre que les autres drogues. Dans les entretiens menés, un jeune homme s'exprime à cet effet en témoignant d'une insatisfaction face au fait de ne pas avoir davantage abordé la consommation d'alcool et ce qui en découle lors de son traitement. À la lueur de ces résultats, peut-on conclure que l'emphase est plus souvent mise sur les psychotropes illégaux lors des traitements en toxicomanie? Serait-il pertinent de revoir le contenu abordé dans les programmes de traitement, et ce, dans l'optique d'y inclure à juste titre la place de l'alcool?

Par ailleurs, une autre hypothèse face à cette hausse de la consommation d'alcool semble plausible : l'augmentation de la consommation d'alcool est peut-

être attribuable à un transfert de dépendance. Les propos recueillis auprès des participants ne permettent pas de préciser avec certitude cette hypothèse; aucun ne nomme clairement en effet cette éventualité. Cependant, les études stipulent qu'il est possible qu'une personne puisse transférer sa dépendance première, soit la consommation de SPA illégaux, vers une autre dépendance (Valleur & Valea, 2002).

Puis, contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre, la sévérité du profil de santé psychologique n'a pas diminué en proportion de la baisse de consommation de drogues autres que l'alcool. Les données démontrent qu'il y a eu augmentation de la sévérité du profil entre l'admission et le suivi de trois mois et stabilisation entre les suivis de trois et six mois. Des propos recueillis chez certains participants corroborent ces résultats. L'estime de soi correspond à l'élément de santé psychologique le plus évoqué par les jeunes comme étant préoccupant. Face à ce constat, il semble que les méthodes mises en place pour traiter la santé psychologique de certains jeunes présentant un trouble concomitant soient insuffisantes. En ce sens, le dépistage et l'évaluation des troubles mentaux nécessitent-ils d'être plus étayées? La littérature rapporte à cet effet que le dépistage doit être réalisé systématiquement en employant des outils validés, et ce, sans oublier la réalisation d'une évaluation complète afin d'établir un diagnostic d'un ou des troubles de santé mentale en présence (Bertrand et al., 2006; Robertson, Dill, Husain, & Undesser, 2004; Santé

Canada, 2002). Qui plus est, dans l'IGT-ADO, instrument qui sert de porte d'entrée dans les services spécialisés en toxicomanie, il est possible de relever des informations relatives aux troubles psychologiques. Cependant, est-ce que ces informations sont considérées dans le plan de traitement? Est-ce que des moyens concrets sont mis en place pour traiter ces jeunes, pour les supporter davantage? Peut-on croire que les traitements en toxicomanie se centrent particulièrement sur la consommation, délaissant certaines autres dimensions de vie? Sommes-nous en droit de croire que les intervenants employés dans les ressources en toxicomanie ne sont pas formés aux problèmes spécifiques de santé mentale, et par conséquent, aux troubles concomitants?

L'ensemble des interrogations soulevées au sujet de la santé psychologique engendre un autre questionnement. Celui-ci concerne la nécessité de traiter les adolescents présentant des troubles concomitants de façon intégrée plutôt que de façon parallèle ou séquentielle. Cette façon de traiter les troubles concomitants est désormais reconnue et privilégiée par bon nombre de chercheurs (Ries, 1994; Rosenthal, & Westreich, 1999; Ryglewicz, & Pepper, 1996; Santé Canada, 2002; Siegfried, 1998). Or, le choix d'un tel traitement ne semble pas faire consensus. La recension critique menée par Perreault et al. (2009) conclut que la pertinence de ce modèle d'intégration des services dispensés par « une seule équipe » mérite d'être questionnée. Les auteurs

affirment que les études courantes jugent efficaces les interventions « impliquant plusieurs milieux » (Perreault et al., 2009).

L'évolution des trajectoires psychosociales permet d'affirmer que certains individus de cette étude ont amélioré de façon générale leur trajectoire. Bien que ces jeunes présentent des troubles concomitants, ils ont tout de même bénéficié de traitements ayant favorisé l'amélioration de cette même trajectoire. Selon ceux-ci, l'amélioration du profil de sévérité de cette trajectoire est principalement attribuable aux outils reçus en traitement, à la relation avec l'intervenant et au support familial. Ces motifs d'évolution de la trajectoire permettent de corroborer plusieurs études menées antérieurement au niveau des traitements comportementaux basés sur l'acquisition de compétences, sur la thérapie cognitivo-comportementale (Brown, Dongier, & Graves, 2005), particulièrement l'approche motivationnelle (Miller et Rollnick, 2002).

De surcroît, la relation avec l'intervenant, ciblée comme capitale par les jeunes de cette étude, correspond à ce qui est avancé dans la littérature. En effet, l'alliance thérapeutique serait une composante déterminante du succès de la démarche du jeune (Bertrand et al., 2006; De Weert-Van Oene et al., 2001; Fenton, 2001; Lecompte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004; Petry & Bickel, 1999; Tremblay et al., 2004). Enfin, l'implication parentale rapportée par les jeunes comme élément favorable au processus de réadaptation correspond bien aux

conclusions d'autres auteurs (Bertrand et al., 2006; CPLT, 2001; Kumpfer, 2001; Rasmussen, 2000, Stanton, 1997).

Comme il a été démontré dans d'autres études, les participants qui éprouvent l'absence d'un lien significatif avec un intervenant et la perception que leurs relations familiales sont inadéquates sont plus enclins à une plus grande consommation d'alcool et d'autres drogues (Aseltine, Gore, & Colten, 1999; Riggs, Baker, Mikulich, Young, & Crowley, 1995; Rowe, Liddle, & Dakof, 2001; Whitmore, Mikulich, Thompson, Riggs, Aarons, & Crowley, 1997). Il semble que la consommation abusive de SPA contribue à la chronicisation d'autres difficultés, telles que la santé psychologique et les relations interpersonnelles; c'est du moins ce que les statistiques et les récits démontrent dans cette étude.

Par ailleurs, l'échantillon est constitué d'autant de filles que de garçons. Or, dans la classification des trajectoires, trois des quatre filles se retrouvent dans la « trajectoire chronique ». Ce constat, bien qu'établi sur un petit échantillon, va de pair avec ce qui est rapporté dans la littérature. En effet, comme dans d'autres études, les filles tendent à présenter des problèmes plus graves à l'admission en traitement que les garçons, et ce, sur plusieurs dimensions (problèmes familiaux, psychologiques, d'apprentissage, avec l'autorité, de consommation à l'école, de motivation, etc.) (Bertrand et al., 2004; Titus,

Dennis, White, Scott, & Funk, 2003), ce qui explique peut-être, en partie, le fait qu'elles se retrouvent dans la « trajectoire chronique ».

Dans le même sens, les jeunes filles de la « trajectoire chronique » n'ont rapporté aucun élément positif non lié au traitement. La situation de ces filles comporte notamment un entourage non favorable (famille, pairs, placement en centre jeunesse, etc.) à la réadaptation de la jeune. Or, il est recommandé d'utiliser des approches qui favorisent l'engagement de l'environnement (famille, pairs, personnel scolaire, etc.) dans le traitement pour ces jeunes plus vulnérables (Anderson, Ramo, Schulte, Cummins, & Brown, 2007; Bender et al., 2006).

Par ailleurs, un autre élément relié au traitement est particulièrement intéressant. Dans cette étude, il semble que le fait de ne pas être motivé à aller en traitement ne soit pas un facteur d'échec. La perception négative ou positive préalable à la thérapie n'a pas été un critère de la classification des jeunes dans l'une ou l'autre trajectoire. Pour ainsi dire, un jeune qui est peu motivé à recourir à un traitement ne se retrouvera pas nécessairement dans une « trajectoire chronique ». Tel que spécifié dans la littérature, il convient de motiver, tout au long du processus, les adolescents en traitement à l'aide d'approches motivationnelles (Bertrand et al., 2006; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005).

Le processus d'admission en traitement pour les jeunes représente un élément capital qu'il est primordial de considérer. Si un nombre important de jeunes nécessite des services de la part d'organismes spécialisés en toxicomanie, ces milieux ne disposent en revanche que d'un nombre limité de ressources (humaines et matérielles) pour répondre à une telle demande. À titre d'exemple, l'un des répondants de cette étude a tenté de se suicider alors qu'il était en attente de traitement. Cette situation est préoccupante et soulève des questionnements. Est-il possible d'assurer un filet de sécurité pour les jeunes, particulièrement vulnérables, qui sont en attente de traitement? N'est-il pas envisageable de faire un suivi continu de cette clientèle durant l'attente? D'ailleurs, Bertrand et al. (2006) suggèrent de développer des places de stabilisation-désintoxication dans chaque région pour les individus en phase de sevrages physiques et psychologiques plus intenses. Il serait dès lors possible de mieux évaluer la présence de troubles concomitants (Bertrand et al., 2006).

Il convient dès à présent de noter que la présente étude souffre la limite de l'échantillon qui lui sert de fondation : le nombre de participants est, de fait, plutôt limité et ne permet pas de présenter des analyses statistiques robustes en lien avec les diverses variables à étudier. Une autre limite de cette étude est, cette fois, tributaire du délai pris en compte entre le premier et le dernier temps de mesure, réalisé au suivi de six mois. Il importe de considérer que ce suivi ne représente pas six mois suite à la fin du traitement, mais bien six mois depuis

l'entrée en traitement. Pour statuer sur le maintien d'un changement, une période de neuf à douze mois aurait été nécessaire. Concrètement, cela signifie que pour un jeune qui a participé au programme du Grand Chemin, huit à dix semaines de thérapie interne ont été complétées et quatre mois de suivi post-cure ont suivi. Ainsi, lors de l'entretien (T2), le jeune ne reçoit plus aucun service depuis seulement quelques jours, voire quelques semaines. Il est donc difficile de documenter le maintien des changements observés, bien que l'on sache que le maintien des acquis est un des plus grands défis en toxicomanie. Aussi, il aurait peut-être été pertinent de s'intéresser à la période précédant l'admission en traitement. De cette manière, la compréhension de la trajectoire de ces jeunes aurait été davantage détaillée et fort probablement mieux comprise.

Par ailleurs, il a été difficile de faire parler les répondants de leur santé psychologique. La grille d'entretien représente, à son tour, une limite de cette étude. Mais la capacité limitée des jeunes de notre échantillon à reconnaître leurs problèmes psychologiques et à les verbaliser était certainement en cause. Il importe de préciser, tout de même, que les jeunes de la « trajectoire de succès » ont rapporté davantage d'éléments en lien avec la santé mentale. Est-ce que la capacité de reconnaître et de verbaliser ses problèmes pourrait être un élément de succès de la démarche thérapeutique?

Il convient, par ailleurs, d'être prudent lorsque vient le temps de généraliser les résultats de cette étude à l'ensemble de la population adolescente, étant donné la taille de l'échantillon et la répartition des participants. Les jeunes interrogés dans cette étude proviennent tous de la région Mauricie Centre-du-Québec. Cette faiblesse est inhérente à l'ampleur que peut avoir une étude dans le cadre d'un mémoire. Cependant, les résultats proposent tout de même des pistes intéressantes pour l'intervention.

Plus positivement, la plus grande force de cette étude est sans contredit sa méthodologie mixte, qui, sans racheter en globalité les limites de l'étude, permet tout de même, par juxtaposition, de présenter des données complémentaires et une meilleure analyse des données recueillies.

En effet une telle méthodologie permet d'optimiser la pertinence et la richesse des observations (Miles & Huberman, 1994; Van der Maren, 1996). Dans cette situation, il se peut que les méthodes quantitatives n'aient pu détecter certains changements chez l'adolescent ou encore que l'outil (IGT-ADO) n'ait pas permis de les détecter (Bertrand & Nadeau, 2006). En effet, un outil permettant de fournir un portrait quantitatif d'une situation, bien qu'il soit correctement validé, ne pourra qu'offrir des instantanés d'un jeune à différents moments de sa vie. L'analyse du point de vue d'un individu dans une perspective phénoménologique permet d'obtenir de l'information plus riche et

nuancée et favorise la compréhension de processus complexes. Ainsi, la combinaison des deux méthodes permet un regard plus précis sur la situation du jeune.

Dans cette étude, il a été décidé d'accorder une importance plus grande au volet qualitatif. L'analyse plus poussée de la situation des adolescents permet de fournir une explication accrue de leur processus (Miles & Huberman, 1994), mais aussi de comprendre la spécificité et la complexité de leur processus en fournissant un point de vue de l'intérieur : celui des jeunes (Groulx, 1997; Pirès, 1997). Le choix de se concentrer davantage sur les données qualitatives découle du fait qu'au plan clinique, c'est-à-dire au niveau du traitement, l'intervention thérapeutique se fonde particulièrement sur le discours de l'adolescent et sur sa perception.

En somme, l'analyse de la perspective subjective des participants et l'apport de l'IGT-ADO ont permis de mieux comprendre les expériences de vie des adolescents présentant des troubles concomitants en traitement. Cette étude exploratoire apporte de nouvelles données descriptives sur le sujet, ce qui avait été peu fait auparavant. Bien qu'il soit impossible d'établir des liens de corrélation – et encore moins de généraliser les résultats à des populations cliniques, particulièrement en raison de la taille de l'échantillon –, il n'en demeure pas moins que cette étude visait à décrire et à mieux saisir l'évolution

des trajectoires de réadaptation en toxicomanie pour des jeunes présentant des troubles mentaux.

Certaines questions mériteraient d'être approfondies davantage dans le cadre de recherches ultérieures. Tout d'abord, pour répondre à ces questions, il serait intéressant de reproduire une étude similaire comprenant un plus grand échantillon. Ainsi, il serait possible de mieux décrire statistiquement la présence d'amélioration ou de détérioration suite à l'admission en traitement. Suite à un tel exercice, il serait donc envisageable de recommander des orientations tant administratives que cliniques. Par ailleurs, l'implantation et l'évaluation de la mise en place d'un programme de traitement intégré pour les adolescents présentant des troubles concomitants constitueraient une démarche essentielle à entreprendre. Éventuellement, suite aux résultats émergents de cette démarche, une évaluation de l'efficacité d'un tel traitement pour cette clientèle pourrait être entreprise. Ce processus d'évaluation permettrait ainsi de répondre, du moins en partie, aux interrogations liées au choix de prioriser un type de traitement plus qu'un autre.

Ce mémoire de maîtrise a été conduit dans le cadre d'un programme de psychoéducation. Un psychoéducateur averti se doit notamment de bien évaluer les difficultés d'adaptation des individus afin de mettre en œuvre et d'évaluer les interventions pour ces individus (Renou, 2005). Or, nous croyons avoir fait

l'exercice de bien décrire les trajectoires des jeunes toxicomanes aux prises avec des troubles concomitants dans cette étude.

Références

Nous distinguerons deux types de documents : « périodique » et « non-périodique ».

Périodiques

Acier, D. & Nadeau, L. (2005). État de la documentation anglophone : troubles mentaux et troubles liés à une substance. *Alcoologie et Addictologie*, 27 (4). Pages 315-324.

Anderson, R.L. & Estle, G. (2001). Predicting Level of Mental Health Care Among Children Served in a Delivery System in a Rural State. *The Journal of Rural Health*, 17, 3. Pages 259-265.

Anderson, K.G., Ramo, D.E., Schulte, M.T., Cummins, K., & Brown. S.A. (2003). Substance use treatment outcomes for youth: integrating personal and environmental predictors. *Child Maltreat*. Février; 8 (1). Pages 19-35.

Aseltine R.H Jr., Gore, S., & Colten, M.E. (1998). The Co-occurrence of Depression and Substance Abuse in Late Adolescence. *Development and Psychopathology*, 10, 3. Cambridge University Press. Pages 549-570.

Azrin, N.H., Donohue, B., Teichner, G.A., Crum, T., Howell, J., & DeCato, L.A. (2001). A Controlled Evaluation and Description of Individual-cognitive Problem Solving and Family Behavior Therapies in Dually-diagnosed Conduct Disordered and Substance-dependent Youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 11,1. Pages 1-43.

Baker D. G., & Mossman D. (1991). Potential HIV Exposure in Psychiatrically Hospitalized Adolescent Girls. *The American journal of psychiatry* : American Psychiatric Association. Vol. 148, n°4. Pages 528-530.

Battjes, R.J., Onken, L.S., & Delany, P.J. (1999). Drug Abuse Treatment Entry and Engagement : Report of a Meeting on Treatment Readiness. *Journal of Clinical Psychology*. 55. Pages 643–657.

- Bean, P., White, L., Neagle, L., & Lake, P. (2005). Is Residential Care an Effective Approach for Treating Adolescents with Co-occurring Substance Abuse and Mental Health Diagnoses? *Best Practices in Mental Health*, 1, 2. Pages 50-60.
- Bender, K., Springer, D.W. & Kim, J.S. (2006). Treatment Effectiveness With Dually Diagnosed Adolescents: A Systematic Review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 3. (Éd.). New York : Oxford University Press. Pages 177-205.
- Bergeron, L., Valla, J.P., & Breton, J.J. (1992a). Pilot Study for a Quebec Child Mental Health Survey; Part One: The Measurement Estimates in 6 to 14 Year-old Children and Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37. Pages 374-380.
- Bergeron, L., Valla, J.P., & Breton, J.J. (1992b). Pilot Study for a Quebec Child Mental Health Survey; Part Two: Correlates of DSM-III-R Criteria in 6 to 14 Year-old Children and Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37. Pages 381-386.
- Berkowitz, G., Brindis, C., & Clayson, Z. (1996). Using a Multimethod Approach to Measure Success in Perinatal Drug Treatment. *Evaluation & the health professions*. Mars, 19, 1. Pages 48-67.
- Bien, T.H., Miller, W.R., & Tonigan J.S. (1993) .Brief Interventions for Alcohol Problems : a Review. *Addiction*. Mars, 88, 3. Pages 315-335.
- Bukstein, O.G., & Van Hasselt, V.B. (1993). Alcohol and Drug Abuse in A. S. *Handbook of Behavior Therapy in the Psychiatric Setting*. Pages 453-455.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C., & Coletti, M. (1999). The Design and Effectiveness of T.C.-research in Europe : an Overview. *Journal European Addiction Research*. 5. Pages 21-35.
- Brown, S. A., D'Amico, E. J., McCarthy, D. M., & Tapert, S. F. (2001). Four-year Outcomes from Adolescent Alcohol and Drug Treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 62. Pages 381-388.
- Brunelle, N., Landry, M., & Bertrand, K. (2008). Comprendre les parcours de consommation des jeunes du Québec et optimiser les stratégies d'intervention : 15 ans de recherche multidisciplinaire au service du terrain. Dans Streel, E. & Chinet, L. (sous la direction). *Cannabis : approches thérapeutiques contemporaines*. Bruxelles : Édition De Boeck Université. Pages 49-74.

- Brunette, M., F., Drake, R., E., Woods, M., & Hartnett, T. (2001). A Comparison of Long-term and Short-term Residential Treatment Programs for Dual Diagnosis Patients. *Psychiatric services*. 52 (4). Pages 526-528.
- Carey K.B, & Correia C.J. (1998). Severe Mental Illness and Addictions : Assessment Considerations. *Addictive Behaviors*. 23. Pages 735–748.
- Clark, D. B.; & Neighbors, B. (1996). Adolescent Substance Abuse and Internalizing Disorders. *Child Adolescent Psychiatry Clinics in North America* : Philadelphia, Saunders. Pages 289-309.
- Clark, J.P., Marmol, L.M., Cooley, R., & Gathercoal, K. (2004). The Effects of Wilderness Therapy on the Clinical Concerns (axes I, II, and IV) of Troubled Adolescents. *Journal of Experimental Education*, 27. Pages 213-232.
- Clark, W., MacNeill Horton, A., Dennis, M., & Babor, T. (2002). Moving from Research to Practice Just in Time: The Treatment of Cannabis Use Disorders Comes of Age. *Addiction*, 97, 1. Pages 1-3.
- Crome, I.B. (2004). Comorbidity in Youth People: Perspectives and Challenges. *Acta Neuropsychiatrica*, 16. Pages 47-53.
- Cuffel, B.J. (1996). Comorbid Substance Use Disorder : Prevalence, Patterns of use, and Course. *New Directions for Mental Health Services*, 70. Pages 93-105.
- Dakof, G. A., Tejada, M., & Liddle, H. A. (2001). Predictors of Engagement in Adolescent Drug Abuse Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40. Pages 274-281.
- Dennis, M., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S.H., & Tims, F.M. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Experiment : Rationale, Study Design and Analysis Plans. *Addiction*. 97, suppl. 1. Pages 16-34.
- De Weert-Van Oene, G.H., & al. (1999). The Helping Alliance Questionnaire : Psychometric Properties in Patients with Substance Dependence. *Substance use and misuse*, v. 34, 11. Pages 1549-1569.
- De Weert-Van Oene, G.H., & al. (2001). Retention in Substance Dependence Treatment: the Relevance of In-treatment Factors. *Journal of substance abuse treatment*, v. 20, 4. Pages 253-261.

- Diamond, G., Godley, S., Liddle, H., Sampl, S., Webb, C., Tims, F. & coll. (2002). Five Outpatient Treatment Models for Adolescent Marijuana Use : A Description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97, 1. Pages 70-83.
- Dickey, B., Dembling, B., Hocine A., & al. (2004). Externally Caused Deaths for Adults with Substance Use and Mental Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31, 1. Pages 75-85.
- Donohue, B., Azrin, N.H., Lawson, H., Friedlander, J., Teichner, G., & Rindsberg J. (1998). Improving Initial Session Attendance of Substance Abusing and Conduct Disordered Adolescents: A Controlled Study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 8,1. Pages 1-13.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G.J., & Bond, G.R. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4). Pages 589-608.
- Drake, R.E., & Mueser, K. (2000). Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1). Pages 105-118.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M., & McHugo, G.J. (2004). A Review of Treatments for People with Severe Mental Illness and Co-occurring Substance use Disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27. Pages 360-374.
- Fenton, L.R., & al (2001). Perspective is Everything : the Predictive Validity of Six Working Alliance Instruments. *Journal of psychotherapy practice and research*, v. 10, 4. Pages 262-268.
- Flanzer, J. (2005). The Status of Health Services Research on Adjudicated Drug-abusing Juveniles : Selected Findings and Remaining Questions, *Substance Use and Misuse*, 40, 7. Pages 887-911.
- Friedman, A.S., & Utada, A. (1989). A Method for Diagnosing and Planning the Treatment of Adolescent Drug Abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis Instrument). *J. Drug Education*, 19. Pages 285-312.
- Gagné, M. & St-Laurent, D. (2009). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007*. Institut national de santé publique.

- Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure, *Journal of Phenomenological Psychology*, Fall, Vol 28, 2. Pages 235- 261.
- Graeber, D.A., Moyers, T.B., Griffith, G., Guajardo, A. & Tonigan, S. (2003). A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Community Mental Health Journal*, 39, 3. Pages 189-202.
- Greenbaum, P.E., Prange, M.E., Friedman, R.M., & Silver, S.E. (1991). Substance Abuse Prevalence and Comorbidity with Other Psychiatric Disorders among Adolescents with Sever Emotional Disturbances. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30. Pages 575-583.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. L. (2001). Drug Treatment Outcomes for Adolescents with Comorbid Mental and Substance Use Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189. Pages 384-392.
- Grella, C.E., Vandana, J., & Hser, Y. (2004). Effects of Comorbidity on Treatment Processes and Outcomes among Adolescents in Drug Treatment Programs. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13, 4. Pages 13-31.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., & Brondino, M.J. (1999). Multisystemic Treatment of Substance Abusing and Dependent Delinquents: Outcomes, Treatment, Fidelity, and Transportability. *Mental Health Services Research*, 1. Pages 171-184.
- Horner, B. R., & Scheibe, K. E. (1997). Prevalence and Implications of Attention-deficit Hyperactivity Disorder among Adolescents in Treatment for Substance Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(1). Pages 30-36.
- Hser, Y-I., Anglin, M.D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M.L. (1997). Drug Treatment Careers. A conceptual Framework and Existing Research Findings. *Journal of substance abuse and treatment*. Vol. 14(6). Pages 543-558.
- Hser, Y., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An Evaluation of Drug Treatment for Adolescents in Four U.S. Cities. *Archives of General Psychiatry*, 58. Pages 689-695.

- Hulse, G.K., Tait, R.J. (2002). Six-month Outcomes Associated with a Brief Alcohol Intervention for Adult In-patients with Psychiatric Disorders. *Drug Alcohol Rev.* 21. Pages 105-112.
- Jainchill, N., Hawke, J., De Leon, G., & Yagelka, J. (2000). Adolescents in TCs: One Year Post-treatment Outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32. Pages 81-94.
- Kaminer, Y. (1999). Adolescent Abuse : Risk for Psychiatric Disorders. *The American journal of psychiatry*. Sept., 156, 9. Page 1473.
- Kaminer, Y., & Burleson, J.A. (1999). Psychotherapies for Adolescent Substance Abusers: 15-month Follow-up of a Pilot Study. *American Journal on Addictions*, 8. Pages 114-119.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., & Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral Coping Skills and Psychoeducation Therapies for Adolescent Substance Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190. Pages 737-745.
- Kofoed, L.L. (1991). Assessment of Comorbid Substance Abuse and other Major Psychiatric Illnesses. K. Minkoff et R.E. Drake (Éd.). *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Disorder. New Directions for Mental Health Services*. 50, San Francisco : Jossey-Bass. Pages 43-55.
- Laventure, M., Déry, M., & Pauzé, R. (2006). Sévérité de la consommation de psychotropes des jeunes ayant un trouble des conduites. *Revue de Criminologie*. 39, 2. Pages 165-188.
- Laventure, M., Déry, M., & Pauzé, R. (2008). Profils de consommation d'adolescents, garçons et filles, desservis par des centres jeunesse. *Drogues, santé et société*, 7, 2. Pages 9-45.
- Leaf, P.J., M. Alegria, P. Cohen & al. (1996). Mental Health Service Use in the Community and Schools : Results from the Four-Community MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35. Pages 889-897.
- Lecompte, C., Savard, R., Drouin, M. S. & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ?, Implication pour la formation en psychologie. *La revue québécoise de psychologie*, vol. 25, no 3. Pages 73-102.

- Lehman, A.F., Steinwachs, D.S., & PORT investigators (1998). At Issue : Translating Research into Practice : the Schizophrenia PORT Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24. Pages 1-10.
- Lysaught, E., & Wodarski, J.S. (1996). Model: A Dual Focused Intervention for Depression and Addiction. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 5, 1. Pages 55-71.
- Matano, R.A., Wanat, S.E., Westrup, D., & al. (2002). Prevalence of Alcohol and Drug Use in a Highly Educated Workforce. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29, 1. Pages 30-44.
- McCarthy D.M., Tomlinson, K.L, Anderson, K.G., Marlatt, G.A., & Brown, S.A. (2005). Precursors of Substance use Relapse in Adolescents with Comorbid Psychopathology. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19. Pages 28-34.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Brunette, M.F., Xie, H., Essock, S.M., & Green, A.I. (2006). Enhancing Validity in Co-occurring Disorders Treatment Research. Maryland Psychiatric Research Center : Oxford University Press. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 32, 4. Pages 655–665.
- McLellan, A. T., Alterman, A. L., Metzger, D. S., Grisom, G. R., Woody, G. E., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1994). Similarity of Outcome Predictors across Opiate, Cocaine, and Alcohol Treatments: Role of Treatment Services. *Journal Consult Clinical Psychology*, 62. Pages 1141-1158.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2004). Talking Onself into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. Special issue: Motivational interviewing: Theory, research, and practice. *Journal of cognitive psychotherapy*, 18, 4. Pages 299-308.
- Miller-Johnson, S., Lochman, J.E., Coie, J.D., Terry, R., & Hyman, C. (1998). Comorbidity of conduct and Depressive Problems of Sixth Grade : Substance Use Outcomes across Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26. Pages 221-232.
- Morin, F., Gagné, C., & Vincent, M., (2000). Voir La double problématique toxicomanie – troubles mentaux. *Bulletin Info-toxico*. Centre de Réadaptation Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec. Nov. Vol. 12 (2).
- Muck, R., Zempolich, K., Titus, J., Fishman, M., Godley, M., & Schwebel, R. (2001). An Overview of the Effectiveness of Adolescent Substance Abuse Treatment Models. *Youth and Society*, 33, 2. Pages 143-168.

- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2001). Troubles mentaux graves et abus de substances: composantes efficaces de programme de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé Mentale au Québec*, 26, 2.
- Nadeau, L. (2001). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26, 2. Pages 7-21.
- Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (in press). Seeking Safety Therapy for Adolescent Girls with PTSD and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Behavioral Health Services and Research*.
- Nelson, C.R., & Stussman, B.J. (1994). Alcohol-and Drug-Related Visits to Hospital Emergency Departments: 1992 National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 251.
- Neumark, Y.D., Van Etlen, M.L., & Anthony, J.C. (2000). 'Drug Dependence' and Death : Survival Analysis of the Baltimore ECA Sample from 1981 to 1985. *Substance Use and Misuse*, 35, 3. Pages 313-327.
- Noah, L. (2002). Medicine's Epistemology: Mapping the Haphazard Diffusion of Knowledge in the Biomedical Community. *Arizona Law review*, 44, 2. Pages 373-466.
- O'Leary Tevyaw, T., & Monti, P. (2004). Motivational Enhancement and other Brief Interventions for Adolescent Substance Abuse: Foundations, Applications and Evaluations. *Addiction*, 99, s2. Pages 63-75.
- Pauzé, R., Déry, M., Yergeau, É., & Touchette, L. (2005). Diversité des profils cliniques des familles des enfants présentant des problèmes de comportement en milieu scolaire. *Nouveaux Cahiers de la recherche en Éducation*, vol 8, 2. Pages 25-44.
- Perreault, M., Perreault, N., Withaueper, D. & Malai, D. (2009). Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base de données probantes, *Revue Criminologie*, 42,1. Pages 91-114.
- Petry, N.M., & Bickel, W.K. (1999). Therapeutic Alliance and Psychiatric Severity as Predictors of Completion of Treatment for Opioid Dependence. *Psychiatric services*, v. 50, 2. Pages 219-227.

- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In Search of How People Change : Applications to Addictive Behaviours. *American Psychologist*, 47 (19). Pages 1102–1114.
- Rach-Beisel, J., Scott, J., Dixon, L. (1999). Co-occurring Severe Mental Disorders : A Review of Recent Research. *Psychiatric services*, 50 (11). Pages 1427-1434.
- Ramo, D.E., Anderson, K.G., Tate, S.R., & Brown, S.A. (2005). Characteristics of Relapse to Substance Use in Comorbid Adolescents. *Addictive Behaviors*, 30. Pages 1811-1893.
- Reiger, D.A., Farmer, M.E., & Rae, D.S. Locke, B. Z., Keith, S. J. Judd, L. L., Goodwin, F. K. (1990). « Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study ». *Journal of the American Medical Association*. 264, pp. 2511–2518.
- Rey, C.T., Michaud, A., Narring, F., & Ferron, C. (1997). Comportements suicidaires des adolescents en Suisse : rôle des médecins. *Archives de pédiatrie*, vol. 4, 8. Pages 784-792.
- Rhode, P., Lewinsohn, P. M, & Seely, J. R. (1996). Psychiatric Comorbidity with Problematic Alcohol Use in High School Students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35. Pages 101–109.
- Rhode, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Kaufman, N. K. (2001) Impact of Comorbidity on a Cognitive-Behavioral Group Treatment for Adolescent Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40. Pages 795-802.
- Ries, R. (1994). (Consensus Panel Chair). Assessment and Treatment of Patients with Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse, Treatment Improvement Protocol (TIP). *Series*, No.9. DHHS Publication (SMA) 94-2078. Rockville, MD : Centre for Substance Abuse Treatment.
- Riggs, P. D., Baker, S., Mikulich, S. K., Young, S., & Crowley, T. J. (1995). Depression in Substance Dependent Delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34 (6). Pages 764-771.
- Riggs, P.D., & Davies, R.D. (2002). A Clinical Approach to Integrating Treatment for Adolescent Depression and Substance Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (10). Pages 1253-1255.

- Riggs & al. (2004). A Randomized Controlled Trial of Pemoline for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Substance- Abusing Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43 (4). Pages 420-430.
- Robertson, A.A., Dill, P.L., Husain, J., & Undesser, C. (2004). Prevalence of Mental Illness and Substance Abuse Disorders among Incarcerated Juvenile Offenders in Mississippi. *Child Psychiatry and Human development*, 35,1. Pages 55-74.
- Rosenthal, R. N., & Westreich, L. (1999). Treatment of Persons with Dual Diagnoses of Substance use Disorder and other Psychological Problems. *Addictions : a comprehensive guidebook*. B. S. McCrady, & E. E. Epstein (Éd.). New York : Oxford University Press. Pages 439-476.
- Ross, H.E., Glaser, F.B., Germanson, T. (1988). The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Alcohol and other Drug Problems. *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, 11. Pages 1023-1031.
- Rounds-Bryant J.L., & al. (1999). Drug Abuse Treatment Outcome Study of Adolescents : a Comparison of Client Characteristics and Pretreatment Behaviors in Three Treatment Modalities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Novembre. 25, 4. Pages 573-591.
- Rowe, C.L., Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (2001). Classifying Clinically Referred Adolescent Substance Abusers by Level of Externalizing and Internalizing Symptoms. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11. Pages 41-65.
- Rowe, C.L., Liddle, H.A., Greenbaum, P.E., & Henderson, C.E. (2004). Impact of Psychiatric Comorbidity on Treatment of Adolescent Drug Abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26. Pages 129-140.
- Rush, B. (2004). Best Practices : Guidelines for the Treatment and Support of People with Concurrent Substance Use and Mental Disorders. *Visions : B.C.'s Mental Health and Addictions Journal*. Vol. 2, 1. Pages 7-10.
- Rush, B. (2004). *Les troubles concomitants : leur prévalence, leurs répercussions et l'importance du dépistage*. Présentation dans le cadre du Symposium estival national sur les toxicomanies, Troubles concomitants : les Meilleures Pratiques et leur mise en œuvre.

- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88. Pages 791-804.
- Shane, P.A., Jasiukaitis, P., & Green, R.S. (2003). Treatment Outcomes Among Adolescents with Substance Abuse Problems: The Relationship Between Comorbidities and Post-treatment Substance Involvement. *Evaluation and Program Planning*, 26. Pages 393-402.
- Siegfried, N. (1998a). A review of Comorbidity : Major Mental Illness and Problematic Substance Use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32. Pages 643-653.
- Siegfried, N. (1998b). A review of comorbidity : Major Mental Illness and Problematic Substance Use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 3. Pages 707-717.
- Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2005). Ecologically Based Family Therapy Outcome with Substance Abusing Runaway Adolescents. *Journal of Adolescence*, 28. Pages 277-298.
- Stahler, G., & Cohen, E. (2000). Using Ethnographic Methodology in Substance Abuse Treatment Outcome Research. *Journal Substance Abuse Treatment*, 18. Pages 1-8.
- Titus, J.C., Dennis, M.L., White, W.L., Scott, C.K. & Funk, R.R. (2003). Gender Differences in Victimization Severity and Outcomes Among Adolescents Treated for Substance Abuse. *Child Maltreat*. Février; 8 (1). Pages 3-6.
- Tomlinson, K., Brown, S.A., & Abrantes, A. (2004). Psychiatric Comorbidity and Substance use Treatment Outcomes of Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (2). Pages 160-169.
- Turner, C., Russell, A., & Brown, W. (2003). Prevalence of Illicit Drug Use in Young Australian Women, Patterns of Use and Associated Risk Factors. *Addiction*, 98, 10. Pages 1419-1426.
- Valleur, M. & D. Valea (2002). Les addictions sans drogue(s). *Revue Toxibase*, 6, Pages 1-13.
- Van Manen, M. (1977). Linking Ways of Knowing to Ways of Being Practical. *Curriculum Inquiry*, Vol. 6, 3, spring.

- Varcoe, C. (1998). From "better than nothing" to "best practices": A Background Paper on "best practices" in Health Care in Relation to Violence Against Women. Colombie-Britannique, Ministry of Health, Ministry Advisory Council on Women's Health.
- Velasquez, M.M., Carbonari, J.P., DiClemente, C.C. (1999). Psychiatric Severity and Behavior Change in Alcoholism: the Relation of Transtheoretical Model Variables to Psychiatric Distress in Dually Diagnosed Patients. *Addictive Behaviors*, 24,4. Pages 481-496.
- Vitaro, F., Rorive, M., Zoccolillo, M., Romano, E., Tremblay, R.E. (2001). Consommation de substances psychoactives, troubles de comportement et sentiments dépressifs à l'adolescence. *Santé mentale au Québec*. 26. Pages 106-131.
- Westermeyer J, Phaobtong T, & Neider J. (1988). Substance Use and Abuse among Mentally Retarded Persons : A Comparison of Patients and a Survey Population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 14 (1). Pages 109-123.
- Whitmore, E. A., Mikulich, S. K., Thompson, L. L., Riggs, P. D., Aarons, G., & Crowley, T. J. (1997). Influences on Adolescent Substance Dependence: Conduct Disorder, Depression, Attention Deficit Disorder, and Gender. *Drug and Alcohol Dependence*, 47 (2). Pages 87-97.
- Williams, R.J., & Chang, S.Y. (2000). A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 2. Pages 138-166.
- Wise, B. K., Cuffe, S. P., & Fischer, D. O. (2001). Dual Diagnosis and Successful Participation of Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21. Pages 161–165.
- Word, C., & Bowser, B.P. (1997). Background to Crack Cocaine Addiction and HIV High Risk Behaviors : Another AIDS Epidemic. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 1. Pages 67-78.

Non-périodiques

Adlaf, E.M., Paglia, E.M., & Ivis, F. (1999). *Sondage sur la consommation de drogue par les élèves de l'Ontario, 1977-1999 : Résultats du SCDEO*. Document de recherche du CTSM, n° 5, Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Adlaf, E.M., & Paglia, E.M. (2001). *Drug Use Among Ontario Students 1977-2001, Findings from the OSDUS*. Toronto : Addiction Research Foundation. CAMH Research Document Series, 10.

Adlaf, E. M., Paglia, A., & Beitchman, J. H. (2002). *The Mental Health and Well-Being of Ontario Students, 1991-2001: Findings from the OSDUS*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. CAMH Research Document Series, 11.

Adlaf, E.M., & Paglia, E.M. (2003). *Drug use Among Ontario Students 1977-2003, Detailed OSDUS findings*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health. CAMH Research Document Series, 13.

Adlaf, E.M., Begin, P., et Sawka, E. (Éd.). (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits – Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd. Paris : Masson.

Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie*. Montréal : Guérin, Universitaire.

Bardin Laurence (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : P.U.F.

Babor, T. R., Higgins Biddle, J. C., Saunders, J. B., & et Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for Use in Primary Care*, 2e édition. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Bellot, C. (2005). *La diversité des trajectoires de rue des jeunes à Montréal*. Dans Brunelle, N. & Cousineau, M.-M. Trajectoires de déviance juvénile : les éclairages de la recherche qualitative, (pp. 71-96), Québec : PUQ.

- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie, perspective ethnosociologique*. Paris : Éditions Nathan.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., Plourde, C. (2004). *Évaluation du programme jeunesse Domrémy MCQ*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en toxicomanie et jeu excessif, Domrémy, Mauricie / Centre-du-Québec.
- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les CRPAT : pratiques gagnantes et offre de services*. Montréal : Fédération Québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.
- Bertrand, K. & Brunelle, N. (2008 - novembre). *Problèmes concomitants de santé mentale et trajectoires de réadaptation*. Colloque conjoint de l'Association des centres jeunesse du Québec et de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Montréal (Québec).
- Bertrand, K., Brunelle, N., Richer, I., Ménard, J.-M. & Dufour, M. (en préparation). *Adolescents en traitement de la toxicomanie*. Rapport final remis au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L., & Lépine, S. (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992 : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*. Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, vol. 2.
- Breton, J.-J., & al. (1997). *Rapport de recherche : Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans - 1992. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*. Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 2.
- Breton, J.-J., Légaré, G., Laverdure, J., & D'Amours, Y. (1999). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois – 1999*. Québec : Institut de la Statistique.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité. Une relation complexe* (2^e édition révisée). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Brown, T., Dongier, M. & Graves, G. (2005). *Availability and Use of Evidence-Based Treatment*. Dans *Substance Abuse in Canada : Current Challenges and Choices*, (pp. 25 à 31). Ottawa : Canadian Centre on Substance Abuse.

Caron, J. (1999), *Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale*, Site Internet du Réseau santé mentale FRSQ.

Champoux, L., & Giroux, L. (1991). *Les habitudes de vie des élèves du secondaire - Rapport d'étude*. Québec : Université Laval - Direction de la recherche, Ministère de l'éducation du Québec, Centre de recherche sur les services communautaires.

Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence, 2e édition*. Montréal, Gaëtan Morin.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie - CPLT (1998). *Avis sur le suicide et la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie - CPLT (2001). *Les services de réadaptation pour les mineurs qui font un usage inapproprié de substances psychoactives*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Comité permanent de la lutte à la toxicomanie - CPLT (2003). *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans la réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*. Québec : Centre québécois de lutte aux dépendances.

Comité permanent sur les troubles concomitants (1999). *Adaptation québécoise d'un modèle d'intégration pour intervention auprès des personnes vivant des troubles mentaux concomitants à des troubles liés aux substances psychoactives*. FQCRPAT, d'après le modèle américain du NASMHPD / NASADAD. Document consulté le 27 octobre 2008 : <http://alt.samhsa.gov/reports/congress2002/index.html>

Comité permanent sur les troubles concomitants (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, Montréal.

- Cousineau, M.-M., Brochu, S., Sun, F. (2005). Jeunes en milieu scolaire, drogues et violence. Dans L. Guyon, Brochu, S. & Landry, M. (Éd.), *Les drogues et les jeunes. Usages et dépendances*. (pp. 235-277) Québec : Collection Toxicomanies - Les Presses de l'Université Laval..
- D'Amours, Y. (1997). *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse*. Québec : Gouvernement du Québec, Département du Conseil exécutif, Conseil permanent de la jeunesse.
- Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., Lapointe, F., & autres (2000). *Enquête sociale et de santé – 1998*, 2^e édition. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Debuyst, C. (1989). *Acteur social et délinquance*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Demers, A., & Poulin, C. (2005). Consommation d'alcool. Dans E.M. Adlaf, P. Begin, & E. Swaka (Éd.), *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens, la prévalence de l'usage et les méfaits - Rapport détaillé*. (pp. 20-32). Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Dennis, M. L. (2002). Treatment Research on Adolescent Drug and Alcohol Abuse: Despite Progress, Many Challenges Remain. Dans M.L. Dennis (Éd.). *Connection : A Newsletter Linking the Users and Producers of Drug Abuse Services Research*. (pp. 1-2 / 7). Washington : Academy for Health Services Research and Health Policy.
- Deschesnes, M., et Schaefer, C. (1997). *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais*. Hull : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et les Centres jeunesse de l'Outaouais, tome 1 (secteur général).
- Deslauriers, J.P., & Kérésit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 85-111) Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Deslauriers, A. Laperrière, A. Pires (Éd.) (2005), *La méthodologie qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec*. Boucherville : Gaëtan Morin. Pages 51-91.

- Dubé, G., & Pica, L., pour l'Institut de la statistique du Québec, (2005). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004 : quoi de neuf depuis 2002?* Publication réalisée sous la direction de G. Dubé, avec la collaboration de L. Pica, Isabelle Martin, Aline Émond.
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J. (1999). *DEP-ADO : Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes - Recherche et intervention sur les substances psychoactives*. Québec : RISQ.
- Germain, M., Landry, M., & Bergeron, J. (2003). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents*. Version 3.1, avril. Québec : RISQ.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (1978). *Les enquêtes sociologiques: théories et pratiques*. Paris : A. Colin.
- Giorgi, A. (1997). *De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation*. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pirès (Éds), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 341-364). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Gouvernement du Québec (2006). *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*. Québec : Gouvernement du Québec, Secrétariat à la jeunesse du Québec, ministère du Conseil exécutif, secrétariat à la jeunesse : <http://www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/portrait.htm>.
- Gouvernement du Québec (2006). *Unis dans l'action : plan d'action interministériel en toxicomanie*, Québec, gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2006a). *Bilan d'étape des deux premières années de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*. Québec : Gouvernement du Québec, Secrétariat à la jeunesse du Québec.
- Gouvernement du Québec (2006b). *Unis dans l'action : plan d'action interministériel en toxicomanie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Guyon, L., & Desjardins, L. (2002). La consommation d'alcool et de drogues. Dans *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? : Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000)*. (pp. 35-62). Québec : Institut de la statistique du Québec.

- Guyon, L., & Desjardins, L. (2005). L'alcool et les drogues chez les élèves québécois de 12 à 18 ans. Dans L. Guyon, S. Brochu, & M. Landry (Éd.), *Les jeunes et les drogues : usages et dépendances*. (pp. 1-37). Collection Toxicomanies. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Henggeler, S.W., & Borduin, C.M. (1990). *Family Therapy and Beyond: A Multisystemic Approach to Treating the Behavior Problems of Children and Adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Henggeler, S.W. (1997). The Development of Effective Drug Abuse Services for Youth. Dans Egertson, J. A., Fox, D. M. & A. I. Leshner (Éditeurs), *Treating Drug Abusers Effectively* (pp. 253-279). New York : Blackwell Publishers.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & P.B. Cunningham, (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York : Guilford Press.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, N., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Kirby, M. (sous la présidence de) (2004). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : aperçu des politiques et programmes au Canada – Partie 1 : Le visage humain de la maladie mentale et de la toxicomanie*. Le Sénat du Canada.
- Kiresuk, T.J., Smith, A. & Cardillo, J. E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications Theory, and Measurement*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Kumpfer, K. L. (2001). *Effectiveness of a Culturally Tailored, Family-Focused Substance Abuse Program : The Strengthening Families Program*. Document présenté au National Conference on Drug Abuse Prevention Research.
- Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M., Guyon, L. (2000). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et les adolescentes : étude des qualités psychométriques*. Montréal : Cahiers de recherche du RISQ.

- Laventure, M. (2006). *Trouble des conduites et consommation de psychotropes : gravité de la consommation, caractéristiques associées à la cooccurrence des difficultés et persistance du trouble des conduites*. Thèse de doctorat au programme de doctorat en Éducation de l'Université de Sherbrooke.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Liddle, H.A. & Dakof, G.A. (1995). *Family-based Treatment for Adolescent Drug Use: State of the Science*. Dans *Advances in Adolescent Drug Abuse Treatment*. (pp. 218-253). Rockville, MD : National Institute on drug abuse, Division of clinical and services research.
- Légaré, G., Prévile, M., Massé, R., Poulin, C., St-Laurent, D. et Boyer, R. (2000). Santé mentale. Dans *Enquête sociale et de santé - 1998*, 2^e édition, chapitre 16. (pp. 333-353). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Mercier, C., & Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Centre Dollard-Cormier.
- Mercier, C., & Alarie, S. (2000). Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. Dans P. Brisson, *L'usage des drogues et de la toxicomanie*. (pp. 335-350). Boucherville : Gaëtan Morin. Vol. 3.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. (2^e éd.). New York : Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris, France : Inter-Éditions, 241 pages.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Québec : MSSS, Gouvernement du Québec.
- Morin, F., Gagné, C. & Vincent, M. (Février 2000). *Le double diagnostic de la toxicomanie et des troubles psychiatriques*. Présentation au Colloque « Toxicomanie, santé mentale et réadaptation ». Institut Philippe-Pinel de Montréal en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier.

Mucchielli A., (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1999). *The relationship between mental health and substance abuse among adolescents*. DHHS Publication SMA 99-3286, Analytic Series A-9.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Patton, D., & Adlaf, E.M. (2005). *Consommation de cannabis et problèmes connexes - Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens, la prévalence de l'usage et les méfaits - Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Pages 20-32.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., & Frappier, J.-Y. (2000). *Portrait des jeunes inscrits à la charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des huit premier mois*. Document de travail, Université de Montréal.

Pelletier, S. (2004). *Les actions en lien avec l'usage et l'abus de drogue au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire*, Centre jeunesse de Montréal.

Pica L. (2005) Consommation d'alcool et de drogues. Dans G. Dubé (Éd.). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?* Québec : Institut de la statistique du Québec. Pages 95-130.

Poupart, J., Groulx, L., Mayer, R., Deslauriers, J.P., Laperrière, A., & Pires, A. (1998). *La méthodologie qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec*. Boucherville : Gaëtan Morin.

Poupart, J., & Lalonde, M. (1998). La méthodologie qualitative et la criminologie au Québec, de 1960-1985. Dans J. Poupart, L. Groulx, R. Mayer, J.-P. & Rasmussen, S. (2000). *Addiction Treatment*. California : Sage publications.

- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., & Taylor, B. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, 2006. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Le rapport complet est disponible sur demande au : <http://www.cclat.ca>
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal (Québec) : Éditions sciences et culture.
- Riggs, P. D., & Whitmore, E. A. (1999). Substance Use Disorders and Disruptive Behavior Disorders. Dans *American Psychiatric Association Annual Review Psychiatry Series Disruptive - Behavior Disorders in Children and Adolescents*. (Chapitre 4), R. Hendren (Éditeur), vol. 18.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy. It Current Practice, Implications, and Theory*. Houghton Mifflin Compagny.
- Room, R. (1998). *The Co-Occurrence of Mental Disorders and Addiction: Evidence on Epidemiology, Utilization and Treatment Outcomes*. (ARF Research Document Services). Toronto : Addiction Research Foundation.
- Ryglewicz, R., & Pepper, B. (1996). *Lives at Risk : Understanding and Treating Young People with Dual Disorders*. New York : Free Press.
- Santé Canada (1996). *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances : document de travail*. Ottawa, N° de cat. H39-360/1-1996F.
- Santé Canada (2001). *Meilleures Pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa, N° de cat. H49-154/2001E.
- Santé Canada (2002a). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa.
- Santé Canada (2002). *Meilleures Pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada, N° de cat. H39-599-2001-2f. Page 8.
- Schneeberger, P., & Desrosiers, M. (2001). *Les « nouvelles drogues » au Québec. Rapport au Comité permanent de lutte à la toxicomanie*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- Schutz, A. (1987). *Le chercheur et le quotidien: Phénoménologie des sciences sociales*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Statistique Canada – Devereaux, M. S, Ross, N., Siroonian, J., & Wilkins, K. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population - 1996-1997*. Ottawa.
- Statistique Canada (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Hors-série. Ottawa.
- Statistique Canada (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être - 2002*. Catalogue 82-617-XIF. Ottawa.
- Stanton, M.D. (1997). *The role of Family and Significant Others in the Engagement and Retention of Drug-dependent Individuals*. Dans Simon Onken, L., Blaine, J.D. & J.J. Boren (Éditeurs), *NIDA : Research Monograph*, 165 – Beyond the Therapeutic Alliance : Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment. (pp. 157-180). U.S. Department of Health and Human Services : National Institutes of Health.
- St-Laurent, D., & C. Bouchard. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Substance abuse and mental health services administration (2002). *Report to Congress on the Prevention and Treatment of Co-Occurring Substance Abuse Disorders and Mental Disorders*. Rockville, MD : SAMHSA.
- Tjepkema, M. (2004). *Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites*. Supplément aux *Rapports sur la santé*. (pp. 9-79). Statistique Canada. Catalogue 82-003, vol. 15.
- Tousignant, M., & Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*. Montréal : Gouvernement du Québec - Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Tracy S.W., Trafton J.A., & Humphreys K. (2004). *The Department of Veterans Affairs Substance Abuse Treatment System : Results of the 2003 Drug and Alcohol Program Survey*. Palo Alto, Californie : VA Program Evaluation and Resource Center and Center for Health Care Evaluation.

- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Garceau, P. (2004). *Portrait de consommation de substances psychoactives de jeunes consultant en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du Centre jeunesse de Québec*. Beauport : Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.
- Tremblay, J., Bertrand, K., & Ménard, J.M. (2005). Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 126 pages.
- Tupker, E. (2004). *Premier contact : traitement de courte durée pour les jeunes usagers d'alcool et de drogues ayant des problèmes de santé mentale*. Centre de toxicomanie et de santé mentale/Center for addiction and mental health (CAMH).
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Paris : De Boeck (Éd.).
- Vitaro, F., Gagnon, C. (1999). Le trouble oppositionnel chez l'enfant. Dans E. Habimana, L.S. Éthier, D. Petot, & M. Tousignant (Éd.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*. (pp. 201-230). Montréal : Gaëtan Morin (Éditeur).
- Waddell, C., & Shepherd, C. (2002). *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth*, Vancouver : University of British Colombia, Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit.

Appendices

Appendice A

Fiche d'analyse de l'instrument

Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-ADO)



IGT-ADO | version 3.1 | AVRIL 2003
(Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents)

L'IGT-ADO est un outil d'évaluation de la gravité de la toxicomanie chez les adolescents et des sphères associées à cette problématique. Cet instrument a été développé au Québec par le RISQ.

Catégorie d'outils	Évaluation : jeunes – alcool & drogues
But de l'outil	L'IGT-ADO permet d'évaluer la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et des problèmes associés chez les adolescents. Il permet également l'orientation vers un traitement approprié.
Clientèle visée	[Les adolescents chez qui on a identifié un problème de surconsommation d'alcool ou de drogues. [Validé pour les 14-17 ans; peut également être utilisé avec les 12-13 ans et les 18-21 ans.
Description de l'outil	L'IGT-ADO est un outil d'évaluation de la toxicomanie pour les jeunes qui a été mis au point par le RISQ, en collaboration avec des intervenants des centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, des centres jeunesse, des milieux scolaires et communautaires. Adoptant le modèle de l'IGT pour adultes, il constitue cependant un instrument original et a été adopté par plusieurs centres de réadaptation, depuis 1999. Il permet de calculer des scores composés et de dresser des profils de gravité. Il se compose de huit échelles : 1. alcool 2. drogues 3. santé physique 4. occupation 5. état psychologique 6. relations interpersonnelles 7. relations familiales 8. système social et judiciaire Un manuel de l'utilisateur ainsi qu'un guide de pratiques cliniques accompagnent le questionnaire.

Format et modalité d'utilisation	[Questionnaire semi-structuré administré dans le cadre d'un entretien avec le jeune. [Disponible en format papier/crayon (n'est pas disponible en version informatisée). [Disponible en anglais et en français.
Temps de passation	[Environ 90 minutes. [Le temps de correction est d'environ 15 minutes et le temps d'interprétation varie entre 15 et 20 minutes.
Utilisateurs et milieux d'intervention ciblés	L'IGT-ADO est conçu pour utilisation dans le cadre d'un traitement spécialisé en toxicomanie.
Pratiques existantes	Outil largement utilisé par les centres spécialisés en toxicomanie pour les jeunes.
Formation (formation requise, formation préalable, soutien à la formation)	[Une formation de deux jours avec une relance d'une demi-journée est nécessaire pour une utilisation adéquate de l'outil. [Le manuel d'utilisation est essentiel pour l'usage du questionnaire. [Une supervision est souhaitable, surtout au début. [Une formation en relation d'aide est requise pour utiliser l'outil. [Un comité de soutien provincial assure le maintien de la qualité de l'utilisation; les établissements qui l'utilisent peuvent y déléguer un représentant.
Utilité de l'outil	[Outil permettant une évaluation globale et un bon contact avec le jeune. [Outil qui peut être utilisé par le jeune comme une prise de conscience et par l'intervenant pour le motiver. [Outil permettant une orientation vers des ressources spécialisées. [Outil permettant de recueillir des données fiables autant à des fins cliniques que de recherche.

Avantages	Outil qui permet une évaluation biopsychosociale, une orientation vers des services spécialisés et la conception d'un plan d'intervention.
Inconvénients	[Outil qui doit être administré régulièrement pour être maîtrisé. [Outil qui exige une formation.
Validité scientifique	[Outil validé au Québec auprès des jeunes de 14 à 17 ans. [Étude de validation qui indique de bonnes qualités psychométriques de l'outil tant au niveau de la validité (validité conceptuelle, validité discriminante) que de la fidélité de l'instrument (test-retest, cohérence interne).
Droits d'utilisation	Outil du domaine public (aucun frais d'utilisation). On peut se procurer le questionnaire IGT-ADO version 3.1, avril 2003 (versions française et anglaise), le Manuel d'utilisation version 3.1, mars 2005 ainsi que le Guide de pratique clinique version 3.1, juin 2005 en contactant le secrétariat du RISQ au : (514) 385-3490, poste 1133, ou en complétant le bon de commande.
Personnes ressources	Lyne Desjardins RISQ Responsable du comité de soutien ☎ 514 385-3490, poste 1130 ✉ lyne.desjardins@ssss.gouv.qc.ca
Référence pour fin de citation	RISQ, Germain, M., Landry, M., Bergeron, J. (2003, 1999). <i>Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents.</i> Version 3.1, avril 2003.
Publications reliées	Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M., Guyon, L. (2000). <i>Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et les adolescentes : étude des qualités psychométriques.</i> Montréal : Cahiers de recherche du RISQ. Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., Provost, G. (2002) Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. <i>Alcoologie et Addictologie</i>, 24 (1) : 7-13

Appendice B

Grille d'entretien

Grille d'entrevue : Rencontres individuelles, 30-45 minutes
Adolescents ayant été en traitement pour leurs problèmes d'alcool et de drogues

*Note, l'intervieweur précise au jeune que l'inscription dans les services de Domrémy ou au Grand Chemin dont il est question dans l'entrevue est celle ayant eu lieu il y a 6 mois, alors qu'il avait accepté de participer à la présente recherche.

Questions	Thèmes
1. Qu'est-ce que tu as vécu comme changement au cours des six derniers mois? (Au besoin, utiliser une ligne du temps pour les 6 derniers mois, en y ajoutant des événements de vie comme repères pour faciliter le rappel . Comment tu t'expliques ces changements? Depuis ton inscription dans les services de Domrémy (ou au Grand Chemin), comment ta consommation d'alcool et de drogues a-t-elle changée? Comment expliques-tu que ta consommation a diminué (ou a augmenté ou n'a pas changé)? Selon toi, quel(s) rôle(s) la thérapie a-t-elle joué sur ces changements?	<i>Changement</i> - consommation - Autres sphères IGT
2. Peux-tu me parler de ce qui s'est passé pour que tu viennes consulter à Domrémy (ou au Grand Chemin)? - Qui a demandé de l'aide (Toi?, Tes parents? Obligation légale?) et qu'est-ce qui a fait en sorte que tu sois en traitement? Que s'est-il passé? (déclencheurs)? - Comment as-tu vécu cette demande de services? Qu'en pensais-tu? Comment te sentais-tu?	<i>Services</i> - Déclencheur
3. Depuis ton inscription à Domrémy (ou au Grand Chemin), quels sont les types de services que tu as reçus (intervention de groupe, individuelle, familiale)? Parles-moi de ces services, comment les as-tu vécus?	
4. Qu'est-ce que tu voulais changer ou ne pas changé au niveau de ta consommation en arrivant à Domrémy (ou au Grand Chemin)? Comment cela a-t-il changé en cours de route? Qu'est-ce qui a fait en sorte qu'ils ont changés ou qu'ils ont demeuré les mêmes? Comment étais la relation avec ton intervenant? Dans quelle mesure as-tu atteint tes objectifs? Étais-tu motivé? Qu'est-ce qui t'a aidé? Quels obstacles as-tu rencontré?	<i>Services</i> - Objectifs - Éléments favorables - Obstacles
5. Qu'as-tu aimé le plus à Domrémy MCQ (ou au Grand Chemin)? Qu'est-ce qui t'a le plus aidé?	<i>Services</i> - Éléments favorables
6. Qu'est-ce que tu n'as pas aimé à Domrémy MCQ (ou aux	<i>Services</i>

CJLA) et qu'aurais-tu souhaité de différent? Comment les services que tu as reçus auraient pu davantage répondre à tes besoins?	-Obstacles
7.Comment envisages-tu ton avenir ou ton futur?	<i>Avenir</i> -Consommation -Autres sphères
8.Qu'est-ce que je devrais retenir de tout ce que tu viens de me dire? (faire notre propre synthèse ensuite)	
9. Comment as-tu trouvé l'entrevue?	

Appendice C

Formulaires de consentement

Volet quantitatif et volet qualitatif



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À PARTICIPER À UNE RECHERCHE

TITRE

Traitement pour les jeunes qui abusent de substances psychotropes : évaluation des résultats de l'intervention, du processus de changement et de la satisfaction de la clientèle (Volet quantitatif :jeunes)

Nom des chercheurs/es et fonction

Karine Bertrand, Ph.D.	Psychologue chercheure (responsable du projet) Professeure associée Chercheure principale	Domrémy MCQ UQTR RISQ
Jean-Marc Ménard, M.A.	Co-chercheur Coordonnateur des services professionnels Membre associé	Domrémy MCQ Domrémy MCQ RISQ

Description du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à évaluer les programmes de traitement de l'abus de substances psychotropes chez les adolescents de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec (DMCQ) et des Centres Jean Lapointe pour adolescents (CJLA), **et ce afin d'améliorer les services.**

Ce projet, financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, est sous la responsabilité de Karine Bertrand, Ph.D. et de Jean-Marc Ménard, M.A., respectivement psychologue chercheure et coordonnateur des services professionnels à DMCQ.

Objectifs poursuivis

1. **Évaluer le changement chez les adolescents avant et après le traitement**, c'est-à-dire 3 et 6 mois après l'admission en traitement, quant à la gravité de leurs problèmes de consommation et autres problèmes psychosociaux associés (i.e. sphères de l'*Indice de Gravité d'une toxicomanie* (IGT) : alcool/drogues, ajustement psychologique, problèmes légaux, relations familiales et interpersonnelles), le niveau de fonctionnement familial et l'attachement à leurs parents.
2. **Évaluer les déterminants du processus de changement**, soit la relation entre certaines variables (exemple : implication dans les groupes AA/NA, variables familiales, persistance en traitement, alliance thérapeutique, la gravité des problèmes légaux et psychologiques à l'admission) et la gravité des problèmes d'alcool et de drogues trois et six mois après l'admission en traitement.
3. **Évaluer le niveau de satisfaction des adolescents face aux services reçus**, six mois suite à l'admission en traitement.

Procédures

Les participants à ce projet de recherche sont des jeunes de 14 à 17 ans ayant été admis en traitement à DMCQ ou aux CJLA pour leurs problèmes d'abus de substances psychotropes. Ce projet implique :

- Votre **participation à trois rencontres (au CJLA ou à DMCQ), d'une durée de deux heures à deux heures trente chacune**, incluant une ou deux pauses de 10 à 15 minutes.
 - Durant ces rencontres, vous serez invité à répondre à des questionnaires de type papier crayon sur votre implication dans les groupes d'entraide de type AA/NA, votre fonctionnement familial, votre vécu durant votre enfance ainsi que la relation avec vos amis et vos parents. Aussi, les deuxième et troisième rencontres incluent une courte

entrevue semi-structurée d'environ 30 minutes portant sur la gravité de votre consommation d'alcool et de drogues. Enfin, s'ajoutera à la dernière rencontre un questionnaire sur votre satisfaction face aux services reçus.

- Les rencontres se dérouleront à Domrémy ou aux CJLA
- De remplir un court questionnaire (27 items) portant sur votre perception quand à la relation avec votre intervenant principal, suite à votre première et troisième rencontre avec cet intervenant

De plus, les informations contenues dans l'*Indice de Gravité d'une Toxicomanie* (IGT) administré au début du présent épisode de traitement et les informations quant au nombre d'heures de services reçus et la durée de l'épisode de traitement contenues dans la banque de données informatisée de DMCQ ou de CJLA seront recueillies.

Avantages et bénéfices

- a) Sur le plan individuel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur votre expérience et votre cheminement au cours de votre épisode de traitement. Bien que vous n'aurez pas accès aux résultats de vos questionnaires, vous pourrez développer, grâce à votre participation, une meilleure compréhension de votre situation personnelle, familiale et de consommation.
- b) Vous pourrez exprimer votre niveau de satisfaction face aux services reçus et permettre à DMCQ et aux CJLA d'améliorer leurs services à votre égard.

Inconvénients et risques

Bien que cette étude ne comporte vraisemblablement pas d'inconvénient ou de risque pour votre intégrité, il se pourrait que vous éprouviez un inconfort passer vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Ce risque est compensé par le fait que vous pouvez en tout temps refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions et que vous pouvez bénéficier, si vous le désirez, de services de DMCQ ou des CJLA en lien avec les difficultés que vous vivez. Vous pourriez alors évoquer cet inconfort et travailler sur les raisons de celui-ci avec votre intervenant.

Si au cours de l'entrevue, des informations amènent à penser que la sécurité et/ou le développement de un ou plusieurs enfants, peuvent être compromis, la Loi de la protection de la jeunesse oblige toute personne à déclarer au Directeur de la Protection de la Jeunesse (DPJ) les situations pour qu'une évaluation approfondie soit faite et, le cas échéant, que des mesures soient prises. Dans le cas où cela se produirait vous seriez informé et soutenu dans la démarche par la chercheuse principale.

Durée de la participation du sujet au projet

Votre participation directe sera d'une durée totale de 6 à 8 heures, étalées sur une période de 6 mois. La durée totale du projet (ex. : compilation, analyses, rédaction) se fera sur une période de deux ans.

Confidentialité des données recueillies

Les entrevues et les résultats des questionnaires sont strictement confidentiels. Aucune donnée de recherche ne sera annotée au dossier clinique du participant ni divulguée à qui que ce soit de quelque manière que ce soit. Ainsi, les intervenants et les centres concernés ne pourront pas retracer le niveau de satisfaction d'un participant en particulier, ayant accès seulement au portrait global quant au niveau de satisfaction de l'ensemble des participants. Il en va de même pour toutes les données de recherche recueillies. Par conséquent, les centres ne pourront pas connaître les résultats en fonction d'un intervenant en particulier, ce qui permet de préserver la confidentialité à l'égard des intervenants également.

La mise en place et la gestion des banques de données informatisées sera sous la responsabilité de la chercheuse principale, Mme K. Bertrand. Ces banques de données informatisées seront conservées sur le serveur de Domrémy MCQ dans un répertoire informatique auquel seule K. Bertrand aura accès, par mot de passe. Tous les agents de recherche de ce projet, sous la responsabilité de K. Bertrand, devront signer

un contrat dans lequel ils se seront engagés à préserver la confidentialité quant à l'identité des participants et quant à toutes les informations se rapportant à ceux-ci.

Les questionnaires et formulaires de consentement seront gardés sous clé dans un classeur auquel seule la chercheuse principale, Mme K. Bertrand, a accès. Ceux-ci seront détruits par Mme Bertrand, 5 ans après le début du projet de recherche. Une déchiqueteuse sera utilisée à cette fin. Enfin, les banques de données informatisées seront entièrement supprimées par la chercheuse principale, 5 ans après la fin de l'étude, soit en septembre 2012.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet de publications dans des revues scientifiques ainsi que de communications scientifiques dans des congrès. Aucun nom ne sera mentionné, de quelque façon que ce soit, tant au sein des articles que des exposés oraux. Une copie du rapport final pourra être remise sur demande.

Les responsabilités des chercheur(e)s

Chaque chercheur(e) travaillant à cette étude s'engage à répondre à toute question de votre part et ce, dans les meilleurs délais possibles. En cas de réactions émotionnelles défavorables résultant des procédures de cette recherche, vous serez dirigé vers les ressources appropriées à votre état. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez cependant à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs, l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Participation et retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes par conséquent tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer ou de répondre en partie ou en totalité aux questions qui vous seront posées. Advenant votre participation, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation à cette étude. Votre refus de participer ou votre départ n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheurs/es, n'affectera en rien les services que vous recevez à Domrémy MCQ ou aux CJLA et ne vous causera aucun préjudice ou perte d'avantages auxquels vous avez normalement droit.

Compensation

À titre de compensation des frais ayant pu être encourus, 20\$ (sous forme certificat-cadeau pour le cinéma) sera remis au participant pour sa participation au projet de recherche (10\$ lors de la deuxième rencontre avec l'agent de recherche et 10\$ lors de la troisième rencontre avec l'agent de recherche).

Commanditaire(s) du projet

Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par Domrémy MCQ.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheurs/es ou de toute autre personne impliquée dans cette étude. Les directeurs généraux des CJLA et de Domrémy MCQ, M. Luc Gervais et M. Jean-Pierre Gagnon, se sont engagés formellement à assurer aux chercheurs de cette étude une entière liberté quant à la diffusion scientifique des résultats de cette étude.

Personnes ressources reliées au projet

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pourrez toujours contacter la chercheuse principale ou le co-chercheur. Les coordonnées de ces personnes sont les suivantes :

Karine Bertrand, Ph.D.
Psychologue chercheure (chercheure principale)

Téléphone : (819) 374-4744, poste 129
Courriel : karine_bertrand@ssss.gouv.qc.ca

Jean-Marc Ménard, M.A.
Coordonnateur (co-chercheur)

Téléphone : (819) 374-4744, poste 115
Courriel : Jean-Marc_Menard@ssss.gouv.qc.ca

Plainte ou commentaire

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant d'une recherche, vous pouvez communiquer avec le commissaire local à la qualité des services de Domrémy.

Jean-Pierre Gagnon
Commissaire local à la qualité des services

Téléphone : 1-866-568-3877

Signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec Domrémy MCQ ou les Centres Jean Lapointe pour adolescents. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire.

Je consens à participer à cette étude: Oui ☐ Non ☐

Nom du participant

Signature

Date

Nom du parent (tuteur légal)

Signature

Date

J'accepte que les informations contenues dans l'IGT du présent épisode de traitement et mon profil d'utilisation des services (type, durée et nombre d'heures de services reçus) durant l'épisode de traitement en cours soient utilisées pour les fins de la recherche :

☐ Oui ☐ Non

Nom du participant

Signature

Date

Nom du parent (tuteur légal)

Signature

Date

Au suivi de 6 mois après le début du traitement, un sous-groupe des participants seront sollicités pour participer à une entrevue individuelle de 30 à 45 minutes portant sur leur perception des services reçus et sur leur compréhension de leur processus de changement. Accepteriez-vous d'être sollicité pour participer à ce volet qualitatif de l'étude, sans que cela ne vous engage à accepter si cela se produisait?

☐ Oui ☐ Non

Nom du participant

Signature

Date

Nom du parent (tuteur légal)

Signature

Date

Dans les trois années qui suivent la fin de cette étude, il est possible que les chercheurs réalisent d'autres études qui s'inscriraient dans la suite de celle-ci, par exemple pour mieux comprendre la trajectoire de réadaptation et d'utilisation de services des jeunes qui présentent des problèmes d'alcool et de drogues. Accepteriez-vous que les chercheurs conservent vos coordonnées et qu'ils puissent vous contacter à nouveau, éventuellement, en vue de solliciter votre participation à une autre étude qui ferait suite à celle-ci, sans que cela ne vous engage à accepter si cela se produisait?

☐ Oui ☐ Non

Nom du participant

Signature

Date

Nom du parent (tuteur légal)

Signature

Date

Formulaire d'engagement

Je certifie :

- a) avoir lu et expliqué dans un langage accessible au participant les termes du présent formulaire de consentement;
- b) avoir répondu, à la satisfaction du participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;
- c) avoir explicitement indiqué au participant qu'il demeure libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet de recherche;
- d) avoir averti le participant que je lui remettrai une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom de l'agent de recherche

Fonction

Signature

Date

No d'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT) : CÉRT 2005/33

Cet exemple de formulaire de consentement est tiré de Orientations préparées par le conseil québécois de la recherche sociale en matière d'éthique de la recherche sociale du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (version légèrement modifiée)



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À PARTICIPER À UNE RECHERCHE

TITRE

Traitement pour les jeunes qui abusent de substances psychotropes : évaluation des résultats de l'intervention, du processus de changement et de la satisfaction de la clientèle (Volet qualitatif : jeunes)

Nom des chercheurs/es et fonction

Karine Bertrand, Ph.D.	Psychologue chercheure (responsable du projet) Professeure associée Chercheure principale	Domrémy MCQ UQTR RISQ
Jean-Marc Ménard, M.A.	Co-chercheur Coordonnateur des services professionnels Membre associé	Domrémy MCQ Domrémy MCQ RISQ

Description du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à évaluer les programmes de traitement de l'abus de substances psychotropes chez les adolescents de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec (DMCQ) et des Centres Jean Lapointe pour adolescents (CJLA), et ce afin d'améliorer les services.

Ce projet, financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, est sous la responsabilité de Karine Bertrand, Ph.D. et de Jean-Marc Ménard, M.A., respectivement psychologue chercheure et coordonnateur des services professionnels à DMCQ.

Objectifs poursuivis

- Explorer la perspective subjective des adolescents inscrits au CJLA et à Domrémy MCQ au sujet de leur processus de changement et de leur perception des services reçus, via des entrevues individuelles, au suivi de 6 mois :
 - Quels sont les changements positifs et négatifs qui sont survenus dans leur vie depuis leur demande de services? Comment leur consommation a-t-elle évoluée? Quels facteurs, qu'ils soient reliés au traitement ou non, expliquent les changements qui sont survenus dans leur vie?
 - Quelles sont leurs perceptions des services reçus? Quels ont été les aspects aidants et appréciés?; les obstacles ou les aspects inutiles?; quelles sont leurs suggestions pour améliorer les services offerts?
 - En quoi les perceptions des jeunes inscrits au CJLA et à Domrémy MCQ sont-elles similaires et différentes? Au delà des approches différentes de ces deux centres, y a-t-il des facteurs communs qui se dégagent comme étant des facteurs clé au processus de changement, tel que perçu par les jeunes?

Procédures

Les participants à ce projet de recherche sont des jeunes de 14 à 17 ans ayant été admis en traitement à Domrémy MCQ ou aux Centres Jean Lapointe pour adolescents pour leurs problèmes d'abus de substances psychotropes et ayant participé au premier volet (quantitatif) de cette recherche. Ce projet implique votre **participation à une entrevue individuelle semi-structurée, d'une durée de 30 à 45**

minutes, basée sur une grille d'entrevue élaborée à partir des questions de recherche. Le tout sera enregistré sur bande audio-numérique.

Avantages et bénéfices

- a) Sur le plan individuel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur votre expérience et votre cheminement au cours de votre épisode de traitement. Vous pourrez développer, grâce à votre participation, une meilleure compréhension de votre situation personnelle, familiale et de consommation.
- b) Vous pourrez exprimer votre niveau de satisfaction face aux services reçus et permettre à DMCQ et aux CJLA d'améliorer leurs services à votre égard.

Inconvénients et risques

Bien que cette étude ne comporte vraisemblablement pas d'inconvénient ou de risque pour votre intégrité, il se pourrait que vous éprouviez un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Ce risque est compensé par le fait que vous pouvez en tout temps refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions et que vous pouvez bénéficier, si vous le désirez, de services de DMCQ ou des CJLA en lien avec les difficultés que vous vivez. Vous pourriez alors évoquer cet inconfort et travailler sur les raisons de celui-ci avec votre intervenant.

Si au cours de l'entrevue, des informations amènent à penser que la sécurité et/ou le développement de un ou plusieurs enfants, peuvent être compromis, la Loi de la protection de la jeunesse oblige toute personne à déclarer au Directeur de la Protection de la Jeunesse (DPJ) les situations pour qu'une évaluation approfondie soit faite et, le cas échéant, que des mesures soient prises. Dans le cas où cela se produirait vous seriez informé et soutenu dans la démarche par la chercheuse principale.

Durée de la participation du sujet au projet

Votre participation directe sera d'une durée d'une rencontre de 30 à 45 minutes. La durée totale du projet (ex. : transcription, analyses, rédaction) se fera sur une période de deux ans.

Confidentialité des données recueillies

Les entrevues sont strictement confidentielles. Aucune donnée de recherche ne sera annotée au dossier clinique du participant ni divulguée à qui que ce soit de quelque manière que ce soit. Ainsi, les intervenants et les centres concernés ne pourront pas retracer les propos d'un participant en particulier, ayant accès seulement au portrait global des résultats pour l'ensemble des participants. Par conséquent, les centres ne pourront pas connaître les résultats en fonction d'un intervenant en particulier, ce qui permet de préserver la confidentialité à l'égard des intervenants également.

La mise en place et la gestion des banques de données informatisées sera sous la responsabilité de la chercheuse principale, Mme K. Bertrand. Ces banques de données seront conservées sur le serveur de Domrémy MCQ dans un répertoire informatique auquel seule K. Bertrand aura accès, par mot de passe. Tous les agents de recherche de ce projet, sous la responsabilité de K. Bertrand, devront signer un contrat dans lequel ils se seront engagés à préserver la confidentialité quant à l'identité des participants et quant à toutes les informations se rapportant à ceux-ci.

Les formulaires de consentement seront gardés sous clé dans un classeur auquel seule la chercheuse principale, Mme K. Bertrand, a accès. Ceux-ci seront détruits par Mme Bertrand, 5 ans après le début du projet de recherche. Une déchiqueteuse sera utilisée à cette fin. Enfin, les banques de données informatisées (enregistrements audio-numériques et verbatim des entrevues) seront entièrement supprimées par la chercheuse principale, 5 ans après la fin de l'étude, soit en septembre 2012.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet de publications dans des revues scientifiques ainsi que de communications scientifiques dans des congrès. Aucun nom ne sera mentionné, de quelque façon que ce soit, tant au sein des articles que des exposés oraux. Une copie du rapport final pourra être remise sur demande.

Les responsabilités des chercheur(e)s

Chaque chercheur(e) travaillant à cette étude s'engage à répondre à toute question de votre part et ce, dans les meilleurs délais possibles. En cas de réactions émotionnelles défavorables résultant des procédures de cette recherche, vous serez dirigé vers les ressources appropriées à votre état. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez cependant à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs, l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Participation et retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes par conséquent tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer ou de répondre en partie ou en totalité aux questions qui vous seront posées. Advenant votre participation, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation à cette étude. Votre refus de participer ou votre départ n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheurs/es, n'affectera en rien les services que vous recevez à Domrémy MCQ ou aux CJLA et ne vous causera aucun préjudice ou perte d'avantages auxquels vous avez normalement droit.

Compensation

À titre de compensation des frais ayant pu être encourus, 10\$ (sous forme certificat-cadeau pour le cinéma) vous sera remis pour votre participation à l'entrevue de recherche.

Commanditaire(s) du projet

Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par Domrémy MCQ.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheurs/es ou de toute autre personne impliquée dans cette étude. Les directeurs généraux des CJLA et de Domrémy MCQ, M. Luc Gervais et M. Jean-Pierre Gagnon, se sont engagés formellement à assurer aux chercheurs de cette étude une entière liberté quant à la diffusion scientifique des résultats de cette étude.

Personnes ressources reliées au projet

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pourrez toujours contacter la chercheuse principale ou le co-chercheur. Les coordonnées de ces personnes sont les suivantes :

Karine Bertrand, Ph.D.
Psychologue chercheuse (chercheuse principale)

Téléphone : (819) 374-4744, poste 129
Courriel : karine_bertrand@ssss.gouv.qc.ca

Jean-Marc Ménard, M.A.
Coordonnateur (co-chercheur)

Téléphone : (819) 374-4744, poste 115
Courriel : Jean-Marc_Menard@ssss.gouv.qc.ca

Plainte ou commentaire

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant d'une recherche, vous pouvez communiquer avec le commissaire local à la qualité des services de Domrémy.

Jean-Pierre Gagnon
Commissaire local à la qualité des services

Téléphone : 1-866-568-3877

Signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec Domrémy MCQ ou les Centres Jean Lapointe pour adolescents. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire.

Je consens à participer à cette étude: Oui ☐ Non ☐

_____ Nom du participant	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom du parent (tuteur légal)	_____ Signature	_____ Date

Formulaire d'engagement

Je certifie :

- a) avoir lu et expliqué dans un langage accessible au participant les termes du présent formulaire de consentement;*
- b) avoir répondu, à la satisfaction du participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;*
- c) avoir explicitement indiqué au participant qu'il demeure libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet de recherche;*
- d) avoir averti le participant que je lui remettrai une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.*

_____ Nom de l'agent de recherche	_____ Fonction	_____ Signature	_____ Date
--------------------------------------	-------------------	--------------------	---------------

No d'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT) : CÉRT 2005/33

Cet exemple de formulaire de consentement est tiré des orientations préparées par le conseil québécois de la recherche sociale en matière d'éthique de la recherche sociale du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (version légèrement modifiée)

Appendice D

Certificat d'éthique du CERT

Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)
Centre Dollard-Cormier - 950 de Louvain est, Montréal, Québec H2M 2E8

Montréal, le 7 juillet 2005

Madame Karine Bertrand
Domrémy MCQ
440, rue es Forges
Trois-Rivières, Qc
G9A 2H5

Objet : Projet CERT/2005-033 : Traitement pour les jeunes qui abusent de substances psychotropes : évaluation des résultats de l'intervention, du processus de changement et de la satisfaction de la clientèle

Chercheur principal : Karine Bertrand

Cochercheur : Jean-Marc Ménard

Madame Bertrand,

Nous avons bien reçu les corrections apportées suite à l'approbation initiale de votre projet, le 6 juin dernier. Le tout est jugé satisfaisant.

La présente constitue l'approbation finale du projet cité en rubrique, laquelle est valide pour une période d'une année à partir du 6 juin 2005.

À la date anniversaire, vous recevrez un formulaire de suivi annuel vous demandant de faire connaître les changements survenus dans le déroulement de l'étude. Le Comité est en effet tenu d'assurer ce suivi en vertu de la politique émise conjointement par les trois conseils (Comité de recherches médicales du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada) ainsi que du plan d'action ministériel du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Toute modification au protocole ou au formulaire d'information et de consentement, de même que tout incident en cours de projet devront être rapportés au CÉRT.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la réalisation du projet, nous vous prions d'agréer, Madame Bertrand, l'expression de nos sentiments distingués.

Me Delphine Roigt,
Présidente du CÉRT

Appendice E

Certificat d'éthique de l'UQTR

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE:

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche:

intitulé: **La réadaptation de jeunes toxicomanes qui présentent un problème de santé mentale**

chercheur: **ARIAL, Patrick, étudiant à la maîtrise au Département de psychoéducation**

organisme: **Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)**

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des humains est conforme aux normes éthiques.

Période de validité du présent certificat : **Du 20 mai 2006 au 30 avril 2008**

COMPOSITION DU COMITÉ:

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par la Commission des études:

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne possédant une expertise en éthique;
- un(e) étudiant(e) de troisième ou de deuxième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES:

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.


GILLES BRONCHTI
Président du comité


FABIOLA GAGNON
Secrétaire du comité

Certificat émis le 20 mai 2006
CER-06-111-06-08
DÉCSR

Appendice F

Grille d'analyse

1. Vécu familial

1.1 Description

1.2 Sentiments

1.3 Raisons du changement

1.3.1 Raisons du changement positif

1.3.1.1 Liées au traitement

1.3.1.2 Autres

1.3.2 Raisons du changement négatif

1.3.2.1 Liées au traitement

1.3.2.2 Autres

1.4 Raison du maintien des difficultés

1.4.1 Liées au traitement

1.4.2 Autres

2. Situation sociale et judiciaire

2.1 Description

2.2 Sentiments

2.3 Raisons du changement

2.3.1 Raisons du changement positif

2.3.1.1 Liées au traitement

2.3.1.2 Autres

2.3.2 Raisons du changement négatif

2.3.2.1 Liées au traitement

2.3.2.2 Autres

2.4 Raisons du maintien des difficultés

2.4.1 Liées au traitement

2.4.2 Autres

3. Pairs

3.1 Description

3.2 Sentiments

3.3 Raisons du changement

3.3.1 Raisons du changement positif

3.3.1.1 Liées au traitement

3.3.1.2 Autres

3.3.2 Raisons du changement négatif

3.3.2.1 Liées au traitement

3.3.2.2 Autres

3.4 Raisons du maintien des difficultés

3.4.1 Liées au traitement

3.4.2 Autres

4. Occupations (école-emploi-loisirs)

4.1 Description

4.2 Sentiments

4.3 Raisons du changement

4.3.1 Raisons du changement positif

4.3.1.1 Liées au traitement

4.3.1.2 Autres

4.3.2 Raisons du changement négatif

4.3.2.1 Liées au traitement

4.3.2.2 Autres

4.4 Raisons du maintien des difficultés

4.4.1 Liées au traitement

4.4.2 Autres

5. Consommation

5.1 Description

5.2 Sentiments

5.3 Circonstances début

5.4 Raisons de la consommation

5.4.1 Individu

5.4.2 Environnement

5.4.3 Événements de vie

5.4.4 Délinquance

5.4.5 Effets liés à la substance

5.5 Raisons du changement

5.5.1 Raisons du changement positif

5.5.1.1 Liées au traitement

5.5.1.2 Autres

5.5.2 Raisons du changement négatif

5.5.2.1 Liées au traitement

5.5.2.2 Autres

5.6 Raisons du maintien des difficultés

5.6.1 Liées au traitement

5.6.2 Autres

5.7 Financement (non-lié à la délinquance)

6. Traitements toxicomanie

6.1 Description

6.2 Sentiments

6.3 Motifs de demandes de services

6.4 Type de services reçus

6.5 Objectifs

6.6 Rôles de la thérapie

6.6.1 Ce qui a aidé le jeune

6.7 Vécu des services reçus

6.7.1 Relation avec les intervenants

6.7.2 Relation avec les autres jeunes

6.7.3 Sources de satisfaction

6.7.4 Sources d'insatisfaction

6.7.5 Suggestions d'amélioration des services

6.8 Motivation

7. Santé psychologique/Perception de soi

7.1 Description

7.2 Sentiments

7.3 Raisons du changement

7.3.1 Raisons du changement positif

7.3.1.1 Liées au traitement

7.3.1.2 Autres

7.3.2 Raisons du changement négatif

7.3.2.1 Liées au traitement

7.3.2.2 Autres

7.4 Raisons du maintien des difficultés

7.4.1 Liées au traitement

7.4.2 Autres

7.5 Suicide

7.5.1 Description

7.5.2 Sentiments

8. Santé physique

8.1 Description

8.2 Sentiments

8.3 Raisons du changement

8.3.1 Raisons du changement positif

8.3.1.1 Liées au traitement

8.3.1.2 Autres

8.3.2 Raisons du changement négatif

8.3.2.1 Liées au traitement

8.3.2.2 Autres

8.4 Raisons du maintien des difficultés

8.4.1 Liées au traitement

8.4.2 Autres

9. Perspective d'avenir

9.1 Description

9.2 Sentiments