

Article

« Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois »

Natacha Brunelle, Karine Bertrand, Joël Tremblay, Catherine Arseneault, Michel Landry, Jacques Bergeron et Chantal Plourde

Drogues, santé et société, vol. 9, n° 1, 2010, p. 211-247.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/044873ar>

DOI: 10.7202/044873ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois

Natacha Brunelle

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada
sur les trajectoires d'usage de drogues et les
problématiques associées

Professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières
Chercheure au groupe de Recherche et d'intervention
sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) et à
l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

Karine Bertrand

Professeure à l'Université de Sherbrooke et
chercheure au RISQ et à l'IUD

Joël Tremblay

Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières et
chercheur au RISQ et à l'IUD

Catherine Arseneault

Candidate au doctorat à l'Université du Québec à
Trois-Rivières et étudiante du RISQ et de l'IUD

Michel Landry

Codirecteur du RISQ et chercheur de l'IUD

Jacques Bergeron

Professeur à l'Université de Montréal et
chercheur au RISQ et à l'IUD

Chantal Plourde

Professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières
et chercheuse au RISQ, au Centre international de
criminologie comparée (CICC) et à l'IUD

Correspondance

Natacha Brunelle

Département de psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

C.P. 500

G9A 5H7

819-376-5011, poste 4012

natacha.brunelle@uqtr.ca

Résumé

Depuis les années 2000, on estime que de 5 % à 8 % des jeunes Québécois éprouvent des difficultés importantes de consommation de substances psychoactives (SPA), ce qui pose la question cruciale des traitements de ces problèmes. Cet article propose d'abord un survol des principaux services offerts aux jeunes et des facteurs, liés ou non au traitement, pouvant expliquer les changements dans le processus de rétablissement des jeunes toxicomanes québécois. La présentation de cinq études dirigées par les auteurs du présent article permet une certaine réflexion sur les services offerts aux jeunes Québécois ayant un problème de consommation de SPA. Il ressort, notamment, qu'une diminution de la consommation de SPA survient dans les six à douze mois suivant l'admission des jeunes dans l'un des traitements. Il ne s'agit généralement pas d'une abstinence complète, ce qui n'est d'ailleurs pas visé par la plupart des jeunes en traitement. Des changements dans d'autres sphères de leur vie, les occupations par exemple, sont aussi observables. Les résultats sur la santé psychologique sont plus mitigés. La satisfaction des jeunes face à ces traitements semble généralement positive. Parmi les facteurs de changements identifiés par les jeunes, on retrouve notamment l'alliance thérapeutique, le contexte de traitement en groupe, le soutien parental, la fréquentation de pairs conformistes et des activités sportives ou artistiques alternatives à la consommation. Les résultats sur les trajectoires permettent de constater que plusieurs types de trajectoire de réadaptation existent, que le succès du traitement ne prend pas nécessairement la forme d'une abstinence et surtout pas d'une abstinence définitive et que les trajectoires sont sinueuses.

Mots-clés : Adolescents, toxicomanie, rétablissement, impact, traitement, satisfaction

The impact of treatments and the healing process among young drug addicts in Quebec

Abstract

Since the early 2000s, it has been estimated that between 5% and 8% of Quebec youths have serious psychoactive substance (PAS) use problems, which raises the key issue of treatment for these problems. This article begins with an overview of the main services offered to youths and of the factors, related or not to treatment, that could explain the changes in the rehabilitation process for young Quebec addicts. The presentation of five studies conducted by the authors of this article provides the opportunity to reflect on the services offered to young Quebecers with PAS use problems. The studies show, notably, that youths' PAS use improves within six to twelve months following their entry into one of the treatments. Total abstinence is not usually involved, nor is it the goal for most youths when they enter treatment. Changes in other spheres of their lives, their occupations for example, are also noted. Results concerning psychological health are more mitigated. Youths' satisfaction with these treatments appears generally positive. Change factors identified by the youths include the therapeutic alliance, treatment in a group setting, parental support, associating with conformist peers as well as sports or artistic activities as alternatives to PAS use. Results regarding the trajectories show that there are several types of rehabilitation trajectories, that treatment success does not necessarily take the form of abstinence, especially not permanent abstinence, and that the trajectories are tortuous.

Keywords: Youth, drug addiction, recovery, impact, treatment, satisfaction

Impactos de los tratamientos y procesos de restablecimiento entre los jóvenes toxicómanos quebequenses

Resumen

Desde los años 2000, se estima que de 5 a 8 % de los jóvenes quebequenses manifiestan dificultades importantes de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), lo que plantea la cuestión crucial de los tratamientos para dichos problemas. Este artículo propone en primer lugar un panorama de los principales servicios que se ofrecen a los jóvenes y los factores, relacionados o no con el tratamiento, que pueden explicar los cambios en el proceso de restablecimiento de los jóvenes toxicómanos quebequenses. La presentación de cinco estudios dirigidos por los autores del presente artículo permite realizar una cierta reflexión sobre los servicios que se ofrecen a los jóvenes quebequenses que presentan un problema de consumo de SPA. De esta reflexión surge principalmente que se produce una disminución del consumo de SPA de seis a doce meses luego de la admisión de los jóvenes en uno de los tratamientos. No se trata en general de una abstinencia completa, lo que por otra parte no es un objetivo para la mayoría de los jóvenes en tratamiento. Se observan también cambios en otras esferas de sus vidas, como en sus ocupaciones, por ejemplo. Los resultados sobre la salud psicológica son más mitigados. La satisfacción de los jóvenes ante estos tratamientos parece generalmente positiva. Entre los factores de cambio identificados por los jóvenes, se cuentan principalmente la alianza terapéutica, el contexto de tratamiento en grupo, el apoyo de los padres, la frecuentación de pares conformistas y las actividades deportivas o artísticas alternativas al consumo. Los resultados referidos a las trayectorias permiten constatar que existen varios tipos de trayectorias de readaptación, que el éxito del tratamiento no toma necesariamente la forma de una abstinencia, y sobre todo no la forma de una abstinencia definitiva, y que las trayectorias son sinuosas.

Palabras clave: *Adolescentes, toxicomanía, restablecimiento, impacto, tratamiento, satisfacción*

Contexte

Depuis le début des années 2000, la proportion de jeunes élèves québécois qui éprouvent des difficultés importantes de consommation de SPA oscille entre 5 % et 8 % (Pica, 2005; Dubé et Fournier, 2007). Or, ces jeunes ne reconnaissent pas tous avoir un problème de consommation, et les jeunes qui le font n'ont pas tous recours à des services spécialisés en toxicomanie. Certains verront leur situation s'améliorer sans avoir recours à ceux-ci. Cette rémission naturelle peut notamment être favorisée par la motivation de la personne à changer, la venue d'événements critiques, de nouveaux pairs, le soutien social (Acier et Nadeau, 2005; Bischof et coll., 2007; Klingemann, 1992), le fait d'être plus âgé et d'avoir une bonne estime de soi (Russell et coll., 2002). Pour d'autres jeunes, c'est plutôt la combinaison d'un traitement et de facteurs externes vécus positivement qui peuvent jouer un rôle important dans leur processus de rétablissement¹. Des facteurs liés aux traitements et des facteurs non liés au traitement peuvent donc expliquer que des jeunes en arrivent à diminuer ou à cesser de consommer.

Cet article a pour but de faire ressortir les constats principaux de cinq études réalisées par les auteurs quant aux impacts des traitements et aux processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. Un aperçu des principaux services offerts, les connaissances sur les impacts de ces traitements, leurs composantes ainsi que les facteurs individuels et environnementaux pouvant affecter leur efficacité seront d'abord présentés. Suivront les grands constats résultant de cinq études québécoises récentes menées par les auteurs du présent article auprès de jeunes toxicomanes majoritairement en traitement.

¹ Le terme « rétablissement » est utilisé ici non pas dans le sens d'une situation stabilisée et généralisée, mais dans le sens d'une amélioration ou d'une abstinence qui peut être temporaire. Nous pensons que ce terme reflète davantage les résultats obtenus dans les différentes études que le terme réadaptation (voir Mercier et Alarie (2000) pour une discussion sur ce sujet).

Les services offerts aux jeunes toxicomanes

Les jeunes toxicomanes au Québec peuvent bénéficier de différents services en lien avec leur dépendance dans les secteurs public, privé et communautaire. Les centres de réadaptation offrent des services principalement ambulatoires, quoique l'hébergement fasse aussi partie de l'offre de services, particulièrement dans certains centres privés ou semi-privés. Les jeunes dans les services publics bénéficient également de la présence d'équipes de professionnels composées d'intervenants sociaux (par ex. : psychologues, criminologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs et éducateurs spécialisés) et médicaux (infirmières et médecins consultants).

Depuis le milieu des années 1980, nous assistons à un changement profond dans les philosophies d'intervention des centres publics qui offrent des services jeunesse puisque c'est l'approche de la réduction des méfaits qui sous-tend de plus en plus les interventions en toxicomanie (Beauchesne, 2000; Landry et Lecavalier, 2003)². Cette approche en matière de consommation comprend dans un premier temps la réduction des usages à risque puis la réduction des conséquences négatives liées à des usages problématiques. Cette nouvelle orientation veut dire, notamment, que l'on accepte d'intervenir en partant des objectifs du jeune et que l'abstinence, sans être écartée, n'est désormais plus le but ultime à atteindre. D'autre part, les problèmes associés à la surconsommation de substances sont aussi davantage considérés dans les plans de traitement, particulièrement les problèmes de santé mentale, de délinquance, de décrochage scolaire et de négligence parentale. Un effort est également déployé pour impliquer les membres de l'entourage du

² Nous sommes conscients que les chercheurs et cliniciens qui travaillent en santé publique ne considèrent pas tous que les centres de réadaptation en dépendance ont une approche de réduction des méfaits simplement parce qu'ils n'exigent pas l'abstinence. La réduction des méfaits est une approche beaucoup plus élaborée qui dépasse la notion d'abstinence.

jeune aux prises avec un problème de consommation dans l'intervention ainsi que pour leur apporter un soutien. L'approche de réduction des méfaits, l'intervention ciblée sur de multiples sphères de vie (approche biopsychosociale) et l'implication de l'entourage sont d'ailleurs des « pratiques gagnantes » que l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) recommande dans son guide définissant les caractéristiques de l'offre de services de base pour les jeunes (Bertrand et coll., 2006).

Les jeunes peuvent également avoir recours à des services de réadaptation dans les secteurs privés et communautaires (souvent à but non lucratif). Les trois approches privilégiées dans ces organismes sont le modèle Minnesota (se basant sur l'approche douze étapes du mouvement Alcooliques Anonymes) couplé à une intervention psychoéducative, la communauté thérapeutique ainsi que le travail communautaire s'inspirant de l'approche de la réduction des méfaits. Ces services se répartissent principalement sous la forme de ressources d'hébergement pour les jeunes, de ressources d'accueil dans la rue et d'interventions de travailleurs de rue.

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie, mis de l'avant par le gouvernement du Québec en 2006 (MSSS, 2006), propose un continuum de mesures allant de la prévention primaire à la réadaptation et comprenant un important volet de recherche. Ce plan définit un ensemble d'objectifs et de stratégies qui portent notamment sur la détection, l'intervention précoce, le traitement et la formation. Ce plan s'inscrit lui-même dans le cadre plus large de la réforme apportée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (MSSS, 2005) qui impose la création de réseaux intégrés de services couvrant l'ensemble des soins primaires et spécialisés requis dans un territoire donné.

L'importance d'offrir un parcours de services efficaces aux jeunes toxicomanes fait consensus et, pour ce faire, il faut notamment favoriser l'accessibilité, l'appariement et la complémentarité des services (Bertrand et coll., 2006). Les jeunes Québécois en traitement pour leurs problèmes de toxicomanie utilisent une grande variété de services (à l'école, aux centres jeunesse, dans des ressources communautaires, etc.), de façon simultanée ou non (Bertrand et coll., 2004; Tremblay et coll., 2004).

Parmi plusieurs éléments à considérer afin d'améliorer les interventions auprès de cette population, les aspects liés à la mise sur pied d'un continuum de soins sont importants (Godley et coll., 2006). De fait, la fragmentation des services, l'absence de coordination entre les établissements offrant les soins, la duplication des services et en conséquence les longues listes d'attente sont autant de facteurs réduisant les chances de rétablissement des personnes recevant des soins, et ce, à travers diverses conditions de santé (Shortell et coll., 1993; Halvorson et coll., 1993). Des mécanismes d'accès jeunesse ont été développés dans plusieurs régions du Québec afin de mieux orienter les jeunes toxicomanes vers les services les plus appropriés pour leurs besoins et favoriser l'accessibilité de ces services. Ces mécanismes d'accès jeunesse seront évalués au cours des prochaines années dans le cadre d'une subvention du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), par le biais du programme actions concertées, accordée à Joël Tremblay et son équipe.

Le rétablissement par les services offerts aux jeunes

Les impacts des traitements offerts

Peu de données sur l'efficacité des programmes de traitement de la toxicomanie chez les adolescents québécois sont disponibles, la majorité des recherches en ce domaine ayant été réalisées depuis la fin des années 1990 aux États-Unis (Battjes et coll., 2003; Dennis 2002). À l'instar des résultats obtenus auprès des adultes toxicomanes en traitement, il semble que les jeunes toxicomanes améliorent généralement leur consommation de SPA et leur situation biopsychosociale à la suite de leur admission en traitement (Grella et Joshi, 2003; Hser et coll., 2001).

En termes d'approches de traitement, l'approche motivationnelle ainsi que les approches cognitives comportementales et familiales sont celles dont l'efficacité a été davantage montrée (Clark et coll., 2002). Or, l'état des connaissances actuelles ne permet pas de documenter la supériorité d'une de ces approches sur une autre (Dennis et coll., 2004; Diamond et coll., 2002; Tremblay et coll., 2005).

Pour alimenter la pratique et outiller les milieux d'intervention à mieux intervenir auprès des jeunes toxicomanes, il ne suffit pas de savoir que leur état s'améliore après un passage en traitement. Il faut pouvoir identifier les facteurs communs de ces traitements qui peuvent en expliquer le succès (Dennis et coll., 2004). Comprendre quels sont les ingrédients spécifiques du traitement qui sont responsables de cette amélioration est essentiel (Imel et coll., 2008; Lecompte et coll., 2004). En ce sens, il faut notamment s'intéresser à la technique d'intervention elle-même, mais aussi aux autres éléments, comme les caractéristiques du client et la relation entre l'intervenant et celui-ci, pour bien saisir l'ensemble des aspects contribuant à tout changement thérapeutique (Lecompte et coll., 2004).

Mais il faut également s'intéresser à des facteurs externes à la thérapie pour bien comprendre un processus de changement. En ce sens, Asey et Lambert (1999) montrent que 40 % du changement en psychothérapie est attribuable à des facteurs extrathérapeutiques tels que les caractéristiques du client, son environnement, ses conditions de vie, 30 % à la relation thérapeutique entre le thérapeute et son client, 15 % aux espoirs et attentes du client (effet placebo) et 15 % aux traitements spécifiques utilisés.

Les facteurs liés au traitement

Au-delà des effets des différents modèles d'intervention spécifiques, quelques études se sont attardées aux impacts de facteurs communs à ceux-ci, les principaux étant : l'implication de la famille, la persistance en traitement et l'alliance thérapeutique.

Ainsi, soulignons que l'implication de la famille dans le traitement est recommandée (CPLT, 2001) et prédit la rétention du jeune dans celui-ci (Grella et Joshi, 2003; Robbins et coll., 2006). Bertrand et coll. (2006) reconnaissent qu'il importe d'impliquer la famille dans le traitement pour : (1) favoriser l'engagement et la persistance de celle-ci dans le traitement; (2) acquérir une meilleure compréhension des difficultés du jeune; (3) favoriser le soutien familial face aux objectifs de ce dernier; (4) pouvoir évaluer les besoins de la famille; et (5) outiller les parents pour mieux surmonter leurs difficultés.

En ce qui a trait à la persistance en traitement, des études comme celle de DATOS-A (Grella et Joshi, 2003; Hser et coll., 2001) ont montré que plus les jeunes toxicomanes demeuraient longtemps en traitement et le complétaient, plus les aspects touchant leur consommation et d'autres sphères de leur vie s'amélioraient.

Notons enfin que l'alliance thérapeutique est reconnue pour être l'une des composantes déterminantes du traitement dans le processus de changement (Hogue et coll., 2006). La perception des clients face à leur propre engagement, à leur capacité de s'investir dans un tel travail ainsi que la perception qu'ils ont de la compréhension et de l'implication de leur thérapeute sont les trois dimensions de l'alliance thérapeutique qui prédisent le mieux l'abandon du traitement, ce dernier étant relié à un mauvais pronostic (Cournoyer et coll., 2007). Hawley et Garland (2008) concluent que l'alliance thérapeutique est significativement associée à différents résultats de la thérapie tels que la diminution des symptômes, l'amélioration des relations familiales, l'augmentation de l'estime de soi, l'augmentation du soutien social perçu et de la satisfaction face au traitement.

Les facteurs non liés au traitement

Les caractéristiques du jeune et de son environnement ainsi que la gravité perçue des conséquences de la consommation constituent des composantes non liées au traitement pouvant affecter le processus de rétablissement du jeune toxicomane.

Pour ce qui est des caractéristiques des adolescents, notons que le fait d'être une fille, l'absence de problèmes psychiatriques concomitants ainsi que l'absence d'histoire d'abus physique ou sexuel augmentent les chances de réussite du traitement de la toxicomanie (Bertrand et coll., 2004). Babor et coll. (2002) ont bien montré avec l'étude du CYT (Cannabis Youth Treatment) que le fait de présenter un haut niveau de symptômes psychiatriques internalisés et externalisés est associé à un plus haut niveau de sévérité de la consommation 12 mois après l'admission en traitement. Par ailleurs, d'autres études comme celle de Grella et Joshi (2003) révèlent que le fait d'avoir déjà été victime d'abus physique ou sexuel est associé à un moins bon pronostic.

Sur le plan des dimensions environnementales, Stice et son équipe (1998) ont observé que le soutien parental avait un effet modérateur sur le volume d'alcool consommé et les problèmes (familiaux, judiciaires, scolaires) pouvant découler d'une consommation problématique. À l'aide d'une étude qualitative, Palmer et Daniluk (2007) montrent que le soutien familial est aidant pour les toxicomanes lorsqu'ils perçoivent du soutien et de l'empathie de la part des membres de leur famille. Rappelons que la qualité du soutien social et familial est associée à la persistance des adolescents toxicomanes au regard de leur traitement, ce qui favorise le succès thérapeutique (Grella et Joshi, 2003). En outre, Brunelle et ses collègues (2002) ainsi que Hale (2005) rapportent les propos de jeunes toxicomanes qui considèrent que le fait de côtoyer des amis ou des proches qui n'ont généralement pas de problème, particulièrement des difficultés de consommation, les aide à diminuer ou cesser leur propre consommation ne serait-ce que temporairement.

Aussi, les conséquences de la consommation telles que perçues par les jeunes arrivent parfois à augmenter leur désir de cesser ou de diminuer leur usage de drogues comme les méthamphétamines (German et coll., 2006). C'est un peu comme s'ils en viennent à considérer que leur limite est atteinte et qu'ils ont trop à perdre s'ils continuent à consommer comme ils le font (Brunelle et coll., 2002; Brunelle et Cousineau, 2005).

Cette revue de la littérature permet de constater que certains auteurs se sont déjà attardés aux trajectoires de rétablissement des jeunes toxicomanes. Ils n'ont toutefois pas tous conduit des études longitudinales comportant aux moins deux temps de mesure et les participants à leurs études n'étaient pas québécois. De plus, il s'agit surtout d'études quantitatives et donc déductives. Nous allons maintenant présenter une synthèse des récentes recherches sur le sujet. Celles-ci ont le mérite d'avoir été conduites au Québec, d'être longitudinales et d'utiliser des devis méthodologiques divers. Ainsi, ces études fournissent un

regard complémentaire aux données actuelles sur les impacts des traitements et les processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois.

Synthèse des travaux québécois sur les trajectoires de rétablissement des jeunes toxicomanes

Cinq études menées au cours de la dernière décennie auprès de jeunes toxicomanes québécois par les auteurs de cet article, ainsi que leurs cochercheurs, sont ici recensées. Le titre, les objectifs, la méthode et l'échantillon de ces études sont d'abord présentés brièvement dans le tableau 1. Certains résultats communs de ces études sont ensuite discutés ainsi que leurs résultats plus spécifiques.

Tableau 1 : Description des cinq études : objectifs, méthode et échantillon

	Titre	Auteurs	Objectifs	Méthode	Échantillon
1	L'approche motivationnelle dans les programmes de traitement pour jeunes toxicomanes	Bergeron, J., Tremblay, J., Coumoyer, L.-G., Landry, M. et Brochu, S. (2009)	Évaluer l'impact de l'utilisation de composantes de l'entretien motivationnel auprès de jeunes toxicomanes	Devis quantitatif : <ul style="list-style-type: none"> • IGT-ADO, ITEM, Jesness, Cycle du changement, Réaction du clinicien • 3 temps de mesure : 0, 3 et 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • T0 : 106 jeunes ayant consulté un centre spécialisé • T1 : 95 jeunes • T2 : 90 jeunes (taux de suivi de 85 %) • 33 cliniciens répondant à des questionnaires à la fin de chaque entrevue de traitement
2.1	Impacts des unités en centre jeunesse spécialisées dans le traitement des toxicomanies	Brunelle, N., Plourde, C., Gendron, A., Cordeau, D. et Piché, V. (2006)	Observer les impacts du passage de jeunes toxicomanes dans des unités spécialisées en toxicomanie au sein des centres jeunesse <ul style="list-style-type: none"> • Dresser le portrait de la clientèle • Observer les impacts de ce passage sur la situation personnelle en général des jeunes 	Devis quantitatif : <ul style="list-style-type: none"> • IGT-ADO, QMC, PSS, Jesness, MASPAQ, QOSE 21, IDPSQ, Rosenberg, victimisation, aspirations scolaires • 4 temps de mesure : 0, 3, 6 et 12 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • T0 : 43 jeunes <ul style="list-style-type: none"> - 20 du Dôme (Centre jeunesse de Québec) - 23 de La Croisée (Centre jeunesse des Laurentides) • T1 : 41 jeunes • T2 : 38 jeunes • T3 : 31 jeunes (taux de suivi 72 %)

Suite du tableau 1

	Titre	Auteurs	Objectifs	Méthode	Échantillon
2.2	Points de vue de jeunes sur leur passage dans une unité spécialisée en toxicomanie en centre jeunesse	Arseneault, C. (2009) (mémoire de maîtrise)	Obtenir le point de vue des jeunes en ce qui a trait aux différents aspects de leur passage dans l'une de ces unités et aux événements de vie survenus depuis leur sortie	Devis qualitatif • Entretiens semi-structurés	• 9 jeunes (ayant participé à l'étude 2.1)
3	Trajectoires de déviance juvénile	Brunelle, N., Arseneault, C. et Roy, S-A. (2008)	Recueillir la lecture que font les jeunes de leur trajectoire déviante, plus spécifiquement en ce qui concerne leur usage de drogues et leur délinquance	Devis qualitatif • Entretiens semi-structurés • 2 temps de mesure : 0 et 12 à 18 mois	• T0 : 96 jeunes - 16 centres de traitement - 25 centres jeunesse - 22 milieux scolaires - 10 maisons de jeunes • T1 : 44 jeunes (taux de suivi 45,8 %)
4	Trajectoires de réadaptation de jeunes toxicomanes en traitement	Bertrand, K., Brunelle, N., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A. et Ledoux, C. (2009)	Évaluer les changements chez les adolescents avant et après le traitement (3 et 6 mois après l'admission), particulièrement en ce qui concerne leurs problèmes de consommation et d'autres sphères psychosociales associées Évaluer les déterminants du processus de changement Évaluer le niveau de satisfaction des adolescents face aux services reçus	Devis mixte • Volet quantitatif : IGT-ADO, AII, CALPAS, IDPSQ, SCL-90, soutien social, pratiques parentales, opinion sur les services externes • 4 temps de mesure : 0, 3, 6 et 18 mois • Volet qualitatif : Entretiens semi-structurés	Volet quantitatif : • T0 : 199 jeunes - 102 d'un centre résidentiel - 97 d'un centre externe • T1 : 152 jeunes • T2 : 131 jeunes (taux de suivi de 67,3 %) Volet qualitatif : • 13 d'un centre résidentiel • 14 d'un centre externe

Quatre de ces études (1, 2.1, 2.2 et 4) visent à montrer les impacts des traitements en toxicomanie sur le processus de rétablissement des jeunes toxicomanes. Trois d'entre elles (études 1, 2.1 et 4) sont des études longitudinales en milieu naturel. Elles ne permettent donc pas de tirer des conclusions claires en regard du lien de causalité entre le traitement et les résultats observés. Toutefois, elles ont le mérite d'augmenter la validité externe des résultats en reflétant les réalités du travail terrain (Wright et coll., 2007). L'étude 3 porte plus généralement sur le processus de changement de la consommation des jeunes, processus pouvant inclure l'impact des traitements. Certaines de ces études s'attardent au processus de changement tel que perçu et relaté par le jeune (études 2.2, 3 et 4) et d'autres aux impacts de variables spécifiques comme l'entretien motivationnel (étude 1) et l'alliance thérapeutique (étude 4). Deux ont utilisé un devis de recherche quantitatif (études 1 et 2.1), deux un devis qualitatif (études 2.2 et 3) et une seule, soit l'étude 4, un devis méthodologique mixte. Ce type de devis est recommandé pour mieux comprendre le processus de changement des personnes toxicomanes (Battjes et coll., 1999; Stahler et Cohen, 2000).

La présentation des résultats et discussion

Résultats communs

D'abord, les trois études (1, 2.1 et 4) menées exclusivement auprès de jeunes toxicomanes en traitement révèlent une amélioration significative de la consommation de drogues des jeunes, six à douze mois après le début du traitement. L'étude 1 fait état d'une amélioration plus marquée sur le plan de la consommation spécifique de cannabis. L'étude 4 montre une diminution de la consommation plus importante entre l'admission et le suivi de trois mois qu'entre les suivis subséquents. Cette étude montre également que les adolescents toxicomanes présentant un profil psychologique plus détérioré à l'admission

en traitement bénéficient davantage d'un traitement résidentiel. Enfin, elle montre que chez les jeunes en centre résidentiel, le fait d'être plus âgé et celui d'avoir participé à un nombre plus élevé de rencontres postcures sont associés à une diminution plus marquée de la consommation de drogues. Les résultats de ces études par rapport à la consommation des jeunes se traduisent essentiellement par une diminution de la consommation, mais pas nécessairement par l'abstinence aux SPA.

De plus, en toute cohérence avec l'approche biopsychosociale adoptée par les centres de réadaptation, les améliorations significatives sur le plan de la consommation de drogues sont accompagnées d'améliorations dans d'autres sphères de vie des jeunes : scolaire, familiale, légale, psychologique. Les études 1, 2.1 et 4 montrent une amélioration sur le plan scolaire à la suite de l'admission en traitement. Les dimensions scolaires sont plus rarement documentées comme étant des indicateurs de succès des thérapies en toxicomanie chez les jeunes, mais les quelques études d'efficacité s'y étant attardées démontrent aussi des effets du traitement sur cet aspect (Liddle, 2004). C'est le cas de l'étude américaine DATOS-A qui montre effectivement une amélioration des performances scolaires des jeunes toxicomanes après le traitement (Hser et coll., 2001).

En ce qui concerne la sphère familiale, les études 2.1 et 4 révèlent certaines améliorations à la suite de l'admission en traitement. L'étude 2.1 montre plus spécifiquement une diminution de la rébellion familiale. Or, peu d'études documentent l'impact du traitement sur les relations familiales des jeunes toxicomanes; elles décrivent surtout plusieurs dimensions familiales comme étant des facteurs de risque de la toxicomanie et d'autres comme des facteurs de protection. Par exemple, Kumpfer (2001) identifie plusieurs facteurs de protection importants, comme le fait d'avoir une relation positive avec un adulte significatif; le soutien émotif d'un parent; des attentes parentales appropriées au stade de développement de l'enfant; le soutien des rêves et des buts de

l'enfant; la présence de règles et de normes claires et appliquées de façon constante; et le soutien du réseau familial élargi. Tout de même, les études comparant l'efficacité des traitements familiaux de la toxicomanie à d'autres types de traitement montrent que ceux-ci ont un effet bénéfique sur les relations familiales, souvent de façon équivalente selon les approches (Tremblay et coll., 2005). Dans le même sens, ces résultats appuient la recommandation d'impliquer la famille dans le traitement du jeune, peu importe le modèle de traitement adopté (Bertrand coll., 2006). À la lumière des résultats des études 2.1 et 4, on peut penser que l'amélioration de la sphère familiale constatée après l'admission en traitement de la toxicomanie peut constituer un gage de maintien des acquis à la suite de la thérapie.

Quant à la sphère légale, les études 1 et 2.1 font état d'une amélioration après l'admission en traitement. Ceci est cohérent avec les résultats de plusieurs études révélant que le traitement de la toxicomanie a un impact positif sur la délinquance en permettant de diminuer la récidive criminelle (Brochu, 2006; Jainchill et coll., 2005).

Enfin, peu d'améliorations de la santé psychologique des jeunes sont constatées dans les cinq études. Des améliorations plus spécifiques sont observables en ce qui concerne l'agressivité manifeste, l'anxiété sociale, l'image de soi, la mésadaptation sociale et l'aliénation dans l'étude 2.1. Cette même étude révèle toutefois une augmentation de la détresse psychologique au cours des trois premiers mois du traitement, celle-ci revenant ensuite à son niveau initial. Or, la détresse psychologique à l'admission est particulièrement élevée. C'est donc dire que le traitement de la toxicomanie ne permet pas de diminuer celle-ci. Dans l'étude sur le Cannabis Youth Treatment (CYT), les adolescents qui présentent un plus haut niveau de symptômes internalisés (anxiété, peur, timidité, faible estime de soi et dépression) et externalisés (agression, problèmes d'attention, impulsivité, hyperactivité et comportements antisociaux) sont

ceux qui continuent de vivre des problèmes liés à leur consommation, au suivi de 12 mois (Babor et coll., 2002). Il est bien connu que la présence d'un problème concomitant de santé mentale chez les jeunes toxicomanes est associée à un moins bon pronostic (Bender et coll., 2006; Tomlinson et coll., 2004) et que les taux de rechute de ces jeunes dans l'année suivant la fin du traitement sont élevés (Kaminer et Napolitano, 2004; Tomlinson et coll., 2004). Selon Bender et coll. (2006), bien que plusieurs traitements permettent aux jeunes présentant un trouble concomitant de santé mentale de réduire leur consommation de SPA de même que les conséquences y étant associées, la pérennité de ces changements est plus fragile que chez les autres jeunes.

En ce qui a trait aux composantes de l'intervention, les études 2.2 et 4 révèlent que même si le contexte d'intervention en groupe avec d'autres jeunes est difficile, il est porteur de changement pour eux. Les jeunes rencontrés dans les services résidentiels de l'étude 4 parlent de l'intervention en contexte de groupe comme d'une expérience difficile, surtout au début, mais liée à des prises de conscience et à un sentiment de solidarité et d'entraide favorisant des progrès dans leur processus de rétablissement. Lindsay et coll. (2008) ont étudié les facteurs d'aide thérapeutiques en contexte de groupe à partir de la typologie de Yalom (1995). Parmi les facteurs d'aide thérapeutiques identifiés dans leur échantillon d'hommes violents, on retrouve la cohésion, soit le sentiment de faire partie intégrante d'un groupe et l'espoir que leur procure le fait de faire partie de celui-ci.

Les jeunes des études 2.2, 3 et 4 accordent aussi une importance centrale à la qualité de la relation avec leur intervenant lorsqu'il s'agit de décrire les aspects aidants dans la thérapie qu'ils ont suivie. Le fait de se sentir écouté et respecté et de recevoir des conseils dans ce cadre paraît susciter prises de conscience, responsabilisation et espoir chez les jeunes. Hawley et coll. (2008) montrent d'ailleurs la contribution significative

de l'alliance thérapeutique à l'amélioration de la situation biopsychosociale des jeunes toxicomanes en traitement ainsi qu'un lien significatif entre l'alliance thérapeutique et leur satisfaction face au traitement.

En termes de satisfaction face au traitement, les études 2.1, 2.2, 3 et 4 révèlent que les jeunes sont généralement satisfaits des services reçus, même s'il y a place à l'amélioration. Dans l'étude 2.1, les aspects dont les jeunes étaient les plus satisfaits sont le respect de l'intervenant envers eux, les informations qu'ils ont obtenues sur les services qui allaient leur être offerts et les explications qu'ils ont reçues au sujet de leurs difficultés personnelles. L'écoute et le soutien des intervenants ont également été soulignés par les jeunes rencontrés dans l'étude 2.2. La relation avec les intervenants est donc la plus grande source de satisfaction face au traitement citée par la majorité des jeunes participants aux études 2.1, 2.2, 3 et 4. Il est à noter que lorsque certains jeunes mentionnent une insatisfaction face au traitement, ils évoquent une moins bonne qualité de leur relation avec certains intervenants pour l'expliquer (études 2.2 et 4). Cette relation est donc au cœur du processus thérapeutique pour les jeunes.

Un dernier point commun qui mérite l'attention est l'observation que plusieurs jeunes se présentent en traitement avec une faible motivation au changement, ayant peu ou pas l'intention de cesser leur consommation de SPA (études 1, 2.1, 2.2, 3 et 4). Une proportion importante de jeunes ne semble pas particulièrement apprécier les objectifs d'abstinence exigés par certains centres (études 2.2 et 4). Notons tout de même que l'approche de réduction des méfaits est adoptée dans la majorité des centres de réadaptation. Un objectif obligatoire d'abstinence n'apparaît pas réaliste pour un bon nombre d'adolescents en traitement de la toxicomanie. Soulignons qu'il est important de leur offrir le choix d'un traitement et des objectifs adaptés à leurs besoins. Paradoxalement, il faut nuancer ce constat par le fait que près

de la moitié des jeunes en centre résidentiel ont adhéré à un objectif d'abstinence, soit un arrêt de la consommation maintenu même six mois après leur admission, donc plusieurs mois après le retour dans leur milieu (étude 4). Certains jeunes ont aussi révélé des effets positifs vécus lors de périodes d'abstinence et la contribution de celles-ci à leur processus de changement. Les jeunes en centre résidentiel de l'étude 4 affirment par exemple que le fait de pouvoir expérimenter l'abstinence leur permet de se refaire une santé, d'augmenter leur sentiment de compétence et d'avoir un avant-goût de ce qui les attend s'ils cessent définitivement de consommer. Toutefois, plusieurs de ces jeunes ne souhaitent pas pour autant atteindre l'abstinence complète pour toujours et remettent en question cette exigence du centre résidentiel. Ces derniers sont en désaccord avec l'objectif d'abstinence comme seul but pour tous les jeunes de ce centre. Ainsi, la notion du respect du choix des objectifs apparaît centrale pour engager les jeunes dans une démarche de changement, ce qui implique l'importance d'offrir des services variés et adaptés à leurs besoins.

D'autre part, on peut se demander si le fait de favoriser un objectif d'abstinence chez les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale concomitant ne serait pas une avenue favorisant le succès pour ce sous-groupe. C'est du moins le cas chez les adultes vivant des difficultés psychologiques qui ont du mal à gérer une consommation modérée (Mueser et coll., 2003). Mais lorsqu'une clientèle est trop réfractaire au changement, la réduction des méfaits est l'approche recommandée comme pour les jeunes toxicomanes présentant des problèmes concomitants de santé mentale (Santé Canada, 2002).

Résultats spécifiques

L'étude 1 est la seule à traiter de l'utilisation de l'entretien motivationnel dans le traitement des jeunes toxicomanes. À la suite d'une formation d'une journée sur l'entretien motivationnel, les intervenants ont présenté l'étude à leurs clients en début de traitement. En accord avec les propositions de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2002, 2006), les résultats de l'étude 1 montrent que les cliniciens adaptent leurs interventions au stade de motivation de leurs clients dès les premiers entretiens. Ainsi, moins le client est motivé, plus l'intervenant explore l'ambivalence alors que plus le client est motivé, plus l'intervenant utilise des techniques visant l'augmentation du sentiment d'autoefficacité.

Le degré d'utilisation des techniques motivationnelles est associé à de meilleurs progrès cliniques dans les sphères occupationnelles, de santé physique et familiale pour les participants de l'étude 1. C'est ainsi que les interventions adaptées au stade de motivation et appuyées sur l'écoute centrée sur le client, l'absence d'attitudes directives et l'augmentation de son sentiment d'autoefficacité permettent de prédire une diminution significative des problèmes vécus à l'école ou au travail trois mois et six mois plus tard. Il est à noter que les relations ne sont pas toujours linéaires.

Toujours en interaction avec le degré de motivation initial, la personnalité de l'adolescent (par exemple, la tendance à réprimer les affects difficiles et le degré d'asocialité) se révèle aussi une variable importante, non seulement dans l'évolution des sphères occupationnelle, psychologique et santé physique, mais aussi en ce qui concerne la consommation de cannabis et d'autres drogues. Il y a ainsi interaction entre la dimension «asocialité» et la motivation initiale des clients, tout particulièrement dans la prédiction de l'évolution de la consommation de cannabis. Des jeunes bien motivés au départ, mais asociaux,

risquent de voir augmenter leurs problèmes de consommation lors des suivis subséquents.

En somme, l'étude 1 révèle que la compréhension du rôle de l'entretien motivationnel dans le succès thérapeutique des adolescents toxicomanes est complexe et doit être comprise en fonction de diverses variables telles que le degré de motivation du jeune et des composantes de sa personnalité.

Mentionnons par ailleurs que la question de l'exposition au traitement a été abordée seulement dans l'étude 4 sous l'angle de l'exposition au suivi externe, soit à la suite de la phase résidentielle du traitement. Ainsi, plus le nombre de rencontres postcures auxquelles les jeunes ont participé est élevé, plus ils s'améliorent sur le plan de la consommation. L'étude américaine DATOS-A arrivait à la même conclusion (Hser et coll., 2001). Les résultats sur l'impact de l'exposition au traitement chez les adultes toxicomanes québécois ne sont pas aussi clairs et incitent à la prudence dans l'interprétation de ces résultats (Landry et coll., 2010).

L'étude 3 apporte un éclairage complémentaire aux autres études qui documentent une amélioration de la consommation de SPA des jeunes à la suite de leur admission en traitement. Parmi les jeunes participants de cette étude, ceux qui ont eu recours à des services de réadaptation en toxicomanie disent que l'intervention leur a permis, en plus de diminuer ou d'arrêter leur consommation de SPA, de vivre plusieurs autres impacts positifs dans leur vie en général. Parmi ceux-ci, ils nomment un sentiment de fierté, des apprentissages au niveau des habiletés de communication, une amélioration de leurs relations interpersonnelles en général et des perspectives d'avenir positives.

Par ailleurs, l'étude 3 présente la particularité de s'intéresser aux raisons pouvant amener les jeunes à modifier leurs comportements de consommation, qu'il s'agisse de jeunes toxicomanes

ou non. Parmi les motifs de diminution ou d'arrêt de la consommation évoqués par les jeunes participants, on retrouve notamment un entourage plus conformiste (amis, amours, famille); le fait de vivre ou de vouloir éviter certaines conséquences physiques, psychologiques ou sociales de la consommation; des événements particuliers reliés à un «traumatisme» ou parfois à des obligations familiales (décès, grossesse, etc.); des occupations ou intérêts sportifs, artistiques ou de voyage; et vivre des effets positifs lors des périodes d'abstinence. Des jeunes mentionnent aussi l'impact positif que le soutien parental ou les services d'aide ont eu sur leur trajectoire de consommation. Ici les jeunes parlent plus spécifiquement d'organismes tels les maisons de jeunes, le centre jeunesse-emploi, les centres jeunesse et les centres de réadaptation en toxicomanie. Des événements marquants ont aussi conduit certains jeunes à diminuer leur consommation ou à la cesser, ne serait-ce que temporairement. Par exemple, certains jeunes ont parlé du décès d'un proche toxicomane comme un événement ayant influencé à la baisse leur propre consommation. Ainsi, l'étude 3 nous rappelle que les changements positifs dans leur trajectoire de consommation de SPA ne sont pas tous tributaires des services qu'ils ont obtenus. L'étude 3 ne comprend d'ailleurs pas exclusivement des jeunes toxicomanes en traitement.

Il faut toujours se rappeler également que tous les jeunes toxicomanes n'ont pas nécessairement besoin de faire appel à de l'aide extérieure pour s'en sortir et que la rémission naturelle (Acier et coll., 2007; Sobell et coll., 2000; Klingemann, 1992) est aussi possible pour eux, comme pour les adultes toxicomanes. Au lieu de porter sur les facteurs de risque ou les facteurs de rechute, l'intervention en toxicomanie, que ce soit en première ou deuxième ligne, pourrait miser davantage sur les raisons évoquées par les jeunes pour expliquer qu'ils ont diminué ou cessé de consommer à certains moments de leur trajectoire. Il faut alors leur permettre de s'exprimer sur ces éléments positifs

en contexte d'intervention, ce qui est cohérent aussi avec certains principes de l'entretien motivationnel et de l'approche de réduction des méfaits, de plus en plus utilisés dans les centres de réadaptation et par certains intervenants en milieu scolaire. En ce sens, les résultats de l'étude 3 apportent un éclairage important en ce qui a trait au processus de rétablissement des jeunes toxicomanes, éclairage que l'on pourrait mettre à profit dans l'intervention.

Finalement, le volet qualitatif de l'étude 4 révèle des résultats uniques par rapport aux autres études présentées. Ce volet consistait à documenter en profondeur l'expérience pluridimensionnelle des jeunes au cours de leur trajectoire de réadaptation ainsi que leurs perceptions quant aux dimensions ayant pu influencer leur trajectoire, tant celles liées au traitement que les dimensions individuelles, familiales et sociales. Ainsi, le vécu des participants au cours de leur épisode de traitement et leur opinion face à celui-ci étaient particulièrement ciblés. Les résultats principaux montrent que les trajectoires de réadaptation sont complexes, variées et non linéaires (Bertrand et coll., 2008).

Trajectoires types de rétablissement

Ainsi, l'analyse des entrevues fait ressortir quatre types de trajectoire de rétablissement pour l'ensemble des participants ayant pris part au volet qualitatif : 1) une trajectoire de succès ; 2) une trajectoire de réadaptation amorcée ; 3) une trajectoire aux gains notoires, mais fragiles ; 4) une trajectoire marquée par la chronicité.

Le récit des jeunes ayant vécu une *trajectoire de succès* indique que ces derniers s'organisent un projet de vie concret et que les changements survenus dans leur vie les incitent à être optimistes. Ils sont également satisfaits des services reçus au centre de réadaptation et ils ont bénéficié d'un soutien de la part de leur réseau social (famille ou amis). Ils s'approprient

la démarche thérapeutique. Au cours des six mois suivant leur admission en traitement, les jeunes concernés rapportent des changements significatifs et positifs en ce qui concerne leur consommation, leurs relations familiales et leur cheminement scolaire. Ils rapportent aussi un sentiment de compétence et une confiance en soi accrus. Cette trajectoire démontre un succès dans une perspective de réduction de méfaits, c'est-à-dire qu'il n'y a pas nécessairement abstinence complète, mais une évolution positive vers une amélioration des conditions de vie à moyen ou long terme.

Les *trajectoires de réadaptation amorcée* caractérisent l'évolution plus spécifique des délinquants de l'échantillon. Ces jeunes rapportent des améliorations significatives tant sur le plan de la consommation de drogues que de la délinquance. Ils s'approprient également la démarche de traitement qu'ils estiment avoir été aidante. Cependant, ils identifient clairement un problème non résolu, sur lequel ils souhaitent travailler davantage et qui les empêche de conclure au succès de leur démarche. L'agressivité et la consommation de drogues des membres de la famille ont de manière générale diminué sans toutefois être réglées pour autant.

Les *trajectoires aux gains notoires mais fragiles* révèlent des gains significatifs en ce qui concerne la consommation de psychotropes et dans les autres sphères de la vie du jeune. Cependant, ces processus de réadaptation sont fragilisés principalement par une forte ambivalence du jeune face aux « progrès » ou aux changements relatifs à la consommation de drogues et à la délinquance. Cette ambivalence est ressentie dans un contexte de vie caractérisé par l'usage de drogues des amis ou de la famille, des conflits familiaux, une détresse psychologique persistante et un bilan mitigé à l'égard des services reçus.

Les *trajectoires marquées par la chronicité* affichent une détresse persistante et envahissante, un pessimisme face à l'avenir

et des insatisfactions à l'égard des services reçus. Il est à noter que des améliorations sont quand même observables dans la trajectoire de ces jeunes, en ce qui concerne la consommation de SPA en particulier. Mais ces trajectoires de chronicité sont possiblement inhérentes à la lourdeur des problématiques vécues par les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale concomitants. Ceci met en lumière les besoins plus spécifiques de ces jeunes et la nécessité d'adapter davantage les interventions ainsi que l'organisation des services.

Finalement, l'étude 4 apporte un éclairage complémentaire aux autres études décrites ici en permettant d'avoir un regard sur la trajectoire objective et subjective (Bellot, 2005) de rétablissement des jeunes toxicomanes. Un affinement des connaissances sur les processus de changement de la consommation, par le croisement qu'il permet entre ces deux types de données, est ainsi rendu possible (Brunelle et Cousineau, 2005).

Conclusion

Il ressort des études présentées dans cet article que pour la majorité des jeunes toxicomanes québécois, les aspects en lien avec la consommation de SPA et d'autres sphères de leur vie s'améliorent à la suite de leur admission en traitement. Peu de changements positifs touchant la santé psychologique ont toutefois été observés après l'admission en traitement des jeunes toxicomanes. Toutefois, la plupart des jeunes sont peu motivés au changement à leur entrée en traitement, et encore moins à l'abstinence. Cependant, un regard en perspective sur leur trajectoire permet de nuancer cette première impression à l'aulne de leur évolution, il s'en dégage alors une évaluation plus positive. Les jeunes attribuent une grande importance à l'alliance thérapeutique comme étant un facteur majeur de changement dans leur trajectoire de consommation.

Les divers résultats indiquent que les modèles prédictifs du changement doivent laisser place à la complexité en tenant compte tant des composantes structurelles, des techniques d'intervention, de la qualité de l'alliance thérapeutique, mais aussi des variables externes au traitement. Toute future étude de l'impact des traitements devrait inclure un nombre important de variables prédictives du changement.

Enfin, les études sur les trajectoires permettent de constater que plusieurs types de trajectoire de réadaptation existent, que le succès du traitement ne prend pas nécessairement la forme d'une abstinence et surtout pas d'une abstinence définitive et que les trajectoires sont sinueuses. De plus, la complexité du processus de réadaptation en toxicomanie impose le recours à diverses méthodologies et perspectives. L'utilisation d'un devis méthodologique mixte constitue une avenue à exploiter, ce qui permettrait d'identifier les dimensions objectives influençant le processus de réadaptation tout en documentant la perspective subjective des jeunes toxicomanes considérés comme des acteurs et artisans de ce processus.

Références

- Acier, D. et Nadeau, L. (2005). «Troubles mentaux et troubles liés à une substance». *Alcoologie et addictologie*. 27 (4), p. 315-324.
- Acier, D., Nadeau, L. et Landry, M. (2007). «Le changement sans traitement: un point aveugle dans le champ des dépendances». *Toxico réseau*. 7 (1), p. 5-6.
- Arseneault, C. (2009). «Points de vue de jeunes sur leur passage dans une unité spécialisée en toxicomanie en centre jeunesse». Mémoire de maîtrise en psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, 193 p.
- Asey, T. et Lambert, M.J. (1999). «The empirical case for common factors in therapy: quantitative findings». [In M.A. Hubble, B.L. Duncan et S.D. Miller (sous la direction): *The Heart & Soul of change: What Works in Therapy*] Washington: American Psychology Association, p. 23-55.
- Babor, T., Webb, C., Bureson, J.A. et Kaminer, Y. (2002). «Subtypes for classifying adolescents with marijuana use disorders: Construct validity and clinical implications: Cannabis Youth Treatment (CYT) Experiment». *Addiction*. 97 (1), p. 58-69.
- Battjes, R., Gordon, M., O'Grady, K., Kinlock, T. et Carswell, M. (2003). «Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment». *Journal of substance abuse treatment*. 24 (3), p. 221-232.
- Battjes, R.J., Onken, L.S. et Delany, P.J. (1999) «Drug abuse treatment entry and engagement: Report of a meeting on treatment readiness». *Journal of Clinical Psychology*. 55 (5), p. 643-657.
- Beauchesne, L. (2000). «Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues». [In P. Brisson (sous la direction): *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol III] Montréal: Gaëtan Morin éditeur, p. 73-102.
- Bellot, C. (2005). «La diversité des trajectoires de rue des jeunes à Montréal». [In N. Brunelle et M.-M. Cousineau (sous la direction): *Trajectoires de déviance juvénile: les éclairages de la recherche qualitative*] Québec: Presses de l'Université du Québec (PUQ), p. 71-96.

- Bender, K., Springer, D. et Kim, J. (2006). «Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A systematic review». *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 6 (3), p. 177-205.
- Bergeron, J., Tremblay, J., Cournoyer, L.-G., Landry, M. et Brochu, S. (2009). «Consommation de cannabis et utilisation de l'entretien motivationnel dans les programmes de traitement pour adolescents». *Risq-Info*. 17 (1), p. 5-8.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M. et Plourde, C. (2004). «Synthèse de l'évaluation du Programme-jeunesse: Recension des écrits et recommandations pour sa révision». *Rapport # 6*. Trois-Rivières, Canada: Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec, 60 p.
- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G. et Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les CRPAT: pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal, Canada: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT), 45 p.
- Bertrand, K., Fines, L., Brunelle, N., Ledoux, C. et Ménard, J.-M. (2008). «De jeunes toxicomanes en traitement se racontent: leur vécu au cours de leur processus de réadaptation et leurs perceptions des services reçus». Communication présentée à la Tournée des partenaires du RISQ de la Mauricie, Domrémy MCQ, Shawinigan.
- Bertrand, K., Brunelle, N., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A. et Ledoux, C. (2009). «Adolescents et traitement de la toxicomanie». Rapport de recherche présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, 36 p.
- Bischof, G., Rumph, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. et John, U. (2007). «Stability of subtypes of natural recovery from alcohol dependence after two years». *Addiction*. 102 (6), p. 904-908.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité: une relation complexe*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 237 p.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M. et Brochu, S. (2002). «Trajectoires types de la déviance juvénile: un regard qualitatif». *Revue canadienne de criminologie*. 44 (1), p. 1-31.

- Brunelle, N. et Cousineau, M.-M. (sous la direction). (2005). *Trajectoires de déviance juvénile : les éclairages de la recherche qualitative*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 215 p.
- Brunelle, N., Plourde, C., Gendron, A., Cordeau, D. et Piché, V. (2006). «Évaluation de l'efficacité des unités en centre jeunesse spécialisées dans le traitement des toxicomanies : Le Dôme et La Croisée». Rapport de recherche remis au Fonds Richelieu de recherche sur l'enfance, 86 p.
- Brunelle, N., Arseneault, C. et Roy, S.-A. (2008). «Un suivi qualitatif sur les trajectoires d'usage de drogues et de délinquance à l'adolescence». Communication présentée au colloque de l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), Montréal.
- Clark, H.W., MacNeill, H.A., Dennis, M. et Babor, T. (2002). «Moving from research to practice just in time: The treatment of cannabis use disorders comes of age». *Addiction*. 97 (1), p. 1-3.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT). (2001). «Les services de réadaptation pour les mineurs qui font un usage inapproprié de substances psychoactives». Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, 31 p.
- Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M. et Bergeron, J. (2007). «Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of a clinical subpopulations». *Addiction*. 102 (7), p. 1960-1970.
- Dennis, M. L. (2002). «Treatment research on adolescent drug and alcohol abuse: Despite progress, many challenges remain». [In M.L. Dennis (sous la direction): *Connection: A Newsletter Linking the Users and Producers of Drug Abuse Services Research*] Washington : Academy for Health Services Research and Health Policy, p. 1-7.
- Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J.C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. et Funk, R. (2004). «The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 27 (3), p. 197-213.

- Diamond, G., Godley, S., Liddle, H., Sampl, S., Webb, C., Tims, F. et coll. (2002). «Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: A description of the Cannabis Youth Treatment Interventions». *Addiction*. 97 (1), p. 70-83.
- Dubé, G. et Fournier, C. (2007). «Consommation d'alcool et de drogues». [In G. Dubé (sous la direction): *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006*] Québec: Institut de la statistique du Québec, p. 83-124.
- German, D., Sherman, S., Sirirorn, B., Thomson, N., Aramattana, A. et Celentano, D. (2006). «Motivations for methamphetamine cessation among young people in northern Thailand». *Addiction*. 101 (8), p. 1143-1152.
- Godley, M., Godley, S., Dennis, M., Funk, R. et Passetti, L. (2006). «The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders». *Addiction*. 102 (1), p. 81-93.
- Grella, C. et Joshi, V. (2003). «Treatment process and outcomes among adolescent with a history of abuse who are in drug treatment». *Child Maltreatment*. 8 (1), p. 7-18.
- Hale, H. (2005). «A qualitative study of adolescent females' perceptions and experiences of chemical dependency, chemical dependency treatment, and recovery». *Dissertation abstracts international*. Chicago School of Professional Psychology, 206 p.
- Halvorson, H., Pike, D., Reed, F., McClatchey, M. et Gosselink, C. (1993). «Using qualitative methods to evaluate health services delivery in three rural Colorado communities». *Evaluation and the Health Professions*. 16, p. 434-447.
- Hawley, K. et Garland, A. (2008). «Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes». *Child Youth Care Forum*. 37 (2), p. 59-74.

- Hogue, A., Dauber, S., Faw Stambaueh, L., Cecero, J. et Liddle, H. (2006). «Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74 (1), p. 121-129.
- Hser, Y., Grella, C., Hubbard, R., Hsieh, S., Fletcher, B., Brown, B. et Anglin, M. D. (2001). «An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities». *Archives of General Psychiatry*. 58 (7), p. 689-695.
- Imel, Z.E., Wampold, B.E., Miller, S.D. et Fleming, R.R. (2008). «Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders». *Psychology of Addictive Behaviors*. 22 (4), p. 533-543.
- Jainchill, N., Hawke, J. et Messina, M. (2005). «Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment». *Substance Use & Misuse*. 40 (7), p. 975-996.
- Kaminer, Y. et Napolitano, C. (2004). «Dial for therapy: aftercare for adolescent substance use disorders». *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43 (9), p. 1171-1174.
- Klingemann, H. (1992). «Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland». *The International Journal of the Addictions*. 27 (12), p. 1359-1388.
- 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. et Lecavalier, M. (2003). «L'approche de réduction des méfaits dans le champ de la réadaptation en toxicomanie: un facteur de changement». *Drogues, santé et société*. 2 (1), p. 124-140.

- Landry, M., Brochu, S., Nadeau, N., Brunelle, N., Bergeron, J., Cournoyer, L.-G. et Tremblay, J. (2010). «Quinze années de recherche au RISQ : bilan des connaissances sur l'impact des traitements». *Drogues, santé et société*. 8 (2), p. 187-231.
- Lecompte, C., Savard, R., Drouin, M. S. et Guillon, V. (2004). «Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implication pour la formation en psychologie». *La Revue québécoise de psychologie*. 25 (3), p. 73-102.
- Liddle, H. (2004). «Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs». *Addiction*. 99 (Suppl. 2), p. 76-92.
- Lindsay, J., Roy, V., Montminy, L., Turcotte, D. et Genest-Dufault, S. (2008). «The emergence and the effects of therapeutic factors in groups». *Social Work with Groups*. 31 (3-4), p. 255-271.
- Mercier, C. et Alarie, S. (2000). «Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes». [In P. Brisson (sous la direction): *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. III] Montréal : Gaëtan Morin, p. 335-350.
- Miller, W. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York : Guilford Press, 428 p.
- Miller, W. et Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris, France : Inter-Éditions, 241 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives : Projet de loi 83*. Gouvernement du Québec, 112 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 : Unis dans l'action*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 74 p.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L. et Barlow, D.H. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York, NY US : Guilford Press, 470 p.

- Palmer, R. et Daniluk, J. (2007). «The perceived role of others in facilitating or impeding healing from substance abuse». *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 41 (4), p. 199-212.
- Pica, L. (2005). «Consommation d'alcool et de drogues». [In G. Dubé (sous la direction): *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, p. 95-130.
- Robbins, M., Liddle, H., Turner, C., Dakof, G., Alexander, J. et Kogan, S. (2006). «Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy». *Journal of Family Psychology*. 20 (1), p. 108-116.
- Russell, M., Peirce, R., Chan, A., Wiczorek, W., Moscato, B. et Nochajski, T. (2002). «Natural recovery in a community based sample of alcoholics: Study design and descriptive data». *Substance Use and Misuse*. 36, p. 1417-1441.
- 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, 179 p.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B. et Morgan, K.L. (1993). «Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators». *Hospital and Health Services Administration*. 38 (4), p. 447-466.
- Sobell, L.C., Ellingstad, T.P. et Sobell, M.B. (2000). «Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions». *Addiction*. 95 (5), p. 749-764.
- Stahler, G. et Cohen, E. (2000). «Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research». *Journal Substance Abuse Treatment*. 18, p. 1-8.

- Stice, E., Barrera, M. et Chassin, L. (1998). «Prospective differential predication of adolescent alcohol use and problem use: Examining the mechanism of effect». *Journal of Abnormal Psychology*. 107 (4), p. 616-628.
- Tomlinson, K., Brown, S.A., et Abrantes, A. (2004). «Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents». *Psychology of Addictive Behaviors*. 18 (2), p.160-169.
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., et Garceau, P. (2004). *Portrait de la consommation de substances psychoactives de jeunes consultants en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du Centre jeunesse de Québec*. Montréal: CRUV/ALTO, 111 p.
- Tremblay, J., Bertrand, K. et 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 p.
- Wright, J., Mondor, J., Sabourin, S. et Pinsof, W. (2007). «Le statut empirique de la thérapie conjugale». [In J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (sous la direction): *La psychothérapie de couple: un guide clinique*] Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec, p. 789-822.
- Yalom, I. (1995). *The theory and Practice of Group Psychotherapy*, 4^e édition. New York: Basic Books, 688 p.