

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU EXCESSIF



SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME JEUNESSE
RECENSION DES ÉCRITS
ET RECOMMANDATIONS POUR SA RÉVISION.

Rapport # 6

Karine Bertrand, M.Ps
Jean-Marc Ménard, M.A.
Chantal Plourde, Ph.D.

Mars 2004

Table des matières

1 Introduction	1
2 L'évaluation du programme jeunesse de Domrémy MCQ	3
2.1 La fréquentation des services au cours des dix premières années d'existence du programme	4
2.2 Le profil de la clientèle du programme jeunesse de Domrémy MCQ	7
2.2.1 Psychotropes consommés, motifs de consommation et stades de changement	8
2.2.2 Problèmes associés : difficultés familiales, psychologiques et légales	9
2.2.3 Type et durée des services reçus	11
2.2.4 Le profil de la clientèle jeunesse de Domrémy : implications cliniques	12
2.3 La satisfaction des adolescents en traitement à Domrémy MCQ et de leurs parents	12
2.3.1 Sondage réalisé auprès des adolescents et de leurs parents	12
2.3.2 Rencontres de type « focus group » auprès des adolescents	13
2.3.3 Rencontres de type « focus group » auprès des parents	14
2.3.4 Le point de vue des parents et des adolescents : les convergences	15
2.4 La perception des intervenants au programme jeunesse de Domrémy MCQ	17
2.5 La satisfaction des partenaires du programmes jeunesse de Domrémy MCQ	18
2.6 Synthèse de l'évaluation du programme jeunesse de Domrémy MCQ : quels sont les consensus?	19
3 Recension des écrits	21
3.1 Quelle est l'étendue du problème d'abus de substances chez les adolescents?	21
3.1.1 Enquêtes portant sur les adolescents de la population générale	21
3.1.2 Profil des adolescents en traitement pour abus de substances	23
3.2 Quels sont les facteurs de risque et de protection en regard de l'abus de substance?	24
3.3 Qu'est-ce qui prédit l'efficacité des traitements?	26
3.4 Quels sont les traitements efficaces pour les adolescents qui abusent de substances?	29
3.5 Synthèse	32
3.5.1 Que sait-on?	32
3.5.2 Quelles sont les questions sans réponse?	34

4	Recommandations découlant de l'intégration des constats de la littérature et de l'évaluation du programme jeunesse	36
4.1	Adopter un cadre d'intervention clairement défini dont l'efficacité a été montrée et qui permet d'impliquer la famille dans le traitement de l'adolescent.....	36
4.2	Mieux rejoindre les adolescents qui abusent de substances et leurs parents.....	38
4.3	Améliorer les mécanismes de transmission de l'information aux parents et aux adolescents au sujet de leurs difficultés et de leurs progrès.....	38
4.4	Offrir des formations pertinentes aux intervenants travaillant auprès des adolescents et des parents.....	39
4.5	Améliorer la collaboration avec les partenaires en vue d'offrir des services intégrés plus efficaces aux jeunes qui souffrent de multiples problématiques.....	39
4.6	Adopter une politique d'amélioration et d'évaluation continue des services.....	40
5	Conclusion	41
	Références	42

Liste des figures

Figure 1 –	Inscriptions des adolescents et parents en cours d'année à Domrémy MCQ.....	5
Figure 2 –	Nombre d'inscriptions d'adolescents par année dans les centres de services externes.....	6
Figure 3 –	Nombre d'inscriptions de parents par année dans les centres de services externes.....	6
Figure 4 –	Répartition des adolescents en fonction de leur motivation initiale à modifier leur consommation selon le sexe.....	8
Figure 5 –	Répartition des adolescents en fonction des symptômes psychologiques présentés au cours de leur vie selon le sexe.....	9
Figure 6 –	Répartition des adolescents en fonction des difficultés familiales rencontrées au cours de la dernière année selon le sexe.....	10
Figure 7 –	Répartition des adolescents en fonction des conduites délinquantes selon le sexe.....	10

ANNEXES

ANNEXE 1	Échelle d'atteinte de buts (EAB) / Goal Attainment Scaling (GAS).....	48
ANNEXE 2	Modèle du nouveau programme «Jeunesse-Famille » proposé à Domrémy MCQ.....	50
ANNEXE 3	Objectifs du protocole de recherche	53

1 - INTRODUCTION

L'abus d'alcool et de drogues chez les adolescents est une réalité préoccupante dont la prévalence est en hausse depuis le début des années '90. Plusieurs recensions des écrits relèvent que l'abus de substance chez les adolescents est associé à plusieurs conséquences négatives : décès et blessures liés à des accidents sur la route, suicide, violence, délinquance, détresse psychologique, comportements sexuels à risque, atteintes neurobiologiques, décrochage scolaire. Le traitement de l'abus de substance chez les adolescents représente un défi clinique particulier qui doit prendre en compte un ensemble de composantes uniques à cette étape de vie. Plusieurs acteurs dans le domaine soulignent de nombreuses distinctions importantes entre les adolescents et les adultes qui sont en traitement pour un problème de consommation de psychotropes, renforçant ainsi la pertinence d'élaborer des programmes de traitement spécifiquement destinés aux jeunes. Ainsi, une proportion importante d'adolescents sont obligés de se soumettre à un traitement par le système judiciaire ou encore subissent des pressions de la part des parents, des organismes de protection de l'enfance ou de l'école. Les modes de consommation des adultes (consommation régulière d'alcool, héroïne et cocaïne) se distinguent de ceux des adolescents (consommation de cannabis de façon primaire et épisodes de consommation excessive d'alcool). Aussi, les préoccupations des adultes diffèrent souvent de celles des adolescents qui font face à des enjeux particuliers liés à leur stade de développement. Alors que les adultes se préoccupent de leur rôle parental et de leurs problèmes conjugaux et professionnels, les adolescents sont aux prises avec des enjeux liés au développement de leur identité et de leur autonomie. Ils cherchent à se distancier de leur famille et à développer leurs propres valeurs et croyances ainsi qu'à développer leur réseau social auprès de leurs pairs. De fait, il serait inadéquat de transposer directement les programmes de traitement mis sur pied pour des adultes alcooliques et toxicomanes à la clientèle adolescente.

Dès son implantation en 1992, et malgré les ressources limitées dont disposait l'établissement, le programme jeunesse de Domrémy MCQ se voulait un service de réadaptation accessible, adapté à la réalité et aux besoins des adolescents surconsommateurs de psychotropes et de leurs parents. Ce programme visait essentiellement à rendre les individus autonomes vis-à-vis des psychotropes et dans leur vie en général en offrant des services tant aux adolescents surconsommateurs qu'à leurs parents et collatéraux significatifs, de même qu'aux intervenants déjà impliqués auprès d'eux. Au cours de ses dix premières années d'existence, le profil de la clientèle visée par ce

programme, le réseau de collaborateurs, les outils et les contextes d'intervention ont évolué de façon importante. Différentes modalités d'intervention ont pu être expérimentées pour mieux répondre aux besoins spécifiques de groupes d'adolescents variés. Des interventions individuelles, de groupe et familiales ont été expérimentées à l'intérieur de nos centres de services externes, d'autres furent réalisées en milieu scolaire, en centre de formation pour « raccrocheurs », en famille d'accueil ou en centre de réadaptation. Différents types de services de réadaptation avec hébergement ont fait l'objet d'expérimentations dans la région. Les services ont été adaptés pour mieux répondre à des motifs de consultation variés (alternative à l'expulsion scolaire, à la judiciarisation, etc.). Un large réseau de collaborateurs s'est développé et consolidé au fil des années tant au niveau du réseau de la santé et des services sociaux, qu'auprès du réseau scolaire, de la sécurité publique et du milieu communautaire. De nouveaux outils (Dep-Ado, IGT-Ado), adaptés à la réalité des adolescents québécois consommateurs de psychotropes ont été développés et diffusés au cours des dernières années et nous ont permis de mieux connaître la nature et la gravité des difficultés propres à notre clientèle. L'utilisation de ces outils a largement contribué au développement d'un arrimage et d'une concertation plus cohérente entre les différents réseaux impliqués auprès des adolescents surconsommateurs de psychotropes dans la région. Finalement, la fin des années '90 a été marquée par la publication de plusieurs ouvrages importants dans le domaine de la réadaptation en alcoolisme et toxicomanie auprès des adolescents (Santé Canada, SAMSHA, CPLT, etc.). Plusieurs d'entre eux ont porté sur l'état des connaissances en regard des meilleures pratiques pour mieux répondre aux besoins spécifiques des adolescents et de leur entourage en matière de prévention des toxicomanies et de réadaptation.

Bien que nous ayons réalisé une première évaluation d'implantation du programme jeunesse à Domrémy MCQ en 1993, l'évolution importante qu'a connu notre réseau de partenaires, notre compréhension de la problématique, notre connaissance des meilleures pratiques et nos façons de faire auprès des adolescents et de leurs parents nous a incité à entreprendre la présente démarche d'évaluation et d'amélioration de notre programme jeunesse. À échéance, cette démarche aura mis à contribution le point de vue des intervenants qui oeuvrent auprès des adolescents et des parents, les partenaires de notre établissement, les usagers du programme (adolescents et parents) et la documentation scientifique récente sur les meilleures pratiques dans le domaine.

Dans le cadre du présent rapport, nous énumérons dans un premier temps les différents constats découlant de l'évaluation du programme jeunesse qui ont fait l'objet des cinq premiers rapports :

- Rapport # 1 Consultation auprès des intervenants du programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.
- Rapport # 2 Consultation par questionnaire sondage des adolescents et parents en traitement au programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.
- Rapport # 3 Consultation auprès d'adolescents et de parents ayant reçu des services du programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.
- Rapport # 4 Une analyse exploratoire de l'utilisation des services de réadaptation par des adolescents présentant un problème de consommation, selon la gravité de leur toxicomanie et leur motivation au changement.
- Rapport # 5 Évaluation de la satisfaction des partenaires du programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec : Hiver-Printemps 2002.

Par la suite, nous vous présentons une recension des écrits portant sur le traitement de l'abus de substance chez les adolescents. Finalement, des recommandations qui tiennent compte à la fois des meilleures pratiques et de la réalité des acteurs impliqués en Mauricie / Centre-du-Québec seront formulées en vue d'améliorer l'efficacité de nos services. Le présent rapport synthèse constituera donc une base de discussion avec la direction et les intervenants de Domrémy en vue d'améliorer les services du programme jeunesse/famille. Une étude évaluative portant sur l'efficacité de ce nouveau programme de traitement sera menée au cours des deux prochaines années.

2 - L'évaluation du programme jeunesse de Domrémy MCQ

Pour améliorer nos pratiques en fonction non seulement de la littérature mais des besoins spécifiques des différents acteurs impliqués, nous avons procédé à une évaluation centrée sur six grands axes différents :

- 1) La fréquentation des services au cours des dix premières années d'existence du programme;
- 2) Le profil de la clientèle du programme jeunesse inscrits dans les services de Domrémy MCQ entre décembre 2000 et février 2002 ;
- 3) L'évaluation des attentes et du niveau de satisfaction des adolescents en traitement, selon un questionnaire sondage et des rencontres de type « focus group »;
- 4) L'évaluation des attentes et du niveau de satisfaction des parents des adolescents en traitement, selon un questionnaire sondage et des rencontres de type « focus group »;

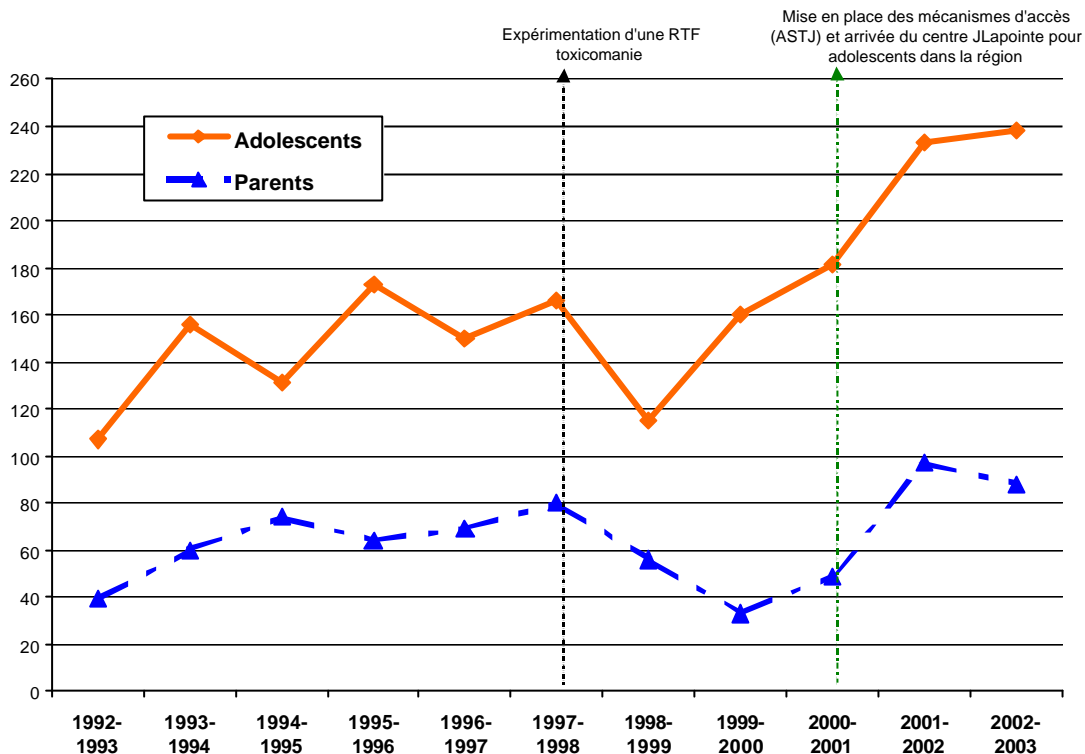
- 5) L'évaluation de l'opinion des intervenants vis-à-vis leurs besoins, les forces du programme jeunesse et les améliorations susceptibles d'en améliorer l'efficacité, via des rencontres de type « focus group »;
- 6) L'évaluation des attentes et du niveau de satisfaction des partenaires du programme jeunesse (CLSC, milieu scolaire, partenaires des Centres Jeunesse, milieu communautaire, etc.), selon un questionnaire sondage.

2.1 La fréquentation des services au cours des dix premières années d'existence du programme

Le centre de réadaptation Domrémy MCQ a implanté son programme jeunesse en 1992, suite aux premiers investissements du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le domaine, en réponse aux recommandations du rapport Bertrand. Depuis cette date, nous avons entrepris plus de 1800 épisodes de traitement auprès d'adolescents de la région et plus de 700 suivis auprès de parents d'adolescents surconsommateurs de psychotropes.

La figure 1 à la page suivante trace, pour l'ensemble de ses centres de services externes, l'évolution des inscriptions des adolescents et des parents au programme entre le 1^{er} avril 1992 et le 31 mars 2003. Nous observons que le nombre d'inscriptions annuelles d'adolescents et de parents a doublé au cours de ces onze années. L'écart entre le nombre d'adolescents et de parents s'est maintenu tout au long de cette décennie. Nous observons toujours deux fois plus d'adolescents que de parents dans les services alors que nous aurions pu espérer l'inverse. Les cinq premières années ont été marquées par une faible progression instable des inscriptions. L'année 1997-1998 marque à la fois l'échec d'une tentative de mise sur pied d'une ressource d'hébergement régionale de type familial pour mieux répondre aux besoins d'encadrement de certains adolescents et le début d'une régression des inscriptions au programme. Ensuite, l'année 2000-2001 marque à la fois la mise sur pieds de mécanismes concertés d'évaluation et d'orientation des adolescents surconsommateurs de psychotropes de la région vers le niveau de services requis par leur état, l'ouverture dans la région d'un centre Jean-Lapointe pour adolescents en concertation avec Domrémy MCQ, les Centres jeunesse et la Régie régionale de la santé et des services sociaux et finalement une reprise de la progression des inscriptions d'adolescents et de parents dans les services de Domrémy MCQ.

Figure 1 - Inscriptions des adolescents et parents en cours d'année à Domrémy MCQ



À la lumière des connaissances historiques que nous avons de l'évolution de la demande de services dans la région, nous interprétons la baisse des inscriptions en 98-99 comme étant associée à l'expérimentation de services de réadaptation avec hébergement perçus comme étant non adaptés aux besoins des adolescents de la région et à l'importance d'offrir une gamme de services complète, pouvant répondre aux différents niveaux d'encadrement requis. La mise en place et la promotion en 2001 d'un mécanisme centralisé et concerté d'évaluation et d'orientation des adolescents de la région vers le niveau de services requis (L'Accès aux Services en Toxicomanie Jeunesse) et l'ouverture dans la région d'un centre de réadaptation avec hébergement pouvant répondre à des besoins d'encadrement plus importants a permis de notre point de vue de relancer la progression des inscriptions au programme de Domrémy MCQ. Finalement, nous constatons que l'ajout de cinq centres de services externes supplémentaires en 1997 (4) et 2000 (1) a eu peu d'impact à court terme sur la progression des inscriptions au programme jeunesse.

Figure 2 - Nombre d'inscriptions d'adolescents par année dans les centres de services externes

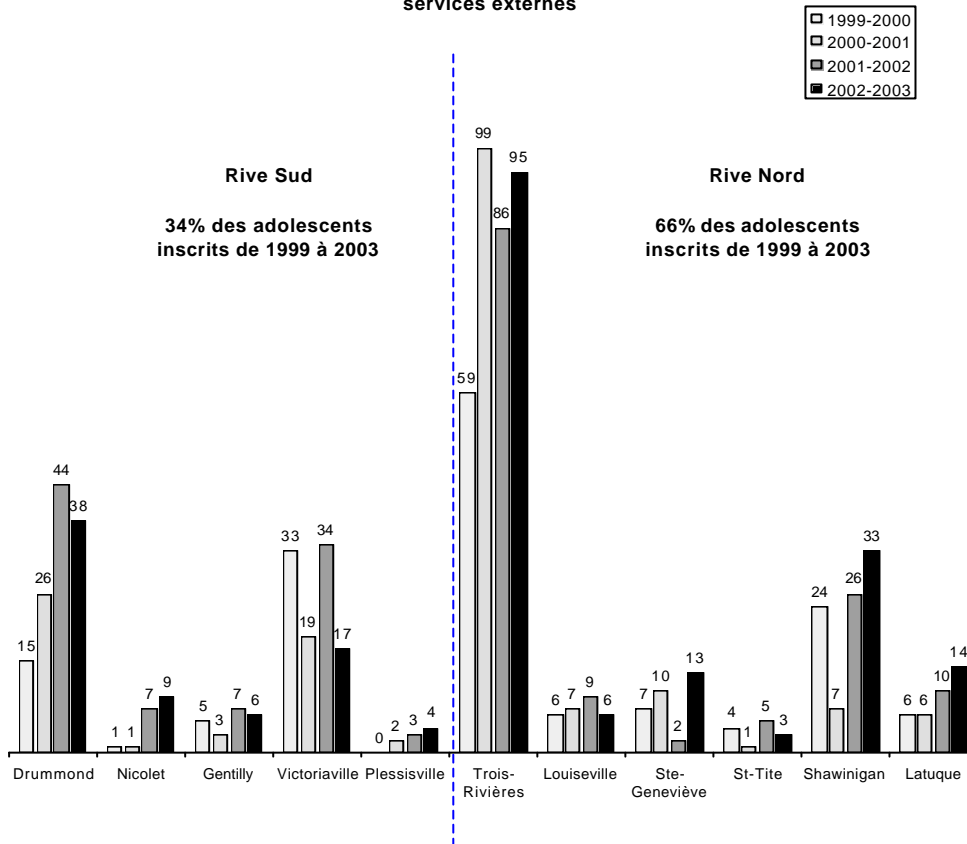
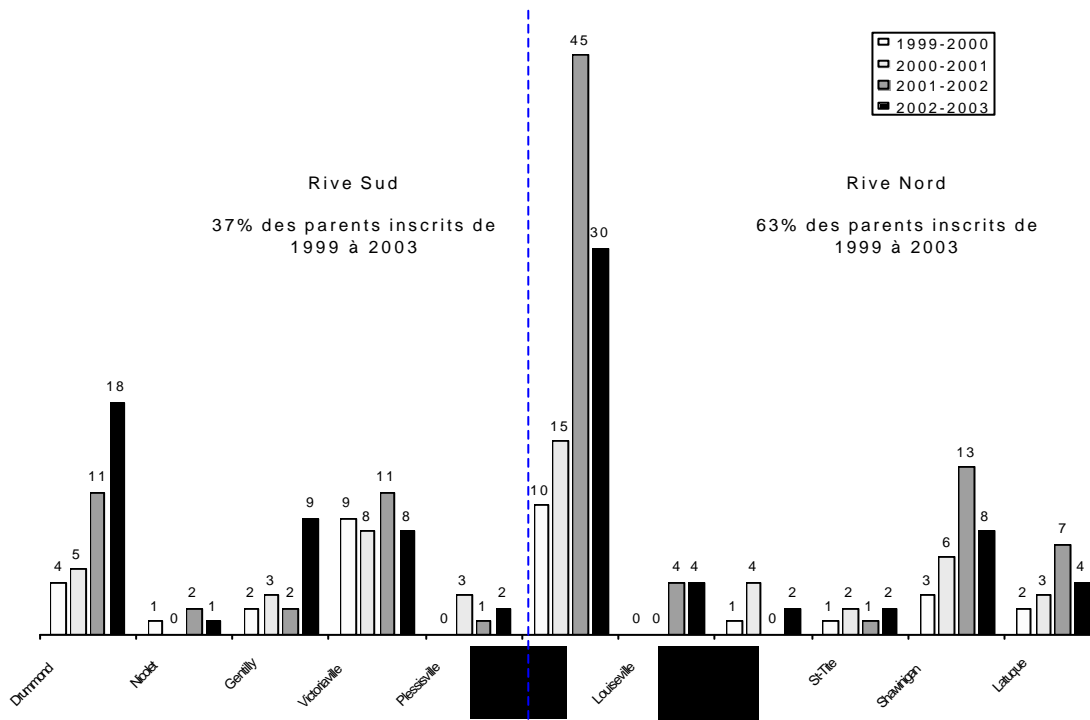


Figure 3 - Nombre d'inscriptions de parents par année dans les centres de services externes



Les figures 2 et 3 à la page précédente présentent le nombre d'inscriptions d'adolescents (figure 2) et de parents (figure 3) par année dans les centres de services externes, pour les quatre dernières années. Nous observons pour plusieurs sites une tendance à la progression des inscriptions des adolescents et des parents. Les centres de services externes situés dans les plus petites localités rejoignent peu les adolescents et les parents. Le nombre d'inscriptions annuelles dans ces sites demeure marginal. Finalement, nous constatons que le taux de pénétration du programme jeunesse est plus faible sur la rive sud que sur la rive nord. Alors qu'on retrouve 46% de la population sur la rive sud, nous y retrouvons seulement 34% des adolescents et 37% des parents inscrits dans l'ensemble de nos services au cours des années 1999 à 2003. À noter qu'en 2003, 43% des parents dans nos services ont consulté sur la rive sud.

Bien qu'il soit difficile d'établir avec précision le taux de pénétration exacte de notre programme de réadaptation auprès des adolescents présentant des problèmes de consommation et de leurs parents dans la région Mauricie/Centre-du-Québec, nous l'estimons à environ 11% pour les adolescents et à 2% pour les parents. Ces estimations sont obtenues en extrapolant pour notre région le nombre d'adolescents qui présentent une consommation problématique, en fonction des résultats de l'étude de Guyon & Desjardins (2002) réalisée auprès de 4771 élèves du secondaire répartis dans plusieurs régions du Québec. Bien entendu, nous pouvons considérer que notre estimation est surévaluée puisqu'elle repose sur des données provinciales d'adolescents fréquentant le milieu scolaire et que de nombreux adolescents présentant un problème de consommation n'ont pas une présence stable en classe.

2.2 - Le profil de la clientèle du programme jeunesse de Domrémy MCQ

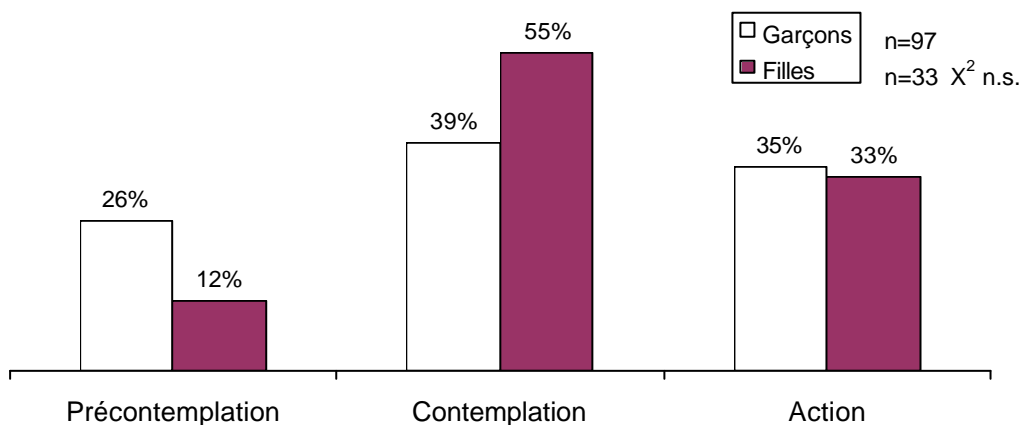
En vue d'offrir des services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et de leurs parents qui se présentent en traitement à Domrémy MCQ, il est essentiel de dresser le profil de cette clientèle (voir Ménard, J.M., Plourde, C., Perreault, M. & Mercier, C., 2002). Pour ce faire, des données ont été recueillies auprès des 190 adolescents (137 garçons et 53 filles) qui ont complété une évaluation à l'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-ADO)* (Landry, Guyon, Bergeron & Provost, 2002) à leur inscription dans les services entre décembre 2000 et février 2002. Les adolescents en traitement à Domrémy MCQ présentent de multiples problématiques associées à leurs problèmes de consommation, abusent principalement du

cannabis et son ambivalents face au changement. Les filles en traitement, bien que moins nombreuses, rapportent en plus grand nombre des problèmes familiaux et psychologiques.

2.2.1 - Psychotropes consommés, motifs de consommation et stades de changement

Ainsi, une proportion significative des adolescents admis à Domrémy MCQ ont consommé de façon régulière (une fois par semaine ou plus) les psychotropes suivants : cannabis (93%), alcool (43%), hallucinogènes (23%) et cocaïne (14%). Le cannabis constitue le plus souvent le psychotrope problématique tant du point de vue de l'adolescent (55%) que de l'intervenant (60%). Pour les adolescents qui présentent une polytoxicomanie (8% à 10%), la consommation de cannabis en fait toujours partie. Ainsi, selon le point de vue de l'intervenant, 91% des jeunes présentent une consommation problématique de cannabis. Seulement 4% des adolescents présentent des problèmes d'alcool uniquement. Beaucoup plus de filles que de garçons rapportent consommer pour oublier leurs problèmes (35 vs 13%) alors que les garçons consomment davantage pour le plaisir (55% vs 31%). Au plan de la motivation, telle que mesurée par le Questionnaire sur la motivation - alcool ou drogue (traduction par J. Tremblay (1999) du RCQ de Rollnick et al. (1993)), la majorité des adolescents se trouvent à l'étape de la contemplation caractérisée par une ambivalence marquée face au changement (voir la figure 4).

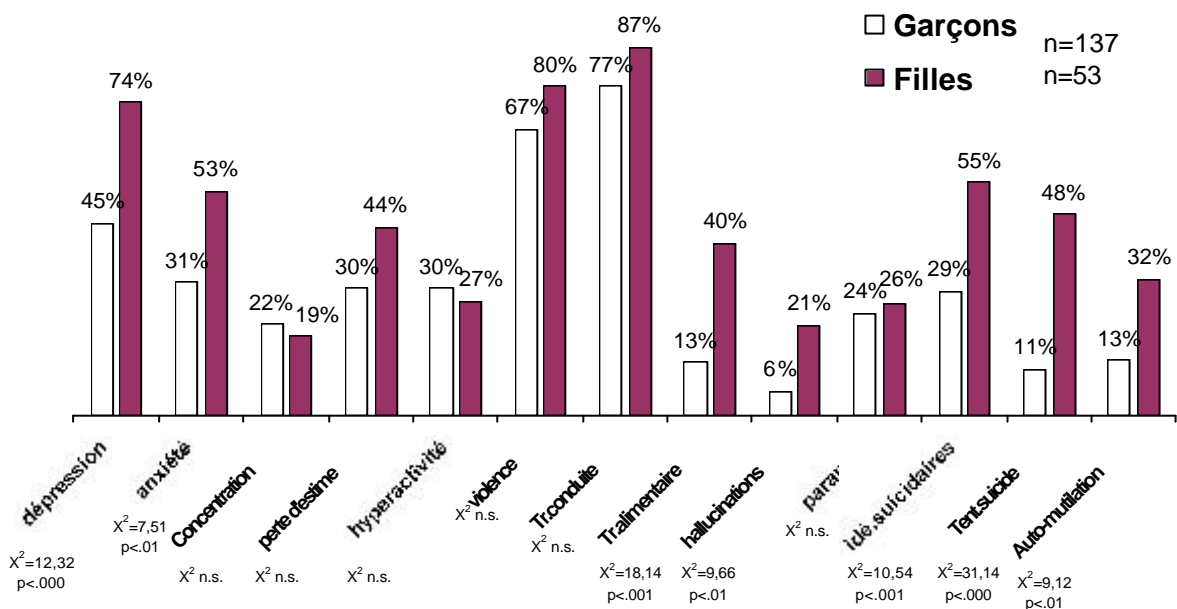
Figure 4- Répartition des adolescents en fonction de leur motivation initiale à modifier leur consommation selon le sexe



2.2.2 - Problèmes associés : difficultés familiales, psychologiques et légales

La majorité des jeunes, soit 87%, disent avoir déjà éprouvé des difficultés au plan scolaire : suspension ou expulsion de l'école (81%); problèmes d'apprentissage (39% des garçons vs 52% des filles); problèmes de comportement (69% des garçons vs 67% des filles), problèmes avec l'autorité (60% des garçons vs 63% des filles), problèmes de consommation à l'école (62% des garçons vs 85% des filles, $p < 0.01$) et problèmes de motivation (55% des garçons vs. 76% des filles, $p < 0.05$).

Figure 5 - Répartition des adolescents en fonction des symptômes psychologiques présentés au cours de leur vie selon le sexe



La très grande majorité des adolescents en traitement à Domrémy MCQ éprouvent des difficultés psychologiques et familiales, ces difficultés étant encore plus marquées chez les filles (voir figures 5 ci-dessus et 6 à la page suivante). Au plan familial, plus de la moitié des adolescents rapportent vivre des difficultés liées aux règles de vie et à la communication ainsi que des conflits familiaux. Davantage de filles rapportent vivre des problèmes de communication (77% vs 54%), des conflits familiaux (87% vs. 63%), du rejet (23% vs. 10%), de la violence (33% vs. 16%) et des problèmes monétaires (37% vs. 19%). Au plan des symptômes psychologiques, elles rapportent davantage de symptômes de dépression (74% vs 45%), d'anxiété (53% vs.31%) et de trouble alimentaire (40% vs.13%). De plus, un plus grand nombre d'entre elles disent avoir eu

des idées suicidaires (55% vs 29%), avoir tenté de se suicider (48% vs 11%) et avoir eu des comportements d’auto-mutilation (31% vs 13%). Les problèmes de violence et les troubles de conduite caractérisent la grande majorité de l’échantillon.

Figure 6 - Répartition des adolescents en fonction des difficultés familiales actuelles rencontrées selon le sexe

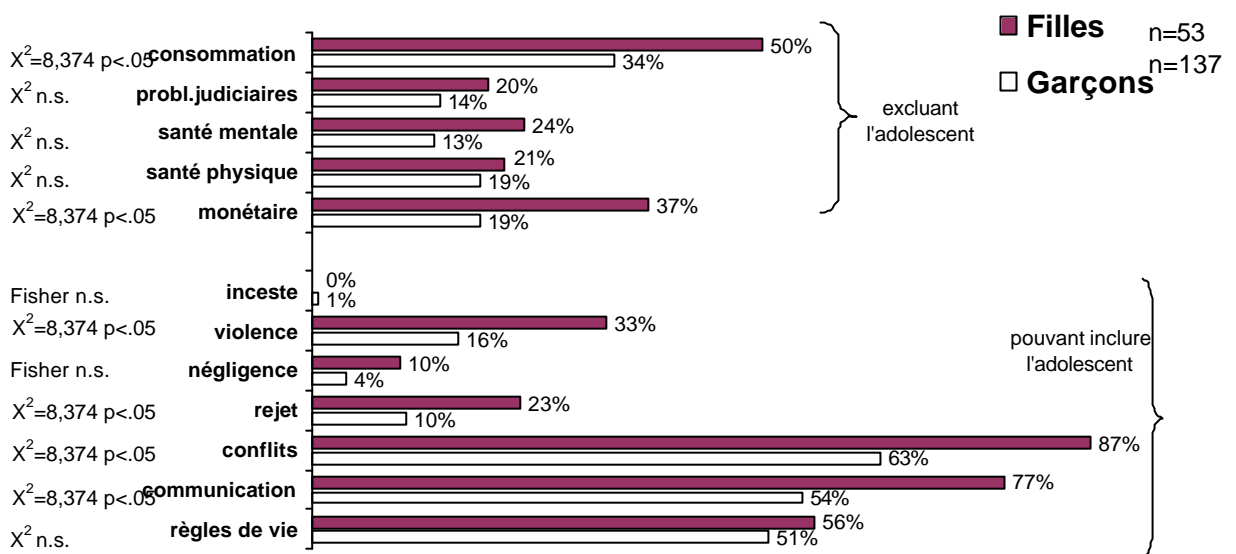
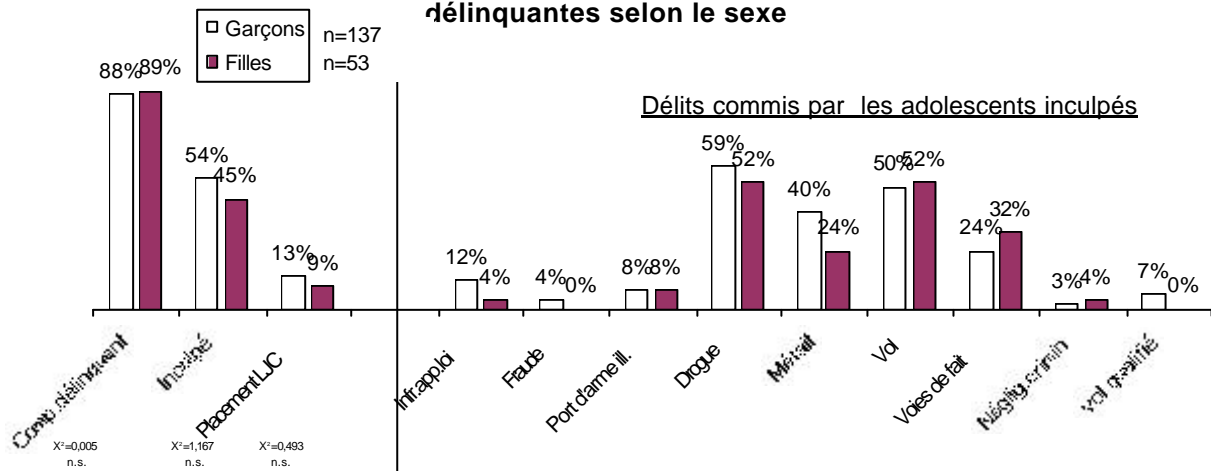


Figure 7 - Répartition des adolescents en fonction des conduites délinquantes selon le sexe



La délinquance constitue une problématique présente chez la très grande majorité des adolescents, tant chez les garçons que les filles (voir figure 7 à la page précédente). Près de 90% d'entre eux ont déjà commis un délit et près de la moitié ont été inculpés. Les filles ont davantage fait l'objet d'un signalement que les garçons (66% vs 37%), les motifs de signalement étant largement attribuables à des troubles de comportement, tant pour les filles (60% des signalements) que pour les garçons (66% des signalements). La négligence, l'abus physique et l'abus sexuel sont rarement les motifs de signalement (de 0% à 3%), ce qui contraste avec la prévalence élevée d'abus rapportés par les adolescents en traitement. En effet, 45% des filles et 24% des gars rapportent avoir vécu de l'abus physique alors que 28% des filles et 6% des garçons rapportent avoir été abusés sexuellement. Pour ce qui est des abus verbaux, 64% des filles et 42% des gars affirment en avoir été victimes.

Quant à la gravité des problèmes mesurés par l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT), les filles présentent une gravité plus importante sur l'ensemble des échelles, sauf les échelles « occupation/scolaire » et « social/judiciaire ». Ainsi, elles présentent des problèmes plus graves sur les échelles suivantes : alcool, drogues, santé physique, psychologique, interpersonnelle et familiale. Quant aux besoins d'aide exprimés, on constate de façon générale que c'est avant tout face à la consommation de drogues que ceux-ci se manifestent.

2.2.3 Type et durée des services reçus

Les banques de données « Système d'information clientèle en alcoolisme et toxicomanie » (SICAT) et "Accès aux services en toxicomanie jeunesse" (ASTJ) ont permis de mesurer l'exposition au traitement. Le suivi individuel demeure la modalité de traitement la plus utilisée au niveau des services ambulatoires (98% des adolescents). Onze pour cent des adolescents ont participé à des activités de groupe, 9% à des entrevues familiales et 15% des parents ont entrepris un suivi psycho-éducatif axé sur le développement des compétences parentales. Dix-neuf pour cent des adolescents ont été orientés en cure fermée, dont davantage de filles (33% vs 14%), ce qui peut s'expliquer par la gravité plus importante de leurs problèmes. Le temps moyen d'exposition au traitement ambulatoire est de 8,09 heures pour les filles et 5,24 heures pour les garçons.

2.2.4 Le profil de la clientèle jeunesse de Domrémy : implications cliniques

Le profil de la clientèle jeunesse à Domrémy MCQ met en relief différentes préoccupations cliniques. D'abord, la forte prévalence de problèmes associés met en lumière l'importance d'une évaluation globale des besoins et des difficultés de cette clientèle et la pertinence du travail en partenariat avec différents collaborateurs. Aussi, on constate que malgré l'importance des difficultés familiales rapportées par les adolescents, les services de Domrémy MCQ rejoignent peu les parents. Il s'agit donc non seulement de fournir aux parents des services qui répondent à leurs besoins, mais aussi de mettre en place des mécanismes qui permettent de mieux les rejoindre. En outre, le profil des garçons et des filles diffèrent au plan des motifs de consommation et de la sévérité des problèmes associés, ce qui suggère qu'une attention particulière devrait être apportée aux besoins spécifiques de chacun. Le développement d'habiletés reliées à la gestion des risques, du plaisir et de la détresse psychologiques devraient faire partie de la programmation. Enfin, la courte durée d'exposition au traitement incite à la fois à cibler des interventions brèves ayant été montrées efficaces en plus de privilégier l'ajout de stratégies permettant d'augmenter l'engagement de la famille et la rétention en traitement de l'adolescent et de ses proches.

2.3 - La satisfaction des adolescents en traitement à Domrémy MCQ et de leurs parents

La perception subjective des adolescents et de leurs parents face aux services qu'ils ont reçus à Domrémy MCQ a été mesurée via deux moyens : 1) un questionnaire sondage portant sur leur niveau de satisfaction global et vis-à-vis des composantes spécifiques du programme; 2) des rencontres de type «focus group » auprès d'un échantillon d'adolescents et d'un échantillon de parents plus restreint, permettant d'explorer plus en profondeur leurs points de vue via l'analyse de contenu du matériel qualitatif recueilli.

2.3.1 - Sondage réalisé auprès des adolescents et de leurs parents

La consultation par questionnaire sondage auprès de 94 adolescents et de 36 parents inscrits dans les services de Domrémy MCQ, portant sur leur satisfaction à l'égard des services reçus, a permis de faire les six principaux constats suivant (voir Ménard, J.M. & Plourde, C., 2003 ; Plourde, C., Ménard, J.M., Perreault, M., Mercier, C., Lecours, M., 2002)

1. Au niveau des psychotropes, la majorité des adolescents visent un contrôle de leur consommation alors qu'une plus faible proportion envisage l'abstinence.

2. Les parents, quant à eux, visent trois grandes catégories d'objectifs : améliorer leur relation avec leur enfant et/ou développer leurs habiletés personnelles et parentales et/ou changer les comportements de leur enfant.
3. Les adolescents comme les parents, malgré des objectifs différents, ont le sentiment d'avoir progressé de façon plus ou moins importante dans l'atteinte de leur objectif. Ils attribuent en partie leur progression à leur consultation à Domrémy MCQ et ont le sentiment que Domrémy MCQ a répondu à une partie de leurs besoins. Ils considèrent dans une proportion importante que leur démarche les a beaucoup aidés dans leur vie en général.
4. Globalement, la satisfaction des adolescents et des parents à l'égard des services reçus est relativement élevée. Peu de différences entre la perception des parents et celle des adolescents ont été observées.
5. Les analyses de contenu ont révélé que la qualité de la relation entre les intervenants et les usagers, les caractéristiques des intervenants en terme d'attitudes et de comportements, la forme d'aide reçue et la confidentialité sont parmi les éléments les plus appréciés.
6. La transmission d'informations sur leur progression en traitement et sur le sens de leurs difficultés personnelles, représentent des pistes d'amélioration importantes aux yeux des adolescents et des parents. Malgré l'absence de suggestions formelles, plusieurs souhaitent des améliorations concernant le contenu, la structure et la forme des rencontres.

2.3.2 - Rencontres de type « focus group » auprès des adolescents

Les rencontres de type «focus group » (voir Plourde, C., Ménard, J.M. & Lecours, M. 2002) réalisées auprès de 15 adolescents en traitement provenant de 4 points de services (Trois-Rivières, Victoriaville, Drummondville et Shawinigan) ont également permis de dégager certains constats :

1. Les adolescents sont référés la plupart du temps par des intervenants sociaux (EPT, travailleur social, juge) et seulement un peu plus du quart d'entre eux connaissaient les services de Domrémy MCQ avant leur admission.
2. À l'admission, les adolescents reconnaissent l'importance de l'accueil réservé par l'intervenant. Ils ne font pas spontanément confiance, ils accordent une importance particulière à la confidentialité, de même qu'aux compétences des intervenants.
3. L'imposition du traitement constitue un facteur qui restreint leur ouverture en début de traitement.
4. On rapporte peu d'obstacles à l'intégration dans les services auxquels ils estiment avoir eu accès rapidement.

5. En ce qui concerne l'IGT, l'opinion des adolescents est partagée. Certains le trouvent trop long, inutile, alors que d'autres considèrent que cette évaluation leur a permis de faire le point ou de les motiver à poursuivre leur démarche. On s'entend cependant pour dire que sa passation arrive trop tôt dans le processus et qu'il faut qu'une relation de confiance soit établie précédemment avec l'intervenant pour se confier à lui. Certains ont l'impression d'avoir tout dit lors de la première rencontre.
6. Parmi les éléments les ayant le plus aidés, les adolescents rapportent l'écoute reçue, les encouragements et l'approche de réduction des méfaits (ne pas être obligé de cesser toute consommation). Le respect entre les membres du groupe s'avère aussi être un élément important.
7. Les adolescents qui participaient à un groupe de thérapie lors des groupes de discussions suggèrent l'inclusion de sorties dans le cadre de leur traitement (visites, activités) afin de développer des alternatives à la consommation.
8. La majorité des participants ont observé des changements concernant leur consommation et tous ont noté une amélioration de leurs relations familiales.
9. Les jeunes croient en l'importance d'impliquer les parents.

2.3.3 - Rencontres de type « focus group » auprès des parents

Des rencontres de type « focus group » ont également été réalisées auprès des 15 parents d'adolescents en traitement ayant eux-mêmes bénéficié des services de Domrémy MCQ à Trois-Rivières, Victoriaville ou Drummondville (voir Ménard, J.M. & Plourde, C., 2003 ; Plourde, C., Ménard, J.M., Perreault, M., Mercier, C., Lecours, M., 2002). Les neuf constats suivants résument ces rencontres :

1. Les parents sont généralement référés par les différents organismes de leur territoire : CLSC, école, organismes communautaires oeuvrant dans le champ de la toxicomanie.
2. Les parents considèrent avoir reçu un bon accueil alors qu'ils étaient dans un état de vulnérabilité.
3. Les qualités suivantes sont recherchées chez l'intervenant : empathique, humain, soutenant, rassurant (le savoir être).
4. Les participants sont unanimes quant au soulagement éprouvé à parler de la situation et à partager leur vécu avec d'autres parents.
5. Le fait que la rencontre initiale soit centrée sur eux comme parents surprend ces derniers au départ puisqu'ils reconnaissent venir chercher de l'aide pour leur enfant et non pour eux.

6. Plusieurs sont d'avis que leur changement de comportement modifie les comportements de leurs enfants. En général, leur relation s'est améliorée. Ils dialoguent et échangent plus et de façon moins réactive.
7. Le groupe est une forme d'intervention que les parents apprécient. Ils estiment que la « force » du groupe les a beaucoup aidés. Le vécu des autres, le partage des expériences, les réflexions des autres parents et les questions de l'intervenant les aident beaucoup.
8. Si la majorité des parents estiment importante leur participation dans le processus de traitement de l'adolescent, les avis sont partagés en ce qui concerne la participation à des rencontres familiales. La crainte de voir se détériorer une relation déjà bien fragile semble se situer en amont. Les conditions de réussite suivantes sont évoquées par les participants :
 - la façon dont les rencontres familiales sont présentées aux jeunes;
 - le fait de ne pas avoir comme objectif que le jeune arrête de consommer. Dans ce cas, il refuserait de participer;
 - les rencontres devraient être bien « encadrées »;
 - la capacité de l'intervenant à « aller chercher » le jeune.
9. On rapporte le besoin de recevoir de l'information juste sur les différentes substances psychoactives.

2.3.4 - Le point de vue des parents et des adolescents : les convergences

Comme on pouvait s'y attendre étant donné leurs besoins distincts, les attentes et les objectifs des parents et des adolescents diffèrent. Néanmoins, plusieurs convergences émergent de l'analyse de leurs points de vue respectifs. D'abord, tant pour les parents que pour les adolescents, l'accueil, les qualités humaines et l'empathie des intervenants ont été à la fois appréciés en plus d'être considérés importants pour le succès de leur démarche. Des résultats similaires ont été trouvés lors de l'évaluation de la satisfaction des usagers adultes du service d'aide aux collatéraux et du programme pour l'alcoolisme et la toxicomanie et du programme pour le jeu excessif de Domrémy MCQ (voir Rocheleau & Bertrand, 2004). Ainsi, l'établissement d'un lien de confiance avec les intervenants de Domrémy MCQ s'avère particulièrement important pour pouvoir bénéficier des services offerts. En effet, les parents et les adolescents du programme jeunesse de Domrémy se trouvent dans un état de vulnérabilité lors de leur demande d'aide auquel s'ajoute, particulièrement pour les jeunes, une méfiance significative. L'alliance thérapeutique est reconnue comme étant le plus important facteur commun expliquant le changement thérapeutique chez des gens souffrant de problèmes très variés et bénéficiant d'approches thérapeutiques différentes (Lecomte & Catonguay, 1987).

Les rencontres de groupe constituent un autre aspect qui a été apprécié tant par les parents que les adolescents de Domrémy. Les parents ont particulièrement apprécié le soutien entre eux tandis que les jeunes ont mentionné que la création de nouvelles relations amicales pourrait être encore davantage bénéfique si des activités ludiques alternatives à la consommation étaient organisées et davantage encouragées. Bref, les rencontres de groupes sont appréciées puisque celles-ci permettent de combler le besoin de mutualité et d'entraide des participants. Dans le cas des adolescents, ils peuvent se faire des amis qui ont l'objectif commun d'avoir du plaisir sans le recours aux psychotropes. Le risque d'être entraîné dans la rechute par un pair représente par contre un défi qui peut être directement abordé dans ces rencontres de groupe.

Enfin, les adolescents et les parents ont reconnu l'importance de l'implication de la famille dans le traitement du jeune. Ainsi, dans l'ensemble, ils considèrent que leur fonctionnement familial a été amélioré par les services reçus à Domrémy MCQ et ils prennent conscience de la réciprocité de ce lien, soit que l'implication de la famille peut faciliter le succès de la thérapie de l'adolescent en regard des ses problèmes d'alcool et de drogues. Les inquiétudes des parents face aux rencontres familiales appuient l'importance d'utiliser cette modalité d'intervention dans un contexte où les intervenants sont bien formés pour encadrer les échanges et rassurer chacun des membres de la famille.

Bien que le niveau de satisfaction des parents et des adolescents face aux services de Domrémy soit très élevé, une piste d'amélioration importante découle de ces résultats. En effet, tant les parents que les adolescents souhaiteraient être davantage informés au sujet de leurs difficultés personnelles et de leurs progrès en traitement. L'enquête sur la satisfaction des usagers adultes du service d'aide aux collatéraux et des programmes pour le jeu excessif ainsi que pour l'alcoolisme et la toxicomanie en arrive également à cette même conclusion (voir Rocheleau & Bertrand, 2004). Il semble donc que, comme pour les autres programmes de Domrémy MCQ, le programme jeunesse gagnerait à se doter d'un cadre mieux défini pour améliorer les rétroactions transmises à l'utilisateur suite à son évaluation et au cours de son cheminement, et ce, en lien étroit avec ses objectifs personnels de changement.

Enfin, quelques enjeux spécifiques soit aux adolescents ou soit aux parents ont été mis en lumière. Les adolescents confirment leur résistance initiale, notamment étant donné l'imposition du traitement. La qualité de la relation avec l'intervenant et la liberté de choisir ses objectifs personnels de changement, caractéristiques sur lesquelles l'approche motivationnelle et l'approche de réduction des méfaits mettent l'accent, constituent des éléments qui ont facilité l'engagement graduel du jeune dans son traitement. Quant aux parents, les résultats montrent qu'ils souhaiteraient être davantage informés sur les différents psychotropes. Les parents vivent beaucoup d'inquiétudes face aux problèmes de leur enfant et leur donner cette information constitue un moyen de les rassurer qui semble avoir manqué par le passé.

2.4 - La perception des intervenants au programme jeunesse de Domrémy MCQ

Les intervenants du programme jeunesse de Domrémy MCQ (n=13) ont été consultés en vue de connaître leurs besoins et leur opinion sur le programme jeunesse de Domrémy MCQ (voie Plourde, C., Ménard, J.M. & Marsh, A., 2002). Les constats suivants résultent de ces rencontres :

1. Le travail auprès des adolescents et des parents requiert une expertise en intervention systémique. L'alliance thérapeutique et la motivation au changement sont considérées comme des cibles d'intervention prioritaires. Pour les atteindre, les intervenants doivent faire preuve de souplesse et adopter une approche à large spectre, en abordant les problèmes connexes à la surconsommation de psychotropes.
2. Parmi les forces du programme actuel, on souligne la rigueur des outils utilisés, l'intervention de groupe auprès des parents et les efforts déployés par les intervenants pour s'adapter à la réalité des adolescents, en concertation avec les partenaires de Domrémy MCQ.
3. Le programme jeunesse de Domrémy MCQ souffre de l'absence d'un cadre d'intervention clairement défini, à jour, qui viendrait soutenir la cohésion des interventions auprès des jeunes et des parents, en concertation avec les partenaires impliqués. On observe depuis 10 ans un développement hétérogène des pratiques dans les différents centres de services, sans vision commune de la problématique, des objectifs poursuivis, des stratégies et modalités d'intervention à utiliser, selon des priorités clairement énoncées.
4. Quant à la clientèle recrutée, le suivi individuel des adolescents est souvent très court et prend fin suite à un abandon de la démarche. Ainsi, on consacre souvent plus de temps au processus d'accueil et d'évaluation qu'au suivi comme tel, processus qui est parfois difficilement conciliable avec l'établissement d'un lien thérapeutique.
5. On reconnaît l'importance de l'implication des parents dans le processus de changement des adolescents, mais on offre pas de services familiaux intégrés. On constate que l'engagement

des parents dans la démarche est difficile à obtenir. De plus, leur implication est parfois perçue par certains comme un surplus de travail.

6. L'étalement des centres de services sur le territoire exige une grande polyvalence de la part des intervenants qui rend difficile le développement d'une expertise requise par la nature des problèmes présentés par les adolescents et leurs parents. Cet étalement territorial associé à la complexité des interventions requises par cette clientèle spécifique teinte d'une façon particulière le sentiment d'isolement rapporté par les intervenants.
7. Dans le programme de formation offert par Domrémy MCQ, on note l'insuffisance de formation au niveau de la clientèle du programme jeunesse. On se sent peu outillé à intervenir auprès de celle-ci.
8. Malgré une augmentation de la clientèle au cours des dix dernières années, on souligne un taux de pénétration très faible auprès des adolescents surconsommateurs et leurs parents, dans plusieurs centres de services. On a le sentiment que les services sont peu connus et rejoignent moins bien les plus démunis. Le manque d'effectif, le manque d'objectifs de recrutement et le manque de planification au niveau du partage des ressources disponibles à consacrer aux différents programmes à Domrémy MCQ expliquent cette situation.
9. Finalement, la concertation avec les partenaires n'est pas toujours facile. Les objectifs poursuivis par les différents acteurs impliqués auprès des adolescents surconsommateurs (parents, centres jeunesse, écoles, etc.) sont souvent difficiles à concilier et les références d'adolescents dans d'autres services signifie dans la très grande majorité des cas une rupture définitive avec les services de Domrémy (taux de retour de 15%).

2.5 - La satisfaction des partenaires du programmes jeunesse de Domrémy MCQ

La consultation par questionnaires sur la satisfaction des partenaires concernant le programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre du Québec (voir Ménard, J.M., Bertrand, K. & Plourde, C., 2003) nous a permis de faire les six principaux constats suivants :

1. L'ensemble des demandes de services des adolescents nous sont principalement référées par les Centres Jeunesse (31%) et les milieux scolaires (30%) alors que celles des parents nous parviennent sans source de référence dans 28% des cas ou par les CLSC dans 23% des situations.
2. Parmi les partenaires consultés, 43% se disent globalement «très satisfaits » des services jeunesse de Domrémy MCQ.
3. Selon les analyses de contenu, les aspects du programme jeunesse de Domrémy que les partenaires apprécient le plus sont : 1) l'accessibilité des services; 2) les compétences des intervenants; 3) la rapidité; 4) les caractéristiques des intervenants; 5) la collaboration; 6) l'approche auprès des jeunes; 7) l'ouverture et l'adaptation des intervenants aux demandes et besoins; 8) les caractéristiques des services; 9) la visibilité des services.
4. Les analyses de contenu permettent d'identifier les aspects du programme jeunesse que les partenaires souhaiteraient voir s'améliorer : 1) la connaissance des services; 2) une

offre de services plus large; 3) la collaboration et le partenariat; 4) l'accessibilité des services; 5) l'augmentation du nombre et de l'intensité des interventions; 6) les services aux parents.

5. Parmi les partenaires qui ne connaissent pas d'intervenant à Domrémy MCQ et qui n'ont pas eu de contact direct avec un intervenant dans la dernière année, soit près de la moitié de ceux-ci, 79% jugent opportun qu'une relation entre eux et Domrémy MCQ s'établisse.
6. Bien qu'un peu plus de la moitié des partenaires connaissent la *Grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents et adolescentes* (DEP-ADO) et que près de la moitié de ceux-ci l'utilisent, près du trois quarts des partenaires éprouvent le besoin de mieux maîtriser le dépistage, l'intervention précoce et les références en ce domaine.

2.6 - Synthèse de l'évaluation du programme jeunesse de Domrémy MCQ : quels sont les consensus?

Globalement, l'ensemble du processus d'évaluation du programme jeunesse de Domrémy MCQ permet de dégager les six grands constats suivants :

- 1) **L'implication de la famille dans le traitement de l'adolescent est très importante.**
Les adolescents, les parents, les intervenants et les partenaires de Domrémy sont tous du même avis. De plus, les services aux parents répondent au besoin exprimé par les parents de recevoir du soutien et de l'information sur les problèmes que vivent leur jeune et sur les façons d'y réagir. En outre, l'analyse du profil de la clientèle permet de constater la forte prévalence problèmes familiaux chez les jeunes qui consultent à Domrémy. Étant donné les enjeux cliniques liés à l'implication de la famille dans le traitement (enjeux d'ailleurs mis en évidence par les inquiétudes des parents face aux rencontres familiales), les intervenants soulignent **leur besoin d'être formés à l'approche systémique.**
- 2) **L'alliance thérapeutique** et la **motivation** constituent des cibles prioritaires d'intervention. Cette opinion énoncée par les intervenants est appuyée par les résultats obtenus auprès des adolescents et des parents qui confirment l'importance qu'a pour eux la relation avec l'intervenant et l'obstacle que représente l'imposition du traitement. Notons que tant les adolescents, les parents que les partenaires apprécient les caractéristiques des intervenants.

- 3) Il est important de tenir compte des **problématiques associées** à la toxicomanie chez les adolescents en **collaboration avec les partenaires** de Domrémy. Les intervenants de Domrémy ainsi que les partenaires sont d'avis que le travail en partenariat et la collaboration entre eux et les différents organismes partenaires gagneraient à être améliorés. Cette piste d'amélioration s'avère d'autant plus pertinente que l'analyse du profil des adolescents usagers à Domrémy MCQ met en relief une forte prévalence de problèmes associés chez cette clientèle.
- 4) Il est important de **transmettre au client de l'information sur ses difficultés et sur ses progrès ou son cheminement**. Cet aspect constitue le principal élément que les parents et les adolescents souhaitent voir s'améliorer. En tenir compte permettra de faciliter des enjeux cliniques évalués prioritaires par les cliniciens, soit l'alliance thérapeutique et la motivation.
- 5) Il faut **mieux rejoindre les parents et les adolescents** susceptibles de bénéficier des services de Domrémy, ce qui implique de **mieux faire connaître les services jeunesse**. En effet, tant les intervenants que les partenaires estiment que les services jeunesse de Domrémy ne sont pas suffisamment connus. On note également que la majorité des adolescents et des parents ont été référés par des intervenants sociaux ou des organismes et que c'est la minorité d'entre eux qui connaissaient les services de Domrémy avant leur demande de services.
- 6) Il est nécessaire d'établir un **cadre d'intervention bien défini** pour le programme jeunesse qui soit commun à l'ensemble des points de service. Cette constatation est énoncée clairement par les intervenants de Domrémy. En outre, cette recommandation formulée par les intervenants permet de répondre au besoin des partenaires de mieux connaître les services de Domrémy MCQ. De plus, ce cadre d'intervention défini pourrait faciliter la mise en place d'un mécanisme efficace de transmission d'information aux usagers sur leurs difficultés et leurs progrès en cours de traitement, élément moins satisfaisant pour eux actuellement.

3-. Recension des écrits

Voyons maintenant les principaux constats découlant de la synthèse de la littérature sur les adolescents qui abusent de substances.

3.1 - Quelle est l'étendue du problème d'abus de substances chez les adolescents?

D'abord, pour bien comprendre le phénomène de l'abus de substance chez les adolescents, il est important d'en connaître l'étendue au sein de la population générale en plus de connaître les caractéristiques des adolescents qui se présentent en traitement pour leurs problèmes liés à leur consommation de psychotropes.

3.1.1. Enquêtes portant sur les adolescents de la population générale

Les enquêtes épidémiologiques américaines (Johnstone & coll., 2003; National Institute on Drug Abuse (NIDA), 1996, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 1998) et canadiennes (Bordeleau & Perron, 2003; Canadian Center on Substance Abuse (CCSA/CCLAT), 1996; Guyon & Desjardins, 2002) portant sur l'abus de substances chez les adolescents de la population générale indiquent que la prévalence de ce problème est en hausse depuis le début des années 90. À titre d'exemple, aux États-Unis, le pourcentage d'élèves de huitième année rapportant une consommation de drogues illicites a presque doublé, passant de 11,3% en 1991 à 21,4% en 1995 (NIDA, 1996). L'enquête réalisée en Outaouais auprès de jeunes francophones de 12 à 18 ans (868, 1698 et 1799 élèves pour 1985, 1991 et 1996) révèle que la proportion de consommateurs de 12 à 18 ans qui boivent en grande quantité (plus de 6 bières ou verres de fort) lors d'une même occasion a augmenté de façon constante de 1985 à 1996, passant de 21% à 38% (CCSA, 1996). Alors que le pourcentage de consommateurs de cannabis avait diminué de 22% à 10% entre 1985 et 1991, ce pourcentage a grimpé à 25% en 1996. On observe cette même tendance chez les consommateurs hebdomadaires de cannabis qui sont passés de 7% en 1985 à 3% en 1991, puis à 10% en 1996. Lorsqu'on observe la consommation de cannabis chez les 14-15 ans, la proportion d'entre eux qui en consomment à toutes les semaines est six fois plus élevée en 1996 qu'en 1991, passant de 2% à 12%.

Cette hausse de consommation est également constatée au Québec. L'enquête réalisée par Santé Québec en 1998 (Daveluy, Pica, Audet, Courtemanche & Lapointe, 2000) révèle que 41,9% des

jeunes de 15 à 24 ans rapportent une consommation d'alcool problématique (cinq consommations ou plus à au moins cinq occasions au cours des 12 derniers mois). Cette proportion était significativement plus faible lors de la dernière enquête réalisée en 1992 et 1993 (CPLT, 2001). Pour ce qui est de la consommation des drogues illicites, l'enquête de Santé Québec constate une augmentation chez les consommateurs de 15 à 17 ans entre 1992-1993 et 1998, leur proportion passant de 26,2% à 37,6%. Cette augmentation semble principalement due à l'augmentation de la consommation de cannabis (CPLT, 2001). L'enquête de Santé Québec réalisée en 1998 ne permet cependant pas de différencier les données portant sur les adolescents de celles se référant aux jeunes adultes.

Les nouvelles enquêtes de Santé Québec menées en 2000 et 2002 corrigent le tir, s'attardant respectivement à 4 730 et 4 771 élèves québécois de secondaire un à cinq (Bordeleau & Perron, 2003; Guyon & Desjardins, 2002). Ces enquêtes permettent de constater que la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents québécois s'est stabilisée entre 2000 et 2002, stabilisation également constatée aux États-Unis (Johnstone & coll., 2003). Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête de 2002 (Bordeleau & Perron, 2003), 69% des élèves ont consommé de l'alcool. Parmi les buveurs, 63% ont bu de l'alcool de façon excessive (cinq consommations ou plus par occasion) dans la dernière année et 23% rapportent un boire excessif répétitif (cinq fois ou plus dans la dernière année). Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée, 39% des élèves en ayant consommé durant l'année précédant l'enquête. Cette proportion passe à 18% lorsque l'on considère uniquement les consommateurs hebdomadaires de cannabis. Globalement, à partir d'un ensemble d'indicateurs, 11% des élèves font preuve d'une consommation susceptible d'induire un problème alors que 5% d'entre eux présentent une consommation problématique (Bordeleau & Perron, 2003). Alors que la grande majorité des 4771 élèves québécois interrogés affirment n'avoir vécu aucun problème en lien avec leur consommation, ceux qui présentent une consommation à risque ou problématique rapportent pour leur part vivre des conséquences négatives liées à leur consommation : avoir trop dépensé et perdu de l'argent pour leur consommation (53%), avoir commis un geste délinquant après avoir consommé (38%), avoir vécu des difficultés familiales relatives à leur consommation (33%). L'étude de Vitaro et de ses collaborateurs (2001) réalisée auprès de 1 600 jeunes du Québec montre que parmi les consommateurs problématiques de psychotropes, 25,5% ont un problème

de dépression ou un problème de comportement, alors que cette proportion chute à 10,4% chez les non consommateurs. Aussi, 63,2% des jeunes avec un problème de comportement et 42,4% des jeunes qui ont un problème de dépression sont des consommateurs problématiques de psychotropes.

3.1.2 Profil des adolescents en traitement pour abus de substances

Peu d'études ont été réalisées auprès des adolescents en traitement pour abus de substance. Deux études américaines portant sur l'efficacité des traitements en toxicomanie auprès des adolescents permettent de dresser un profil de cette clientèle : l'étude «*Drug Abuse Treatment Outcome Studies for Adolescents*» (DATOS-A) portant sur 1732 adolescents en traitement dans 23 sites (Grella & Joshi, 2003) et l'étude «*Cannabis Youth Treatment*» (CYT) portant sur 600 adolescents (Dennis, Titus, Diamond & coll., 2002). Concernant le projet DATOS-A, des données préliminaires sont disponibles pour 803 adolescents (Grella & coll., 2003). On constate que 58,7% des filles et 39,3% des gars rapportent avoir été abusés sexuellement et/ou physiquement. L'occurrence d'un abus dans le passé est associé à une plus grande sévérité des problèmes de consommation et à une plus forte prévalence de problèmes associés. À titre d'exemple, 9% des filles non abusées souffrent d'une dépression concomitante alors que cette proportion passe à 31 % dans le cas des filles abusées. La dépendance à la marijuana, la plus prévalente, touche 54,6% des filles n'ayant pas subi d'abus, 68,1% des filles abusées, 63,7% des gars non abusés et 75,1% des gars ayant été abusés. Concernant l'alcool, de 29% à 54% en sont dépendants, la proportion variant selon le genre et l'occurrence d'abus dans le passé. Les troubles de conduite affectent 45% à 67% d'entre eux. Dans l'étude portant sur le CYT, les problèmes multiples chez les adolescents en traitement constituent la norme: trouble lié au cannabis (86%), trouble lié à l'alcool (37%), trouble lié à une autre substance psychoactive (12%), troubles associés à des symptômes internalisés (25%), troubles liés à des symptômes externalisés (61%), histoire de victimisation au cours de la vie (60%), actes de violence physique (66%), autres activités illégales (83%), co-occurrence de trois à 12 de ces problèmes (83%) (Dennis, 2003). Malgré tout, seulement 20% d'entre eux perçoivent qu'ils ont besoin d'être aidés (Tims, Dennis, White, Scott & Funk, 2002).

Le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* (CPLT, 2001) constate le «manque de données statistiques compilées, fiables, permettant de tracer le profil des mineurs desservis par différents établissements et organismes québécois, en regard de la problématique de toxicomanie ». Néanmoins, le CPLT (2001) a récolté des données auprès de 17 centres publics qui offrent des services en toxicomanie, données qui concordent en partie avec le profil de la clientèle adolescente américaine. Ainsi, le cannabis est le psychotrope dont les adolescents en traitement abusent le plus souvent, suivi par l'alcool. Soixante-dix pour cent des mineurs en traitement dans ces centres sont des garçons, ce qui correspond aux proportions retrouvées chez la clientèle adulte. Au moment de la demande de service, 60% des jeunes vivent dans leur milieu familial alors que 36% sont hébergés par une ressource du réseau de la santé et des services sociaux. Des problématiques associées à la consommation sont décrites par près de la moitié des 17 centres publics consultés : difficultés scolaires, délinquance, décrochage scolaire, comportements violents, comportements sexuels à risque, idées suicidaires, problèmes de santé mentale.

En somme, les adolescents qui se présentent en traitement pour abus de substances présentent de multiples problématiques associées à leur consommation et le cannabis constitue souvent la principale substance dont ils abusent. Les données sur le profil de la clientèle adolescente du programme jeunesse de Domrémy MCQ (137 garçons et 53 filles admis en traitement entre décembre 2000 et février 2002) confirment ce portrait.

3.2 Quels sont les facteurs de risque et de protection en regard de l'abus de substance?

Des revues de littérature récentes (Kumpfe, 2001; Dufour & Nadeau, 1998) constatent que la majeure partie des facteurs de risque liés à l'abus de substances ont trait à la famille : consommation de drogues chez les parents et la fratrie, supervision et discipline parentales inefficaces, isolement de la famille, relation parent-enfant négative, conflits familiaux, stress familial, problème de santé mentale chez un parent, pauvreté. De plus, la présence d'un trouble liés aux substances chez un parent met l'adolescent à risque de ce même problème (Cotton, 1979; Schuckit, 1987). L'abus sexuel et physique dans l'enfance ont été associés à des problèmes d'alcool et à la consommation de drogues illicites lors de l'adolescence (voir Grella & Joshi, 2003). L'importance de l'environnement familial se reflète également dans le fait que la majorité

des facteurs de protection sont également reliés à la famille (Kumpfer, 2001) : avoir une relation positive avec un adulte significatif; le soutien émotif d'un parent; les attentes des parents 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; le soutien du réseau familial élargi. Des données épidémiologiques longitudinales récentes recueillies auprès de la population générale aux États-Unis confirment l'importance de la relation entre l'adolescent et ses parents ainsi que sa famille, facteur clé de protection lié à plusieurs problèmes de comportement dont l'abus de substance (Resnick Bearman, Blum, & coll., 1997). Ce rôle prépondérant de la famille au plan du développement de l'abus de substance chez les adolescents appuie la pertinence d'impliquer la famille dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents (Liddle & Dakof, 1995).

Outre l'environnement familial, d'autres facteurs de risque environnementaux ont été identifiés : association avec des pairs déviants et/ou qui abusent de substances, disponibilité de l'alcool et des drogues dans l'environnement social, communautés caractérisées par une forte population et une faible cohésion (voir Winters, 1999). Au plan des facteurs de risque liés à l'individu, on retrouve les cognitions liées à la consommation (Walters, 2001). Ainsi, le fait de boire pour gérer sa détresse ou par conformisme social sont deux motifs qui sont plus présents chez les personnes dépendantes à l'alcool (voir Walters, 2001). Des études portant sur des échantillons de jeunes gens des deux sexes étudiant au collège ou à l'université ont montré que la consommation d'alcool dans le but de diminuer un état aversif, comme la tension ou la déprime, est associée à un plus grand nombre de problèmes reliés à l'alcool à vie (Carey & Correia, 1997) et dans les derniers neuf mois (Perkins, 1999), à une plus grande fréquence d'intoxication à l'alcool (Williams & Clark, 1998) et à une consommation plus élevée en terme de quantité et de fréquence (Perkins, 1999). Enfin, plusieurs études documentent le lien entre des attentes positives face à l'alcool et le développement de problèmes liés à l'alcool tant chez les adolescents que chez les adultes (voir Kilbey, Downey & Breslau, 1998; voir Cruz & Dunn, 2003). Ces résultats mettent en lumière l'importance d'aider les adolescents en traitement pour abus de substance à prendre conscience des conséquences négatives de leur consommation et à acquérir des habiletés pour mieux gérer leur détresse, leurs relations interpersonnelles et leur besoin de vivre des sensations fortes.

3.3 - Qu'est-ce qui prédit l'efficacité des traitements?

La grande majorité des études portant sur les facteurs qui prédisent l'efficacité thérapeutique des traitements en toxicomanie portent sur des adultes (Walters, 2001). Alemi, Stephens, Llorens et Orris (1995) ont effectué une recension des études réalisées auprès d'adultes comparant les toxicomanes en traitement ayant atteint des objectifs thérapeutiques prédéterminés à ceux ne les ayant pas atteints. Les 11 facteurs de prédiction de succès thérapeutique ayant reçu un appui empirique sont les suivants : 1) un âge plus avancé; 2) un emploi stable; 3) une grande motivation; 4) la peur des conséquences et des sanctions liées à la consommation de SPA; 5) de rares contacts avec les amis ou connaissances faisant partie de la sous-culture de la drogue; 6) une absence d'histoire criminelle, 7) le soutien social; 8) une histoire de consommation caractérisée par un moins grand nombre de types de SPA consommées, une consommation moins fréquente, un début plus tardif de la trajectoire toxicomane et une durée plus courte de cette trajectoire; 9) un moins grand nombre de traitements antérieurs pour abus de SPA; 10) l'absence de problèmes psychiatriques comorbides; 11) l'absence de maladie physique chronique. Cependant, comme le soulignent Finney et Moos (1995), la plupart de ces études sont athéoriques et se limitent aux caractéristiques démographiques, au niveau de fonctionnement individuel et aux variables liées à l'histoire de consommation.

Plus récemment, quelques études se sont attardées aux facteurs qui prédisent l'efficacité du traitement des adolescents qui abusent de substances. Globalement, les variables suivantes ont permis de prédire différents indices de succès thérapeutique : 1) l'absence de problème psychiatriques comorbides; 2) l'absence d'une histoire d'abus physique et/ou sexuel; 3) la rétention en traitement; 4) le fait d'être une fille et 5) une bonne alliance thérapeutique et une plus grande intensité de traitement (services résidentiels plutôt qu'externes), ces deux dernières variables prédisant le succès thérapeutique seulement pour chez les jeunes ayant subi des abus évalués sévères par un groupe de consensus composé de cliniciens. Cependant, comme les études sont trop peu nombreuses, il faut demeurer prudent dans l'interprétation de ces données.

Ainsi, 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 anti-sociaux) sont ceux qui continuent de vivre des problèmes liés à leur consommation, au suivi de 12 mois (Babor, Webb, Burlison & Kamina, 2002). Dans cette étude, le genre, l'âge auquel la première consommation s'est produite, l'histoire familiale et le tempérament ne permettent pas de prédire l'efficacité du traitement (Babor & coll., 2002). Ces résultats mènent les chercheurs à recommander que les programmes de traitement incluent une procédure d'évaluation des problématiques associées à l'aide d'outils diagnostics structurés. Pour les jeunes présentant un niveau élevé de symptômes internalisés et externalisés, il est recommandé d'augmenter l'intensité du traitement, par exemple en combinant une approche cognitive-comportementale et familiale, en plus d'individualiser les composantes du traitement en fonction de l'évaluation des problématiques associées.

L'étude d'un sous-échantillon de 803 adolescents participant au projet DATOS-ADO (Grella & Joshi, 2003) montre que les jeunes qui ont une histoire d'abus physique dans leur passé ont une plus faible probabilité d'être abstinent suite au traitement, sauf pour ceux d'entre eux qui rapportent une relation positive avec leur intervenant. En outre, une histoire d'abus physique et/ou sexuel est associée à un plus haut taux de troubles mentaux concomitants, à la dépendance à la marijuana et à l'alcool, à des difficultés à reconnaître ses problèmes et à une influence négative des pairs et de la famille. Ces résultats soulignent l'importance de l'alliance thérapeutique pour favoriser le changement, et ce, d'autant plus chez les adolescents qui ont été abusés et dont les rapports interpersonnels sont caractérisés par davantage de méfiance. Par ailleurs, il serait intéressant d'explorer l'influence de la maltraitance sur d'autres variables liées à la consommation, l'abstinence n'étant qu'une forme de succès thérapeutique qui n'est pas toujours visée, selon les approches de traitement.

Dans une étude portant sur 214 adolescents, le *Drug outcome Monitoring study* (Titus & coll., 2003), le fait d'être une fille prédit une baisse plus significative du nombre de jours de consommation après le traitement et la sévérité de l'histoire d'abus sexuel et/ou physique prédit le maintien de conflits violents suite au traitement. Dans une autre étude portant sur 187

adolescents (Funk & coll., 2003), la sévérité des abus subis ne permet pas de prédire les résultats thérapeutiques. Cependant, parmi ceux qui ont vécu des abus évalués sévères, selon un groupe de consensus composé de cliniciens, le fait d'avoir obtenu des services résidentiels plutôt qu'externe permet de prédire de meilleurs résultats. Ces données suggèrent que l'évaluation de la maltraitance chez les adolescents en traitement est un élément important qui pourrait permettre de leur fournir des services dont les composantes et l'intensité sont appropriées à leurs besoins spécifiques.

Dans l'étude DATOS-A (Hser & coll., 2001), le traitement est davantage efficace pour les adolescents qui demeurent plus longtemps en traitement. Cependant, près du trois quart demeurent moins de trois mois en traitement (Hser & coll. 2001), ce qui suggère la pertinence d'adopter une approche motivationnelle avec cette clientèle qui, souvent, se présente en traitement étant donné une pression extérieure, judiciaire ou familiale par exemple (Battjes, Gordon, O'Grady, Kinlock & Carswell, 2003). Battjes et ses collaborateurs (2003) constatent la rareté des données sur les déterminants de la motivation chez les adolescents en traitement pour toxicomanie. Dans l'étude DATOS-A, le soutien social et familial prédit la rétention en traitement (Broome, Joe & Simpson, 2001), phénomène bien documenté auprès de la clientèle adulte (pour une recension, voir Stanton, 1997). Ces résultats soulignent l'importance d'impliquer la famille dans le traitement des adolescents, ce qui est recommandé par le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* (CPLT, 2001), comité mis sur pied par le gouvernement du Québec.

D'autres déterminants de la motivation ont été examinés. Dans le projet DATOS-A, la déviance des pairs est positivement reliée à la motivation (Broome & coll., 2001). Ces résultats qui peuvent paraître surprenant pourraient s'expliquer par le fait que les adolescents fréquentant des pairs déviants sont susceptibles de vivre davantage de conséquences négatives de leur consommation au plan émotionnel et physique (Broome & coll., 2001). L'âge plus avancé, facteur qui prédit la motivation chez les adultes, a également été associé à la motivation chez les adolescents (Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill & Kressell, 1997). Dans l'étude de Battjes et de ses collaborateurs (2003) auprès de 196 adolescents en traitement pour abus de substance, cinq des sept facteurs de prédiction de la motivation ont trait aux conséquences négatives de la

consommation, tel qu'évalué par un intervieweur utilisant une grille d'entrevue structurée : 1) problèmes reliés aux substances en général, 2) problèmes psychologiques reliés aux substances, 3) activités réduites étant donné la consommation; 4) avoir été détenu dans un établissement; 5) perception d'avoir subi beaucoup de pression pour débiter un traitement. Concernant ce dernier facteur, la relation avec la motivation est inversée. Aussi, le nombre de jours impliqués dans des activités criminelles est inversement lié à la motivation alors que l'une des mesures de la détresse psychologique générale est associée à une plus grande motivation.

En bref, ces résultats, bien que peu nombreux, mettent en relief des défis cliniques spécifiques aux adolescents qui abusent de substances : la motivation de l'adolescent dans un contexte où le traitement a souvent été imposé au jeune, l'importance de former une alliance thérapeutique avec des jeunes qui ont souvent été maltraités, la capacité à rejoindre la famille de l'adolescent pour augmenter l'efficacité et la rétention en traitement, l'importance de bien dépister et évaluer les problématiques associées à la consommation et les histoires d'abus dans le passé pour ensuite en tenir compte dans les composantes et l'intensité du traitement choisi.

3.4 - Quelles sont les traitements efficaces pour les adolescents qui abusent de substances?

Pour être en mesure d'améliorer les services offerts aux adolescents qui abusent de substances, il est important d'évaluer l'efficacité des traitements qui leur sont offerts. Ce n'est que depuis une dizaine d'années que les chercheurs et cliniciens se sont attardés à élaborer et évaluer des programmes de traitement qui leur sont spécifiquement destinés. On constate la même situation au Québec, puisque que ce n'est que depuis le début des années 90 que l'ensemble des centres publics de traitement de la toxicomanie québécois se sont dotés de programmes spécifiquement destinés aux jeunes (CPLT, 2001). En conséquence, on dispose de très peu de données sur l'efficacité des programmes de traitement de la toxicomanie chez les adolescents, la majorité des recherches en ce domaine étant très récentes, réalisées entre 1997 et 2003 (Battjes & coll., 2003; Dennis 2002; Winters, 1999).

D'abord, le projet DATOS-A réalisé auprès de 1167 adolescents répartis dans 23 centres de traitement (8 programmes résidentiels, 9 programmes externes, 6 programmes de suivi court

terme avec hébergement), a permis de confirmer que les traitements pour les adolescents qui abusent de substances sont efficaces, tant pour diminuer la consommation de psychotropes que pour apporter des améliorations dans plusieurs domaines de la vie (Hser, Grella, Hubbard & coll., 2001). En effet, en plus de réduire leur consommation d'alcool et de drogues et leurs comportements délinquants, les adolescents en traitement ont amélioré leurs performances scolaires en plus d'améliorer leur niveau d'ajustement psychologique. Aucun format d'intervention ne s'est avéré plus efficace, mis à part pour le sous-groupe d'adolescents ayant été sévèrement abusés qui bénéficiait davantage d'un traitement résidentiel (Grella & Joshi, 2003). Ainsi, cette étude confirme que le traitement de l'abus de substance chez l'adolescent peut s'avérer efficace, mais ne permet pas de déterminer quelles sont les composantes du traitement qui sont efficaces.

Le projet portant sur le *Cannabis Youth Treatment Protocol* (CYT) est la plus grande étude contrôlée et randomisée sur les traitements en toxicomanie chez les adolescents (Clark & coll., 2002). L'étude du CYT porte sur 600 adolescents de 12 à 18 ans qui abusent de cannabis et qui ont reçu un traitement ayant été déterminé au hasard. Ces programmes, tous définis en détail dans un manuel de traitement, sont les suivants : combinaison d'une approche motivationnelle et cognitive-comportementale (version 5 sessions (MET/CBT5) et version 12 sessions (MET/CBT12); ajout du programme «family support network» (FSN) au programme MET/CBT12, soit des groupes de parents visant à améliorer leurs compétences parentales ainsi que 4 rencontres familiales visant à impliquer la famille du jeune dans son traitement et à individualiser le traitement pour chaque famille; une approche de renforcement en communauté («*adolescent reinforcement community approach*»); une thérapie familiale multidimensionnelle (Diamond & coll., 2002). Toutes les approches sont équivalentes en terme d'efficacité (Dennis & coll., 2002). Cependant, jusqu'à maintenant, seule la consommation de cannabis a été considérée et les variables reliées au fonctionnement familial, à la consommation des autres substances comme l'alcool et aux diverses problématiques associées n'ont pas encore été prises en compte. Néanmoins, cette étude permet de constater que le recours à un cadre d'intervention bien défini à l'intérieur d'un manuel de traitement permet en soit d'améliorer l'efficacité du traitement. En effet, les adolescents du CYT ont diminué leur consommation de cannabis de 63% comparé à 23% pour les adolescents participant au projet DATOS-ADO (Dennis, 2003). En outre, l'étude

CYT a permis l'élaboration de manuels de traitement pour les adolescents qui abusent de substances dont l'efficacité a été montrée, fournissant ainsi des outils d'intervention facilement transférables à d'autres milieux cliniques desservant des clientèles similaires.

Mis à part le CYT, ce sont les approches familiales qui ont davantage retenu l'attention des chercheurs. Comme les facteurs de risque et de protection de l'abus de substances sont majoritairement reliés à la famille, plusieurs modèles sur l'étiologie et le maintien des problèmes de consommation chez les adolescents attribuent à la famille un rôle central. Les programmes de prévention axés sur la famille (programmes axés sur les habiletés parentales, la thérapie familiale et les programmes axés sur l'entraînement aux habiletés de la famille) sont les approches les plus efficaces pour diminuer l'abus de substances et les problèmes associés (pour des revues de littérature, voir Dishion, 2001; Dufour & Nadeau, 1998; Kumpfer, 2001). Szapocznik et ses collaborateurs (1983; 1986) ont été les premiers à évaluer des approches de traitement familiales et à démontrer l'efficacité de telles approches spécifiquement auprès d'adolescents qui abusent de substances (pour une recension des écrits, voir Liddle & Dakof, 1995). Par la suite, la supériorité des approches familiales en regard de la réduction de l'abus de substance et de l'amélioration de la rétention en traitement a été maintes fois démontrée, les thérapies familiales se révélant plus efficaces que la thérapie individuelle, les groupes axés sur les compétences parentales et les thérapies de groupes de pairs (voir Liddle & Dakof, 1995).

La revue de littérature de Robbins, Bachrach & Szapocznik (2002) porte exclusivement sur la thérapie familiale stratégique brève (TFSB), car c'est l'approche familiale la plus souvent évaluée auprès d'adolescents qui abusent de substances. De plus, cette approche est bien définie et décrite à l'intérieur d'un manuel de traitement (pour le manuel, voir Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2001). Cette thérapie cible les interactions familiales directement reliées aux problèmes de comportement de l'adolescent, dont l'abus de substance, et se déroule sur une durée de 12 à 16 sessions approximativement. C'est une approche structurée, directive et centrée sur la résolution de problèmes qui s'adresse à l'ensemble de la famille de l'adolescent. Une étude récente (Santisteban & coll., 2002) réalisée auprès de 79 adolescents et de leur famille constate que la TFSB est plus efficace que la condition de groupe contrôle en regard de la réduction de la consommation de marijuana. Soixante-quinze pour cent des adolescent du groupe TFSB ont

réduit leur consommation de marijuana, comparé à 14% pour le groupe contrôle. L'étude de Szapocznik et de ses collaborateurs (1989) réalisée auprès de 108 adolescents montre que la TFSB est efficace, avec ou sans les mesures pour augmenter la rétention en traitement, les deux modalités permettant de réduire la consommation de marijuana. En effet, 47,2% des participants rapportent avoir restreint la consommation de leur principale drogue d'abus à une fois par semaine ou moins.

Cette étude a aussi permis d'apporter des réponses à un défi clinique bien connu associé aux thérapies familiales : la difficulté d'engager les familles dans le traitement de l'abus de substances de l'adolescent (Robbins & coll., 2002). En effet, Szapocznik a élaboré des procédures précises qu'il a ajouté à la TFSB en vue d'augmenter l'engagement et la rétention en traitement des familles, soit le «strategic structural systems engagement» (SSSE) (Szapocznik & coll., 1989). L'utilisation des stratégies du SSSE ont permis de faire grimper le taux d'engagement en traitement de 42% à 93% et le taux de terminaison du traitement de 25% à 77%. Deux études ultérieures (Coatsworth & coll., 2001; Santisteban & coll., 1996) confirment l'efficacité du SSSE pour augmenter l'engagement et la rétention en traitement. Globalement, les familles qui ont reçu la TFSB comprenant la mesure SSSE ont été 2,3 fois plus nombreuses à s'engager et à demeurer en traitement que les familles qui n'ont pas bénéficié du SSSE (Robbins & coll., 2002).

3.5 Synthèse

3.5.1 Que sait-on?

En somme, les 5 approches évaluées dans l'étude sur le *Cannabis Youth Treatment Protocol* (CYT) (Dennis & coll., 2002) et la *Thérapie familiale systémique brève* (TFSB) (Szapocznik & coll., 2001) constituent les traitements de l'abus de substance chez les adolescents dont l'efficacité est bien documentée. Toutes ces approches ont en commun d'avoir un cadre d'intervention clairement défini à l'intérieur d'un manuel de traitement. Il semble que le fait de recourir à un manuel de traitement augmente en soit l'efficacité de l'intervention, comme le suggère la comparaison des résultats de l'étude du CYT avec ceux de DATOS-ADO. Cette

constatation souligne l'importance que les centres de traitement de la toxicomanie se dotent d'un programme spécialisé pour les adolescent et dont le cadre d'intervention est bien défini.

Plusieurs études documentent les avantages d'impliquer la famille dans le traitement. Dans l'étude du CYT, aucune approche n'est plus efficace que l'autre : la thérapie familiale ou le fait d'ajouter une composante familiale à un traitement motivationnel et cognitif-béavioral n'ajoute pas à l'efficacité en regard de la consommation de marijuana. Cependant, pour l'instant, les données du CYT portent uniquement sur la consommation de marijuana et ne permettent pas d'écarter les avantages de l'implication de la famille dans le traitement en regard de divers autres indicateurs de succès thérapeutique comme l'amélioration du fonctionnement familial et la réduction des problèmes associés. Par ailleurs, le programme de traitement du CYT incluant la composante familiale (FSN) s'avère une approche efficace pour diminuer la consommation de drogues de l'adolescent.

Le recours à la thérapie familiale pose des défis importants quand vient le temps d'appliquer ces approches dans les milieux pratiques (Robbins & coll., 2002). En effet, Robbins et ses collaborateurs (2002) recommandent qu'une formation intensive à la TFSB et des supervisions cliniques hebdomadaires soient fournies à des cliniciens détenant un diplôme de maîtrise. Le niveau de complexité de l'application de la TFSB rend souvent difficile son utilisation dans les milieux pratiques. La composante familiale (FSN) ajoutée à un traitement cognitif-béavioral, évaluée dans l'étude du CYT, représente une option plus réaliste pour certains contextes pratiques. En effet, le FSN est un programme structuré qui peut être plus facilement maîtrisé par des intervenants moins scolarisés tout en permettant d'offrir un soutien à la famille et de les aider à devenir eux-mêmes une source de soutien pour leur adolescent. Le FSN comprend 6 rencontres de groupe avec des parents axées sur le développement des compétences parentales en plus de trois à quatre rencontres familiales bien structurées dont les buts sont clairement établis : évaluer l'environnement familial; individualiser le processus de traitement, développer l'engagement de la famille dans la rémission de l'adolescent, favoriser l'alliance thérapeutique (adolescent, famille et programme) et faciliter le transfert des apprentissages des parents et des adolescents en changements concrets au plan du fonctionnement familial. Il demeure que, peu importe la composante familiale choisie, il s'avère primordial d'engager le plus de familles possible en traitement. Les stratégies du «*Strategic Structural Systems Engagement*» (SSSE) s'avèrent un

ajout efficace à toute approche familiale pour augmenter l'engagement et la rétention en traitement de la famille des adolescents qui abusent de substances.

3.5.2. - Quelles sont les questions sans réponse?

Bien que les études portant sur le traitement des adolescents qui abusent de substances apportent quelques réponses sur les approches à privilégier, cette littérature est peu abondante et plusieurs questions sont laissées en suspens :

- Quelles sont les approches de traitement à privilégier pour les adolescents qui présentent des troubles mentaux concomitants et/ou une histoire d'abus physique ou sexuels d'intensité jugée sévère?
- Quels sont les effets des programmes d'intervention testés dans le projet CYT sur la consommation d'alcool, sur les autres problèmes associés et sur le fonctionnement familial?
- Étant donné que le profil des adolescentes en traitement pour abus de substances se distingue de celui des garçons, est-ce que des programmes de traitement s'adressant spécifiquement aux filles ou aux garçons permettraient d'en augmenter l'efficacité?
- Quelles sont les approches de traitement qui permettent de maintenir les gains à long terme? Quels services et quelle structure de soins sont-ils appropriés pour prévenir les rechutes à long terme?
- Quelles sont les variables qui permettent de prédire le succès thérapeutique et de mieux comprendre le processus de changement des adolescents en traitement pour abus de substances?
- Quels critères d'appariement permettraient d'optimiser les résultats thérapeutiques en fonction des besoins spécifiques d'un adolescent?

En plus de toutes ces questions sans réponse, la recherche documentant l'efficacité des programmes de traitement en toxicomanie pour les adolescent doit se poursuivre, les études existantes étant peu nombreuses et présentant souvent des failles méthodologiques importantes (petits échantillons, pas de groupe contrôle ou de comparaison, perte importante de participants en cours d'étude, etc.). Il existe peu de manuels de traitements dont l'efficacité a été montrée. Les manuels de traitement du CYT en font partie. Cependant, en pratique, les manuels du CYT

doivent être adaptés pour tenir compte des adolescents dont le principal psychotrope d'abus n'est pas le cannabis, ceux-ci étant moins nombreux, mais tout de même présents dans les services. Les manuels du CYT fournissent tout de même la base de cadres d'intervention qui peuvent facilement être adaptés. Tant qu'à la TFSB, son efficacité appuie l'importance de former les intervenants en toxicomanie à évaluer et comprendre l'abus de substances chez les adolescents dans une perspective systémique. Il faut cependant être vigilant lorsqu'il est question du recours à la thérapie familiale, approche complexe demandant une formation intensive et une supervision adéquate, pour éviter de mettre les familles et les intervenants en situation d'échec. Il existe un continuum d'interventions familiales pouvant améliorer l'efficacité du traitement, l'engagement de la famille et la rétention en traitement. Chaque centre de traitement doit privilégier une approche qui concorde avec la réalité de leur milieu de pratique.

4 Recommandations découlant de l'intégration des constats de la littérature et de l'évaluation du programme jeunesse

À partir de la synthèse des constats de la littérature et de l'évaluation du programme jeunesse, il est maintenant possible d'émettre des recommandations cliniques visant à augmenter l'efficacité des services et la satisfaction des différents acteurs impliqués, soit les adolescents, les parents, les intervenants et les partenaires. Ces recommandations misent aussi sur les forces de Domrémy et s'inscrivent en continuité avec les services déjà offerts et perçus très satisfaisants par les usagers.

En somme, **six grandes recommandations découlent de cette synthèse :**

- 1) Adopter un cadre d'intervention clairement défini dont l'efficacité a été montrée et qui permet d'impliquer la famille dans le traitement de l'adolescent;
- 2) Mieux rejoindre les adolescents qui abusent de substances et leurs parents;
- 3) Améliorer les mécanismes de transmission de l'information aux parents et aux adolescents au sujet de leurs difficultés et de leurs progrès;
- 4) Offrir des formations pertinentes aux intervenants travaillant auprès des adolescents et des parents;
- 5) Améliorer la collaboration avec les partenaires en vue d'offrir des services intégrés plus efficaces aux jeunes qui souffrent de multiples problématiques;
- 6) Adopter une politique d'amélioration et d'évaluation continue des services.

Voyons plus en détail ce qu'implique chacune de ces six recommandations.

4.1 Adopter un cadre d'intervention clairement défini dont l'efficacité a été montrée et qui permet d'impliquer la famille dans le traitement de l'adolescent

L'étude *Cannabis Youth Treatment protocol* (CYT) fournit plusieurs manuels de traitement dont l'efficacité a été montrée auprès d'une clientèle adolescente très similaire à celle de Domrémy MCQ. En effet, bien que cette étude s'adressait spécifiquement aux adolescents qui abusent de cannabis, leur échantillon était composé de jeunes qui présentaient une polytoxicomanie en plus de multiples problèmes associés, réalité dont tiennent compte les programmes de traitement du CYT. À Domrémy MCQ, la consommation de cannabis est problématique pour 91% des adolescents qui présentent également, en forte proportion, une polytoxicomanie et de multiples

problèmes associés. L'un des protocoles de traitement du CYT s'inscrit en continuité avec les interventions déjà mises en place à Domrémy MCQ ainsi qu'avec les priorités énoncées par les adolescents, parents, intervenants et partenaires. Il s'agit d'un programme de traitement qui comprend les composantes suivantes : 1) un bloc de 5 rencontres avec les adolescents dont deux sessions individuelles axées sur l'approche motivationnelle et trois sessions de groupes axées sur l'approche cognitive-béaviorale comprenant le développement d'habiletés et le soutien entre pairs ; 2) un bloc supplémentaire de 7 rencontres de groupe pour les adolescents qui, via une approche cognitive-comportementale, permet le développement d'habiletés supplémentaires tout en prolongeant le soutien entre pairs ; 3) six rencontres de groupe pour les parents visant le développement des compétences parentales et le soutien entre parents ; 4) trois à quatre rencontres familiales ayant pour but d'évaluer l'environnement familial (à domicile), d'individualiser le processus de traitement, d'impliquer la famille dans le processus de rémission et de généraliser les acquis dans le milieu familial.

Ce programme de traitement tient compte de l'alliance thérapeutique et de la motivation comme cibles prioritaires étant donné sa composante motivationnelle, approche familière aux intervenants. L'approche cognitive-béaviorale et le recours aux groupes (adolescents et parents) s'inscrivent également en continuité avec les pratiques de Domrémy et sont en concordance avec les besoins exprimés par les adolescents et les parents. En même temps, le contenu de ces groupes peut facilement être adapté à des rencontres individuelles, flexibilité essentielle étant donné l'étalement des points de services de Domrémy MCQ qui a pour conséquence de ne pas toujours permettre de former des groupes, le bassin d'usagers étant insuffisant en certains endroits. Enfin, les rencontres familiales permettent d'impliquer la famille dans le traitement et d'adopter une vision davantage systémique pour comprendre les problèmes d'alcool et de drogues de l'adolescent, changement demandé par les intervenants. En même temps, cette composante systémique s'avère plus réaliste que le recours à une thérapie familiale systémique brève étant donné le niveau de formation des intervenants de Domrémy. Il s'agit donc d'introduire les interventions auprès de la famille de manière graduelle, de façon clairement circonscrite par des objectifs clairs et réalistes. Bref, la composante familiale du CYT requiert une formation moins longue et intensive que celle requise par une approche d'intervention qui repose entièrement sur une thérapie familiale.

4.2 Mieux rejoindre les adolescents qui abusent de substances et leurs parents

Dans un premier temps, pour mieux rejoindre les adolescents et les parents, il est important de mieux faire connaître les services de Domrémy, comme l'ont souligné les intervenants et les partenaires. L'adoption d'un cadre d'intervention défini pourra faciliter la transmission d'une information claire sur les services offerts à Domrémy MCQ, tant aux partenaires qu'à la population. Il serait profitable d'améliorer la communication avec nos partenaires. Ainsi, chaque intervenant jeunesse pourrait avoir comme mission d'établir des liens privilégiés avec un organisme partenaire qui faciliterait la transmission d'information sur les services respectifs de chacun et la collaboration. Un mécanisme de rétroaction systématique suite à une référence d'un partenaire gagnerait à être mis en place. Enfin, il est important de poursuivre les activités dans les écoles et les autres milieux où se trouvent les jeunes pour faire connaître à ceux-ci Domrémy MCQ et les services offerts.

Dans un deuxième temps, pour augmenter le nombre d'adolescents, de parents et de familles dans nos services ainsi que leur persistance en traitement, le recours à des stratégies du *Strategic structural systemic engagement procedures* (SSSE) est recommandé. En effet, l'efficacité de ces techniques pour hausser l'implication et l'engagement des familles dans le traitement de l'adolescent qui abuse de substance a été montrée. De plus, le recours au SSSE s'inscrit dans une vision systémique des difficultés de l'adolescent, ce qui est cohérent avec le cadre d'intervention choisi.

4.3 Améliorer les mécanismes de transmission de l'information aux parents et aux adolescents au sujet de leurs difficultés et de leurs progrès

Il est recommandé de mettre en place un protocole permettant aux adolescents et à leurs parents de recevoir systématiquement une rétroaction sur leurs difficultés et leur progression en traitement. Le programme de traitement du CYT prévoit un tel mécanisme. Il serait également judicieux d'intégrer le *Goal Attainment Scaling* (GAS) ou *Échelle d'atteinte de buts* (EAB) (voir annexe 1) à ces procédures. Cet instrument validé (Kiresuk, Smith, Cardillo, 1994) permet d'élaborer un plan de traitement individualisé en collaboration avec le client, chacun des niveaux d'atteinte de but étant formulé en termes opérationnels. Cet instrument prévoit également de

faire le bilan avec le client sur son cheminement en fonction de ses objectifs personnels de changement pour ensuite rajuster le plan de traitement, toujours en collaboration avec le client. Le recours au GAS, qui permet de mesurer le changement et de comparer le succès thérapeutique de clients ayant des objectifs différents, a été associé à de meilleurs résultats thérapeutiques et à une augmentation de la satisfaction de la clientèle dans des domaines d'intervention variés (Kiresuk & coll., 1994).

4.4 Offrir des formations pertinentes aux intervenants travaillant auprès des adolescents et des parents

En vue de répondre aux besoins des intervenants et pour pouvoir mettre en place les recommandations précédentes, il est essentiel de fournir des formations aux intervenants. Le plan de formation recommandé à court terme est le suivant :

- 1) Formation sur le protocole d'intervention du CYT qui a été choisi;
- 2) Formation sur l'instrument GAS;
- 3) Formation à l'approche systémique par un expert en intervention familiale auprès d'une clientèle similaire à la notre;
- 4) Supervision de groupe régulière par ce même expert (fréquence à déterminer).

Il est également recommandé, à plus long terme, d'assurer une formation continue des intervenants. Également, l'adoption d'un protocole d'intervention défini permettra une mise à jour plus aisée et plus complète pour les nouveaux intervenants se joignant à l'équipe.

4.5 Améliorer la collaboration avec les partenaires en vue d'offrir des services intégrés plus efficaces aux jeunes qui souffrent de multiples problématiques;

Tout d'abord, la deuxième recommandation émise en vue de mieux rejoindre les parents et les adolescents comprend des éléments qui ont également trait à l'amélioration de la collaboration entre Domrémy MCQ et ses partenaires : favoriser des liens privilégiés entre les intervenants de Domrémy MCQ et des partenaires désignés et mettre en place un mécanisme de rétroaction systématique aux partenaires suite à une référence. En outre, il s'avère important de continuer de répondre aux besoins de nos partenaires au niveau du dépistage des problèmes de consommation

et de l'intervention précoce. Aussi, tel que recommandé par le protocole du CYT, il s'avère pertinent de désigner un intervenant pivot qui sera responsable de référer les parents et les adolescents à des ressources parallèles pertinentes et d'assurer la collaboration avec ces ressources. Ainsi, le plan de traitement devrait comprendre, lorsque pertinent, un plan de services individualisé qui tient compte des multiples problématiques spécifiques à un individu. Ces mesures doivent bien sûr reposer sur une évaluation complète des difficultés et besoins des adolescents et des parents. L'IGT-ADO, utilisé actuellement à Domrémy MCQ, permet une telle évaluation. La grille d'évaluation des parents devrait être révisée à partir de la présente recommandation.

4.6 Adopter une politique d'amélioration et d'évaluation continue des services.

Il est important d'adopter une politique d'amélioration et d'évaluation continue des services. Il est donc recommandé de faire une étude pour évaluer l'implantation du nouveau programme et son efficacité et de poursuivre l'évaluation de la satisfaction des usagers, des intervenants et des partenaires. Ces mesures permettront de fournir à l'administration de Domrémy MCQ une rétroaction sur le nouveau programme « Jeunesse-Famille » en plus de leur permettre de se réajuster en fonction de ces résultats, des nouvelles données scientifiques et de l'évolution des besoins de la clientèle.

5. Conclusion

Ce rapport synthèse a permis d'émettre des recommandations en vue d'améliorer les services offerts par Domrémy MCQ aux adolescents qui abusent de psychotropes et à leurs parents. Ces recommandations découlent à la fois de l'évaluation du programme jeunesse de Domrémy et des constats de la littérature scientifique. Ces recommandations constituent une base de discussion avec les intervenants et la direction de Domrémy. Au moment d'écrire ces lignes, les intervenants et la direction ont pris connaissance du contenu du présent rapport synthèse et ont exprimé leur accord pour aller de l'avant avec ces recommandations. Un tableau synthèse illustrant le nouveau programme «Jeunesse-Famille » qui découle de ces recommandations se trouve à l'annexe 2. Également, un protocole de recherche visant l'évaluation de l'implantation, de l'efficacité et de la satisfaction des différents acteurs a été élaboré et soumis à une demande de subvention en santé publique (voir les objectifs de ce protocole de recherche à l'annexe 3). Finalement, l'ensemble des activités propres aux manuels sélectionnés du CYT ont été traduites et seront bientôt diffusées dans le cadre d'une formation auprès des intervenants du programme jeunesse. À ce premier volet de formation, s'ajoutera en avril 2004 une formation à l'intervention systémique et un processus de supervision mensuel à partir de mai 2004.

En bref, ce rapport synthèse s'inscrit dans la démarche d'évaluation continue des services de Domrémy et permet d'en arriver à un plan d'action qui rassemble l'ensemble des intervenants et décideurs. Les adolescents surconsommateurs et leurs parents ne pourront qu'en bénéficier et auront d'ailleurs la chance de se prononcer à nouveau sur les services reçus à Domrémy MCQ. L'évaluation ultérieure de ce programme permettra d'approfondir nos connaissances sur les besoins de cette clientèle et sur l'efficacité des traitements qui leur sont offerts.

RÉFÉRENCES

- Alemi, F., Stephens, R.C., Llorens, S. et Orris, B. (1995). A review of factors affecting treatment outcomes : Expected Treatment Outcome Scale. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 21, 483-509.
- Babor, T.F., Webb, C., Bureson, J.A. et Kaminer, Y. (2002). Subtype for classifying adolescents with marijuana use disorders: construct validity and clinical implications. Addiction, 97, 58-69.
- Battjes, R.J., Gordon, M.S., O'Grady, K.E., Kinlock, T.W. et Carswell, M.A. (2003). Factors That Predict Adolescent Motivation for Substance Abuse Treatment. Journal Of Substance Abuse Treatment (24), 221-232.
- Bordeleau, M. et Perron, B. (2003). Consommation d'alcool et de drogue. In Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec. Où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et au jeu? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire. (pp. 135-173). Québec : Institut de la statistique de Québec, Gouvernement du Québec.
- Broome, K.M., Joe, G.W. et Simpson, D.D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. Journal of Adolescent Research, 16(5), 608-623.
- Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA/CCLAT) (1996) Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire, 1985-1991-1996. In. Aperçu de l'état de santé de la population de l'Outaouais. Ottawa : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Carey, K. et Correia, C.J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. Journal of Studies on Alcohol, 58, 100-105.
- Clark, H.W., Horton, A.M. Jr., Dennis, M. et Babor, T.F. (2002). Moving from Research to Practice Just in Time: the Treatment of Cannabis Use Disorders Comes of Age. Addiction (No Special Vol.97, Supplement 1), 1-3.
- Coatsworth, J.D., Santisteban, D.A., McBride, C.K. et Szapocznik, J. (2001) Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. Family Process, 40, 313-332.
- 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.
- Cotton, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, 40, 89-116.
- Cruz, I.Y. et Dunn, M.E. (2003). Lowering risk for early alcohol use by challenging alcohol expectancies in elementary school children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(3), 493-503.

Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R. et Lapointe, F. (2000). Enquête Sociale et de Santé 1998. Québec : Institut de la Statistique du Québec.

Dennis, M.L. (2003). Cannabis Youth Treatment Experiment : 12 and 30 months main findings. Presentation at CSAT pre-session at the College of Problems on Drug Dependence, 65th Annual Scientific Meeting, June 13, 2003, Bal Harbour, FL.

Dennis, M. L. (2002). Treatment research on adolescent drug and alcohol abuse: despite progress, many challenges remain. In M.L. Dennis (ED). Connection: A newsletter linking the users and producers of drug abuse services research. Washington: Academy for Health Services Research and Health Policy.

Dennis, M.L., Titus, J.C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S.H., Tims, F.M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M.C., Godley, M.D., Hamilton, N., Liddle, H., Scott, C.K. & The C.Y.T. Steering Committee. (2002). The cannabis youth treatment (CYT) experiment: rational, study design and analysis plans. Addiction, 97 (Supplement 1), 16-34.

Diamond, G., Godley, S.H., Liddle, H.A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F.M. et Meyers, R. (2002). Five Out Patient Treatment Models for Adolescent Marijuana Use: A Description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. Addiction (No Special Vol. 97, Supplement 1), 70-83.

Dishion, T.J. (2001). Advances in family-based interventions to prevent adolescent drug abuse. Document présenté au : National Conference on Drug Abuse Prevention Research.

Dufour, M. et Nadeau, L. (1998). L'efficacité des programmes de prévention axé sur les familles. Santé mentale au Québec, 23(2), 224-246.

Finney, J.W. et Moos, R.H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse : a stress and coping model. Addiction, 90, 1223-1240.

Funk, R.R., McDermeit, M., Godley, S.H. et Adams, L. (2003). Maltreatment issues by level of adolescent substance abuse treatment: the extent of the problem at intake and relationship to early outcomes. Child Maltreatment, 8(1), 36-45.

Grella, C.E. et Joshi, V. (2003). Treatment Processes and Outcomes Among Adolescents With a History of Abuse Who are in Drug Treatment. Child Maltreatment (Vol. 8, No 1), 7-18.

Guyon, L. et Desjardins, L. (2002). L'alcool, les drogues et les jeux de hasard chez les élèves du secondaire. In Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire. Québec : Gouvernement du Québec

Hamilton, N.L., Bunch B.L., Tims, F.M., Angelovich, N. & McDougall, B. (2002). Family support network for adolescent cannabis user. Cannabis Youth treatment Series, volume 3. Rockville, MD: Department of Health and Human Services/ Center of Substance Abuse Treatment.

Hser, Y. I., Grella, C.E., Hubbard, R.L., Hsieh, S.-C., Fletcher, B.W., Brown, B.S. et Anglin, M.D. (2001). Datos ADO: An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. Archive of General Psychiatry, 58, 689-695.

Johnstone, L.D., O'Malley, R.M. et Bachman, J.G. (2003). Monitoring the future. In National results on adolescent drug use. Overview of key findings 2002. Maryland: National Institute on drug abuse (NIDA).

Kilbey, M.M., Downey, K. et Breslau, N. (1998). Predicting the emergence and persistence of alcohol dependence in young adults: the role of expectancy and other risk factors. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 6(2), 149-156.

Kiresuk, T.J., Smith, A. et Cardillo, J.E. (1994) Goal Attainment Scaling: applications, theory, and measurement. L. Erlbaum Associates: Hillsdale, N.J.

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., Guyon, L., Bergeron, J. et Provost, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Alcoologie et Addictologie, 24(1), 7-13.

Lecomte, C. et Castonguay, L.-G. (1987). Le rapprochement et l'intégration en psychothérapie. Gaëtan Morin : Montréal.

Liddle, H.A. et Dakof, G.A. (1995). Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. In Advances in adolescent drug abuse treatment. (pp. 218-253) Rockville, MD: National Institute on drug abuse, Division of clinical and services research.

Melnick, G., DeLeon, G. Hawke, J. Jainchill, N. et Kresell, (1997) Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescent and adult substance abusers. American journal of Drug and Alcohol Abuse, 23(4), 485-507.

Ménard, J.M., Bertrand, K., Plourde, C. (2003) RAPPORT # 5 – Évaluation de la satisfaction des partenaires du programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec : Hiver-Printemps 2002. Centre de réadaptation Domrémy Mauricie / Centre du Québec , Trois-Rivières

Ménard, J.M. & Plourde, C. (2003) RAPPORT # 2 – Consultation par questionnaire sondage des adolescents et parents en traitement au programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. Centre de réadaptation Domrémy Mauricie / Centre du Québec, Trois-Rivières.

Ménard, J.M., Plourde, C., Perreault, M. & Mercier, C. (2002) RAPPORT # 4 – Une analyse exploratoire de l'utilisation des services de réadaptation par des adolescents présentant un problème de consommation, selon la gravité de leur toxicomanie et leur motivation au changement. Centre de réadaptation Domrémy Mauricie / Centre du Québec , Trois-Rivières

National Institute on Drug Abuse (NIDA), (1996). National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1995: Volume 1 secondary school students. National Institute on Drug Abuse (NIDA). <http://www.nida.nih.gov>

Perkins, H.W. (1999). Stress-motivated drinking in collegiate and post-collegiate young adulthood : life course and gender patterns. Journal of Studies on Alcohol, 60, 219-227.

Plourde, C., Ménard, J.M. & Lecours, M. (2002) RAPPORT # 3 – Consultation auprès d’adolescents et de parents ayant reçu des services du programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. Centre de réadaptation Domrémy Mauricie / Centre du Québec, Trois-Rivières.

Plourde, C., Ménard, J.M. & Marsh, A. (2002) RAPPORT # 1- Consultation auprès des intervenants du programme jeunesse de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. Centre de réadaptation Domrémy Mauricie / Centre du Québec, Trois-Rivières.

Plourde, C., Ménard, J.M., Perreault, M., Mercier, C. et Lecours, M. (2002). Le point de vue des acteurs sur la place de la famille dans les services de réadaptation en toxicomanie pour jeunes et parents. Drogues, santé et société, volume 1, numéro 1. <http://www.drogues-santé-societe.org>

Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H. et Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm. In Findings from the National Longitudinal Study on Adolescents Health. 278 (10): (pp. 823-32).

Robbins, M. S., Bachrach, K. et Szapocznik, J. (2002). Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: the case of brief strategic family therapy. Journal of Substance Abuse Treatment (23), 123-132.

Rocheleau, L. et Bertrand, K. (2004). Sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers à l’Égard des services offerts par Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. Domrémy MCQ et Régie régionale de la santé et des services sociaux MCQ : Trois-Rivières.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (1998). National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates 1995. Rockville, MD: SAMHSA, Office of Applied Studies, 1996.

Sampl, S. et Kadden, R. (2002). Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions. Cannabis Youth treatment Series, volume 1. Rockville, MD: Department of Health and Human Services/ Center of Substance Abuse Treatment.

Santé Canada (2001) Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues. <http://www.cds-sca.com>

Santisteban, D.A., Muir-Malcolm, J.A., Mitrani, V.B. et Szapocznik, J. (2002). Integrating the study of ethnic culture and family psychology intervention science. In H. Liddle, D. Santisteban, R. Levant, and J. Bray (eds.), Family Psychology: Science Based Interventions. Washington, DC: American Psychological Association Press, pp. 331-352.

Santisteban, D.A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W.M., Murray, E.J. et Laperriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. Journal of Family Psychology, 10, 35-44.

Schuckit, M.A. (1987). Biological vulnerability to alcoholism. Journal of Consulting Clinical Psychology, 55, 301-309.

Stanton, M.D. (1997). The Role of Family and Significant Others in the Engagement and Retention of Drug-Dependent Individuals. In Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug Dependent Individual in Treatment. Research Monograph 165: NIDA 1997.

Szapocznik, J., Hervis, O. et Schwartz, S. (2001). Brief Strategic Family Therapy Manual (NIDA Treatment Manual Series). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Szapocznik, J., Kurtines, W. M. & Coll. (1989). Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth. New York : Springer publishing company.

Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., Perez-Vidal, A. et Hervis, O.E. (1983). Conjoint versus one person family therapy: Some evidence for effectiveness of conducting family therapy through one person. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 889-899.

Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., Perez-Vidal, A. et Hervis, O.E. (1986). Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 395-397.

Tims, F.M., Dennis, M.L., Hamilton, N., Buchan, B.J., Diamond, G., Funk, R. et Brantley, L.B. (2002). Characteristics and Problems of 600 Adolescent Cannabis Abusers in Out Patient Treatment. Addiction (No Special Vol. 97, Supplement 1), 46-57.

Titus, J.C., Dennis, M.L., White, W.L., Scott, C.K. et Funk, R.R. (2003). Gender Differences in Victimization Severity and Outcomes Among Adolescents Treated for Substance Abuse. Child Maltreatment (Vol. 8, No 1), 19-35.

Vitaro, F., Rorive, M., Zoccolillo, M., Romano, E. et Tremblay, R.E. (2001). Consommation de Substances Psychoactives, Troubles du Comportement et Sentiments Dépressifs à l'adolescence. Santé Mentale au Québec (XXVI, 2), 106-131.

Walters, S.T. (2001). Early finding from a disciplinary program to reduce problem drinking by college students. Journal of Substance Abuse and Treatment, vol.20 (1), 89-91.

Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y. et Kadden, R. (2002). The motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy supplement: 7 sessions of cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users. Cannabis Youth treatment Series, volume 2. Rockville, MD: Department of Health and Human Services/ Center of Substance Abuse Treatment.

Williams, A. et Clark, D. (1998). Alcohol consumption in university students : The role of reason for drinking, coping strategies, expectancies, and personality traits. Addictive Behaviors, 23, 371-378.

Winters, K.C. (1999). Treatment of adolescents with substance use disorder. In Treatment improvement protocol (TIP) Series 32. Rockville, MD: U.S. Department of health and human services. Center for substance abuse treatment.

Annexe 1

Goal Attainment Scaling (GAS)

Ou

Échelle d'atteinte de buts (EAB)

Élaboration des buts Date _____

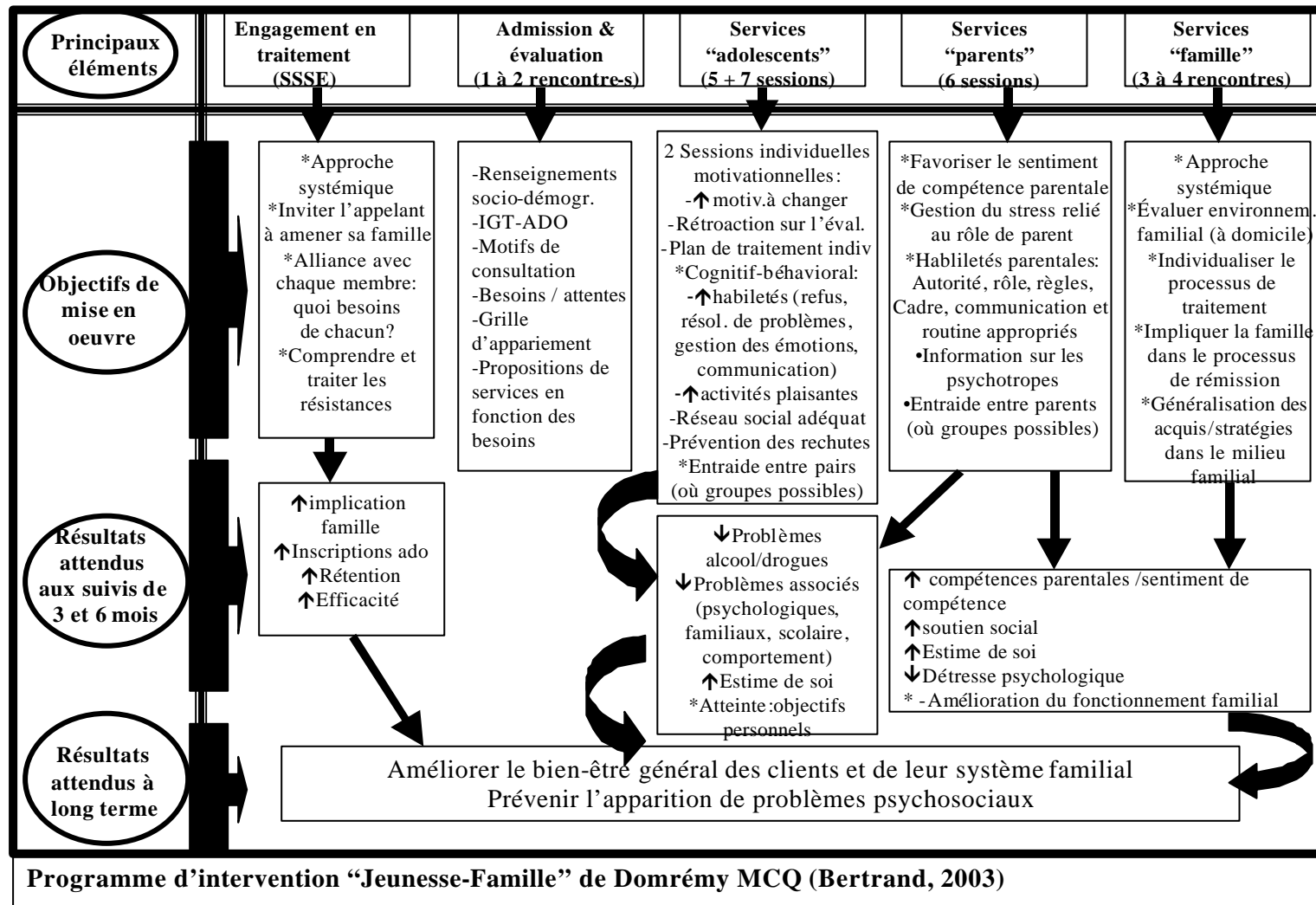
Échelle d'atteinte de buts

Entrevue de suivi: Date _____

	<i>Buts thérapeutiques</i>				
Niveaux d'atteinte de buts	But 1	But 2	But 3	But 4	But 5
Significativement <i>au-dessous</i> des attentes (-2)					
Légèrement <i>au-dessous</i> des attentes (-1)					
Niveau d'atteinte de but <i>attendu</i> (0)					
Légèrement <i>au-dessus</i> des attentes (+1)					
Significativement <i>au-dessus</i> des attentes (+2)					
Commentaires:					

ANNEXE 2

**Modèle du nouveau programme « Jeunesse-Famille »
proposé à Domrémy MCQ**



Le programme “Jeunesse-Famille” de Domrémy MCQ: basé sur 3 protocoles d’intervention du CYT et comprenant des composantes du SSSE

A.) Ces trois protocoles du *Cannabis Youth Treatment project* (CYT) sont conçus pour être utilisés ensemble:

- 1) Sampl, S. & Kadden, R. (2002). Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions. Cannabis Youth treatment Series, volume 1. Rockville, MD: Department of Health and Human Services/ Center of Substance Abuse Treatment.
- 2) Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y. & Kadden, R. (2002). The motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy supplement: 7 sessions of cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users. Cannabis Youth treatment Series, volume 2. Rockville, MD: Department of Health and Human Services/ Center of Substance Abuse Treatment.
- 3) Hamilton, N.L., Bunch B.L., Tims, F.M., Angelovich, N. & McDougall, B. (2002). Family support network for adolescent cannabis user. Cannabis Youth treatment Series, volume 3. Rockville, MD: Department of Health and Human Services/ Center of Substance Abuse Treatment.

****À noter que ces protocoles prennent en compte à la fois l’alcool et le cannabis et ont été montrés efficace pour des jeunes présentant des problèmes de polytoxicomanie; À Domrémy MCQ, le cannabis s’avère le principal psychotrope problématique (91% des jeunes) et est toujours présent lorsqu’il y a polytoxicomanie; les problèmes d’alcool sans autre problème de drogues touchent seulement 4% de notre clientèle adolescente.

B.) Des composantes du *Strategic Structural System Engagement* (SSSE) seront utilisées en vue d’augmenter l’implication de la famille dans le traitement des adolescents et pour augmenter le nombre d’adolescents dans nos services:

- 1) Szapocznick, J. & Kurtines, W.M. (1989). Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth. New York: Springer Publishing Company.

Annexe 3

Objectifs du protocole de recherche

Objectifs du projet

Objectif général:

Évaluer l'implantation et l'efficacité du nouveau programme d'intervention «Jeunesse -Famille » destiné aux adolescents qui abusent de substances et à leurs parents.

Volet A : Évaluation du processus

I. Au cours de l'implantation du programme :

- 1- Évaluer le degré de fidélité au programme (protocole clairement défini) des interventions réalisées auprès des adolescents et des parents inscrits dans les services de Domrémy MCQ;
- 2- Décrire le profil de la clientèle (parents et adolescents) inscrite au programme «Jeunesse-Famille » de Domrémy MCQ et le comparer avec le profil de la clientèle des années antérieures (décembre 2000 à février 2002)
- 3- Explorer la perspective subjective des adolescents et de leurs parents au sujet du nouveau programme «Jeunesse-Famille »: quels ont été les aspects aidants et appréciés?; les obstacles ou les aspects inutiles?; les gains et les désavantages découlant de leur démarche?; quelles sont leurs suggestions pour améliorer les services offerts?
- 4- Explorer la perspective subjective des intervenants liée à leur expérience de l'implantation du nouveau programme : qu'ont-ils appréciés?; que considèrent-ils qui soient efficaces?; quels ont été les obstacles rencontrés?; quels sont les ajustements nécessaires?

II. Au cours de l'évaluation de l'efficacité du programme (suite à l'évaluation de l'implantation):

- 1- Décrire le profil de la clientèle (parents et adolescents) inscrite au programme «Jeunesse-Famille » de Domrémy MCQ et ayant accepté de participer à la recherche (analyser les différents instruments de mesure à l'admission en traitement); explorer si le profil des adolescent et des parents qui abandonnent après 3 heures ou moins de traitement se distingue de celui des autres participants; explorer si le profil des adolescents dont la famille ne peut pas ou refuse de s'impliquer dans le traitement se distingue de celui des autres.
- 2- Explorer comment les adolescents s'expliquent leur processus de changement, à partir de leur perspective subjective. Quelle est leur trajectoire de consommation et comment a-t-elle variée au cours de leur vie (initiation, progression, diminution, interruption et rechutes), à partir de l'initiation au premier psychotrope consommé jusqu'au suivi de 6mois suite à leur admission à Domrémy MCQ? Quels facteurs, qu'ils soient reliés au traitement ou non, sont

associés à ces variations selon eux? Quels services ont-ils reçus en lien avec leurs problèmes de consommation et quel rôle ces services ont joué dans leur vie?

Volet B : Évaluation des résultats du nouveau programme « Jeunesse-Famille »

I. Vérifier les hypothèses suivantes :

- 1- Les adolescents inscrits au programme présenteront, lors du suivi de 3 et 6 mois, en comparaison au moment de leur admission en traitement, une diminution de leur consommation de psychotropes, de leurs problèmes scolaires, familiaux et psychologiques, une hausse de leur estime de soi, une diminution de leurs problèmes de comportement et ils réussiront à atteindre leurs objectifs de changement personnels.
- 2- Les parents inscrits au programme présenteront, lors du suivi de 3 et 6 mois, en comparaison au moment de leur admission en traitement, une amélioration de leurs compétences parentales, de leur soutien social et de leur fonctionnement familial, une hausse de leur estime de soi et une diminution de leur détresse psychologique.
- 3- Chez les adolescents, un plus grand nombre d'heures de services reçus et un niveau élevé de motivation au changement en début de démarche permettra de prédire le succès thérapeutique alors qu'une histoire de maltraitance et un niveau élevé de problèmes psychologiques et familiaux en début de démarche prédira de moins bons résultats thérapeutiques (voir l'hypothèse 1 pour les critères de succès thérapeutique)
- 4- Chez les parents, un plus grand nombre d'heures de services reçus, un meilleur soutien social et un niveau moins élevé de détresse psychologique lors l'admission en traitement permettra de prédire chez ceux-ci de meilleurs résultats thérapeutiques (voir l'hypothèse 2 pour les critères de succès thérapeutique)

II. Explorer les différences entre les divers sous-groupes (adolescents seulement –refus des parents de participer-, parents seulement –refus de l'adolescent de participer-, parents et adolescents en traitement) au plan des différentes variables de succès thérapeutique.

Volet C: Évaluation de la satisfaction de la clientèle (parents et adolescents) et des partenaires de Domrémy MCQ (volet exclu de la demande de subvention, sera réalisé suite aux volets A et B)

- 1- Décrire le niveau de satisfaction des adolescents, des parents et des partenaires (milieux scolaires, CLSC, milieux communautaires, centres jeunesse, etc.) face à un ensemble d'aspects spécifiques du programme «Jeunesse-Famille » et globalement face à l'ensemble des services.
- 2- Vérifier si la satisfaction des adolescents, parents et partenaires s'est améliorée en comparaison des résultats de l'évaluation de leur satisfaction concernant l'ancien programme ayant été obtenus au cours de l'année 2002