

INFORMATIONS SUR
LE CONTINUUM DE SERVICES ET
LES MESURES DISCIPLINAIRES
EN SUPPORT AU DÉVELOPPEMENT
DE POLITIQUES ÉCOLES
DANS LE DOMAINE DES TOXICOMANIES

préparé par

Robert Peterson

Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et
de services sociaux de Lanaudière

Décembre 2004

Conception et rédaction : Robert Peterson

Lecture et mise en page : Josée Charron

Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

Peterson, Robert. *Informations sur le continuum de services et les mesures disciplinaires en support au développement de politiques écoles dans le domaine des toxicomanies*. Saint-Charles-Borromée, Direction de santé publique et d'évaluation. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, décembre 2004, 71 p.

On peut se procurer un exemplaire de ce document en communiquant à la :

Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière
1000, boul. Ste-Anne
Saint-Charles-Borromée, Québec J6E 6J2
Tél. : (450) 759-1157, poste 4294

Pour toute information supplémentaire concernant ce document, communiquez avec :

Robert Peterson, agent de planification et de programmation
Tél. : (450) 759-1157, poste 4432
Courriel : robert_peterson@ssss.gouv.qc.ca

Cote Santécom :14-2004-015
Dépôt légal : ISBN : 2-89475-214-8
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Quatrième trimestre 2004

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma reconnaissance aux personnes suivantes qui ont accepté de lire et de commenter la version préliminaire de ce document.

- | | |
|-----------------------------|---|
| • Sylvie Anctil, | Commission scolaire des Samares |
| • Diane Arsenault, | Le Tremplin |
| • Andréanne Beaudry, | CLSC-CHSLD Meilleur |
| • Francine Benoît, | CLSC Lamater |
| • Estelle Boisvert, | Commission scolaire des Samares |
| • Isabelle Claude, | Uniatox des Moulins |
| • Claude Danis, | Commission scolaire des Samares |
| • Chantale Dénommée, | Le CLIP |
| • Louise Despard-Léveillé, | Commission scolaire des Affluents |
| • Mariève Fortin, | Commission scolaire des Affluents |
| • Karine Fréchette, | Commission scolaire des Samares |
| • Yves Grondin, | Commission scolaire des Samares |
| • Christiane Lachaine, | Commission scolaire des Affluents |
| • Renée Lafrenière, | CLSC-CHSLD Meilleur |
| • Anne-Marie Lamothe, | Uniatox des Moulins |
| • Ginette Lampron, | Direction de santé publique et d'évaluation |
| • Stéphanie Lapointe, | Le Réseau communautaire d'aide aux alcooliques
et autres toxicomanes |
| • Cynthia Léveillé, | Le CLIP |
| • Marie-Christine Marcotte, | CLSC Lamater |
| • Manon Massé, | Uniatox des Moulins |
| • Lise Ouellet, | Direction de santé publique et d'évaluation |
| • Lysandre Ouimet, | Le Réseau communautaire d'aide aux alcooliques
et autres toxicomanes |
| • Pierre Poulin, | CLSC-CHSLD D'Autray |
| • Marie-Claude René, | Direction de santé publique et d'évaluation |
| • Jean-Pierre Ricard, | Commission scolaire des Samares |
| • Nicole Ross, | Commission scolaire des Samares |
| • Julie Rousseau, | Le CLIP |
| • Sébastien Trudel, | Commission scolaire des Samares |
| • Isabelle Turgeon, | CLSC Joliette |
| • Guy Vermette, | Service de consultation Marijan |

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
AVANT-PROPOS.....	vii
INTRODUCTION	1
1. LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DANS LE DOMAINE DES TOXICOMANIES	3
2. LE DÉPISTAGE.....	13
3. LA CONFIDENTIALITE ET LA PARTICIPATION DES PARENTS.....	17
4. L'INTERVENTION PRÉCOCE	19
5. LA RÉADAPTATION.....	25
6. LES MESURES DISCIPLINAIRES	31
7. CONCLUSION.....	37
DOCUMENTS CONSULTÉS.....	39
ANNEXE 1: LES INTERVENTIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ AUPRÈS DES JEUNES DANS LE DOMAINE DES TOXICOMANIES	43
ANNEXE 2 : DEP-ADO	47
ANNEXE 3 : PLAN D'INTERVENTION PRÉCOCE EN TOXICOMANIES	61

AVANT-PROPOS

C'est dans le cadre des travaux du Comité régional de coordination en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies (CRC-PP) que la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPÉ) de Lanaudière a préparé ce document d'information. La démarche proposée se situe dans la perspective du virage préventif que doivent effectuer les réseaux de la santé et de l'éducation et s'inscrit dans les orientations récentes qui interpellent les deux réseaux : entente de complémentarité des services et développement de l'approche École en santé.

La Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière (DSPÉ) exerce ses responsabilités au regard de la prévention des toxicomanies, du dépistage et de l'intervention précoce à travers une série d'actions et d'activités menées de concert avec ses principaux partenaires. Ainsi, la Direction de santé publique et d'évaluation :

- veut, avec ses partenaires, participer à l'émergence dans la région d'une vision globale et cohérente des interventions dans le domaine des toxicomanies auprès des enfants, des adolescents et de leurs parents ;
- propose et convient avec ses partenaires du réseau de la santé de la contribution qu'elle attend d'eux, dans le respect des responsabilités de chacun ;
- crée des conditions facilitantes pour permettre aux partenaires d'assurer leurs responsabilités ;
- s'assure de la qualité (pertinence, cohérence et partenariat) des activités préventives par la coordination, le suivi, le support et la formation ;
- met à jour les interventions ou programmes efficaces en prévention des toxicomanies ;
- encourage et supporte, au niveau local, la planification et la coordination des activités préventives, de dépistage et d'intervention précoce en milieu scolaire et hors-scolaire.

La présent document d'information sur le continuum de services et les mesures disciplinaires répond à un besoin exprimé, tant par le personnel des établissements scolaires que par les intervenants du réseau de la santé. Plusieurs questions sont soulevées régulièrement concernant les différentes composantes du continuum de services en toxicomanies, les mandats des différents acteurs, leur rôle et leur place, etc. Notre objectif n'est pas ici de répondre à toutes les questions, mais plutôt de proposer des repères qui permettront, nous le souhaitons, de mener à bien les projets de concertation des principaux acteurs en toxicomanies présents dans les établissement scolaires.

Depuis la publication des dernières orientations en prévention des toxicomanies du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2001), l'expression « consommation inappropriée » remplace l'expression « usage abusif ». Le MSSS définit ainsi la **consommation inappropriée** de psychotropes : « usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique ou social, bref un usage qui, selon la personne, la substance et le contexte, constitue une menace pour la santé, la sécurité ou le bien-être des individus, de l'entourage ou de la collectivité » (p. 11). Dans le cadre de ce document d'information, **la consommation de psychotropes à l'école est une des manifestations d'une consommation inappropriée.**

INTRODUCTION

Une politique école complète et cohérente en matière de psychotropes insiste sur l'importance de rejoindre tous les élèves de l'école en fonction du niveau de risque que chacun présente. Pour atteindre l'ensemble de ses objectifs, l'école a donc tout avantage à connaître les ressources de son milieu et à se concerter avec les partenaires qui partagent une vision commune et qui sont prêts à s'impliquer dans l'une ou l'autre des composantes de la politique école. Le présent document d'information présente les différents éléments du continuum de services en toxicomanies tel que déployé dans la région de Lanaudière. Il est complémentaire au document « Le développement de politiques écoles dans le domaine des toxicomanies dans Lanaudière » qui lui propose une démarche de planification, des principes directeurs, des objectifs généraux ainsi que des suggestions au niveau des rôles et responsabilités des principaux acteurs concernés. La concertation et l'approche globale en toxicomanie sont aussi présentées comme étant des conditions favorables au développement des politiques écoles.

Vous élaborez ou révisiez votre politique école en matière de psychotropes et vous voulez en savoir davantage sur :

- ☒ la prévention, rendez-vous à la page 3.
- ☒ le dépistage, transitez par la page 13.
- ☒ la confidentialité et la participation des parents, allez discrètement à la page 17.
- ☒ l'intervention précoce, sautez à la page 19.
- ☒ la réadaptation, allez à la page 25.
- ☒ les mesures disciplinaires, filez à la page 31.

1. LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DANS LE DOMAINE DES TOXICOMANIES

Cette partie traite des activités de prévention. Les informations sont regroupées sous les sous-titres suivants : Les fondements de la prévention, Les stratégies préventives, Buts et objectifs du programme de prévention et Les intervenants.

Définition de la prévention dans le domaine des toxicomanies¹

Agir en amont des problèmes liés à la consommation inappropriée de psychotropes par l'utilisation des trois stratégies préventives (influence, développement des compétences et aménagement des milieux de vie). La réduction des risques se traduit par des actions sur les déterminants de la santé et du bien-être (ex. : facteurs de protection et de robustesse) et sur les facteurs de risque.

La pierre angulaire des programmes de prévention en milieu scolaire est l'éducation. Un programme de prévention peut être adapté à partir des activités et programmes existants préparés par les organismes communautaires spécialisés en prévention des toxicomanies. Adapté aux étapes de développement des élèves et à leurs habitudes de consommation, un bon programme de prévention s'applique à tous les niveaux. Le programme ne devrait pas être restreint aux effets sur la santé. Les formules les plus efficaces conjuguent l'utilisation de plus d'une stratégie qui tiennent compte de la variété des expériences individuelles, de l'existence de multiples causes et facteurs en jeu et des distinctions à établir entre les différents types de consommateurs.

La prévention dans le domaine des toxicomanies réalisée à l'école fournit la possibilité de prévenir à la fois toute une série de problèmes scolaires et comportementaux (i.e. démotivation, absentéisme, baisse de performance scolaire, échec ou décrochage scolaire).

¹ Tiré de : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière (2004).

1.1 Les fondements de la prévention

La prévention veut rejoindre l'ensemble des élèves avant l'apparition des problèmes liés à l'usage inapproprié des psychotropes. Elle s'appuie sur des interventions qui consistent à agir sur les facteurs de risque prédisposant les jeunes à l'usage inapproprié de psychotropes.

Facteur de risque² :

Condition ou événement global ou spécifique qui met une personne ou un groupe de personnes à risque de développer des problèmes liés à un usage inapproprié de substances psychotropes. Lorsqu'une personne ou un groupe de personnes sont à risque, ils le deviennent souvent pour plusieurs types de problèmes.

La clé de la prévention réside dans l'anticipation et celle-ci se fonde sur la compréhension des facteurs qui prédisposent à l'apparition des problèmes.

La prévention s'adresse à l'ensemble des élèves de l'école. Elle vise non seulement une transmission d'informations, mais surtout à encadrer ces connaissances dans le sens d'une responsabilisation des élèves. L'objectif ultime étant qu'ils puissent effectuer des choix individuels et éclairés quant à leur conduite et à leurs comportements de consommation de psychotropes.

La prévention dans les écoles s'adresse à des élèves qui n'ont pas de problèmes avec les psychotropes et qui majoritairement n'en développeront pas. Plus particulièrement les élèves qui sont **abstinents** ainsi que ceux qui ont une consommation **exploratoire** ou **occasionnelle**.

Une approche globale³ basée sur des comportements responsables et de l'information adéquate s'avère nécessaire pour rehausser l'autonomie des élèves à faire des choix. Cette approche vise plus spécifiquement à susciter des attitudes saines quant à l'usage des psychotropes et à promouvoir la santé par le contrôle personnel et la modération, dont

² Tiré de : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière (2004).

³ Voir Peterson (2004), p. 17-19.

dépend la qualité de vie. Celle-ci s'oppose donc à tout bannissement recherché sous prétexte de protéger les élèves contre les risques de la vie. Une approche globale du phénomène des toxicomanies ne signifie pas être en faveur de l'usage des psychotropes mais plutôt comprendre :

- le vécu et les caractéristiques des élèves ;
- la variété des expériences individuelles ;
- l'existence de multiples causes et facteurs liés à la consommation inappropriée ;
- les différences entre les types de consommateurs.

Une approche préventive favorisant l'ouverture d'esprit, l'éducation au respect, à la collaboration et au partage est à privilégier.

L'éducation dispensée en regard des psychotropes vise à aider l'élève à prendre des décisions personnelles éclairées.

Les intervenants du milieu scolaire devraient comprendre les tendances générales de la consommation d'alcool et de drogues chez les élèves afin de se donner une idée réaliste des priorités. De nombreux intervenants scolaires, par exemple, croient que le cannabis et les autres drogues illicites constituent les substances les plus consommées par les élèves et que la politique école devrait donc leur accorder une plus grande importance. **Cette perception ne correspond pas aux faits.**

L'alcool est le psychotrope le plus couramment utilisé. Et parmi les consommateurs d'alcool et de psychotropes, une minorité en consomme à des niveaux potentiellement dangereux. Les données les plus récentes suggèrent que la consommation excessive d'alcool constitue de loin le plus grand danger pour le bien-être des élèves. Après le tabac, le cannabis se classe au troisième rang et les autres drogues très loin derrière. Ceci ne veut pas dire que les problèmes liés à ces substances devraient être ignorés. Mais cela met en perspective la contribution relative de chaque type de psychotropes à l'ensemble du phénomène.

1.2 Les stratégies préventives

Dans Lanaudière, la prévention s'actualise au travers de trois stratégies : l'influence, le développement des compétences et l'aménagement des milieux de vie.

1.2.1 Première stratégie : L'influence

Stratégie de socialisation qui comporte un ensemble d'activités de sensibilisation allant de la diffusion d'information à des efforts plus structurés de persuasion visant à modifier les attitudes et les connaissances d'une personne, d'un groupe, d'une communauté ou de décideurs dans une direction donnée. Elle vise à offrir une information et des exemples qui misent sur la responsabilisation des individus et la modification de leurs attitudes et de leurs connaissances, ainsi que sur celles d'une communauté ou de décideurs⁴.

L'information concernant l'usage des psychotropes doit être factuelle (objective et bien documentée), valide (exactitude des faits rapportés), critique (globale et honnête), accessible et positive (exempte de tout préjugé) et axée vers l'optique d'une perspective réaliste de l'usage des psychotropes. Elle doit, de plus, être adaptée au niveau de maturation, aux connaissances et à l'expérience des élèves. La transmission de l'information doit tenir compte de la capacité de compréhension et d'absorption de connaissances des élèves sans négliger aucune information pertinente.

⁴ Tiré de : Agence régionale de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière (2004).

Faut-il faire peur ou rassurer⁵ ?

Il importe surtout d'être objectif ! On peut néanmoins distinguer plusieurs situations.

- La peur peut être dissuasive en certaines circonstances. On l'a vu pour des campagnes de prévention routière : montrer des accidents, des victimes a dans un premier temps une certaine efficacité. Mais on s'habitue à l'horreur, et pour maintenir l'efficacité de ces campagnes il semble qu'il faille aller toujours plus loin, ce qui contribue en fin de compte à banaliser la violence de l'accident et l'horreur de ses conséquences. Par ailleurs, s'appuyer sur la peur est contre-productif, lorsque la personne à qui l'on s'adresse n'a qu'une expérience positive des effets des produits, ou bien se sent invulnérable, comme c'est souvent le cas à l'adolescence.
- Rassurer quant aux dangers des produits peut *a contrario* être utile lorsque l'on s'adresse à des parents qui pensent leur enfant perdu parce qu'il a « touché à la drogue ». Aux parents aussi il faut donner les informations les plus fiables possible quant aux produits, et aussi quant aux aides dont ils peuvent eux-mêmes bénéficier : il n'y a pas de situation désespérée, et on peut toujours aider des parents à aider leur enfant.
- Quant aux adolescents, la crédibilité de celui qui donne l'information repose sur son objectivité : il n'y a pas de pire situation que la délivrance d'une information que l'on sait fausse (c'est une insulte à l'intelligence !) qui, de plus, ne rencontre pas l'expérience personnelle des adolescents.

L'information et les perspectives réalistes ne sont pas des moyens suffisants à l'atteinte de l'objectif général de prévention des conséquences liées à l'usage inappropriée des psychotropes. La communication de l'information et de la théorie est un moyen essentiel mais non suffisant pour amener les élèves à devenir davantage autonomes et responsables.

⁵ Extrait de Hervé et Morel (2002), p. 120.

« Une information correcte aux enfants concernant les produits et leurs effets est utile, mais elle ne suffit pas. La prévention et la promotion de la santé résident davantage dans le quotidien que dans le spectaculaire; elle s'alimente au fil des émotions et des expériences, autorisées et partagées, plutôt que dans le court terme sensationnel » (Beauchesne, 2001, p. 6).

1.2.2 Deuxième stratégie : Le développement des compétences personnelles et sociales

Stratégie de socialisation qui comporte un ensemble d'activités visant à accroître les habiletés de la personne ou du milieu de vie afin de la rendre apte à faire face aux situations de la vie de tous les jours et à se prendre en charge. Elle vise également à favoriser l'affirmation de soi, la résistance aux pressions négatives des pairs, la résolution de problèmes et la prise de décision⁶.

La consommation inappropriée de psychotropes est considérée comme le symptôme de difficultés plus fondamentales qu'éprouvent certains élèves à gérer leur vie, à résoudre des problèmes, à acquérir de l'autonomie, etc. Les élèves doivent donc posséder certaines ressources et habiletés pour réussir à affronter les problèmes et les diverses situations auxquels ils se trouvent confrontés dans leur quotidien.

Par exemple :

- estime de soi positive ;
- capacité de résolution de problèmes ;
- résistance à la pression des pairs ;
- clarification des valeurs ;
- augmentation du sentiment de contrôle sur sa propre vie et sur son environnement.

La responsabilité de la décision au sujet de la consommation de psychotropes repose entièrement sur l'élève, ses motivations, ses croyances et ses valeurs.

La capacité de prendre des décisions sous-tend un éventail de choix. Il ne s'agit pas de dire aux élèves quelle décision ils doivent prendre. On doit plutôt leur soumettre des situations réelles (intervention par anticipation) devant lesquelles ils risquent de se

⁶ Tiré de : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière (2004).

retrouver un jour ou l'autre et de voir, avec eux, objectivement, quelles seront les conséquences (positives et négatives, favorables et défavorables à leur santé et à leur bien-être) qu'ils auront à assumer face au(x) choix posé(s). L'objectif visé doit être de leur faciliter des choix qui correspondent à leurs intérêts et à leurs besoins, ce qui leur donnera le sentiment et le pouvoir d'avoir prise sur eux-mêmes. C'est ce que nous considérons être un choix sain.

« L'éducation aux choix responsables, pour être durable, doit ménager les deux pôles de la sensibilité enfantine : les besoins d'appartenance et d'opposition. Ces besoins, apparemment contradictoires, sont complémentaires et gages de la maturité de l'enfant. D'une part, il recherche l'approbation de ses parents, des adultes assimilés et du groupe de ses pairs, en se conformant à leurs préceptes ; d'autre part, il a besoin d'affirmer son avis, quitte à se démarquer, car il perçoit dans cette exigence la promesse de son autonomie et de liberté. Cette opposition se résoudra après l'adolescence, quand il assumera mieux ses pensées, ses actes et ses dires, tout en restant loyal vis-à-vis de son histoire et de son passé » (Beauchesne, 2001, p. 37).

1.2.3 Troisième stratégie : L'aménagement des milieux de vie

Stratégie de socialisation qui comporte un ensemble d'activités visant à modifier les milieux de vie (ex. : famille, école, loisirs) de façon à offrir des alternatives ou des ressources susceptibles de mieux répondre aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des individus. Elle vise également à réduire les sources de stress et à développer des liens de solidarité et un sentiment d'appartenance⁷.

L'aménagement de l'école comme milieu de vie est une stratégie préventive très rentable mais peu exploitée. Se doter d'une politique école claire et complète en matière de toxicomanies est une bonne façon de s'inscrire dans cette stratégie.

L'aménagement des milieux de vie nous rappelle que certains environnements favorisent l'usage inappropriée des substances psychotropes. La famille, les pairs et l'école peuvent, à

⁷ Tiré de : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière (2004).

cet égard, représenter des facteurs de risque environnementaux. Des milieux trop laxistes ou, à l'opposé, qui ont tendance à marginaliser et à être répressif renvoient très souvent les consommateurs vers des choix de vie marqués par le désœuvrement et l'exclusion.

L'école peut se donner des objectifs d'aménagement de milieu à travers les suggestions suivantes :

- Rendre l'école plus adaptée aux besoins et aux aspirations des élèves, de façon à réduire les facteurs de stress et de révolte et d'améliorer la qualité de vie.
- Faire en sorte que les conditions du milieu soient les plus avantageuses pour chacun, conduisant avec le plus de probabilité à la santé optimale.
- Réserver des lieux d'expression et de réalisation personnelle à l'intérieur de l'école.
- Aider les élèves à acquérir des réponses adéquates face à l'offre de psychotropes.
- S'attarder aux facteurs environnementaux favorisant ou non une consommation inappropriée de psychotropes.
- S'assurer que les élèves ont accès à des alternatives à la consommation inappropriée de psychotropes, particulièrement à l'extérieur des heures de cours (périodes libres, heures du dîner, etc.).

1.3 Buts et objectifs du programme de prévention

Bien que les buts peuvent varier d'une école à l'autre, l'objet principal du programme de prévention doit être de réduire le nombre de problèmes liés à la consommation inappropriée de psychotropes par les élèves. Le but suivant pourrait être considéré comme piste de départ :

Le programme de prévention a pour but de réduire le nombre de problèmes liés à l'usage inapproprié de psychotropes par la mise en œuvre d'un programme éducatif de prévention et d'autres activités connexes.

Ce but étant fixé, les écoles peuvent formuler des objectifs plus précis, par exemple :

- Inculquer aux élèves des sentiments positifs d'estime de soi et de compétence personnelle.
- Aider les élèves à apprendre à différencier les effets positifs attendus des effets nocifs des psychotropes.
- Donner aux élèves des connaissances précises sur les usages « peu risqués » et « risqués » de l'alcool.
- Aider les élèves à comprendre que la consommation inappropriée de psychotropes peut entraîner des conséquences néfastes sur le plan de la santé, sur le plan social, sur le plan scolaire, personnel et juridique, et que ces conséquences sont graves et indésirables.

- Donner aux élèves le sentiment qu'ils sont personnellement susceptibles d'être soumis aux conséquences d'une utilisation à risque ou inappropriée de psychotropes.
- Réduire les niveaux de consommation et les pratiques à risque parmi les élèves qui consomment des psychotropes.
- Aider les élèves à acquérir des aptitudes efficaces de prises de décision et de communication.

La responsabilisation de l'élève : une alternative intéressante

Il s'agit d'une démarche permettant d'atteindre les objectifs suivants :

- Informer les élèves sur les conséquences de la consommation inappropriée des psychotropes.
- Responsabiliser les élèves à l'égard des choix de vie susceptibles de menacer leur propre bien-être et leur santé.
- Favoriser l'accroissement de l'estime de soi en renforçant les habiletés personnelles et sociales, telles la connaissance de soi, la communication, l'affirmation de soi et la capacité de faire des choix et de résister aux pressions des pairs.
- Amener les élèves à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin.

L'élève peut alors faire des choix éclairés et réfléchis et s'assurer ainsi d'une meilleure qualité de vie.

Les écoles peuvent établir des objectifs particuliers pour chaque niveau. Pris dans leur ensemble, les objectifs devraient montrer la progression du programme de prévention à chaque niveau scolaire.

Ainsi, un programme complet de prévention est un programme cumulatif, les enseignements d'une année venant compléter et renforcer ceux des années précédentes. Il est lié aux stades de développement des élèves et mis en parallèle avec les habitudes de consommation de psychotropes afin que les activités s'adressent au groupe d'âge concerné.

Un bon programme de prévention est un programme étendu, touchant une variété de sujets et exploitant chacune des trois stratégies (influence, développement des compétences et aménagement des milieux de vie). Il peut être complété par diverses activités informelles qui renforcent les activités réalisées en classe. Il peut y avoir des activités dans le cadre de la semaine nationale de prévention des toxicomanies, des activités de sensibilisation, des concours d'affiches, des activités spéciales, des sorties et des activités faisant appel

aux parents. Les efforts de prévention peuvent proposer et favoriser l'adoption d'attitudes et de comportements positifs.

Finalement, les activités de prévention dans le domaine des toxicomanies doivent être développées et être en lien avec le plan de réussite et le projet éducatif de l'école.

La création d'un programme de prévention efficace demande plus de temps et d'énergie que n'importe quelle autre partie de la mise en œuvre d'une politique école en matière de psychotropes. Mais il s'agit d'un investissement crucial. En fin de compte, la prévention est la façon la plus efficace de traiter des problèmes liés à la consommation inappropriée de psychotropes. S'ils sont bien informés, les élèves eux-mêmes deviendront les meilleurs alliés de l'école dans le domaine de la prévention.

1.4 Les intervenants

Les organismes communautaires spécialisés en toxicomanies sont identifiés par la Direction de santé publique et d'évaluation pour assumer le leadership local en matière de concertation en lien avec l'application des mesures prévues dans les plans d'action triennaux en prévention des toxicomanies.

2. LE DÉPISTAGE⁸

Malgré les efforts de prévention, il y aura toujours des élèves qui auront une consommation inappropriée d'alcool ou des autres psychotropes et à risque de développer des problèmes. Une stratégie d'intervention précoce a pour but de réduire autant que possible l'utilisation inappropriée des psychotropes et les problèmes qui peuvent en découler. Une politique école complète en matière de psychotropes permet de faire face à cette situation en prévoyant un mécanisme de dépistage qui permet d'identifier les élèves susceptibles de développer des problèmes liés à un usage inapproprié et d'introduire des mesures d'intervention adaptées au niveau de risque et de problèmes des élèves.

Dans le domaine des toxicomanies, le dépistage consiste à ce qu'un intervenant se prononce sur la probabilité qu'un élève présente ou soit à risque de présenter un problème lié à la consommation inappropriée de substances psychotropes et, en conséquence, à préciser le type d'intervention que sa condition générale requiert. Cette stratégie vise à évaluer le niveau de risque et à orienter l'élève à risque ou présentant un problème afin d'intervenir le plus précocement possible (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2004).

Le dépistage est une stratégie d'évaluation brève aux fins d'orientation vers la ressource adaptée au niveau de risque et de problèmes de l'élève.

Pour ce faire, les orientations régionales⁹ relatives au dépistage des élèves comportent les éléments suivants :

- l'implication des équipes-école en vue d'amener le jeune à un service d'aide. Ce qui va au-delà des pratiques courantes aux fins de repérage et de déclaration d'infraction aux règlements ;
- l'application d'un dépistage adapté aux élèves, selon certaines caractéristiques qui les distinguent, afin de les rejoindre et de faciliter l'accès aux activités ou aux services que requièrent leurs conditions ;
- le maintien et la promotion de l'utilisation de l'outil de dépistage DEP-ADO¹⁰ développé par le RISQ pour la clientèle jeunesse ;
- s'assurer que les intervenants aient la formation nécessaire pour développer la sensibilité ainsi que pour disposer des outils, des indicateurs ou de questions spécifiques afin de procéder au dépistage. Cette formation devrait comporter une

⁸ Largement inspiré de Cormier, Brochu et Bergevin (1991).

⁹ Voir Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière (2004).

¹⁰ Voir Annexe 2.

information concernant les services disponibles et elle devrait être reconduite périodiquement pour répondre aux besoins de mise à jour.

Cependant, le dépistage doit être distingué du repérage. Le repérage implique des objectifs, des stratégies, des moyens et des interventions qui sont différents de ceux du dépistage. Le repérage consiste à être à l'affût, de déceler et d'intercepter l'élève en train de transgresser une règle ou de commettre une infraction. Le but est le signalement aux autorités pour qu'il réponde de ses gestes. L'intervention consiste en une sanction en rapport avec l'effraction commise. Ce type d'intervention met en priorité les besoins de l'établissement avant ceux de l'élève. Dans certains cas, le repérage peut être une mesure qui va à l'encontre des valeurs véhiculées dans ce document.

Les élèves qui sont susceptibles de développer des problèmes liés à l'usage inapproprié de psychotropes peuvent être encouragés à demander de l'aide eux-mêmes ou être dépistés par le personnel de l'école ou leurs parents. Un intervenant désigné (intervenant pivot¹¹) reçoit les élèves qui lui sont référés et, lors d'une première rencontre, établit s'ils nécessitent une intervention particulière liée à leur consommation de psychotropes. Pour les problèmes mineurs, l'intervenant peut offrir à l'élève de le rencontrer afin de l'aider à faire le point sur sa situation. Pour les problèmes plus graves, il peut référer aux ressources spécialisées en toxicomanies de la communauté (organismes communautaires, CLSC, Le Tremplin). Cette orientation doit dépendre de la gravité de la situation, du profil de consommation de l'élève et des facteurs de risque qu'il présente.

Le dépistage en tant que tel ne nécessite pas l'établissement d'un processus de relation d'aide avec l'élève.

L'objectif est l'identification d'une ou de plusieurs difficultés (facteurs de risque) associées à l'usage inapproprié de psychotropes.

Il est important à cette étape de considérer l'ensemble des facteurs de risque, c'est-à-dire les facteurs d'ordre personnel, d'ordre familial ou d'ordre socioculturel et environnemental. Pour ce faire, il faudra probablement que l'intervenant pivot¹¹ prenne le temps d'explorer divers aspects de la vie de l'élève, du dossier scolaire et de travailler avec les parents. À ce stade, l'intervention de l'école ne devrait pas se limiter à une seule rencontre avec l'élève mais ouvrir sur la possibilité qu'il y ait un certain approfondissement en fonction des difficultés rencontrées par l'élève.

¹¹ Voir Peterson, 2004, p. 14.

Ensuite, il s'agit de prendre une décision quant à la pertinence d'avoir recours aux différents types d'intervention disponibles ou accessibles (programme de prévention, référence, évaluation psychosociale plus approfondie, suivi, groupe de support et d'entraide, intervention précoce, réadaptation¹²).

2.1 La notion d'élève à risque

Des efforts importants doivent être faits par les intervenants de différents réseaux qui sont amenés à travailler en étroite collaboration. Un défi important consiste à clarifier l'utilisation et la portée du vocabulaire utilisé. La notion de risque, et plus précisément d'élèves ou de jeunes à risque doit être clarifiée car elle n'a pas la même portée, par exemple, pour le réseau de l'Éducation que pour celui de la Santé et des Services sociaux.

Pour sa part, le MEQ définit ainsi les « élèves à risque » :

Les élèves à risque sont des élèves à qui il faut accorder un soutien particulier parce qu'ils présentent :

- des difficultés pouvant mener à un échec ;
- des retards d'apprentissage ;
- des troubles émotifs ;
- des troubles du comportement ;
- un retard de développement ou une déficience intellectuelle légère.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'élève à risque de consommation inappropriée de psychotropes est celui appartenant à un des profils¹³ suivants : consommation occasionnelle avec présence d'autres facteurs de risque, consommation régulière, consommation abusive et surconsommation. La section suivante suggère une méthode d'évaluation du risque chez les élèves.

2.2 L'évaluation du risque

L'organisme Recherche et Interventions sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ) a développé un outil d'évaluation sommaire (DEP-ADO¹⁴) qui permet d'évaluer le niveau de risque de l'élève selon trois profils. Cet outil doit être disponible aux personnes qui seront mandatées pour évaluer le profil de risque des élèves et de les référer sur la base de cette évaluation.

¹² Voir Annexe 1.

¹³ Voir Annexe 1.

¹⁴ Voir Annexe 2.

Suite à un dépistage et à une évaluation sommaire, l'élève devrait être orienté vers le service approprié. Le tableau suivant met en lien les caractéristiques de l'élève (type de consommation et facteurs de risque) avec le type d'intervention (prévention, intervention précoce, réadaptation) adapté à ses besoins. Il ne s'agit pas d'un outil clinique mais de simples repères permettant de faciliter l'orientation vers le service et la ressource appropriés.

NIVEAUX D'INTERVENTION		
Feux verts Prévention	Feux jaunes Intervention précoce	Feux rouges Réadaptation
➤ Tous les élèves, en ciblant plus particulièrement les consommateurs explorateurs, occasionnels et les abstinents	➤ Consommateurs occasionnels (avec présence d'autres facteurs de risque) ➤ Consommateurs réguliers ➤ Consommateurs abusifs (sans autres facteurs de risque associés)	➤ Consommateurs réguliers (avec présence de facteurs de risque élevés) ➤ Surconsommateurs ➤ Consommateurs abusifs (avec présence d'autres facteurs de risque)

2.3 Les intervenants

L'intervenant ciblé pour effectuer le dépistage et l'orientation des élèves à risque doit être identifié dans la politique en matière de toxicomanie de l'école.

Les intervenants pivots¹⁵ sont des intervenants clés et un atout majeur pour les écoles secondaires à l'intérieur des stratégies préventives et de services d'aide.

¹⁵ Voir Peterson, 2004, p. 14.

3. LA CONFIDENTIALITE ET LA PARTICIPATION DES PARENTS

Lors de l'élaboration de la politique école en matière de psychotropes, les écoles devront décider quand, et dans quelle mesure, les parents seront inclus dans le processus.

Dans bien des cas, l'intervenant devra accorder à l'élève le droit à la confidentialité et le respecter. Néanmoins, les intervenants doivent établir un équilibre entre ces accords et le droit des parents de savoir et de participer au processus qui pourra être amorcé.

D'une façon générale, les élèves éviteront de se présenter eux-mêmes si on ne peut pas leur garantir la confidentialité. Mais une fois que le processus est en cours, l'intervenant peut encourager l'élève à demander volontairement la participation de ses parents à diverses étapes du processus.

Lorsqu'un parent réfère un élève, l'intervenant doit s'assurer que le parent comprend bien que, comme condition de prise en charge, il doit respecter la confidentialité de l'élève. L'intervenant peut essayer de convaincre l'élève de tenir ses parents au courant des progrès de l'intervention.

4. L'INTERVENTION PRÉCOCE¹⁶

Le programme d'intervention précoce est un prolongement du programme de prévention.

Il faut se rappeler que tout incident lié à une consommation inappropriée n'est pas en soi le signe d'une dépendance éventuelle, encore moins d'une pathologie. S'agit-il simplement d'un événement isolé ou plutôt d'un indice plus sérieux que l'élève est en train de trouver dans la consommation de psychotropes une solution, pouvant devenir permanente, aux difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne ?

Les divers milieux dans lesquels l'élève évolue ont parfois atteint leurs limites dans l'influence qu'ils disposent envers celui-ci. Le développement d'une stratégie d'intervention précoce peut s'avérer pertinent dans ces situations où la prévention a atteint ses limites.

Les efforts d'intervention précoce sont des correctifs de nature éducative et rééducative portant, entre autres, sur la façon qu'a l'élève de se comporter à l'égard des psychotropes, en tentant une action précoce auprès de ceux dont les attentes et les comportements vis-à-vis des psychotropes témoignent de certaines difficultés. Ces interventions ont pour objectif de corriger rapidement le style de vie que semble adopter le jeune.

4.1 La nature de l'intervention précoce

L'intervention précoce consiste en actions élaborées de façon à :

- sensibiliser l'élève face à son fonctionnement ;
- aider l'élève à faire des choix de comportements plus responsables ;
- renforcer les attitudes saines déjà acquises ;
- favoriser l'apprentissage de nouvelles attitudes plus appropriées.

Il s'agit de sensibiliser l'élève à ses problèmes actuels et éventuels et l'aider à changer de comportements en certaines circonstances, à adopter de nouvelles attitudes à l'égard de lui-même et des psychotropes et à adopter d'autres stratégies de résolution de problèmes ou de difficultés.

Il faut toujours conserver comme direction que c'est la responsabilisation de l'élève qui est recherchée avant tout.

¹⁶ Largement inspiré de Cormier, Brochu et Bergevin (1991).

4.2 Les objectifs de l'intervention précoce

L'intervention précoce est constituée d'actions directes sur l'élève, pris individuellement ou en groupe, visant à modifier des attitudes et des comportements quant à la consommation inappropriée de psychotropes susceptibles de se transformer en d'éventuels problèmes. L'élève doit acquérir de nouvelles compétences face à lui-même et à son milieu afin de faire face de façon réaliste et responsable à ses propres lacunes et à celles de son environnement. Le but général de l'intervention précoce est le suivant.

L'intervention précoce a pour but de réduire et, dans la mesure du possible, d'éliminer les utilisations de psychotropes qui risquent de créer des problèmes et de réduire le nombre de problèmes liés à la consommation inappropriée de psychotropes, par la mise en œuvre de services accessibles d'évaluation, de consultation et d'orientation.

À partir de ce but général, il est possible de définir des objectifs plus précis :

- réduire les habitudes de consommation inappropriée parmi les élèves à risque ;
- favoriser la modification des comportements nocifs ;
- supporter le développement d'habiletés et de compétences de façon à réduire et à modifier la nécessité de recourir à l'usage inapproprié de psychotropes ;
- encourager l'aménagement du milieu de façon à accroître le niveau de satisfaction de l'élève ;
- rendre accessible du personnel possédant des compétences en matière d'évaluation, de consultation et d'orientation dans le domaine des toxicomanies ;
- travailler, avec les élèves en difficulté, à l'accroissement de leur motivation au changement, en respectant les étapes du processus de changement.

Pour atteindre les objectifs visés, il est important d'informer le personnel de l'école, les élèves et leurs parents de l'existence du programme d'intervention précoce et de la façon d'y participer.

4.3 Stratégies

Diverses stratégies et moyens peuvent être déployés. Voici quelques suggestions :

- Faire prendre conscience à l'élève du rôle qu'il joue face à ses difficultés.
- Lui permettre de se réapproprier son pouvoir face à sa vie et aux choix qu'il effectue pour orienter sa vie.

- Rechercher le développement responsable de l'élève à l'égard de la consommation de psychotropes.
- Favoriser l'adoption de méthodes d'auto-contrôle menant à la prise en charge de soi.
- Donner de l'information propre à modifier les attitudes et à favoriser un changement de comportement à l'égard des psychotropes.
- Modifier la structure cognitive de l'élève en lui faisant prendre conscience :
 - des agents anxiogènes ou stressants qui l'influencent dans sa consommation inappropriée ;
 - de ses réactions physiologiques et émotives qui surgissent en réponse aux situations.
- Fournir des moyens concrets pour intervenir sur lui-même et sur son environnement.
- Favoriser l'acquisition de connaissances plus adéquates touchant les psychotropes et leur usage.
- Conscientiser l'élève à l'égard de son comportement, de ses réactions aux circonstances, de la signification de ce qui lui arrive et des gestes qu'il pose pour faire face aux situations.
- Élaborer un plan d'intervention précoce¹⁷.

L'intervention précoce est une approche correctrice et elle est **éducative** en ce que le jeune y apprend à mieux se connaître et à mieux se développer, elle est aussi **rééducative** par rapport aux habitudes et comportements à modifier.

Elle ne constitue pas un traitement et n'est pas une approche curative.

L'intervention doit être articulée autour de la possibilité pour l'élève de faire de nouveaux choix de comportement.

De plus, l'élève doit être aidé à modifier son milieu de vie de façon responsable en autant que le permettent les facteurs sociaux.

La portée ultime est le mieux-vivre, pour lui-même et pour son entourage, grâce à l'apprentissage et à l'acquisition de l'autonomie.

4.4 Les élèves ciblés

L'intervention précoce vise les élèves dont le profil¹⁸ est le suivant :

- consommation occasionnelle (avec présence d'autres facteurs de risque) ;

¹⁷ L'Annexe 3 présente un modèle de plan d'intervention précoce en toxicomanies auprès des élèves à risque.

¹⁸ Voir Annexe 1.

- consommation régulière ;
- consommation abusive (sans autres facteurs de risque associés).

Le but de ce type d'intervention est d'entrer en contact avec ces élèves, d'établir un lien de confiance et de leur proposer une démarche, individuelle ou de groupe, afin qu'ils parviennent à préciser la place des psychotropes dans leur vie.

4.5 Les intervenants

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (2004) a les orientations suivantes en ce qui a trait aux rôles des divers intervenants dans le continuum de services en toxicomanies auprès des jeunes.

- Les organismes communautaires spécialisés en toxicomanies sont imputables de dispenser les services d'intervention précoce aux élèves du primaire en milieu scolaire, aux jeunes âgés de 12 à 17 ans en milieu hors scolaire ainsi qu'à leurs parents respectifs.
- Les CLSC sont imputables de dispenser les services d'intervention précoce aux jeunes fréquentant les écoles secondaires, les cliniques jeunesse ainsi qu'à leurs parents respectifs.

L'élève demeure toujours au cœur de son action sur lui-même.

L'intervenant concourt à le conscientiser au sujet de son fonctionnement général. Il contribue à l'alerter au sujet des écueils menant ou l'ayant mené à la consommation inappropriée de psychotropes et à l'outiller à cet égard.

L'intervenant doit amener l'élève à apporter des correctifs à son mode de développement, de faire un meilleur usage de ses capacités d'autodétermination et de responsabilisation de lui-même face à la vie.

Tout cela se fait en vue de promouvoir une attitude et un comportement qui témoignent de la responsabilisation de l'élève devant la consommation.

« Ce serait faire preuve de sagesse de laisser (...) les jeunes à leur réflexion préliminaire sur ce qu'ils sont et sur ce qu'ils veulent de leur devenir. Le spécialiste doit se garder de les priver de leur responsabilité initiale et de leur laisser croire qu'ils sont incapables de s'aider eux-mêmes tellement le problème est sérieux. Bien plus, placer hâtivement le jeune dans le réseau de la toxicomanie et des centres de traitement plutôt que de miser sur l'énergie de son cadre existentiel, foyer, école, communauté, est susceptible de faire plus de mal que de bien. Le jeune peut adopter alors l'identité d'alcoolique et d'habitué de drogues attachée à ces organismes traitants » (Cormier, Brochu et Bergevin, 1991, p. 181).

Le succès de la composante d'intervention précoce de la politique école dépend en grande partie de la qualité de la formation reçue par les intervenants. Les intervenants doivent avoir une formation spécifique à l'intervention de première ligne. Il importe également de coordonner les actions de l'école avec celles du réseau de la santé.

Le rôle des intervenants est d'aider les élèves à identifier et à résoudre les problèmes sous-jacents qui les poussent à consommer de l'alcool ou d'autres psychotropes à un niveau qui risque de leur causer des problèmes.

En tout temps, l'école doit jouer son rôle dans le suivi de l'élève, qu'il soit desservi par un intervenant de l'école ou qu'il soit référé à une ressource du milieu.

5. LA RÉADAPTATION

Le traitement de réadaptation vise à susciter chez l'élève une plus grande connaissance de soi et le développement de compétences personnelles en vue d'un meilleur fonctionnement physique, psychologique et social. Il s'exerce principalement sur une base externe, misant ainsi sur les ressources dont dispose l'élève pour assumer la démarche de changement et orienter l'intervention (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2004).

Dans la région de Lanaudière, c'est le Centre Le Tremplin (CHRD) qui a le mandat d'offrir ces services spécialisés.

5.1 Philosophie d'intervention¹⁹

La philosophie d'intervention privilégiée par les intervenants du Centre Le Tremplin est la suivante :

- Le programme d'activités thérapeutiques est conçu spécifiquement pour les adolescents surconsommateurs.
- Les activités visent des résultats concrets pour le jeune de façon à se généraliser dans son milieu de vie.
- Les services offerts à l'externe sont privilégiés. Les services internes sont réservés à des situations d'exception.
- L'intervention est à volets multiples de façon à englober des activités qui touchent tous les secteurs de la vie du jeune et toutes les dimensions de sa personnalité. Il est important que l'intervention cible particulièrement la consommation et les effets directs et indirects que celle-ci apporte dans la vie du jeune.
- L'implication de la famille dans le processus de réadaptation est importante.
- Le jeune ayant des difficultés d'adaptation scolaire (relations difficiles avec les pairs ou problèmes d'apprentissage ou de comportement) doit recevoir dans son milieu scolaire de l'aide appropriée à ses besoins sinon les efforts de réadaptation risquent d'être inutiles.
- Le programme tient compte de l'impact important des pairs pour le jeune.
- La participation à des activités de loisirs valorisantes et la fréquentation de pairs orientés vers de telles activités sont essentielles pour tout jeune qui désire se réadapter.
- L'établissement d'une alliance thérapeutique entre l'intervenant et le jeune est indispensable et constitue l'une des principales clés du succès thérapeutique.
- Comme les jeunes quittent rapidement le traitement et que les interventions brèves peuvent être efficaces avec eux, il importe de développer de tels services pour eux.

¹⁹ Adapté de : Centre Le Tremplin (1996).

- La motivation du jeune constitue une clé importante du succès du traitement. Les services sont organisés de façon à susciter et entretenir cette motivation chez le jeune.
- L'abstinence n'est pas considérée systématiquement comme une cible d'intervention avec les jeunes. Une stratégie de modération et de contrôle semble souvent plus appropriée.

5.2 Clientèles ciblées

Avant de référer ou d'orienter l'élève vers le centre de réadaptation, il est important de procéder à une évaluation sommaire afin de déterminer le niveau de risque et le profil de consommation. Le DEP-ADO (voir la section sur le dépistage) est l'outil privilégié pour effectuer cette évaluation sommaire.

Les services de réadaptation s'adressent aux jeunes qui présentent le profil suivant :

- consommation régulière (avec présence de facteurs de risque élevés) ;
- surconsommation ;
- consommation abusive (avec présence d'autres facteurs de risque).

5.3 Activités de réadaptation²⁰

Les activités de réadaptation offertes dans la région de Lanaudière sont les suivantes :

- Accueil
- Évaluation
- Suivi individuel ou familial
- Référence
- Camp Altitude

L'objectif de la réadaptation est d'amener le jeune à être capable de poursuivre son développement sans ressentir le besoin de recourir à l'usage inapproprié de psychotropes.
--

Accueil

Une fois l'élève référé, l'intervenant du centre de réadaptation s'assure de fournir une réponse adéquate à la demande exprimée et d'établir rapidement un lien sécurisant avec l'élève.

²⁰ Inspiré de : Centre Le Tremplin (1996).

Évaluation

Afin de bien cerner les besoins de réadaptation de l'élève, il est important de procéder à une évaluation globale et spécialisée. L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) est un des outils utilisés à cette fin. Les objectifs de l'évaluation sont les suivants :

- cerner la dynamique globale de consommation de psychotropes du jeune ;
- recueillir les données pertinentes permettant de tracer le profil de fonctionnement du jeune, en lien avec sa consommation inappropriée de psychotropes ;
- évaluer et analyser le risque de développer une toxicomanie à l'âge adulte ;
- orienter le jeune vers les services les plus adéquats pour répondre à ses besoins.

Cette évaluation porte sur l'usage de la ou des substances, sur les caractéristiques psychologiques et sociales du jeune et sur ses environnements (famille, école, entourage, loisirs et activités).

Au besoin, l'intervenant pourra aussi procéder à une évaluation familiale. Cette évaluation a pour but de cerner la dynamique familiale en rapport avec la consommation inappropriée de psychotropes du jeune et de travailler par la suite avec la famille afin de rétablir des conditions de vie favorisant la réadaptation du jeune. Selon les besoins, la famille pourra également être orientée vers d'autres services complémentaires.

L'évaluation familiale porte plus spécifiquement sur le type de famille, la présence d'indices de risque, la consommation des parents, les difficultés rencontrées par la famille et le climat familial (séparation, abus, violence). Il s'agit en fait de détecter les déclencheurs d'ordre familial de la consommation inappropriée de psychotropes chez le jeune.

Suivi

Une fois que les besoins du jeune et de sa famille sont précisés, le processus de changement se poursuit.

Les moyens utilisés sont les rencontres individuelles, de groupe ou familiales. Les objectifs généraux sont l'arrêt de la surconsommation, l'arrêt ou la réduction de la consommation et la prévention de la rechute.

Les objectifs spécifiques du suivi individuel et de groupe sont de :

- amener le jeune à cerner sa dynamique de surconsommation de psychotropes ;
- amener le jeune à évaluer les gains et les pertes, tant physiques, sociaux et personnels que sa consommation inappropriée lui apporte ;
- permettre au jeune d'établir et de maintenir un mode de vie satisfaisant ;

- permettre au jeune de faire des choix plus éclairés au niveau de sa consommation de psychotropes ;
- apprendre au jeune à se responsabiliser dans les gestes posés avec et sans consommation de psychotropes.

Le travail thérapeutique est axé sur :

- la connaissance de soi ;
- l'identification de ses émotions et de ses besoins ;
- l'estime de soi ;
- l'affirmation et le respect de soi ;
- la façon d'être en relation avec sa famille et ses pairs ;
- les conséquences de la surconsommation ;
- l'expérimentation d'un mode de vie cohérent et satisfaisant pour le jeune.

Tout cela implique des changements de comportements et d'attitudes de la part du jeune.

Les objectifs spécifiques du suivi familial sont de :

- rendre le milieu de vie du jeune supportant et facilitant en regard de sa démarche personnelle en réadaptation ;
- favoriser une dynamique familiale satisfaisante et fonctionnelle en regard des problèmes identifiés ;
- permettre à la famille de développer de nouveaux modes relationnels dans leur système ;
- clarifier avec la famille les différents éléments qui ont eu un rôle actif dans la consommation inappropriée de leur jeune.

Référence

Une référence est possible vers des ressources internes, selon les besoins du jeune.

Camp Altitude²¹

Afin de souligner une démarche significative de réadaptation et de consolider leurs acquis, l'intervenant du centre de réadaptation peut offrir à certains jeunes de participer à une activité de groupe particulière.

Le but de cette activité est de favoriser par la vie en petits groupes, une socialisation différente, l'expérimentation d'alternatives à la consommation inappropriée de psychotropes et la reconnaissance d'une démarche de réadaptation significative.

²¹ Adapté de : Gagnon, 2002.

Les objectifs spécifiques de cette activité sont les suivants :

- souligner et consolider de façon active les acquis personnels de l'adolescent en suivi individuel de réadaptation ;
- connaître et expérimenter d'autres modes de socialisation et d'autres dynamiques interpersonnelles ;
- expérimenter des plaisirs sains et alternatifs à la consommation inappropriée de psychotropes ;
- travailler à l'atteinte d'un objectif personnel qui sera préalablement défini par l'adolescent en concertation avec l'intervenant du centre de réadaptation.

6. LES MESURES DISCIPLINAIRES

« Au regard de la consommation de drogues, les acteurs des milieux consultés prônent davantage la responsabilisation des jeunes et la modération quant aux choix plutôt que l'abstinence. Les expériences antérieures ont démontré que la prohibition occasionne parfois de graves problèmes. Lorsque les adolescents parviennent à faire des choix responsables au regard de leur consommation de drogues, les conséquences fâcheuses sont limitées » (MEQ, 1999, p. 20).

Lorsqu'un élève est pris en possession d'un psychotrope, ou à en consommer dans les locaux ou les terrains de l'école, ou lorsque des élèves montrent des signes évidents d'intoxication, les directeurs et les enseignants doivent avoir des directives bien précises pour prendre les mesures disciplinaires appropriées.

L'établissement scolaire doit définir les différentes infractions relatives aux psychotropes ; il doit également établir les sanctions imposées pour une première infraction et pour toute infraction subséquente. Dans certains cas, la première infraction conduit à la confiscation de la substance **et à une offre d'aide aux jeunes et aux parents**. L'élève est averti du fait qu'il viole la politique de l'école et prévenu des conséquences qu'il devra subir en cas d'une deuxième infraction. L'école informe également les parents et inscrit l'infraction dans le dossier scolaire de l'élève. **Il faut profiter du momentum pour aller chercher l'implication des parents afin qu'ils se mobilisent eux aussi à aider leur jeune.**

Lorsqu'un élève est intoxiqué dans les locaux de l'école, le personnel doit éviter qu'il ne se blesse et s'assurer qu'il rentre chez lui sans problème. Les procédures disciplinaires normales prévues pour une première infraction, une deuxième infraction, etc., sont appliquées lorsque l'élève revient à l'école.

Une politique complète en matière de psychotropes doit aborder la question de la possession et de la consommation de ces substances par les élèves dans les locaux de l'école. Cette composante doit être régie par une préoccupation générale pour la santé et le bien-être des élèves plutôt que sur l'aspect illégal du geste posé.

6.1 Buts et objectifs des mesures disciplinaires

Les mesures disciplinaires ont essentiellement pour but de décourager toute consommation de psychotropes dans les locaux et l'environnement de l'école, ainsi que pour régler le problème des élèves qui en ont consommé avant de venir à l'école et qui sont intoxiqués. Le but de ces mesures pourrait être le suivant :

Les mesures disciplinaires ont pour but de protéger la santé et la sécurité de tous les élèves en les décourageant de consommer des psychotropes dans les locaux de l'école, ainsi que de venir intoxiqués à l'école.

Les objectifs spécifiques pourraient être les suivants :

- informer tous les élèves du fait que les infractions ne seront pas tolérées par l'école ;
- informer l'élève qui commet une infraction de la gravité des conséquences en cas de consommation de psychotropes ;
- réduire le nombre d'élèves qui consomment des psychotropes à l'école ;
- réduire le nombre d'élèves intoxiqués dans les locaux de l'école.

En définissant les infractions particulières et en créant des procédures disciplinaires claires, l'école établit une norme permettant d'intervenir de façon cohérente. L'école doit communiquer sa politique en matière de psychotropes à tous les élèves et à leurs parents, ainsi qu'à tout le personnel. Ceci peut être fait par différents moyens (agenda scolaire, affiches dans l'école, etc.) à chaque année.

6.2 Sanctions possibles

Il est préférable de ne pas recourir trop souvent aux mesures disciplinaires. Dans une gestion de cas par cas, les écoles pourraient adopter une attitude clémente pour les premières infractions. La prise en considération du dossier académique et de l'âge de l'élève peut aider à déterminer l'attitude à avoir face à tel élève en particulier.

Il ne faut pas oublier que la consommation de psychotropes à l'école est souvent le signal que quelque chose ne va pas dans la vie de l'élève ou dans son milieu (y compris l'école). Il est important d'investiguer davantage avant de recourir automatiquement aux mesures disciplinaires.

À titre d'exemple, une façon de faire pourrait consister à tenir une discussion officielle avec l'élève pour une première infraction. On peut lui donner des renseignements très

précis sur la politique de l'école et les conséquences d'une deuxième infraction. De cette façon, les renseignements généraux sur la politique de l'école qui avaient été diffusés à tous les élèves deviennent un message adressé personnellement à cet élève. On peut ensuite demander à l'élève de s'engager explicitement à ne pas répéter son infraction. On inscrit l'infraction au dossier scolaire de l'élève pour indiquer qu'il a eu un avertissement, sans communiquer cette information à ceux qui n'ont pas besoin de la connaître. Cependant, il peut être suggéré de solliciter une évaluation plus approfondie de la situation de l'élève²². Finalement, il est nécessaire d'avertir les parents qu'il y a eu infraction, car ce sont eux qui sont les premiers responsables du bien-être de l'élève.

La deuxième infraction et les infractions subséquentes peuvent amener l'école à imposer des sanctions.

La décision d'imposer une sanction est difficile à prendre. Pour certains élèves, une suspension peut affaiblir des résultats scolaires qui sont peut-être déjà compromis. L'estime de soi de l'élève, ainsi que les relations avec l'école, peuvent être modifiées, ce qui peut provoquer un antagonisme permanent. Les conséquences d'une suspension peuvent donc être d'une portée et d'une profondeur incalculables.

C'est pourquoi les écoles peuvent, à l'occasion, invoquer leur pouvoir pour modifier une suspension. Cette option peut être utilisée si l'on juge que la suspension ferait plus de mal que de bien, si la suspension met en péril l'année scolaire de l'élève, par exemple. Dans ces circonstances, on peut demander à l'élève de réaliser un projet spécial à l'intérieur de l'école sur son temps personnel. Une expérience qu'il retirera d'un projet soigneusement conçu peut accroître la détermination de l'élève à ne plus consommer de psychotropes à l'école.

Parallèlement à la suspension, l'élève devrait être référé à l'intervenant pivot pour une première rencontre. De cette façon, il sera possible de commencer une intervention si l'on dépiste des problèmes liés à l'usage inapproprié de psychotropes. On ne peut pas forcer les élèves à participer à une telle rencontre, mais on peut les avertir que leur participation sera considérée comme positive si jamais il fallait imposer d'autres mesures disciplinaires par la suite.

Il est préférable d'utiliser seulement les mesures disciplinaires quand il n'y a pas d'autre choix. Les mesures disciplinaires de la politique école ne doivent pas être motivées par le désir de punir les élèves, mais par une préoccupation générale pour la santé et la sécurité des élèves et du personnel.

²² Voir la section sur le dépistage à la page 13.

6.3 Les intervenants

Nous suggérons que des membres désignés du personnel de l'école soient responsables des mesures disciplinaires.

Les membres du personnel responsables des mesures disciplinaires ont besoin d'avoir des renseignements à jour sur les directives de la politique école concernant les procédures disciplinaires. Tout le personnel de l'école doit bien connaître les infractions telles qu'elles ont été définies dans la politique école, ainsi que les procédures recommandées pour la mise en place des mesures disciplinaires.

Tous les élèves et leurs parents doivent être informés à l'avance de la nature des infractions et des sanctions correspondantes. Il y a plusieurs façons de le faire, notamment par des lettres, des bulletins, des affiches, le conseil étudiant, le conseil d'établissement, etc.

6.4 Le recours aux services policiers

L'école n'est pas tenue par la loi d'avertir les services policiers lorsqu'un élève contrevient à une loi sur les psychotropes. Comme ce point est traité différemment selon les commissions scolaires et les écoles, il devrait faire partie des discussions à avoir lors des travaux d'élaboration de la politique école.

Un des points essentiels à considérer avant d'appeler les services policiers, c'est de savoir s'il y a des risques immédiats pour l'élève ou les autres. Par conséquent, même si la politique de l'école n'est pas spécialement destinée à aider l'application de la loi, il faudra toujours en tenir compte lorsque la santé et la sécurité des élèves ou d'autres personnes sont en danger.

Il est déconseillé de laisser à la discrétion d'un membre du personnel (le directeur d'école, par exemple) le soin de décider dans chaque cas s'il faut faire appel aux services policiers ou non. La décision d'appeler la police est une question sur laquelle la politique de l'école devrait être claire, appliquée également à tous les élèves et ouverte à la critique. Dans ces circonstances, le personnel ne pourrait être pris en défaut que s'il négligeait d'appliquer la politique de l'école.

Ainsi, la politique école doit pouvoir répondre aux questions suivantes :

- Quand le service de sécurité publique devrait-il être appelé ?
- De quelle façon devrait-il intervenir ?
- Quelles sont les attentes envers les policiers et quel est leur mandat ?

« La mission d'un service de police est de protéger la vie et la propriété, de maintenir la paix et l'ordre et de promouvoir la sécurité publique. Elle consiste également à prévenir le crime et les infractions, à en rechercher les auteurs et à les citer en justice. De plus, le service de police doit veiller à l'application des lois en vigueur au Québec et au Canada, des règlements, résolutions et ordonnances de la collectivité et des municipalités de son territoire » Table provinciale de concertation sur la violence, les jeunes et le milieu scolaire, p. 10).

Il est conseillé d'informer les policiers du contenu de la politique école et des attentes de celle-ci avant que leurs services soient requis.

Quelle est la place de la police ?

« Les services de police (...) sont organisés pour mener des actions de prévention, en particulier en milieu scolaire. Leur expérience professionnelle et leur mission les conduisent à tenir sur les drogues un discours qui ne tient pas toujours compte des éventuelles expériences des jeunes auxquels ils s'adressent, et de l'évolution des connaissances scientifiques. On peut aussi s'interroger quant à la pratique « pédagogique » (heureusement en voie de disparition) consistant à sortir d'une mallette les produits dont on dit aux adolescents qu'ils sont interdits.

En outre, ces services appuient l'essentiel de leurs interventions sur les drogues illicites, l'alcool n'étant mentionné que sous le versant des risques liés à la conduite automobile.

S'il est légitime que les services de police (...) interviennent pour rappeler les règles de vie en société et la place de la lutte contre les stupéfiants dans leur activité, une intervention coordonnée avec un soignant est certainement plus efficace pour éclairer les adolescents sur la place complexe des substances psychoactives dans la société, et la diversité des risques qui leurs sont liés » (Hervé et Morel, 2002).

6.5 La stratégie répressive

Le but de la répression est de contrer le trafic des psychotropes et de diminuer la disponibilité des psychotropes auprès des élèves. Pour encadrer et harmoniser le volet répressif, un protocole d'intervention devrait être développé avec les forces policières concernées.

Pour augmenter l'efficacité des actions répressives et préventives, une parfaite harmonisation de ces deux stratégies s'impose.

Il faut être conscient que l'utilisation de mesures répressives risque de compromettre l'atmosphère de collaboration qui est essentielle au succès de chacune des composantes de la politique école dans le domaine des toxicomanies.

Nous considérons qu'il est plus judicieux, efficace et souhaitable d'avoir recours à des mesures éducatives (prévention, intervention précoce, réadaptation) que répressives (chiens pisteurs, infiltration par des policiers, fouilles, encouragement à la délation) ou judiciaires. Le véritable défi pour les intervenants de l'école consiste à employer leur autorité légale dans une perspective éducative plutôt que dans une visée punitive et d'exclusion. Nous privilégions donc la formation suffisante des intervenants scolaires, l'élaboration d'une politique école cohérente et inclusive et le partenariat avec les ressources spécialisées de la communauté (CLSC, organismes communautaires spécialisés en toxicomanies, Le Tremplin, etc.).

« Ce déséquilibre entre les actions répressives, qui consistent à punir et à exclure les usagers de drogues illicites et les actions préventives, risque d'accroître la marginalisation et d'ouvrir la voie à la criminalité ou de la perpétuer (poursuites judiciaires, emprisonnement, dossier criminel), ce qui constitue des méfaits importants liés à l'usage de drogues. L'arrestation pour possession simple de cannabis pour usage personnel, ou l'exclusion de l'école des jeunes faisant usage de drogues illicites (...) peuvent paraître démesurées par rapport au geste initial. En outre, la rigueur avec laquelle les lois sont effectivement appliquées varie d'une région à l'autre et les mesures prises sont souvent laissées aux considérations arbitraires d'un juge, d'un policier ou d'un procureur » (MSSS, 1998, p. 30).

7. CONCLUSION

Le présent document d'information a pour objet de présenter des informations sur le continuum de services et les mesures disciplinaires en matière de psychotropes dans les écoles secondaires de la région de Lanaudière. Nous avons l'intime conviction que les écoles qui se dotent d'une politique école sont avantagées dans l'actualisation de leur mission éducative et pour supporter leur clientèle.

Nous rappelons que nous proposons, à la fin du document *Le développement de politiques écoles dans le domaine des toxicomanies dans Lanaudière*, deux grilles synthèses pour faciliter le recours à chacun des deux documents et schématiser ce que peut contenir une politique école dans le domaine des toxicomanies. Ainsi, les personnes impliquées pourront, en un coup d'œil, vérifier si la politique école prend bien en compte tous les éléments suggérés.

DOCUMENTS CONSULTÉS

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (2004). *Orientations régionales en toxicomanie. Mise à jour du plan régional d'organisation des services en toxicomanie (PROST) 2004-2009*, St-Charles-Borromée : ADRLSSSSL, 99 p.
- BEAUCHESNE, L. (1986). *L'abus des drogues : Les programmes de prévention chez les jeunes*. Montréal, Presses de l'Université du Québec. Monographie de psychologie no 3.
- BOWEN, F., N. DESBIENS, N. RONDEAU et I. OUMET (2000). *La prévention de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire*. Dans Vitaro, F. et Gagnon, C. (Dir.). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II : Les problèmes externalisés*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec, p. 165-229.
- BRISSON, P. et L. MASSICOTTE (1987). *Le phénomène-drogue et les jeunes*. Document d'information. Québec, Gouvernement du Québec.
- CENTRE DE SANTÉ DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE (1999). *Premier contact. Traitement de courte durée pour les jeunes usagers d'alcool et de drogues*. Toronto : auteur, 67 pages.
- CENTRE LE TREMPLIN (1996). *Programmation des services jeunesse*, St-Charles-Borromée, janvier, 142 p.
- CHAMBERLAND, C. (1990). *Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie. Dossier 1 : La prévention*. MSSS : Direction générale de la planification et de l'évaluation, 95 pages.
- CLIP (Le) (2002). *Plan d'action triennal 2002-2005 en prévention des toxicomanies pour la MRC l'Assomption*. Repentigny : Le CLIP, 11 pages et annexes.
- CORMIER, D., S. BROCHU et J.-P. BERGEVIN (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*. Éd. du Méridien, 251 p.
- DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LANAUDIÈRE (1993). *Prévention, dépistage et intervention précoce chez les jeunes de 12 à 17 ans de la région des Moulins*. Joliette, QC : DRSP de Lanaudière. Octobre.
- GAGNON, S. R. (2002) *Camp altitude*. St-Charles-Borromée : Centre Le Tremplin, automne, 9 p.
- HERVÉ, F. et A. MOREL (2002). *Les drogues et les dépendances en 200 questions*. Paris : De Vecchi, 159 p.

- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1999). *Synthèse des groupes de réflexion sur la prévention des toxicomanies au secondaire*. Québec : Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, 30 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2002). *Les services éducatifs complémentaires : des programmes mobilisateurs, des services intégrés*. Document de consultation. Québec : Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires. Janvier, 114 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *Développement d'un programme concerté dans un contexte multisectoriel. Promotion de la santé et prévention des toxicomanies chez les jeunes. Guide de formation*. Québec: Direction de la formation et du développement.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie - Orientations et stratégies. État détaillé de la situation*. Québec : MSSS, Direction des communications, 44 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*. Québec : MSSS, 43 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, Axes d'intervention, Actions*. Québec, MSSS, 59 pages.
- PAQUIN, P. (1988). « Les jeunes, l'alcool et les drogues : valeurs, profils, problèmes » dans Brisson, P. *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal, Morin éditeur, p. 258-259.
- PETERSON, R. (2000). *Suivi de l'implantation des plans d'action triennaux en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies dans les 6 MRC de la région de Lanaudière, 1996-1999*. St-Charles-Borromée : Régie régionale de Lanaudière, 20 p.
- PETERSON, R. (2002). *Les interventions dans le domaine des toxicomanies en milieu scolaire. Document de travail # 3 réalisé dans le cadre des travaux du CRC-PP*. St-Charles-Borromée : Régie régionale de Lanaudière. Document inédit, 74 p. et annexes.
- PETERSON, R. (2004). *Le développement de politiques écoles dans le domaine des toxicomanies dans Lanaudière, Saint-Charles-Borromée*, Direction de santé publique et d'évaluation. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, novembre, 39 p.
- RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC (RISQ) (2003). *DEP-ADO. Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes*, version 3.1, octobre.
- RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'AIDE AUX ALCOOLIKES ET AUTRES TOXICOMANES (Le) (2002). *Plan d'action triennal 2002-2005 en prévention des toxicomanies pour la MRC d'Autray*. Joliette : Le Réseau, 11 pages et annexes.

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'AIDE AUX ALCOOLIKES ET AUTRES TOXICOMANES (Le)
(2002). *Plan d'action triennal 2002-2005 en prévention des toxicomanies pour la MRC Joliette*. Joliette : Le Réseau, 12 pages et annexes.

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'AIDE AUX ALCOOLIKES ET AUTRES TOXICOMANES (Le)
(2002). *Plan d'action triennal 2002-2005 en prévention des toxicomanies pour la MRC Matawinie*. Joliette : Le Réseau, 10 pages et annexes.

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE D'AIDE AUX ALCOOLIKES ET AUTRES TOXICOMANES (Le)
(2002). *Plan d'action triennal 2002-2005 en prévention des toxicomanies pour la MRC Montcalm*. Joliette : Le Réseau, 10 pages et annexes.

SOLOMON, R., M. BASSO et E. HEWITT (1988). *Droits, pouvoirs et obligations légales des éducateurs concernant l'emploi d'alcool et de drogues par les élèves*. Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 27 p.

TABLE PROVINCIALE DE CONCERTATION SUR LA VIOLENCE, LES JEUNES ET LE MILIEU SCOLAIRE (s.d.) *Présence policière dans les établissements scolaires. Cadre de référence*, 32 pages et annexes.

TREMBLAY, R., et A. WENER (1991). *Guide du formateur. Programme de formation des intervenants de première ligne*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 205 pages et annexes.

UNIATOX DES MOULINS (2002) *Plan d'action triennal 2002-2005 pour la MRC des Moulins*. Mascouche : Uniattox, 10 pages et annexes.

ANNEXE 1

LES INTERVENTIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ AUPRÈS DES JEUNES DANS LE DOMAINE DES TOXICOMANIES

LES INTERVENTIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ AUPRÈS DES JEUNES DANS LE DOMAINE DES TOXICOMANIES

	Prévention	Dépistage Intervention précoce	Réadaptation Réinsertion sociale
	Réduction des risques	Réduction des méfaits	
DEP-ADO	Vert	Jaune	Rouge
Types de consommation : (ne doit pas être le seul critère d'orientation) (voir verso)	- Tous les jeunes, en ciblant plus particulièrement la consommation exploratoire, occasionnelle ou l'abstinence	- Occasionnelle (avec présence d'autres facteurs de risque) - Régulière - Abusive (sans autres facteurs de risque associés)	- Régulière (avec présence de facteurs de risque élevés) - Surconsommation - Abusive (avec présence d'autres facteurs de risque)
Organismes :	- Organismes communautaires Toxicomanies	- Organismes communautaires Toxicomanies - CLSC	- Centre Le Tremplin - Résidence de groupe Le Versant (Centres Jeunesse Lanaudière) - Centres de réhabilitation - Org. comm. Toxicomanies (réinsertion sociale et prévention de la rechute)
Modalités d'intervention :	- Jeunes ciblés selon des facteurs de risque faibles et leurs parents - Milieux ciblés selon des données socio-démographiques - Interventions en groupe (rarement en individuel)	Interventions à court terme en petit groupe ou en individuel afin de : - aider le jeune à contrôler sa consommation avant que ne surviennent les problèmes - aider à résorber une situation de crise ou d'urgence - prévenir ou retarder le recours à des services spécialisés - offrir le soutien temporaire nécessaire avant la prise en charge par une autre ressource Interventions auprès des parents	Réadaptation - Évaluation spécialisée et globale en toxicomanies - Interventions en groupe, individuelles ou familiales Réinsertion sociale et prévention de la rechute - Étape subséquente à la réadaptation - Réponses aux besoins de base - Retour à l'école – Insertion au marché du travail - Consolidation des acquis – habiletés personnelles et sociales - La consommation peut être présente, mais contrôlée

Les types de consommateurs adolescents¹

L'une des divergences majeures des études menées au Québec (...) porte sur les définitions respectives de l'usage et de l'abus des drogues, attendu que **les jeunes n'entretiennent pas tous une relation problématique avec les substances auxquelles ils s'adonnent** – à l'instar de ce que l'on peut constater chez les adultes.

Attendu l'absence de données précises concernant les types de consommateurs et en guise de clarification préliminaire, nous proposerons une typologie comprenant six catégories d'utilisateurs et qui recouvrent l'ensemble du phénomène de la consommation chez les jeunes :

- **le jeune non-consommateur, ou abstinent** : celui qui n'a jamais consommé ou encore ne consomme plus aucune substance psychotrope ;
- **le jeune explorateur** : celui qui consomme plus ou moins fréquemment, durant une période donnée de sa vie, à une étape précise de son développement ; il veut savoir de quoi il s'agit, recherche des sensations nouvelles, veut expérimenter de nouveaux « feelings ». La drogue est ici objet de curiosité, l'instrument par lequel le jeune surmonte sa peur face à lui-même et aux autres. La grande majorité des jeunes paraissent faire une consommation exploratoire des drogues à un moment ou l'autre de leur adolescence ;
- **le jeune consommateur occasionnel** : celui qui va consommer des drogues à certain moments bien précis, ou dans des circonstances particulières dont le choix lui appartient (fêtes, spectacles, événements spéciaux) ; il va consommer lorsque se présente une occasion propice et sa motivation a trait au plaisir et à la socialisation ; la consommation est un comportement conscient, délibéré, intégré : il s'agit d'un événement circonscrit dans le temps.
- **le jeune consommateur régulier** : celui qui consomme avec une fréquence répétée, à raison par exemple d'une à quelques fois par semaine ; souvent la dépendance psychologique est présente en ce sens que la consommation représente un moment important et souhaité par le jeune, qui ira jusqu'à effectuer des démarches et se donner de la peine pour se procurer la drogue et créer ainsi l'occasion d'en faire usage ; les raisons réelles sous-jacentes à la consommation sont encore réactionnelles mais peuvent également s'inscrire dans la personnalité ou le mode de vie du jeune ; presque tous les amis de ce jeune sont des consommateurs comme lui ;
- **le jeune surconsommateur** : celui qui consacre la plus grande partie de son temps, de ses énergies et de son argent à se procurer de la drogue, à la consommer, à en parler, à y penser ; souvent adepte de plusieurs substances à la fois, celles-ci ont une fonction centrale dans sa vie. La catégorie dans laquelle se retrouve ce jeune le prédispose à la toxicomanie. Sa relation avec la drogue conditionne et influence ses liens familiaux, le choix de ses amis, ses comportements sociaux, ses performances scolaires ainsi que sa perception de lui-même et sa vision de l'avenir. Un tel niveau de consommation est bien sûr sous-tendu par toute une gamme de problèmes de vie reliés au contexte dans lequel le jeune évolue et par la façon qu'il a de négocier avec ce contexte. Ce problème est très souvent celui de toute la famille, le jeune et son entourage ayant besoin d'une aide extérieure pour faire les apprentissages essentiels au changement de dynamique qui s'impose ;
- **le jeune usager abusif ou problématique** : celui qui, indépendamment de la fréquence de sa consommation, a tendance à consommer de grandes quantités de substances, ou encore à mélanger ensemble des quantités imposantes de diverses substances ; ce consommateur fait usage de drogues de façon irrégulière et incontrôlée, soit par manque d'informations pertinentes, mais surtout parce que la consommation correspond pour lui à un relâchement du contrôle, à une compensation, à un défolement ou une anesthésie de ses problèmes de vie ; ce jeune a également besoin d'une aide extérieure pour redresser sa situation et recouvrer un taux de satisfaction acceptable dans sa vie.

¹ Extrait de Paquin, P. (1988). **Les jeunes, l'alcool et les drogues : valeurs, profils, problèmes**, dans Brisson, P. *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal, Morin éditeur. p. 258-259.

ANNEXE 2
DEP-ADO
GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL
ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES

RISQ

--	--	--	--	--

No. dossier

Date :

--	--	--	--

 Année

--	--

 Mois

--	--

 Jour

Quel est ton niveau scolaire actuel?

- ☐ Secondaire I
☐ Secondaire II
☐ Secondaire III
☐ Secondaire IV
☐ Secondaire V
☐ Autre niveau _____

Nom: _____ Prénom: _____

(facultatif)

Âge :

--	--

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

préciser

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)

Réservé à l'usage
de l'intervenant

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colle/solvant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Héroïne (ex.: smack)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amphétamines/speed (ex.: upper)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autres*	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Facteur 1 =
alcool et cannabisFacteur 2 =
autres droguesFacteur 3 =
conséquences

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?

☐ Oui ➔ Passez à la Q2b

☐ Non ➔ Passez à la Q3

b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool?
(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

--	--

Ans

..... une ou des drogues?

--	--

Ans

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?

Oui Non

☐ ☐

Si aucune consommation
dans les 12 derniers mois



Passez à la question 7

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours

Oui Non

☐ ☐

--	--	--	--	--

*Réservé à l'usage
de l'intervenant*
5. a) Garçon

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

--	--

Fois

b) Fille

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

--	--

Fois

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?

Oui Non

 a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.) ☐ ☐

 b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.) ☐ ☐

 c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille ☐ ☐

 d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse ☐ ☐

 e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.) ☐ ☐

 f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue..... ☐ ☐

 g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)..... ☐ ☐

 h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeûn, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)..... ☐ ☐

 i) tu as l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi ☐ ☐

 j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant ☐ ☐
7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir la réponse)☐ Pas consommé☐ À l'occasion☐ Une fois par mois environ☐ La fin de semaine ou une à deux fois par semaine☐ 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours☐ Tous les jours

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Entourez le FEU
correspondant

V J R

GRILLE DE COTATION

1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS ET SI OUI QUELLE A ÉTÉ LA FRÉQUENCE DE TA CONSOMMATION ?

	Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/Solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines / speed	0	1	2	3	4	5
Autres*	0	1	2	3	4	5

* médicaments sans prescription, barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT ?

ALCOOL	< 12 ans	= 3	DROGUE	< 14 ans	= 3
	12 à 15 ans	= 2		14 à 15 ans	= 2
	16 ans ou +	= 1		16 ans ou +	= 1

3. AU COURS DE TA VIE, T'ES-TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES ?

OUI = 8 NON = 0

4. AS-TU CONSOMMÉ DE L'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS ?

OUI = 2 NON = 0

5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 (garçon) 5 (fille) CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?

AUCUNE FOIS = 0 1 À 2 FOIS = 1 3 À 25 FOIS = 2 26 FOIS ET + = 3

6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ... :

OUI = 2 NON = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

13 et moins	= Feu vert	° pas de problème évident (aucune intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	= Feu jaune	° problème en émergence (intervention souhaitable)
20 et +	= Feu rouge	° problème évident (intervention spécialisée nécessaire)

GRILLE DE COTATION (SUITE)

Classement par centiles des facteurs de consommation problématique et du score total selon l'âge et le sexe

GARÇONS 14 ANS ET -

GARÇONS 15 ANS ET +

Percentiles	<u>FACTEUR 1</u> <i>Alcool et cannabis</i>	<u>FACTEUR 2</u> <i>Autres Drogues</i>	<u>FACTEUR 3</u> <i>Consé- quences</i>	<u>SCORE</u> <u>TOTAL</u>	<u>FACTEUR 1</u> <i>Alcool et cannabis</i>	<u>FACTEUR 2</u> <i>Autres Drogues</i>	<u>FACTEUR 3</u> <i>Consé- quences</i>	<u>SCORE</u> <u>TOTAL</u>
100	20 et +	6 et +	10 et +	32 et +	22 et +	9 et +	12 et +	32 et +
95	17	3	7	26	19	4	8	25
90	15	1	4	22	17	2	4	22
85	14	1	4	17	16	1	4	20
80	12	0	2	14	15	1	2	18
75	9	0	2	11	14	0	2	16
70	8	0	0	9	12	0	2	15
65	7	0	0	8	11	0	2	13
60	6	0	0	6	10	0	0	11
55	5	0	0	6	9	0	0	10
50	4	0	0	5	7	0	0	8
45	3	0	0	3	6	0	0	7
40	3	0	0	3	5	0	0	6
35	2	0	0	2	4	0	0	5
30	2	0	0	2	3	0	0	4
25	0	0	0	0	2	0	0	2
20	0	0	0	0	1	0	0	1
15	0	0	0	0	1	0	0	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0

FILLES 14 ANS ET -

FILLES 15 ANS ET +

Percentiles	<u>FACTEUR 1</u> <i>Alcool et cannabis</i>	<u>FACTEUR 2</u> <i>Autres Drogues</i>	<u>FACTEUR 3</u> <i>Consé- quences</i>	<u>SCORE</u> <u>TOTAL</u>	<u>FACTEUR 1</u> <i>Alcool et cannabis</i>	<u>FACTEUR 2</u> <i>Autres Drogues</i>	<u>FACTEUR 3</u> <i>Consé- quences</i>	<u>SCORE</u> <u>TOTAL</u>
100	20 et +	10 et +	10 et +	32 et +	20 et +	13 et +	10 et +	38 et +
95	19	5	8	30	17	4	6	22
90	18	2	6	26	15	2	4	20
85	17	1	6	22	15	1	4	18
80	16	1	4	18	14	1	2	16
75	15	0	2	16	13	0	2	15
70	13	0	2	15	12	0	2	14
65	11	0	2	14	11	0	0	12
60	10	0	0	12	10	0	0	11
55	7	0	0	9	9	0	0	10
50	7	0	0	8	8	0	0	9
45	6	0	0	6	7	0	0	8
40	3	0	0	3	6	0	0	7
35	3	0	0	3	5	0	0	6
30	2	0	0	2	4	0	0	5
25	2	0	0	1	3	0	0	3
20	1	0	0	1	2	0	0	3
15	0	0	0	0	1	0	0	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0

DEP-ADO

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES Version 3.1 – octobre 2003

Notes explicatives et mode d'emploi

CE QU'EST LA DEP-ADO

La **DEP-ADO** est un questionnaire bref qui permet d'évaluer l'usage d'**alcool** et de **drogue** chez les adolescents et de faire un premier dépistage de la **consommation problématique**, ou à risque. Il peut être utilisé en modes face-à-face ou auto-administré et son utilisation sert autant des objectifs de **dépistage** et de **référence** que de **recherche** et de **suivi** épidémiologique.

ORIGINE

Au départ, cette grille de dépistage a été conçue pour les intervenant(e)s de première ligne qui souhaitent utiliser un outil rapide et valide sur le plan scientifique, leur permettant de dépister les adolescent(e)s ayant une consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues. Elle a été préparée, en partie, à l'aide du questionnaire INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE POUR LES ADOLESCENTS (IGT-ADO, version 3.0), mis au point par un groupe de chercheur(e)s du RISQ, pour l'évaluation systématique des jeunes présentant un problème de consommation de substances psychoactives (Landry et al, 2002). Elle peut donc être utilisée dans le cadre d'un continuum avec cet outil d'évaluation au sens où les adolescent(e)s ayant obtenu la cote maximum (20 et +) à la passation de la grille seront par la suite évalués avec l'IGT-ADO. La DEP-ADO a été conçue pour les jeunes de 11 à 18 ans; il est préférable de ne pas l'utiliser avec les moins de 11 ans. Pour les jeunes de 18 ans et plus, les grilles de dépistage pour adultes sont habituellement utilisées, comme par exemple le DÉBA-ALCOOL et le DÉBA-DROGUES (voir les informations à cet effet sur le site WEB du RISQ www.risq-cirasst.umontreal.ca).

IMPORTANT !!!

Il s'agit d'un instrument de dépistage et par conséquent il vous amènera à identifier un certain nombre de jeunes présentant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Il est donc important de prévoir les suites d'une telle opération, en terme de suivi à donner à ces jeunes, que ce soit un traitement, une référence vers une ressource spécialisée ou de l'information. La DEP-ADO devrait toujours être utilisée dans un contexte où des actions sont prévues et planifiées et des ententes établies avec des ressources adéquates.

Les questions de la DEP-ADO ont été choisies à partir des résultats obtenus à l'analyse de la banque de données de l'IGT-ADO utilisé auprès de jeunes venant des milieux scolaires, des centres Jeunesse et des centres de réadaptation. Les éléments sélectionnés viennent de ce questionnaire et du DSM IV et sont ceux qui se retrouvent le plus souvent associés à des problèmes importants de toxicomanie. Les questions touchent : (1) la consommation de diverses substances psychoactives au cours des 12 derniers mois et (2) des derniers 30 jours, (3) l'âge du début de la consommation régulière, (4) l'injection de substances, (5) le boire excessif, (6) la consommation de tabac, et finalement (7) un certain nombre de méfaits associés à la consommation.

UNE GRILLE VALIDÉE

Une première version de la DEP-ADO (version 1.0, avril 1999) a été expérimentée au cours du printemps et de l'été 1999 auprès de divers intervenant(e)s de CLSC, milieux scolaires, centres Jeunesse et centres de réadaptation afin d'en vérifier la faisabilité. En même temps, des études de corrélations ont également permis d'en faire une première validation qui s'est avérée positive. Les résultats de ces deux démarches ont présidé à une seconde version (version 2.0, novembre 1999) qui a été largement utilisée au Québec et dans certaines régions européennes.

Depuis, le RISQ a mené une étude plus approfondie afin d'en évaluer les qualités psychométriques, tant au plan de la validité (de construit, de critère et convergente) que de la fidélité (test-retest, inter modes de passation, cohérence interne). Les résultats obtenus lors de cette étude ont confirmé la validité et la fidélité de la DEP-ADO et suscité l'inclusion de certains changements en vue d'une troisième (version 3.1, octobre 2003). Cette dernière version est donc plus rigoureuse sur le plan psychométrique et plus utile au niveau clinique, permettant de fournir aux intervenant(e)s de première ligne un outil encore plus performant.

LA VERSION 3.1 : QUELQUES NOUVEAUTÉS IMPORTANTES

1- Les renseignements signalétiques (n° de dossier, âge, sexe, niveau scolaire) ont été rassemblés et placés au début de la grille afin de faciliter son utilisation.

2- Dans la version 2.0, un filtre placé après la première question dictait à l'intervenant(e) de passer directement à la question 7.) lorsque l'adolescent(e) déclarait ne pas avoir consommé dans les 12 derniers mois. Le rationnel de l'époque était que la grille ne tienne pas compte de toute consommation antérieure puisque son objectif est de dépister les consommateurs problématiques actuels. Cependant, il s'est avéré que les questions de la consommation régulière (question 2.a), de la précocité de cette consommation (question 2.b), ainsi que le fait de s'être déjà injecté (question 3.) au cours de la vie constituent des éléments à risque qui doivent être visibles et identifiés dans l'évaluation globale du dépistage de la consommation problématique. D'ailleurs, l'analyse psychométrique montre que ces items sont des éléments discriminants pour les feux rouges (consommation problématique) et, par conséquent, qu'ils ne peuvent et ne doivent pas être exclus sous prétexte de l'obsolescence de cette consommation. Ainsi, le filtre a été déplacé pour se retrouver après la question 3.).

3- Quatre nouveaux items sur les conséquences de la consommation ont été ajoutés à la question 6.). En premier lieu, la question 6.b) qui ajoute la dimension psychologique des conséquences et qui complète ainsi la question 6.a) sur les répercussions physiques de la consommation. Aussi, la question 6.h) sur les risques associés à la consommation apporte des informations cliniques importantes. Quant à la question 6.i), elle permet d'explorer une dimension importante dans la consommation : la tolérance au produit. En ce qui concerne la question 6.j), elle permet d'évaluer la gravité de la consommation de l'adolescent(e) par son interprétation subjective; le fait d'avoir déjà demandé de l'aide auprès d'un(e) intervenant(e) signale que l'individu a reconnu, à un moment ou un autre, avoir un problème de consommation et qu'il a même sollicité de l'aide à cet égard. D'ailleurs, ce dernier item s'est avéré fort pertinent à l'intérieur des analyses factorielles.

4- Autre nouveauté, les scores relatifs à chaque question ou items de la grille se classent en trois facteurs : le premier facteur renvoie à la consommation d'alcool et de cannabis qui constituent les « drogues usuelles »; le deuxième concerne la consommation d'autres drogues moins fréquemment utilisées (héroïne, cocaïne, etc.); le troisième facteur illustre plutôt les

conséquences de la consommation (problèmes associés). Ainsi, l'addition verticale (par colonne) des scores fournit un total qui lui est propre : le *score brut factoriel*. Ensuite, l'addition de ces trois *scores bruts factoriels* donne le *score total*, à partir duquel nous pouvons établir le degré de gravité de la consommation (feu vert, feu jaune, feu rouge). Ce changement a été initié par les analyses factorielles qui ont permis d'identifier certains regroupements de conditions. Ceux-ci, une fois établis, constituent trois facteurs particuliers déterminants. Ces changements permettent, sur le plan clinique, de situer l'adolescent(e) évalué non seulement en fonction des feux, mais également en regard de ces nouveaux facteurs, ce qui apporte un supplément d'information. Toutefois, l'intervenant(e) qui ne désire pas utiliser les trois facteurs, peut continuer à calculer le score original (Feux) en suivant les instructions de la feuille de cotation.

5- Enfin, nous avons aussi effectué certains changements dans la cotation des items (le pointage pour chaque question). Les principales modifications concernent les questions 1, 2, 3 et 5. Pour connaître plus précisément ces changements, veuillez consulter la feuille de cotation qui accompagne la DEP-ADO. De plus, le calcul du *score total* (Feux) s'en voit lui aussi modifié, tandis que l'interprétation reste la même. En effet, cela signifie que les limites qui déterminent les catégories (Feux) changent mais que chacun des feux préserve son sens clinique (consommation problématique ou non et nécessité de l'intervention). Ainsi, dans la version 3.1 de la DEP-ADO, un *score total* de 13 ou moins signale un feu vert, entre 14 et 19 un feu jaune, tandis qu'un score total supérieur ou égal à 20 révèle un feu rouge.

Bref, cette troisième version ne se distingue pas fondamentalement de la version précédente. Les changements proposés, s'ils demandent une plus grande attention de la part des utilisateurs habitués à la version précédente, fourniront un instrument plus performant et valide pour les intervenant(e)s de première ligne désireux d'avoir entre leurs mains un outil de dépistage de la consommation problématique. Pour une utilisation optimale et adéquate de l'instrument, la prochaine section fournira aux intéressés le protocole d'utilisation de la nouvelle grille (version 3.1).

UTILISATION DE LA DEP-ADO (version 3.1)

GÉNÉRALITÉS

La passation de la DEP-ADO se fait en entrevue face-à-face et l'intervieweur inscrit les réponses directement sur la feuille, aux endroits indiqués. Si l'adolescent(e) refuse de donner une réponse, vous marquez **R** (pour « refus »), s'il affirme ne pas savoir, vous inscrivez **NSP** (« pour ne sait pas »), à côté de la question.

Bien que le questionnaire, dans sa forme actuelle, est conçu pour une entrevue face-à-face, il peut être utilisé de façon auto-administrée, seul ou en groupe, avec la supervision d'un(e) intervenant(e). Il importera alors de bien encadrer les jeunes de façon à ce qu'ils comprennent bien le sens des questions ainsi que la façon de répondre au questionnaire. On insistera sur l'importance de bien tenir compte des instructions (ex. « passez à... »), de répondre à toutes les questions qui les concernent, etc..

Les trois colonnes situées à droite de la feuille, réservées à l'intervenant(e), renvoient à trois facteurs (« alcool-cannabis », « autres drogues » et « conséquences ») et servent à l'attribution des scores. Le calcul des scores est effectué immédiatement après la passation du questionnaire, à l'aide de la feuille de cotation annexée à la grille. Les scores sont additionnés verticalement (par colonne) pour aboutir à 3 *scores bruts factoriels* (1 score brut par facteur) au bas de la grille,

à droite. Les trois *scores bruts factoriels* s'additionnent horizontalement pour donner le *score total* (juste en dessous) qui, lui, permet de dépister et d'orienter, le cas échéant, l'adolescent(e) vers les services appropriés.

FEU VERT : score 13 ou moins = Pas de problème évident (aucune intervention nécessaire).

FEU JAUNE : score entre 14 et 19 = Problème en émergence. Une intervention est jugée souhaitable en première ligne. L'intervenant(e) pourra utiliser d'autres outils d'intervention, dont l'IGT-Adolescents s'il a reçu la formation appropriée, ou encore approfondir les questions qui ont donné lieu à des scores élevés. Il est suggéré de se référer aux partenaires et aux organismes de sa région qui ont développé des programmes ou des interventions pour ces jeunes (ex. centres de réadaptation ou régies régionales).

FEU ROUGE : score de 20 ou plus = Problème évident. Une intervention est suggérée vers une ressource spécialisée, ou en complémentarité avec une telle ressource. On devrait, dans tous ces cas, faire une évaluation de la gravité de la toxicomanie à l'aide de l'IGT-Adolescents.

Pour les questions 2.a), 6.a), 6.f), 6.h) et 7.) il n'y a pas de cotation. Ces items ont une valeur clinique (d'où leur présence) mais ne sont pas calculés dans le score¹.

PARTICULARITÉS : LES QUESTIONS DE LA DEP-ADO

1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS ET, SI OUI, QUELLE A ÉTÉ LA FRÉQUENCE DE TA CONSOMMATION?

Cette question permet d'établir le profil de consommation de la personne évaluée, en fonction du type de produit et de la fréquence de consommation. Il est important de lui poser toutes les questions même si elle dit n'avoir rien consommé au cours de la période envisagée. Il arrive souvent que la mention d'un produit rappelle à l'interviewé(e) une consommation qu'il avait oubliée. S'il est difficile d'établir une fréquence exacte, à cause des variations au cours de l'année, on mettra la fréquence usuelle ou la plus souvent expérimentée. Le tableau qui suit vous donne des indications sur la définition du terme « consommation » :

«FORT»	BIÈRE	VIN
43 ml (1½ once) = 1 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (5oz/142 ml) = 1 cons.
375 ml (13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625 ml) = 2 cons.	1/2 litre = 3,5 cons.
750 ml (26 onces) = 18 cons.	1 King can (750 ml) = 2 cons.	Bout. (750 ml) = 5 cons.
1,141 (40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950 ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 7 cons.
	1 Max Bull (1.18 l) = 3.5 cons.	
60 ml de Listerine = 1 cons.	1 pichet = 4 à 6 cons.	«VIN FORTIFIÉ»
30 ml d'Aqua = 1 cons.	1 petit baril (5 l) = 15 cons.	1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X .05)

la bière à 0,5% n'est pas considérée comme une consommation d'alcool

¹ Les analyses factorielles ne permettent pas d'inclure ces items dans la structure du questionnaire. Ils ont présenté une trop forte corrélation sur plus d'un facteur ou n'ont pas présenté de corrélation significative avec aucun des facteurs. Ils sont toutefois conservés dans le questionnaire pour leur utilité clinique mais ne peuvent être additionnés dans le calcul du score de la DEP-ADO.

2. a) AU COURS DE TA VIE, AS-TU DÉJÀ CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS DE FAÇON RÉGULIÈRE ?

Le fait de consommer de façon régulière constitue une situation à risque quant au développement de problèmes avec l'alcool ou les autres drogues. Si l'adolescent(e) signale une consommation régulière, vous devez poser la question 2.b). Sinon, vous passez directement à la question 3.). La régularité est établie ici à « *au moins une fois par semaine pendant au moins un mois* » au cours de **sa vie**. La question se réfère aux produits identifiés à la question 1.). Il n'y a pas de score attribué à cette question.

2. b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT?

La précocité de la consommation régulière est également un élément à risque; dans la grille, elle est cotée en fonction du type de produit (alcool ou autre drogue). Vous inscrivez l'âge au début de la consommation régulière, même si l'interviewé(e) a cessé de consommer le produit depuis. S'il y a plusieurs produits (drogues), vous inscrivez celui pour lequel la consommation a été la plus précoce.

3. AU COURS DE TA VIE, T'ES-TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES ?

Le mode d'utilisation d'une substance est un élément important dans l'évaluation des risques. Les utilisateurs de drogues via les voies intraveineuses (UDI) sont particulièrement à risque à plusieurs niveaux (intensité de la consommation, problèmes de santé physique, comportements délinquants, etc.). Il est important de préciser à l'adolescent(e) que cette question dépiste un comportement **à vie** (même si effectué une seule fois). Il importe également qu'il s'agit des produits déjà mentionnés, on ne prendra pas en compte les injections de stéroïde ou d'androgènes, habituellement administrés de façon intramusculaire.

Filtre !

Si, dans la question 1.), l'adolescent(e) n'a déclaré aucune consommation d'alcool ou d'autres drogues au cours des 12 derniers mois, vous devez passer à la question 7.) après avoir complété la question 3.).

4. AS-TU CONSOMMÉ DE L'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS?

Cette question permet de connaître la situation la plus récente quant à l'utilisation de l'une ou de plusieurs des substances mentionnées à la question 1).

Garçons

5. a) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?

Filles

5.b) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 5 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?

Les questions 5.a) et 5.b) viennent compléter le tableau de la question 1.). Les jeunes se caractérisent par une consommation d'alcool de type « binge », c'est-à-dire un grand nombre de consommations par occasion, sans nécessairement consommer toutes les semaines. Cette façon de boire est particulièrement associée à l'intoxication et à certains comportements tels, les

accidents, la conduite avec les facultés affaiblies, la violence et les actes délinquants. Le seuil retenu varie selon le sexe : pour les garçons il est de 8 consommations ou plus, alors que pour les filles on retient 5 consommations ou plus. Par ailleurs, la cotation reste la même pour les deux sexes (voir feuille de cotation).

6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ... ? :

Avec cette question, on cherche à évaluer les impacts de la consommation de substances sur divers domaines de la vie de l'adolescent(e). Les éléments choisis sont ressortis comme significativement associés à la consommation excessive lors de l'analyse des données de l'IGT-Adolescent : santé physique et psychologique, relations familiales, amicales et amoureuses, difficultés à l'école, coûts des substances, gestes délinquants, comportements à risque et tolérance au produit. Chaque réponse positive constitue un élément de risque qui sera coté en conséquence (sauf les questions 6.a), 6.f) et 6.h) qui ne sont pas calculées dans le score). Il est possible que malgré une forte consommation, il ou elle réponde NON pour chacun des items. Soit que l'adolescent(e) n'a pas encore de conséquences associées à sa consommation, soit qu'il n'a pas conscience de celles-ci ou bien encore, qu'une forme de déni peut amener une réponse par la négative à l'ensemble de ces questions. Quoi qu'il en soit, l'intervenant(e) pourra lui signaler cette information, mais devra s'en tenir à la réponse donnée.

7. QUELLE A ÉTÉ TA CONSOMMATION DE TABAC AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

Cette question a été ajoutée dans la version précédente de la DEP-ADO, sans calcul du score, en fonction de l'intérêt manifesté par les intervenant(e)s face à la consommation de tabac chez les jeunes et des liens possibles entre le tabagisme et les modes de consommation d'alcool et d'autres drogues.

CALCUL DU SCORE TOTAL (FEUX)

Vous êtes maintenant prêt(e) à faire le calcul du score de la personne interviewée en vous référant à la feuille de cotation annexée à la grille. L'expérimentation des versions 1.0 et 2.0 nous a montré que cette opération intéresse particulièrement les adolescent(e)s et peut servir de point de départ pour aborder sa consommation, de façon plus poussée, si les conditions de passation le permettent.

1^{ère} étape : le calcul des scores bruts factoriels

À l'aide de la feuille de cotation, vous allez maintenant attribuer un score à chaque réponse donnée par l'adolescent(e) dans les cases attribuées à cet effet (sauf pour les questions qui n'ont pas de case prévue). Vous remarquerez que, selon les questions, les cases pour l'attribution des scores appartiennent distinctement à trois colonnes. Chacune de ces colonnes représente un facteur : « *alcool et cannabis* » forment le premier facteur, les « *autres drogues* » le deuxième et les « *conséquences* » de la consommation constituent le troisième facteur. Après avoir coté les 6 questions, vous allez faire la somme des scores (cases) de façon verticale, c'est-à-dire par colonne, ce qui vous donnera un *score brut factoriel* (un par colonne).

2^{ème} étape : le calcul du score total (feux)

L'addition horizontale des trois *scores bruts factoriels* établit le *score total* qui, lui, permet le dépistage de la consommation problématique de l'adolescent(e) (feu vert, jaune ou rouge). Rappelons qu'un *score total* de 13 ou moins signale un feu vert, entre 14 et 19 un feu jaune, tandis qu'un score total supérieur ou égal à 20 révèle un feu rouge. Il serait important d'être plus attentif avec les adolescent(e)s qui obtiennent des scores se situant aux alentours de la frontière

départageant chacun des feux (à plus ou moins 1 de la limite). En effet, le choix de tracer une frontière est un choix stratégique (celui qui apparaît le meilleur à partir des analyses statistiques) mais il peut comporter un risque, soit celui de dépister un usage problématique chez des personnes qui n'en n'ont pas (faux positifs) ou encore à l'inverse, de ne pas dépister des personnes ayant un usage réellement problématique (des faux négatifs). Ainsi, une plus grande attention (vigilance) devra être portée dans de tels cas.

Une 3^{ème} étape facultative : le calcul du *classement par centiles*

Le *classement par centiles* permet de situer un adolescent (sa position) parmi la population étudiée. Ainsi, si un jeune obtient une cote percentile de 80 pour la dimension « *alcool-cannabis* » (premier facteur), on conclura que 80% des jeunes de même âge et sexe rapportent une plus faible consommation que lui². Pour effectuer cette opération, il suffit de repérer, en fonction du groupe d'âge et du sexe, dans des tables de conversions (au dos de la grille de cotation), l'équivalent par centiles des *scores bruts factoriels* du jeune en question. Il s'agit donc de convertir son *score brut factoriel* en cote percentile pour savoir comment le jeune se situe dans chacun des facteurs. La même opération peut se faire pour le score total (FEUX).

En conclusion, le score à la DEP-ADO permet tout d'abord de classer le degré de la problématique de consommation d'un jeune en fonction de trois niveaux (vert, jaune ou rouge). Ensuite, il est aussi possible d'utiliser les trois facteurs (*alcool-cannabis*; *autres drogues*; *conséquences*) pour décrire plus en détail le type de consommateur évalué. Dans ce dernier cas, il est possible d'évaluer le classement par centiles de son degré de consommation par rapport aux autres consommateurs et ainsi, de savoir si sa situation devrait être considérée comme plus urgente que la moyenne par exemple. Les scores factoriels ne se comparent pas entre eux.

CALCUL INFORMATISÉ DES SCORES

Les personnes intéressées peuvent se procurer le programme de calcul informatisé des scores (FEUX et scores factoriels), en format EXCEL ou SPSS, en s'adressant au RISQ.

RÉFÉRENCES

- Guyon, L. et L. Desjardins (2002). Consommation d'alcool et de drogues chez les élèves du secondaire au Québec en 2000. In *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs?* Institut de la Statistique du Québec. Québec
- Guyon, L. et Landry, M. (2001) Histoire d'un outil de dépistage attendu : la DEP-ADO. *Actions Tox*, 1 (10) : 5-6.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., Provost, G. (2002). Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Développement et validation d'un instrument. *Alcoologie et Addictologie*, 24 (1) : 7-13.

NOTE IMPORTANTE ®

Le RISQ est le créateur et le propriétaire de la DEP-ADO. Il en détient l'exclusivité; les personnes et les organismes qui désirent l'utiliser peuvent le photocopier et en faire usage gratuitement, sous réserve de conserver l'intégralité du questionnaire (et de ses annexes) et de citer la source. La DEP-ADO est disponible sur le site WEB du RISQ; on peut également la commander directement au RISQ en s'adressant à Mme France Fortin, (514) 385-3490 # 1133; france.fortin@ssss.gouv.qc.ca. Nous suggérons à tous les utilisateurs de nous contacter afin d'être informés des éventuelles modifications apportées à l'instrument.

² Tiré de l'étude de validation faite par le RISQ à partir d'une population de jeunes de trois écoles secondaires du Québec
DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes
® RISQ, 2003

ANNEXE 3

PLAN D'INTERVENTION PRÉCOCE EN TOXICOMANIES

Plan d'intervention précoce en toxicomanies²³

1. INFORMATION

- Aider le jeune à parler de son vécu en termes de sources de satisfaction et de frustration.
- Aider le jeune à cerner son expérience de consommation et la communiquer.
- Aider le jeune à faire le lien entre ses sources de frustration et sa consommation.
- S'entendre sur le besoin de changement et l'engagement au changement.

2. EXPLORATION

- Aider le jeune à préciser la nature de ses difficultés.
- Aider le jeune à préciser les éléments de sa consommation, de son contexte et/ou du comportement qu'il doit modifier.

3. ACTION

- Aider le jeune à planifier un processus de résolution de problèmes (solutions, ressources).
- Aider le jeune à dresser une liste des actions réalistes à poser en rapport avec sa consommation, son contexte et/ou son comportement.
- Aider le jeune à élaborer son plan d'action.
- Aider le jeune à poser concrètement les actions nécessaires selon ses choix ou priorités.

4. ÉVALUATION

- Aider le jeune à évaluer les conséquences de son action.
- Aider le jeune à comprendre la différence entre les prévisions et les résultats obtenus.
- Aider le jeune à changer son action ou la réajuster pour être plus efficace.

Éléments déterminants

- La qualité de la relation
- L'établissement d'un climat de confiance
- Les ressources personnelles du jeune
- L'intégration sociale du jeune
- Le modèle de consommation
- L'importance de l'expérience
- La cohérence avec le milieu familial

²³ Adapté de Tremblay et Wener (1991).