



INTERVENIR

AUPRÈS DES JEUNES ET
DE LEUR ENTOURAGE DANS
LES CENTRES DE RÉADAPTATION
POUR PERSONNES ALCOOLIQUES
ET TOXICOMANES

PRATIQUES GAGNANTES ET OFFRE DE SERVICES DE BASE



**Intervenir auprès
des jeunes et de
leur entourage dans
les Centres de
réadaptation pour
personnes alcooliques
et toxicomanes :**

pratiques gagnantes et offre de services de base

LA RÉDACTION DE CE DOCUMENT
A ÉTÉ RÉALISÉE PAR :

Karine Bertrand

Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

AVEC LA COLLABORATION DE :

Candide Beaumont

FQCRPAT

Gilles Durand

Centre André-Boudreau

Lisa Massicotte

FQCRPAT

ET LE SOUTIEN À LA RÉDACTION DE :

Huguette Blouin

Pour la FQCRPAT



La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) est une association d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ses membres sont des centres de réadaptation ou des organismes apparentés qui offrent des services spécialisés aux personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu excessif. Il s'agit du seul réseau provincial entièrement dédié à ces personnes.

Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (CRPAT), présents dans toutes les régions du Québec, offrent leurs services sur une base externe ou en hébergement. Il s'agit de services d'accueil, d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale et professionnelle, de traitements de substitution, de services médicaux et de services de soutien à l'entourage. La plupart des CRPAT ont développé des programmes spécifiques s'adressant aux adolescents qui abusent de l'alcool ou des drogues, ainsi qu'à leur famille et à leur entourage.

La Fédération offre des services de soutien à ses membres autant sur le plan clinique que sur le plan de la gestion et leur fournit une tribune de partage de leur expertise, de leurs connaissances, de leurs réalités. De plus, la Fédération représente ses membres auprès des instances gouvernementales et auprès d'un vaste réseau de partenaires avec qui ils sont en relation.

TABLE DES MATIÈRES

CONTRIBUTIONS	7
INTRODUCTION.	9
L'AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE	11
ALCOOL, DROGUES ET JEU : LES ENJEUX LIÉS À L'ADOLESCENCE	11
L'adolescent et son développement	11
Toxicomanie et adolescence	11
LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES	12
La consommation chez les jeunes.	12
Les problèmes associés à la consommation	14
L'impact sur l'entourage.	15
LES PRATIQUES GAGNANTES.	17
LES PRATIQUES GAGNANTES EN MATIÈRE D'INTERVENTION CLINIQUE	17
Intervenir en s'adaptant aux enjeux liés au développement de la personne à l'adolescence	17
Impliquer la famille dans le traitement de l'adolescent	19
Appuyer l'intervention sur des modèles de traitement jugés efficaces et faire preuve de flexibilité	20
Cibler prioritairement l'alliance thérapeutique et favoriser la motivation	20
Intervenir dans une perspective de réduction des méfaits	21
Adapter les interventions en fonction de l'évaluation des problèmes associés à la consommation	21
Favoriser le maintien des gains.	23
Intervenir auprès des jeunes qui vivent un problème de jeu	23
LES PRATIQUES GAGNANTES EN MATIÈRE D'ORGANISATION ET DE GESTION DES SERVICES	24
Favoriser le partenariat : complémentarité, continuité et intégration des services.	24
Favoriser l'accessibilité des services jeunesse.	24
Adapter les services en fonction de clientèles présentant des besoins spéciaux	25

Mettre en place des protocoles pour les situations de crise suicidaire	26
Actualiser le principe de la hiérarchisation des soins	26
Apparier les services aux besoins du jeune.	26
Développer les compétences du personnel.	27
Améliorer les processus administratifs et de gestion	27
L'OFFRE DE SERVICES DE BASE	29
LES PRINCIPES DIRECTEURS	29
L'OFFRE DE SERVICES DE BASE VISANT L'INTERVENTION CLINIQUE.	30
Des interventions inspirées des pratiques gagnantes.	30
Les orientations et la programmation	30
La formation continue des intervenants.	31
L'OFFRE DE SERVICES DE BASE VISANT L'ORGANISATION ET LA GESTION DES SERVICES.	31
L'accessibilité à des services adaptés	31
La concertation et l'intégration des services	33
L'instrumentation clinique.	34
Le dépistage et l'intervention en matière de jeu	35
L'évaluation et l'amélioration continue des services jeunesse.	35
Les échanges d'informations sur les expériences de succès	35
L'OFFRE DE SERVICES DE BASE VISANT LA RECHERCHE	36
CONCLUSION	37
ANNEXE	39
RÉFÉRENCES	45
LES CENTRES MEMBRES DE LA FQCRPAT.	51

CONTRIBUTIONS

Nous désirons exprimer notre gratitude aux membres du Comité jeunesse, actuels et anciens, pour leur contribution très importante à la réalisation de cette offre de services de base à l'une ou l'autre des étapes de sa production.

Anne Julie Berthelot, Centre l'Escale/Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie

Diane Bidégaré, Centre Dollard-Cormier

Nicolas Côté, Centre Jellinek

Martin Drouin, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve

René Gadoury, Le Grand Chemin inc.

Louise Harton, Centre jeunesse Saguenay – Lac-Saint-Jean

Nathalie Martin, Le Grand Chemin inc.

Michèle Paquet, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Michel Proulx, Le Virage

Claude Simard, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

Enfin, nous tenons à remercier l'ensemble des responsables jeunesse des centres de la FQCRPAT qui ont accepté de répondre à notre sondage ainsi que les personnes qui ont collaboré à la réalisation du sondage et à la recension des écrits :

Patrick Arial, Caroline Lamothe et Cinthia Ledoux, Agents de recherche et étudiants à l'UQTR

Louise Montpetit, Secrétaire de direction à la FQCRPAT

Conception graphique et mise en page

Agence Médiapresse inc.

Dépôt légal

ISBN : 2-921628-07-4 – 978-2-921628-07-5

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Novembre 2006

INTRODUCTION

La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), consciente que ses membres constituent des partenaires clés dans la prestation de services auprès de la clientèle jeunesse, place la santé et le mieux-être de ces jeunes au cœur de ses préoccupations. Dans son offre de services¹, la FQCRPAT reconnaît que les jeunes qui présentent des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu constituent un sous-groupe de clientèle particulièrement vulnérable et pour lequel des services doivent être aménagés pour répondre à ses besoins spécifiques. Des programmes spécialisés pour les jeunes ont été mis en place dans l'ensemble du Québec depuis environ 15 ans, alors que l'intérêt scientifique concernant cette problématique n'a pris son essor que dans les 5 à 10 dernières années.

Ainsi, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (CRPAT) ont pris depuis plusieurs années un leadership dans l'intervention auprès des jeunes présentant des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu et ils sont reconnus dans le réseau public comme les dispensateurs exclusifs de services de désintoxication et de réadaptation auprès de ces clientèles. Au fil des ans, par le développement des connaissances et des modes d'intervention ainsi que par la mise en place de processus d'agrément, ils ont consolidé sans cesse la qualité de leurs services.

Déjà en 2000, la FQCRPAT avait mis sur pied un comité jeunesse composé d'experts de l'intervention auprès des jeunes dans les CRPAT, et c'est donc à ce comité qu'elle a confié le mandat de développer une offre de services de base fondée sur les pratiques gagnantes et sur l'expertise de pointe développées au cours des 15 années d'intervention auprès des jeunes dans les CRPAT.

Ainsi, la FQCRPAT propose dans ce document une offre de services de base qui porte spécifiquement sur l'intervention jeunesse au sein des CRPAT. Cette offre de services de base a été élaborée en cohérence avec le programme Dépendances défini par le ministère de la Santé

et des Services sociaux (MSSS) et s'inscrit dans le mouvement de modernisation du réseau caractérisé par la responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des soins et des services, le partenariat et l'intégration des services.

La présente offre de services de base cible de façon plus spécifique les adolescents de 12 à 17 ans inscriptibles dans les CRPAT ainsi que les membres de leur entourage. Nous souhaitons que ce document suscite des réflexions quant aux défis liés à l'intervention auprès des enfants de moins de 12 ans ainsi qu'auprès des jeunes adultes qui présentent des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu.

Le document se présente en trois parties.

La première partie porte sur l'ampleur de la problématique de l'alcool, des drogues et du jeu chez les adolescents. Après un survol des enjeux liés à l'adolescence comme une étape majeure dans le développement de la personne, sont présentées des données sur la prévalence de la problématique, et des problèmes qui y sont associés, tant chez les jeunes en général que dans les différents sous-groupes de jeunes.

La deuxième partie du document s'attarde aux pratiques gagnantes relevées tant dans les écrits que dans les pratiques éprouvées dans les CRPAT québécois. Il est question des pratiques gagnantes en matière d'intervention clinique, d'organisation et de gestion des services. Cette section devient ainsi un exercice de transfert des connaissances dans le domaine des pratiques probantes.

Enfin, la troisième partie, qui invite à la prospective, présente une offre de services de base jeunesse dont devraient s'approprier tous les CRPAT afin de faire face aux défis des prochaines années relativement à leurs interventions auprès des jeunes.

Pour l'élaboration de cet ouvrage, le Comité jeunesse a bénéficié de la collaboration d'experts de l'intervention jeunesse provenant des CRPAT de la majorité des régions du Québec. De plus, tous les centres membres de la FQCRPAT ont répondu à un sondage visant à établir un état de situation des services jeunesse au sein de leur établissement. Les résultats détaillés de ce sondage sont présentés en annexe. De plus, au cours de la démarche, des groupes de discussion (*focus group*) auprès des membres du Comité jeunesse et des membres de la Table clinique de la FQCRPAT ont permis d'établir des consensus et de valider la pertinence de même que l'utilité du document.

L'AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE

Pour bien apprécier les causes et la prévalence de la problématique liée à l'alcool, à la drogue et au jeu excessif chez les jeunes, il faut se rappeler les caractéristiques de la période de l'adolescence qui sont sujettes à amener le jeune à faire l'expérience de la consommation d'alcool et de drogues, ou à s'adonner au jeu de façon problématique. Les données de différentes études et enquêtes permettent de distinguer l'ampleur de la problématique d'abord chez les jeunes en général, puis chez différents sous-groupes de jeunes.

ALCOOL, DROGUES ET JEU : LES ENJEUX LIÉS À L'ADOLESCENCE

L'adolescent et son développement

La période de l'adolescence est une étape de changement majeur dans la vie de l'enfant qui se transforme tranquillement en adulte. Cet important stade de développement, qui se situe habituellement entre l'âge de 12 et 18 ans, est caractérisé par la diversité et l'intensité des changements qui s'y produisent².

De façon générale, l'adolescence est marquée par :

- le développement physique et hormonal ;
- le développement de l'autonomie et de l'indépendance ;
- le stade de la crise de l'identité, comme le décrit Erikson en 1968³, caractérisé par une période de recherche, d'introspection et d'exploration ;
- une période d'expérimentation qui peut prendre diverses formes, de l'essai de nouvelles coupes de cheveux et de modes vestimentaires en passant par de nouvelles amitiés et activités ;
- les particularités de la pensée adolescente, notamment la pensée magique, la tendance à se sentir invincible et donc à refuser l'aide offerte et à nier ou à minimiser ses difficultés ;

- le développement des capacités cognitives, notamment la maîtrise des pensées abstraites et la réflexion sur des probabilités et sur des enjeux moraux qui surviennent vers l'âge de 15 ans, selon la théorie du développement de Piaget ;
- de multiples changements des divers contextes de vie du jeune, comme la famille, l'école, le groupe de pairs, le travail et la communauté.

Pendant cette période, plusieurs adolescents s'initieront à l'alcool et aux drogues. Pour certains, cette consommation deviendra problématique alors que, pour la majorité d'entre eux, elle demeurera exploratoire.

Toxicomanie et adolescence : les particularités

Les problèmes d'alcool, de drogues et de jeu qui surviennent dès l'adolescence sont particulièrement préoccupants en raison de leur précocité et du fait qu'ils se produisent dans une étape charnière du développement humain. Une recension récente des écrits⁴ permet de déceler plusieurs défis reliés au traitement de ces adolescents prenant en compte les enjeux développementaux spécifiques à cette étape de vie.

- La précocité de la survenue des problèmes augmente le risque que l'adolescent continue à vivre des problèmes de toxicomanie à l'âge adulte ;
- Les adolescents tendent à faire le déni de leurs difficultés et à être peu motivés à modifier leur consommation ;

- Les progrès sur le plan développemental qui surviennent à l'adolescence peuvent être freinés par l'abus de substances qui nuit à la capacité de maîtriser avec succès des situations favorisant l'autonomie et le sens des responsabilités;
- La toxicomanie peut être à la source d'échecs répétés à maîtriser certaines tâches, pouvant ainsi créer une dynamique d'échec dans la vie du jeune qui l'éloigne de plus en plus d'expériences et de contextes qui auraient pu favoriser son bien-être et sa santé en général;
- La majorité des jeunes qui explore la consommation de drogues ne développe pas de problèmes de consommation excessive; ces adolescents sont typiquement des adolescents « sains » qui ont un réseau d'amis prosocial, un fort sentiment d'efficacité personnelle et qui cherchent à explorer leur environnement; cependant, les adolescents dont les amis sont « déviants » auront plus de risque de développer des problèmes;
- Les jeunes consomment de grandes quantités de substances selon les occasions jusqu'à devenir intoxiqués et ils consomment de manière épisodique et opportuniste; les adultes qui présentent une forte consommation régulière, souvent chronique, tendent davantage que les jeunes à développer une tolérance au produit;
- Les adolescents choisissent des drogues différentes de celles consommées par les adultes, préférant particulièrement le cannabis et les méthamphétamines;
- Les motifs de consommation des jeunes sont souvent différents de ceux des adultes : ils recherchent davantage l'acceptation sociale en consommant avec leurs amis, alors que les adultes consomment davantage seuls.

LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES

La consommation chez les jeunes

■ Les jeunes en général

Les enquêtes épidémiologiques québécoises⁵, canadiennes⁶ et américaines^{7,8,9} indiquent que la prévalence des problèmes d'alcool et de drogues chez les adolescents est en hausse depuis le début des années 1990. Par ailleurs, tant ici qu'en Ontario ou aux États-Unis, on observe une stabilisation de la situation et même des améliorations selon certains indicateurs depuis le début des années 2000^{7,10,11,12}. Malgré ces gains, l'état de situation demeure préoccupant, et ce, d'autant plus que les conséquences liées à l'abus d'alcool et de drogues chez les jeunes sont nombreuses : décès et blessures liés à des accidents sur la route, suicide, violence, délinquance, détresse psychologique, comportements sexuels à risque, atteintes neurobiologiques, décrochage scolaire¹³.

L'enquête de l'Institut de la statistique du Québec, réalisée en 2004 auprès d'un échantillon de 4 726 élèves représentatifs de l'ensemble des élèves du secondaire au Québec, révèle que 15,5% des jeunes Québécois ont une consommation d'alcool ou de drogues problématique ou à risque de le devenir¹⁰. La précocité de l'initiation et de la consommation régulière d'alcool et de drogues ainsi que la hausse de la proportion de jeunes qui consomment de l'alcool de façon excessive constituent d'autres constats préoccupants de cette enquête.

Le DEP-ADO¹⁴ est une grille de dépistage validée qui est utilisée dans ces enquêtes québécoises, mais également par les centres de réadaptation ainsi que par leurs partenaires orienteurs. Cet instrument de dépistage classe les jeunes en trois catégories :

- 1) **feu vert** : pas de problème évident (aucune intervention nécessaire);
- 2) **feu jaune** : problème en émergence (intervention souhaitable);

3) **feu rouge** : problème évident (intervention spécialisée nécessaire).

Plus spécifiquement, selon les résultats au DEP-ADO, 10,2% de l'échantillon d'élèves dont il est question précédemment présente une consommation à risque ou un problème en émergence (feu jaune), et 5,3% présente une consommation problématique nécessitant une intervention spécialisée (feu rouge).

■ Les jeunes de la rue

Au cours des dernières décennies, on a observé une recrudescence du phénomène de l'itinérance chez les jeunes Québécois. En 1996-1997, on estimait qu'environ 4 000 jeunes se trouvaient dans cette situation dans les villes de Montréal et de Québec¹⁵. La forte prévalence de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les jeunes de la rue se doit d'être soulignée. Une étude montréalaise auprès de 813 jeunes de la rue âgés de 14 à 23 ans démontre qu'un peu plus de la moitié de ces jeunes présentent des problèmes de drogues, alors qu'un sur deux aurait une consommation problématique d'alcool¹⁶. De plus, un jeune de la rue sur dix avoue consommer de l'héroïne sur une base hebdomadaire¹⁶.

Une autre étude montréalaise démontre, pour sa part, que ces jeunes de la rue sont également des consommateurs de drogues dures : près de la moitié de ces jeunes se sont déjà injecté de la drogue ; 73% ont déjà consommé de la cocaïne, alors que 72% rapportent en avoir fait autant avec le PCP¹⁷. Ce sous-groupe d'adolescents est particulièrement à risque d'être infecté par le VIH et de contracter d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (I.T.S.S.) en raison de la consommation de drogues, du partage des seringues souillées, des relations sexuelles à risque, du manque d'hygiène et du manque de ressources et de programmes adaptés¹⁸.

■ Les jeunes en centre jeunesse

Environ 100 000 demandes de service sont dirigées chaque année vers les différents centres jeunesse du Québec. De ce nombre, près de 60 000 ont donné lieu, en 2003-2004, à un signalement

en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, dont quelque 29 000 ont été retenus parce qu'il était estimé que la sécurité ou le développement des jeunes pouvaient être compromis¹⁵. Souvent, les jeunes en centre jeunesse sont aussi suivis dans des centres spécialisés pour leurs problèmes d'alcool et de drogues¹⁹. Une étude récente auprès de jeunes pris en charge par les centres jeunesse de Montréal indique que 20,3% d'entre eux présentent des problèmes de consommation en émergence (feu jaune), alors que 10,5% vivent des problèmes de consommation évidents (feu rouge), soit environ deux fois plus de jeunes que ceux de la population en général²⁰.

■ Les jeunes qui présentent des problèmes concomitants de santé mentale

L'étude de Vitaro et coll. réalisée en 2001 auprès de plus de 1 600 jeunes du Québec montre que, parmi les consommateurs problématiques de psychotropes, environ un jeune sur quatre a un problème de dépression ou de comportement²¹. Cette proportion chute à environ un sur dix chez les non-consommateurs. Aussi, 63% des jeunes avec un problème de comportement et 42% des jeunes qui ont un problème de dépression sont des consommateurs problématiques de psychotropes.

Une forte proportion des jeunes qui font appel à des centres de traitement de la toxicomanie présentent également des problèmes de santé mentale. On relève qu'environ 25% de ces jeunes souffrent de problèmes intériorisés (trouble anxieux, trouble de l'humeur et trouble relié au stress post-traumatique), alors que 61% vivent des problèmes extériorisés (trouble des conduites, trouble du déficit de l'attention/hyperactivité)^{22, 23}. Par ailleurs, une étude réalisée dans un centre québécois spécialisé en toxicomanie démontre que les adolescentes en traitement rapportent davantage de difficultés psychologiques que les garçons, comme l'a mesuré l'IGT-ADO²⁴. Une forte proportion de ces jeunes présentent notamment :

- des symptômes de dépression (74% des filles, 45% des garçons) ;
- des symptômes d'anxiété (53% des filles, 31% des garçons) ;

- des idées suicidaires (55% des filles, 29% des garçons);
- des tentatives de suicide (48% des filles, 11% des garçons);
- des comportements d'automutilation (32% des filles, 13% des garçons).

Parmi l'ensemble des problèmes de santé mentale concomitants, l'interrelation entre le suicide et la toxicomanie constitue un phénomène particulièrement préoccupant. Le suicide est l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans au Québec¹⁵. La recension des écrits sur le sujet produite par le CPLT²⁵ révèle que les personnes qui présentent un diagnostic relié aux substances psychoactives risquent beaucoup plus de se suicider que la population générale. Selon les études, les troubles liés à la prise d'alcool ou d'autres drogues sont présents dans 30 à 50% des cas de suicide²⁶.

Bien que les études portant sur les jeunes présentant un problème de jeu soient moins nombreuses, la même tendance se dessine. En effet, ces jeunes risquent davantage de développer des idées suicidaires et de faire des tentatives de suicide en plus de présenter plus de symptômes anxieux et dépressifs²⁷.

■ Les jeunes qui présentent des problèmes concomitants de délinquance

Cousineau et coll. ont effectué en 2000 une recension des études de prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes délinquants et constatent que ceux-ci présentent de hauts taux de consommation de drogues²⁸. Une étude australienne auprès de jeunes incarcérés montre notamment que 35% d'entre eux ont déjà fait l'essai de l'héroïne, et 42% se sont déjà injecté une drogue au moins une fois²⁹.

Dans un centre public situé en Mauricie/Centre-du-Québec, une forte proportion des adolescents qui y sont en traitement présentent, en plus d'une haute prévalence de problèmes psychologiques et familiaux, des problèmes légaux ou ont commis des actes de délinquance par le passé, et ce, tant

chez les filles que les garçons²⁴. Près de 90% d'entre eux ont déjà commis un délit et près de la moitié d'entre eux ont été inculpés. Les délits des jeunes ayant été inculpés se rapportent principalement aux catégories suivantes : drogues illicites, vols, méfaits et voies de fait. De plus, 67% des garçons et 80% des filles rapportent avoir vécu au cours de leur vie des périodes prolongées de perte de contrôle de soi (avoir été extrêmement hostile ou physiquement violent ou violente).

Les filles ont davantage fait l'objet d'un signalement que les garçons (66 par rapport à 37%). Les motifs de signalement sont largement attribuables à des troubles de comportement, tant pour les filles (60% des signalements) que pour les garçons (66% des signalements). L'étude de Grella et Joshi (2003)³⁰ auprès de 803 adolescents affiche des résultats similaires : 66% des jeunes rapportent avoir commis des actes de violence physique et 83% mentionnent avoir commis d'autres activités illégales.

La double problématique toxicomanie et délinquance est également documentée auprès des jeunes de la population générale. Une étude québécoise auprès d'élèves de 12 à 18 ans indique que 37% des jeunes présentant un problème de consommation ont commis un geste délinquant alors qu'ils étaient sous l'influence de la drogue³¹. Par ailleurs, certaines études démontrent que les jeunes joueurs problématiques risquent davantage de vivre des problèmes de délinquance et de criminalité²⁷.

Les problèmes associés à la consommation

La dernière enquête de l'Institut de la statistique du Québec auprès des jeunes élèves du secondaire au Québec, réalisée en 2004, documente bien les liens entre les différents comportements à risque³². Par exemple, les joueurs problématiques sont plus nombreux à présenter des problèmes d'alcool et de drogues nécessitant une intervention spécialisée (14%) que les joueurs sans problème (7%) et que les non-joueurs (3%).

L'abus de substances chez les adolescents est également associé à plusieurs problèmes psychosociaux. Une étude québécoise auprès de jeunes en traitement dans un centre spécialisé en toxicomanie relève, notamment, les problèmes associés à la consommation suivants²⁴ :

- Problèmes scolaires (87%) : suspension ou expulsion de l'école, problèmes d'apprentissage, de comportement, de motivation, problèmes avec l'autorité et problèmes de consommation à l'école ;
- Abus physique (45% des filles et 24% des garçons) et sexuel (28% des filles et 6% des garçons) ;
- Difficultés familiales vécues par la très grande majorité des adolescents (problèmes reliés aux règles de vie et à la communication, conflits familiaux).

La toxicomanie chez les jeunes est aussi associée à une forte prévalence de comportements sexuels à risque³³. Des données recueillies auprès de 146 garçons et 67 filles inscrits en 2005-2006 dans un centre public de traitement de la toxicomanie en Mauricie/Centre-du-Québec révèlent que 64% des adolescents et 76% des adolescentes sont actifs sexuellement³⁴. Parmi ces derniers, 24% des filles et 8% des garçons rapportent ne jamais utiliser de condom.

La prostitution est un autre phénomène pré-occupant que l'on associe à la toxicomanie. Dans une étude réalisée auprès de 919 jeunes de la rue à Montréal (12-25 ans), on rapporte que 37% des filles et 21% des garçons ont déjà fait de la prostitution³⁵. Le phénomène des gangs de rue est également associé à la problématique de la prostitution juvénile³⁶. Bien que des jeunes garçons et des jeunes filles associés à des gangs de rue se trouvent en traitement dans des centres spécialisés pour leurs problèmes de toxicomanie, l'ampleur de ce phénomène et la compréhension des interactions entre les diverses activités de prostitution et la toxicomanie sont encore mal connues.

Certains auteurs suggèrent que la toxicomanie pourrait contribuer au maintien de la prostitution juvénile. Par exemple, des jeunes filles sont forcées de faire de la prostitution par un homme plus âgé qui prétend être leur amoureux. Les liens de dépendance sur les plans matériel et émotionnel peuvent être renforcés par la consommation d'alcool et de drogues³⁷. D'autres auteurs, qui se basent sur des entrevues menées auprès de 49 adolescentes pratiquant la prostitution, concluent que l'abus d'alcool et de drogues affecte leur sentiment de valeur personnelle et de compétence³⁸. Ces jeunes filles se sentent incapables de quitter la prostitution et de faire autre chose pour gagner de l'argent.

Parmi l'ensemble des problèmes associés à la consommation, les problèmes de santé mentale et la délinquance sont parmi ceux qui ont retenu le plus l'attention des chercheurs et des cliniciens. Cette double ou triple problématique rend plus complexe le tableau clinique des jeunes toxicomanes en plus d'influencer leur trajectoire et l'issue de leur traitement. En effet, ces troubles concomitants à l'adolescence sont reliés :

- à une chronicité des difficultés jusqu'à l'âge adulte^{39, 40} ;
- à de moins bons résultats thérapeutiques chez les adolescents admis en traitement pour leur toxicomanie⁴¹.

L'impact sur l'entourage

Les données de l'enquête sociale générale de 1993⁴² nous apprennent que 39,6% des Québécois rapportent avoir été affectés de diverses façons, à titre de membres de l'entourage, par la consommation d'alcool ou de drogues de leurs proches.

Chaque année, plusieurs parents, inquiets de la consommation de leur adolescent et vivant un niveau élevé de détresse, demandent de l'aide dans des centres de réadaptation de la toxicomanie. Ils expriment le besoin de recevoir du soutien²⁴. Par ailleurs, la majorité des jeunes en traitement dans des centres spécialisés en toxicomanie rapporte vivre des difficultés familiales

importantes qui les préoccupent²⁴. Une étude qualitative réalisée en France auprès de 200 adolescents révèle que 29% des consommateurs de cannabis et 20% des non-consommateurs considèrent que le cannabis cause une détérioration des relations familiales⁴³.

Toutes ces données confirment le fait que l'environnement des adolescents ayant des problèmes de consommation est affecté par les difficultés du jeune. Bien que de telles données pour les jeunes qui vivent des problèmes de jeu ne soient pas disponibles, on peut émettre l'hypothèse que leurs proches en sont également affectés.

LES PRATIQUES GAGNANTES

Les membres du Comité jeunesse de la FQCRPAT réunis dans le cadre de rencontres de type groupe de discussion (*focus group*) ont dégagé un consensus quant aux pratiques gagnantes dans le domaine de l'intervention auprès des jeunes présentant des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu, ainsi qu'auprès de leur entourage. En raison de la grande vulnérabilité de cette clientèle, il est apparu nécessaire, voire primordial, de définir des pratiques qui lui soient propres plutôt que de recourir aux modes d'intervention prévus pour les adultes aux prises avec ce type de problème. Les discussions ont porté tant sur les pratiques gagnantes en matière d'intervention clinique qu'en matière d'organisation et de gestion de services*.

La réflexion des membres du Comité jeunesse a été alimentée par une analyse de la littérature scientifique portant sur l'efficacité des traitements des adolescents aux prises avec des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu ainsi que par des documents sur les pratiques gagnantes découlant de groupes de consensus avec des experts du domaine^{18, 24, 33, 45, 46, 47}.

LES PRATIQUES GAGNANTES EN MATIÈRE D'INTERVENTION CLINIQUE

Intervenir en s'adaptant aux enjeux liés au développement de la personne à l'adolescence

■ **S'ouvrir à la sous-culture des jeunes**

Se familiariser à la sous-culture des jeunes favorise un climat d'ouverture et évite les jugements trop hâtifs ou erronés sur la personne ou sur la situation. Cette sous-culture pourra différer selon qu'il s'agit des jeunes de la rue ou des jeunes du milieu urbain par rapport aux jeunes du milieu rural. Les valeurs des jeunes reliées à la sexualité, à leurs rapports avec les adultes et entre pairs, à leurs codes sur le plan du langage ou de la tenue vestimentaire constituent autant d'exemples de réalités à considérer.

■ **Favoriser chez le jeune son sentiment d'efficacité personnelle et de maîtrise sur son environnement**

Retenir une approche d'autonomisation (*empowerment*) en mettant l'accent sur leurs expériences de succès est particulièrement pertinent pour ces jeunes qui vivent une période de changement intense et déstabilisante. Aussi, le recours aux loisirs, aux sports et aux activités de créativité peut favoriser le sentiment de compétence et l'estime de soi chez le jeune.

■ **Ajuster les modalités de traitement en fonction de l'âge, des motivations et du stade de développement de l'adolescent**

Le dosage entre l'intervention individuelle et l'intervention auprès de la famille peut varier selon le processus de développement de l'adolescent.

* Les principaux enjeux de l'intervention jeunesse ayant fait consensus au cours de ces discussions ont fait l'objet d'un numéro spécial du *Tox-Ado* publié en 2005⁴⁴ en plus d'avoir obtenu l'aval de la Table clinique de la Fédération à une rencontre tenue le 18 mai 2006. Ce numéro spécial est disponible sur le site Web de la FQCRPAT : <http://www.fqcrpat.org/actualite/pdf/admin2444.pdf>.

Au début de l'adolescence, le jeune a souvent peu de contrôle sur son environnement, et son comportement est encore très influencé par son milieu familial. Travailler avec le système familial peut être une pratique gagnante pour favoriser le processus d'autonomie chez le jeune qui cherche à se distancier de sa famille tout en préservant ses liens d'attachement avec elle.

Plus âgé, il est probable que le jeune, pour qui la démarche d'autonomie est davantage amorcée, éprouve le besoin de recevoir plus de soutien individuel pour explorer ses projets d'avenir en ce qui a trait à ses relations amoureuses, à ses études, à son travail ou au départ de la maison familiale, par exemple.

Les motivations d'un jeune à consommer sont variées : avoir du plaisir, satisfaire sa curiosité, s'intégrer à un groupe de pairs, surmonter sa timidité, s'opposer au monde des adultes, gérer une détresse psychologique, etc. Selon les différents contextes de consommation, le jeune pourra éviter de faire face à certains défis importants pour son développement ou encore de vivre des expériences qui pourraient conduire à un échec.

Ainsi, le choix quant aux modalités de traitement à retenir doit reposer sur une évaluation individuelle du développement de l'adolescent, l'âge chronologique du jeune n'étant pas le seul élément à considérer.

■ **Tenir compte du niveau de développement cognitif du jeune et de sa capacité d'introspection**

Le fait de mettre le jeune en action, de lui permettre de pratiquer de nouvelles habiletés et de vivre des succès, constituent de bonnes stratégies. Les notions de plaisir et de défi renforcent la motivation du jeune à s'engager dans des activités thérapeutiques. Plus le jeune chemine au cours de son adolescence, plus il développe sa capacité d'introspection ainsi que sa capacité à faire des choix éclairés par rapport à sa consommation.

La notion de temps est vécue de façon particulière chez les jeunes qui, typiquement, sont centrés sur

le moment présent. Des objectifs de changement à long terme peuvent être trop abstraits et, de ce fait, perdre leur aspect mobilisateur. Il faut favoriser chez le jeune l'engagement dans des objectifs de changement clairs et concrets, dans une perspective à court terme.

Une révision hebdomadaire systématique des objectifs de changement du jeune est à conseiller ainsi qu'une rétroaction régulière sur la nature de ses difficultés, sur son cheminement et sur ses progrès. Utiliser des outils qui permettent un soutien visuel à cette rétroaction, tels des échelles ou des graphiques, constitue une stratégie judicieuse pour que le jeune puisse comprendre ses difficultés et son évolution de façon plus concrète.

■ **Tenir compte, dans l'évaluation et l'intervention, des enjeux liés à l'arrivée de la puberté**

L'initiation aux relations sexuelles, le rôle des substances psychoactives dans ce contexte ainsi que la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (I.T.S.S.) font partie des dimensions dont il faut tenir compte et qui mettent en relief l'importance de l'établissement d'une relation de confiance entre l'intervenant et le jeune et des enjeux liés à la confidentialité.

Par exemple, une jeune fille de 12 ans, qui vit déjà des changements pubertaires importants, est plus susceptible d'avoir un amoureux plus âgé qui pourrait potentiellement l'initier à des drogues dures. L'exploration de sa vie amoureuse et sexuelle et des interactions potentielles avec sa consommation de substances s'avère particulièrement pertinente.

■ **S'attarder aux besoins spécifiques des jeunes de moins de 12 ans**

Les jeunes qui risquent de présenter une consommation problématique de psychotropes à un âge très précoce, soit avant 12 ans, constituent un sous-groupe particulier dont les difficultés peuvent davantage devenir chroniques. Ce phénomène en émergence est encore peu documenté et les intervenants ne disposent pas d'outils adaptés de façon spécifique pour cette clientèle.

Étant donné le peu de contrôle que ces jeunes peuvent exercer sur leur environnement, il est essentiel de travailler avec l'ensemble des acteurs sociaux de leur milieu, particulièrement avec la famille et l'école. Il faut éviter de les mettre dans des contextes de groupe avec des jeunes plus âgés qui ne sont pas au même stade de développement qu'eux.

Ces jeunes ont besoin de soutien pour être placés dans des situations où ils pourront vivre des expériences de succès dans un cadre sécuritaire et sans recours aux substances. La famille constitue leur premier laboratoire pour vivre ces expériences de succès sur le plan interpersonnel. Une relation significative et positive avec un adulte de l'entourage pourrait aussi compenser dans une certaine mesure les difficultés éprouvées dans le milieu familial.

Étant donné le risque particulier que représente la précocité des problèmes de consommation, il est important de prévoir un suivi à long terme de ces adolescents en plus de faciliter l'accessibilité et la continuité à des services adaptés pour ces familles vulnérables.

■ **S'attarder aux besoins spécifiques des jeunes de 18 à 24 ans**

Pour les jeunes de 18 à 24 ans, le processus de distanciation vis-à-vis de la famille est davantage amorcé. Le défi de ces jeunes consiste à prendre une part active dans la société, à y trouver leur place, à définir leur identité et à s'ouvrir à une relation d'intimité avec une ou un partenaire amoureux. Ces enjeux sur les plans socioprofessionnel et relationnel sont différents, et l'intervenant en tient compte dans son plan de traitement individualisé.

L'influence de la consommation sur la réussite de ces différents défis doit être évaluée. La continuité de l'intervention auprès de ces jeunes, au cours de cette période de transition plus ou moins longue vers l'âge adulte, doit devenir une préoccupation clinique prioritaire. On constate à regret un manque de services adaptés pour ces jeunes qui souvent tombent « entre deux chaises ».

■ **Assurer des services adaptés et continus lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte**

Tant dans le réseau de la protection de la jeunesse, dans le réseau de services en santé mentale que dans celui des services en toxicomanie, il est important de planifier soigneusement la transition entre les services aux jeunes et ceux destinés aux adultes. Les jeunes qui amorcent leur passage vers la vie adulte, souvent dans un contexte où le soutien familial est déficient, ont des besoins particuliers liés à leur nouvelle autonomie : faire un budget, faire l'épicerie, se trouver un emploi ou un domaine d'études et persévérer dans leur démarche.

Le projet Qualifications des jeunes mené par les centres jeunesse est un exemple d'un programme qui cible ces besoins de façon adéquate et dont la pertinence est d'ailleurs soulignée par la stratégie d'action jeunesse 2006-2009 du gouvernement du Québec, parmi d'autres programmes de ce type. Les centres spécialisés en toxicomanie devraient s'arrimer de façon efficace avec les différents programmes destinés à la réinsertion professionnelle des 18-24 ans disponibles sur leur territoire.

■ **Impliquer la famille dans le traitement de l'adolescent**

Peu importe le modèle d'intervention, il est pertinent d'impliquer la famille dans le traitement de l'adolescent :

- pour favoriser son engagement et la persistance au traitement ;
- pour mieux comprendre ses difficultés ;
- pour favoriser le soutien familial devant ses objectifs ;
- pour évaluer les besoins de la famille (dépistage de l'alcoolisme parental, dépression, négligence ou abus, etc.) ;
- pour outiller les parents et soulager leur détresse.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité des thérapies familiales pour les adolescents qui vivent

des problèmes d'alcool et de drogues⁴⁵. La qualité du soutien social et familial est associée à la persistance de ces adolescents au regard de leur traitement, ce qui favorise le succès thérapeutique³⁰. Plusieurs facteurs de risque et de protection reliés au développement des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu sont de nature familiale.

L'engagement des parents permet une meilleure évaluation des besoins de ceux-ci. Les parents de ces jeunes risquent davantage de vivre des problèmes de santé mentale, d'éprouver eux-mêmes des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu ou encore de vivre des difficultés financières et de l'isolement. Aider les parents à résoudre leurs difficultés psychosociales est aussi un moyen de mieux soutenir et protéger le jeune.

L'engagement des parents dans le traitement peut prendre différentes formes. Parmi les différentes façons d'impliquer la famille, mentionnons les interventions psycho-éducatives visant le développement des compétences parentales, le soutien personnalisé aux parents, les interventions visant à les faire participer au processus de changement du jeune (ex. : plan de traitement, stratégies thérapeutiques) afin de favoriser une meilleure cohésion entre les efforts du jeune, ceux des intervenants et ceux de sa famille.

Toutefois, comme plusieurs traitements ne s'appuyant pas sur la famille ont fait leurs preuves⁴⁶ et qu'on ne dispose pas de données suffisantes pour conclure à la supériorité des approches familiales⁴⁵, on ne peut recommander le recours systématique aux thérapies familiales.

Appuyer l'intervention sur des modèles de traitement jugés efficaces et faire preuve de flexibilité

Les modèles de thérapie dont l'efficacité a été démontrée auprès d'adolescents qui abusent d'alcool et de drogues sont les suivants :

- La thérapie cognitive-comportementale combinée à l'intervention motivationnelle ;

- Différents modèles de thérapies familiales, comme la thérapie familiale multidimensionnelle, la thérapie familiale brève stratégique, la thérapie multisystémique et l'Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA)*.

Ces modèles inspirent des stratégies d'intervention mais ne sont pas pour autant des recettes. Il faut savoir adapter ces modèles de traitement en fonction des besoins spécifiques du jeune et de son stade de développement.

Il est recommandé d'offrir un traitement multidimensionnel éclectique plutôt qu'une approche unidimensionnelle pour ainsi être en mesure d'offrir certains choix aux jeunes et à leur famille¹⁸. La proportion du changement thérapeutique expliquée par la technique d'intervention est faible, c'est plutôt l'alliance thérapeutique qui explique la plus grande part des changements⁴⁸. La flexibilité dans l'application de ces modèles d'intervention est donc de mise.

Cibler prioritairement l'alliance thérapeutique et favoriser la motivation

Les jeunes doivent plus souvent faire face à des pressions extérieures pour consulter que les adultes et ils se montrent souvent réfractaires au changement au début de leur démarche. Sur le plan développemental, ils cherchent à se distancier de leur famille et explorent leur identité. Dans ce processus, le fait de s'opposer constitue une stratégie fréquemment utilisée.

* Voir Tremblay, Bertrand et Ménard (2005)⁴⁵ pour une description détaillée de ces modèles de thérapies familiales.

■ Proposer des options

L'établissement d'une alliance thérapeutique et la persévérance en traitement constituent un élément déterminant pour favoriser le succès de la démarche du jeune^{48, 49}. Pour arriver à créer une alliance thérapeutique avec ces jeunes, une approche non confrontante basée sur des principes humanistes, comme les approches motivationnelles, s'avère une avenue prometteuse⁵⁰.

Les approches motivationnelles font en sorte de proposer différents menus d'options au jeune, par exemple sur le plan des modalités de traitement et des cibles thérapeutiques. Le fait d'offrir au jeune de choisir ses cibles de changement lui permet de s'approprier plus rapidement la démarche de changement et renforce sa motivation. Imposer une démarche aura l'effet contraire.

■ Adapter à la réalité des adolescents l'approche motivationnelle développée pour les adultes

Les adolescents n'ont pas encore les capacités cognitives qui leur permettent de prendre conscience des conséquences négatives de leurs comportements, particulièrement celles qui se produisent à plus long terme⁴. Il faut orienter l'intervention auprès du jeune dans une perspective à court terme.

Intervenir dans une perspective de réduction des méfaits

L'approche de réduction des méfaits est particulièrement adaptée à la clientèle jeunesse *a priori* peu disposée au changement.

Un jeune peut poursuivre des objectifs variant de l'abstinence à la réduction de la consommation, en passant par la diminution des conséquences et des méfaits associés à cette consommation (par exemple : réduire des comportements tels l'alcool au volant, les échanges de seringues souillées, les pratiques sexuelles à risque, la consommation de substances à l'école, etc.). Cette approche de réduction des méfaits s'harmonise bien avec une conception des expériences de rechutes ou d'« écarts » comme faisant partie intégrante du processus de rétablissement du jeune.

Au besoin, il faut établir une relation de soutien à long terme avec le jeune dans un cadre où il comprend que ses « écarts » seront acceptés et analysés avec lui. Il faut mettre en place des conditions thérapeutiques qui aident le jeune à diminuer sa peur d'être jugé et abandonné afin d'éviter une rupture de services dans les moments de crise au cours desquels il pourrait nécessiter encore plus de soutien.

Adapter les interventions en fonction de l'évaluation des problèmes associés à la consommation

Utiliser des outils d'évaluation validés permet de cibler l'ensemble des sphères de la vie de l'adolescent. L'indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents⁵¹ en est un exemple. Il est recommandé de dépister les problèmes de jeu chez les jeunes qui présentent des problèmes d'alcool et de drogues, et inversement, étant donné le risque accru pour ces jeunes de présenter plus d'un comportement problématique.

Le plan d'intervention doit découler de cette évaluation. Ce plan sera individualisé et ciblé sur les besoins spécifiques du jeune. L'intervenant tiendra compte des partenaires du réseau de la santé déjà engagés dans le dossier ou encore, associera les partenaires qui devraient l'être, particulièrement en présence de problèmes de négligence, de maltraitance, de santé mentale ou de délinquance.

On doit privilégier le recours à des plans de services individualisés qui favorisent une intervention concertée impliquant le jeune de même que l'ensemble des intervenants et des ressources concernés.

■ Dépister la présence de troubles mentaux concomitants et en tenir compte dans le plan de traitement et de services individualisé

Il n'existe pas encore de consensus clair concernant les pratiques gagnantes sur le plan de l'intervention auprès des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale concomitants¹⁸. Plusieurs recommandations pour l'intervention

auprès des adultes présentant cette double problématique formulées par le Comité permanent sur les troubles concomitants de la FQCRPAT⁵² peuvent cependant orienter l'intervention auprès des jeunes :

- Dépister systématiquement la présence de troubles mentaux au moment de l'inscription dans les services en ayant recours à des outils validés ;
- Réaliser une évaluation complète afin d'établir le diagnostic des troubles de santé mentale en présence et d'évaluer le niveau de fonctionnement psychosocial du jeune ;
- Évaluer au début et en cours de traitement le niveau de motivation du jeune à s'engager dans un traitement et à modifier ses comportements de consommation ; déterminer la nature des éléments qui le motivent à changer ou non et adapter l'intervention en conséquence ;
- Établir un plan de services individualisé, basé sur le diagnostic des troubles en présence et sur leur résolution qui tienne compte des ressources disponibles et d'une orientation adéquate vers un traitement approprié ;
- Évaluer de manière continue l'évolution du jeune en traitement et ses progrès sur le plan de la consommation et de ses difficultés psychologiques ;
- Tenir compte dans l'intervention des besoins fondamentaux du jeune, notamment en ce qui a trait au logement, à sa sécurité et à son réseau de soutien social.

Même si toute consommation, si minime soit-elle, peut avoir des conséquences adverses considérables, particulièrement chez ce groupe de jeunes, une approche de réduction des méfaits est recommandée parce qu'elle favorise l'accès aux services à ces jeunes souvent réfractaires au changement.

■ Évaluer les problèmes de délinquance concomitants et en tenir compte dans le plan de traitement et de services individualisé

La relation drogue-crime est complexe⁵³ ; le jeune peut commettre un crime dans le but de se procurer une drogue, consommer pour se donner le courage de commettre un crime ou encore augmenter sa consommation étant donné la plus grande accessibilité aux substances associée au milieu et aux amis qu'il fréquente. Il faut bien évaluer la nature de cette relation drogue-crime chez l'adolescent en vue d'orienter le plan de traitement adéquatement.

L'état actuel des connaissances ne permet pas de déterminer clairement si des programmes spécialisés destinés aux jeunes délinquants sont plus efficaces que des programmes d'intervention destinés aux jeunes en général⁴. Le traitement de la toxicomanie chez les adolescents est associé de façon générale à une réduction des comportements délinquants⁴⁹.

Les délinquants forment une large proportion des jeunes dans ces centres de traitement de la toxicomanie et bénéficient de services pour leurs problèmes de toxicomanie, mais aussi pour leurs conduites déviantes. Les intervenants doivent avoir une attitude ouverte et exempte de jugement devant ces jeunes et croire en leur capacité de changement.

L'établissement de l'alliance thérapeutique peut inclure des dimensions spécifiques, telles les questions de confidentialité et de partenariat avec les instances sociales et judiciaires concernées.

■ Procéder à une évaluation minutieuse du risque et de l'urgence suicidaire à partir de critères reconnus en ce domaine

Le risque d'un passage à l'acte sous l'effet d'une substance et le degré d'impulsivité du jeune sont des éléments importants à considérer. Lorsqu'un jeune exprime des idées suicidaires, il est fortement recommandé de recourir à des contrats d'engagement de non-suicide et à des plans de crise, élaborés avec le jeune, qui permettent de l'outiller pour faire face à ses idées suicidaires.

Il est conseillé de réévaluer régulièrement le risque et l'urgence suicidaire en cours de suivi. En fin de suivi, le jeune doit bien connaître les ressources de son réseau social et du réseau de la santé qui pourraient lui venir en aide s'il vivait à nouveau des idées suicidaires. La possibilité de reprendre contact avec son intervenant de confiance, même après la fin du suivi, doit être clairement expliquée, cette assurance pouvant servir de filet de sécurité. Le jeune doit comprendre que de demander à nouveau de l'aide au même intervenant, loin de constituer un échec, reflète plutôt sa nouvelle capacité à bien gérer ses difficultés et à aller chercher de l'aide au bon moment et de façon appropriée.

Favoriser le maintien des gains

Il importe d'aider le jeune à bien connaître les déclencheurs de sa consommation d'alcool et de drogues, et de lui enseigner certaines compétences susceptibles de lui permettre de bien gérer cette consommation. Ainsi, le jeune devrait apprendre, de façon très concrète, à découvrir les situations à risque élevé de consommation, les éléments déclencheurs, les stratégies d'évitement et d'affirmation de soi, les façons adéquates d'obtenir du soutien de même que les différents autres moyens qui pourraient lui permettre de gérer ces situations à risque. Enseigner au jeune à bien gérer son stress, ses affects dépressifs, ou encore sa colère, pourrait être déterminant pour l'outiller pour faire face à ses problèmes de consommation.

Il est important d'aider le jeune à se créer des liens avec sa communauté (famille, activités récréatives, services de counselling et autre) qui lui permettront de renforcer son réseau de soutien en plus de multiplier les occasions de renforcer son sentiment de compétence.

Idéalement, la fin du traitement devrait être décidée d'un commun accord entre l'intervenant et le jeune, moment privilégié pour consolider ses forces et souligner le cheminement accompli tout en mettant en lumière ses défis et les moyens de

les relever avec succès. La porte devrait rester grande ouverte à la possibilité que le jeune fasse au besoin un suivi, idéalement avec le même intervenant.

Intervenir auprès des jeunes qui vivent un problème de jeu

En raison de la prévalence* du phénomène et malgré le fait qu'ils aient peu de ressources pour le faire, les CRPAT développent des pratiques pour intervenir auprès des jeunes aux prises avec un problème de jeu excessif.

Très peu d'études empiriques portent sur l'efficacité des traitements destinés aux jeunes joueurs problématiques. Cependant, le modèle de traitement cognitif-comportemental évalué auprès d'un petit échantillon de jeunes joueurs problématiques semble être un modèle prometteur⁵⁹.

Certaines interventions spécifiques au traitement du jeu chez les jeunes ont été décrites⁶⁰ :

- comprendre les motivations au jeu ;
- établir clairement le niveau de base des comportements de jeu et encourager une diminution du jeu en ce qui a trait à la fréquence, à la durée et au montant d'argent dépensé ;
- définir les cognitions irrationnelles associées au maintien du jeu, comme l'illusion de contrôle.

Il semble par ailleurs que plusieurs recommandations concernant l'intervention auprès de jeunes qui abusent d'alcool et de drogues soient aussi pertinentes au regard de l'intervention auprès des jeunes joueurs problématiques.

* Tant à cause de problèmes de mesure que de définition ^{54, 55}, il demeure pour l'instant difficile de déterminer la prévalence du jeu problématique chez les jeunes. Selon les études au Québec, au Canada et aux États-Unis, on obtient des taux de prévalence de jeu problématique chez les jeunes variant de 2% à 9% ^{56, 57, 58}.

LES PRATIQUES GAGNANTES EN MATIÈRE D'ORGANISATION ET DE GESTION DES SERVICES

Favoriser le partenariat : complémentarité, continuité et intégration des services

Parmi les partenaires clés des CRPAT figurent l'école, les centres jeunesse, les ressources du réseau public, privé et communautaire. Ces partenaires sont tout aussi importants pour les parents du jeune en traitement, car ceux-ci ont souvent besoin de soutien pour eux-mêmes et d'aide pour protéger leurs enfants.

Un continuum de services clairement défini sur un territoire donné, où les rôles et les responsabilités de tous les partenaires concernés sont précisés, contribue à la complémentarité et à la mise en place d'une offre de services jeunesse qui soit complète et adaptée.

Les sondages réalisés par la FQCRPAT auprès de ses membres, en 2003 et en 2006, et dont les résultats sont présentés en annexe, fournissent des éléments intéressants sur les conditions gagnantes reliées au partenariat. Une bonne compréhension des philosophies de traitement, une disponibilité de temps adéquate pour faire des discussions cliniques approfondies avec les partenaires, la connaissance des rôles de chacun pour bien orienter les jeunes et éviter le *dumping* figurent parmi ces conditions prometteuses. Le recours à des instruments communs, tels les grilles de dépistage, d'évaluation, de référence, les plans de services individualisés, aide à structurer le partenariat et à assurer une meilleure continuité malgré le roulement possible des intervenants.

Pour mener le partenariat à un niveau véritablement efficace et structuré, il est souhaitable de conclure des ententes formelles de collaboration qui engagent les plus hautes autorités de l'organisation et posent clairement les modalités, les processus et les attentes de chaque partie. La conclusion d'une entente formelle devient aussi l'occasion de mieux connaître les expertises de chacun.

Favoriser l'accessibilité des services jeunesse

L'accessibilité aux services jeunesse est une force des CRPAT qui sont reconnus comme les dispensateurs exclusifs de services à cette clientèle en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu excessif. Dans toutes les régions du Québec, les CRPAT donnent accès à une gamme de services de différents niveaux d'intensité, soit :

- des services d'accueil-évaluation-orientation ;
- des services de stabilisation-désintoxication ;
- des services de réadaptation avec ou sans hébergement.

Les services sont rendus soit à l'interne, à l'intérieur de leurs installations, soit par un partenaire sur la base d'une entente de service. Dans ce dernier cas, le CRPAT ne délègue pas sa responsabilité au regard du plan de services individualisé du jeune, mais il confie la prestation de certains services à une autre instance.

Soucieux d'améliorer l'accessibilité aux services, et considérant le fait que la collaboration des partenaires est essentielle dans une offre de services intégrés, les CRPAT souhaitent mettre en place, avec leurs partenaires, un mécanisme régional d'accès. En plus de faciliter la conclusion d'ententes de collaboration formelles avec les partenaires, un tel mécanisme, en misant sur les forces de chacun, favoriserait une amélioration de l'accès et de la qualité de toute la gamme de services, qu'il s'agisse du dépistage, de la référence ou encore du soutien à la famille. Un mécanisme d'accès régional contribuera à la décentralisation des services de façon à se rapprocher des lieux fréquentés par les jeunes, les écoles, les maisons de jeunes, les parcs.

Une meilleure concertation régionale permettrait aussi de développer, dans chaque région, des places de stabilisation-désintoxication spécifiques pour les jeunes pour qui le sevrage psychologique peut être une étape aussi difficile qu'un sevrage physique chez un adulte. L'accès à de telles ressources permettrait de plus de mieux évaluer la présence éventuelle de problèmes concomitants chez le jeune.

Adapter les services en fonction de clientèles présentant des besoins spéciaux

■ Les jeunes de la rue

Les jeunes de la rue constituent une clientèle qui n'est pas facile à atteindre. Elle est souvent instable et peu disposée à se trouver en milieu institutionnel pour recevoir de l'aide. Àuprès de ces jeunes, la souplesse et la flexibilité sont de mise. Les endroits les plus propices pour les joindre sont les maisons de jeunes, les centres d'hébergement pour itinérants, les centres de crise et les organismes communautaires offrant des services aux jeunes de la rue.

Il est essentiel que le centre de réadaptation établisse des ententes de partenariat avec ces dispensateurs de services et qu'il prévoie un accès rapide aux jeunes de la rue qui demandent des services.

■ Les jeunes avec des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie

Les jeunes présentant ces caractéristiques font souvent les frais d'un manque de planification, de coordination et de compréhension entre les systèmes de traitement en alcoolisme et en toxicomanie et ceux du traitement de la santé mentale¹⁸. Des mécanismes doivent être prévus entre ces deux systèmes de soins afin que l'une et l'autre de ces deux problématiques soient dépistées adéquatement de façon précoce. La formation de personnel qualifié en mesure d'intervenir devant ces deux types de problèmes s'avère aussi essentielle. Le soutien offert à ces jeunes doit être varié et intensif compte tenu du risque de chronicité de leurs problèmes.

Étant donné la complexité de l'évaluation des troubles concomitants, il faut privilégier des expertises multiples (biopsychosociales), comme il est recommandé dans le plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec⁶¹.

■ Les jeunes utilisateurs de drogues injectables

Les jeunes qui sont des utilisateurs de drogues injectables doivent bénéficier de services spécifiques adaptés à leur situation. Notamment, leurs besoins sur le plan de la prévention du VIH/sida et des autres I.T.S.S. sont particulièrement importants. Certains experts remarquent que les services de substitution à la méthadone doivent être davantage accessibles pour ce sous-groupe.

■ Les jeunes provenant de différentes ethnies et cultures

Les caractéristiques spécifiques des jeunes provenant de différentes ethnies et cultures doivent être prises en compte dans l'organisation des services. Cette réalité est particulièrement importante dans certains territoires marqués par une grande diversité culturelle. Les intervenants doivent être formés en vue de développer leur sensibilité aux enjeux interculturels et leurs aptitudes à adapter leurs interventions en fonction de ces différences. Des collaborations avec les différentes communautés culturelles contribuent à la mise en place de moyens pour contrer certaines barrières à l'accessibilité aux services, comme celle de la langue, par exemple.

Ces propositions s'appliquent également aux autochtones pour qui la spiritualité et l'implication de la communauté pour aider un jeune en difficulté font partie de leurs réalités culturelles.

■ Les jeunes concernés par le système judiciaire

L'organisation des services doit être adaptée en fonction des besoins des jeunes qui vivent des démêlés avec le système judiciaire. Des programmes spécialisés en toxicomanie doivent être accessibles dans le milieu correctionnel. Des ententes de collaboration devraient permettre le dépistage des problèmes de toxicomanie chez ces jeunes pour que ce partenaire qu'est le système judiciaire soit en mesure d'orienter adéquatement le jeune vers la bonne ressource.

Plusieurs experts ont émis des réserves quant au travail en groupe avec ces jeunes en raison de la sous-culture associée à ces milieux qui rend particulièrement difficile le dévoilement de soi, sans compter que le jeune risque d'être influencé négativement dans un modèle d'intervention de groupe composé majoritairement de jeunes contrevenants.

Mettre en place des protocoles pour les situations de crise suicidaire

Les CRPAT devraient développer un protocole d'intervention précis au regard de la prévention du suicide. Cette démarche devrait s'inspirer de celles déjà réalisées par certains partenaires, dont les centres jeunesse.

De façon générale, ce protocole devrait inclure :

- la mise en place de processus cliniques impliquant l'évaluation systématique de la présence d'idées suicidaires au début du traitement ;
- des outils d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire permettant une évaluation plus poussée au début et en cours de traitement, selon les besoins ;
- l'élaboration systématique d'un plan de crise en collaboration avec le jeune, lorsque celui-ci exprime des idées suicidaires ;
- des services de supervision clinique pour les cliniciens ;
- des services de soutien pour les cliniciens à la suite d'une tentative de suicide ou d'un suicide.

Actualiser le principe de la hiérarchisation des soins et des services

Le principe de la hiérarchisation des soins et des services sous-tend que, des services de base aux services spécialisés, les rôles et les responsabilités de chacun sont bien définis et que le jeune peut cheminer de façon continue et fluide de l'un à l'autre des niveaux de services, selon ses besoins propres.

La hiérarchisation des services suppose ainsi de bien délimiter le champ d'action des services de 1^{re} ligne de ceux de 2^e ligne, étant compris que les deux niveaux sont complémentaires et en constante interrelation. Ainsi, les CRPAT, responsables de la prestation des services de stabilisation-désintoxication et de réadaptation peuvent devenir de précieuses ressources de soutien pour les organisations de 1^{re} ligne dédiées aux activités d'information, de prévention, de dépistage et d'intervention précoce. Les CRPAT peuvent apporter une aide-conseil aux intervenants de 1^{re} ligne, notamment en les aidant à développer leurs habiletés à utiliser des outils de dépistage ou d'évaluation propres à la clientèle jeunesse, tel le DEP-ADO, et pour les autres instruments à venir comme le prévoit le Plan d'action ministériel en toxicomanie 2006-2011⁶².

La réussite de l'application du principe de la hiérarchisation des soins et des services repose d'abord et avant tout sur les organisations, mais elle va bénéficier au jeune qui, dépisté de façon précoce, aura accès au meilleur service possible considérant son besoin et cheminera de façon harmonieuse dans la trajectoire de services prévue à son intention.

Apparier les services aux besoins du jeune

L'appariement dans le traitement des toxicomanies est un processus qui consiste à offrir une gamme variée de services tout en sélectionnant les plus appropriés en fonction des besoins spécifiques de chaque individu entreprenant une démarche spécialisée de traitement.

Les critères d'appariement entre les besoins du jeune et l'intensité du traitement ne sont pas faciles à déterminer et même peu documentés de façon empirique. Selon les avis d'experts cliniciens, les jeunes ayant une forte dépendance aux psychotropes, des difficultés relationnelles importantes et des psychopathologies sévères profitent davantage des programmes internes, alors que les adolescents qui ont une stabilité sur le plan des relations interpersonnelles, et qui ont une consommation moins problématique, tirent davantage profit d'une

thérapie en services externes. Aussi, un historique d'échec thérapeutique pourrait orienter le jeune vers une modalité de traitement différente ou plus intense que la précédente.

On note par ailleurs que les adolescents ayant été sévèrement abusés dans le passé tendent à mieux réussir dans un contexte de traitement résidentiel³⁰ ; ces jeunes sont aux prises avec des problèmes de consommation d'une plus grande sévérité et vivent plus fréquemment des problèmes associés à la consommation.

Ainsi, il est primordial qu'un continuum de services d'intensité variable soit accessible aux jeunes sur un territoire donné. La définition d'une offre de service en fonction de critères d'appariement pré-établis, qui sont souples et qui tiennent compte du jugement clinique, permet d'offrir des services adaptés et de qualité.

Développer les compétences du personnel

La qualité de l'intervention repose grandement sur la qualité des compétences et de la formation des intervenants. La section sur l'ampleur de la problématique a bien fait ressortir la complexité de l'intervention auprès des jeunes en raison notamment de la vulnérabilité de cette clientèle, des problèmes associés, de la faiblesse de leur réseau de soutien familial, des besoins nouveaux tel le jeu excessif, ou encore de la prévalence croissante des jeunes en besoin de services.

Cette réalité exige des compétences de pointe de la part des intervenants. Il revient aux établissements de recruter du personnel qualifié et de lui offrir par la suite des occasions de formation continue, de développement et de renforcement des compétences. Les intervenants sont visés au premier titre par ces mesures qui devraient toutefois être étendues à tout le personnel, notamment à ceux et à celles qui, sans intervenir, sont quand même en contact avec les jeunes, que ce soit à l'accueil ou comme préposé, par exemple. Comme le prévoit le Plan de développement des ressources humaines exigé par la Loi, chaque centre établit ses besoins de formation à partir

d'une évaluation des besoins et de l'expertise du personnel en place.

Dans un contexte où le partenariat est considéré comme une avenue essentielle au développement de la qualité et de l'accessibilité aux services, les intervenants doivent être invités à partager leur savoir avec les partenaires afin de rendre le plus d'aidants possible aptes à intervenir adéquatement auprès du jeune en besoin de services.

Améliorer les processus administratifs et de gestion

Les processus administratifs et de gestion ont un impact significatif sur la qualité globale des services offerts. Les procédures de gestion des archives touchent de près les aspects de la confidentialité. La sécurité, le bon entretien des installations, le confort matériel créent un climat rassurant pour le jeune et pour le personnel. Les systèmes d'information ne servent pas qu'à produire des données à des fins administratives. L'information clinique et de gestion sert, entre autres choses, à évaluer les modes d'intervention, leur pertinence, à apprécier l'accessibilité aux services ou encore leur efficience. Que des systèmes d'information performants soient déjà en place ou à venir, il faut envisager leur utilisation à des fins d'amélioration continue de la qualité.

Les processus d'agrément, rendus obligatoires pour tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, vont amener les établissements à réviser en profondeur leurs processus de gestion. Cet exercice doit être vu comme une occasion de moderniser et d'ajuster les processus en fonction de besoins nouveaux et des défis des prochaines années.

L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

L'offre de services de base décrite ci-après s'inscrit en cohérence avec les orientations ministérielles en matière de dépendances et avec la modernisation du réseau qui met l'accent sur la consolidation de la qualité des services de santé et des services sociaux publics. Les propositions qui sont émises découlent d'abord d'une analyse critique des enjeux relatifs à l'intervention auprès des adolescents québécois qui vivent des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu. Mais les propositions pour cette offre de services de base prennent aussi appui sur des pratiques gagnantes reconnues dans le domaine et déjà adoptées par les CRPAT qui, depuis plusieurs années, ont développé un leadership et une expérience exclusive dans le traitement et la réadaptation des jeunes aux prises avec des problèmes de dépendance. Cette offre de services de base touche l'intervention clinique, l'organisation des services de même que la recherche et devrait avoir un effet de mobilisation et de concertation pour favoriser une intervention jeunesse de qualité au sein des CRPAT, en collaboration avec leurs divers partenaires.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs reflètent la spécificité et la complexité de l'intervention jeunesse en toxicomanie qui tient compte des interrelations entre le jeune et les différents acteurs de son environnement, l'école, les milieux de loisirs, l'entourage, mais d'abord et avant tout les parents, premiers responsables de sa sécurité et de son bien-être.

■ Équité

Les services des CRPAT jeunesse sont gratuits, universels et accessibles sur l'ensemble du territoire québécois.

■ Accessibilité

Des services spécialisés en toxicomanie sont accessibles immédiatement au moment de la demande et sont offerts le plus près possible du milieu de vie du jeune.

■ Qualité

L'évaluation et l'amélioration des programmes jeunesse font l'objet d'une préoccupation constante dans les CRPAT.

■ Efficacité et efficience

Les services offerts répondent le mieux possible aux besoins cliniques du jeune et à sa qualité de vie tout en tenant compte du rapport « qualité-coûts ».

■ Continuité, complémentarité et partenariat

La complexité et la spécificité des problématiques jeunesse font appel à la collaboration étroite entre les divers partenaires, établissements et organismes susceptibles d'intervenir auprès du jeune. Il faut de plus souligner le nécessaire arrimage entre les services de première ligne et de deuxième ligne, entre les services de toxicomanie jeunesse et ceux de santé mentale, de même qu'entre les CRPAT et les centres jeunesse.

L'OFFRE DE SERVICES DE BASE VISANT L'INTERVENTION CLINIQUE

L'offre de services de base qui suit touche à toutes les composantes décrites précédemment et reprend en synthèse les considérations qui soutiennent et justifient le bien-fondé de mettre en place, dans tous les CRPAT du Québec, les services de base qui sont proposés.

Des interventions inspirées des pratiques gagnantes

- Considérant l'adhésion à l'ensemble des pratiques gagnantes au regard de l'intervention clinique décrite dans la deuxième partie du présent document ;
- Considérant que les intervenants jeunesse et les responsables jeunesse des CRPAT sont les mieux placés pour évaluer dans quelle mesure leurs interventions reflètent des pratiques gagnantes en fonction des besoins spécifiques de la clientèle jeunesse de leurs territoires, du type d'expertise qu'ils ont déjà développée et des différents obstacles rencontrés dans la prestation de leurs services ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT se dotent de mécanismes favorisant l'autoévaluation continue de la part des intervenants de leurs pratiques cliniques en mesurant à quel point celles-ci reflètent les pratiques gagnantes, pour ainsi mieux préciser des pistes d'amélioration concrètes et des moyens pour y arriver ;

Que les CRPAT mettent en place des modalités de rétroaction et de supervision clinique adéquates pour bien soutenir les intervenants dans leur démarche d'amélioration continue et de consolidation de leurs compétences.

Les orientations et la programmation

- Considérant le consensus existant autour de la nécessité d'élaborer une programmation clinique adaptée aux jeunes éprouvant ces difficultés qui soit appliquée par du personnel formé et compétent en la matière ;
- Considérant que les modèles de traitement de type cognitif-comportemental, motivationnel et familial ont reçu des appuis empiriques quant à leur efficacité pour le traitement de cette clientèle ;
- Considérant qu'il est inadéquat de transposer des modèles de traitement pour les adultes aux adolescents qui éprouvent des problèmes d'alcool et de drogues, étant donné les particularités de cette étape de développement et des modes de consommation différents des jeunes ;
- Considérant que la pertinence de l'approche de réduction des méfaits est reconnue auprès des jeunes souvent réfractaires au changement ;
- Considérant le consensus établi sur la pertinence de l'implication de la famille dans le traitement de l'adolescent, peu importe la modalité utilisée ;
- Considérant le consensus établi pour impliquer les milieux de vie immédiats du jeune, telle l'école ;
- Considérant qu'il est recommandé d'offrir un continuum de services complets et adaptés, d'intensité variable, basé sur une approche éclectique qui favorise la possibilité que le jeune puisse contribuer au choix de l'option la mieux adaptée à sa situation particulière ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT adoptent des orientations spécifiques concernant l'intervention auprès des jeunes et de leur entourage et qu'ils définissent une programmation clinique écrite qui s'inspire des pratiques gagnantes.

La formation continue des intervenants

- Considérant l'expertise nécessaire pour intervenir auprès des jeunes qui vivent des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu, en plus de présenter divers problèmes associés à la consommation;
- Considérant les besoins de formation énoncés par les responsables jeunesse de l'ensemble des CRPAT du Québec;
- Considérant que les données de recherche sur l'efficacité des traitements évoluent continuellement;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT assurent aux intervenants jeunesse une formation adaptée et continue concernant :

- 1) les approches de traitement efficaces adaptées aux adolescents, avec une attention particulière pour l'approche systémique et les modalités d'intervention impliquant la famille,
- 2) les problèmes de santé mentale concomitants chez les adolescents, incluant la contribution des expériences de maltraitance dans le développement et le maintien de cette double problématique,
- 3) l'entrevue motivationnelle adaptée pour les adolescents,
- 4) la prévention du suicide,
- 5) le recours aux plans de services individualisés,
- 6) les problèmes de jeu chez les adolescents;

Que les priorités de formation soient établies par chacun des CRPAT en fonction d'une évaluation des besoins qui tienne compte des caractéristiques de la clientèle jeunesse et de l'expertise des cliniciens déjà en place.

L'OFFRE DE SERVICES DE BASE VISANT L'ORGANISATION ET LA GESTION DES SERVICES

L'accessibilité à des services adaptés

■ Le mécanisme d'accès régional

- Considérant l'importance que les services jeunesse des CRPAT s'inscrivent de manière cohérente avec les orientations ministérielles et la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux en cours actuellement au Québec;
- Considérant que les CRPAT ont la responsabilité d'offrir un continuum de services de réadaptation adaptés aux jeunes, incluant des services d'accueil-évaluation-orientation, des services de stabilisation-désintoxication, des services de réadaptation avec ou sans hébergement, et de s'assurer que ces services sont offerts par eux-mêmes ou par une ressource communautaire certifiée ou par une ressource du milieu de la santé avec qui une entente aura été établie;
- Considérant que les CRPAT doivent établir des ententes formelles avec leurs partenaires des services de première ligne pour favoriser le dépistage systématique des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu chez les jeunes vulnérables (comme ceux en centres jeunesse et ceux qui consultent en santé mentale) et pour les acheminer vers le service approprié;
- Considérant que les milieux scolaires et les centres jeunesse sont des partenaires clés des CRPAT;
- Considérant certains consensus cliniques établis au regard de l'appariement entre les besoins du jeune et le type de services offerts, reposant notamment sur l'évaluation de la gravité des problèmes de consommation et d'autres problèmes psychosociaux;
- Considérant l'importance de la concertation pour en arriver à une offre de services complémentaires favorisant la continuité et la qualité;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT affirment leur responsabilité exclusive en matière de services d'accueil-évaluation-orientation, de stabilisation-désintoxication et de réadaptation pour les jeunes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu excessif ;

Que les CRPAT disposent d'une équipe qualifiée pour procéder à l'évaluation des besoins et des troubles concomitants des jeunes en besoin de services ;

Que les CRPAT mettent en place des mécanismes régionaux d'accès jeunesse en collaboration avec leurs partenaires ;

Que chaque centre négocie, avec les partenaires concernés, l'adoption de protocoles favorisant le dépistage des jeunes aux prises avec un problème d'alcool, de drogues ou de jeu ;

Que soit répandue l'utilisation d'outils validés, comme le DEP-ADO, instrument de dépistage permettant une orientation selon le degré de gravité du problème de toxicomanie ;

Que les CRPAT assurent un leadership dans la formation de leurs partenaires en ce qui a trait au dépistage de la toxicomanie et à l'intervention précoce ;

Que les CRPAT assument la responsabilité de l'évaluation spécialisée en matière de consommation et de jeu en utilisant des instruments et des méthodes reconnus empiriquement comme valables et utiles à l'élaboration de plans d'intervention et de plans de services.

■ L'intervention de proximité

- Considérant la faible propension des jeunes à reconnaître leurs problèmes et à demander de l'aide par eux-mêmes ;
- Considérant que la famille et l'école sont des lieux privilégiés pour atteindre les jeunes ;
- Considérant la difficulté d'atteindre certains sous-groupes de jeunes comme les jeunes de la rue, les jeunes décrocheurs et les jeunes de minorités ethnoculturelles ;
- Considérant l'importance des milieux communautaires comme les maisons de jeunes, les organisations de loisirs ou les organismes d'intervention de rue ou encore les différents organismes de santé et de services sociaux, dont les centres jeunesse, pour dépister certains sous-groupes de jeunes ayant besoin de services ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT adoptent des orientations permettant d'atteindre les jeunes et leur parents dans leurs milieux de vie en portant une attention particulière aux sous-groupes de jeunes plus difficiles à atteindre.

La concertation et l'intégration des services

■ Les ententes de services et les protocoles d'intervention clinique

- Considérant l'importance de préciser et de formaliser les rôles et les responsabilités spécifiques et communes de chacun des partenaires afin d'offrir des services intégrés, continus et complémentaires à la clientèle ;
- Considérant l'importance de mesurer l'efficacité des actions réalisées à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs dans le but d'améliorer les services ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT formalisent des ententes de services et des protocoles d'intervention clinique avec leurs partenaires.

■ Les jeunes de moins de 12 ans et ceux de 18 à 24 ans

- Considérant que les jeunes de moins de 12 ans et ceux âgés de 18 à 24 ans présentent des caractéristiques particulières et nécessitent des interventions de même que des outils adaptés à leur sous-groupe de clientèle ;
- Considérant notamment la prévalence croissante de la clientèle des moins de 12 ans et leur grande vulnérabilité ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT s'assurent de la qualité et de la continuité des services pour les jeunes de moins de 12 ans et pour ceux de 18 à 24 ans.

■ Problèmes de santé mentale concomitants

- Considérant la forte prévalence de problèmes de santé mentale chez les jeunes qui vivent des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu ;
- Considérant la complexité des problèmes vécus par ces jeunes et la nécessité d'utiliser les diverses expertises disponibles de manière complémentaire, concertée et intégrée ;
- Considérant que différents acteurs (santé mentale, soutien communautaire, toxicomanie, milieux scolaires) sont souvent déjà impliqués auprès de ces clientèles cibles ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT établissent des ententes claires de collaboration avec les partenaires concernés au regard du traitement des jeunes présentant des problèmes de santé mentale concomitants en vue de favoriser une intervention intégrée et concertée ;

Que les CRPAT dépistent systématiquement les problèmes de santé mentale chez leur clientèle et qu'ils établissent des protocoles en regard de la marche à suivre lorsqu'un trouble est dépisté (plan de traitement, plan de services individualisé, orientation vers des services spécialisés au besoin, *monitoring* régulier de la problématique de santé mentale et autre) ;

Que les CRPAT assurent un rôle de meneur pour la formation des partenaires au regard de ces outils et des approches d'intervention favorisant la motivation du jeune à accepter de consulter une ressource spécialisée en toxicomanie.

■ Problèmes de délinquance concomitants

- Considérant que la mission des centres de réadaptation est d'assurer des services spécialisés de réadaptation aux jeunes inscriptibles ou admissibles de leur région, à leur entourage de même qu'à ceux dont la consommation d'alcool ou d'autres drogues paraît associée à des comportements de délinquance ;
- Considérant l'importance que les besoins spécifiques de ces jeunes soient évalués et que des services adaptés et inspirés des pratiques gagnantes leur soient offerts ;
- Considérant que la collaboration et la qualité des services devraient aussi être les mêmes pour les jeunes orientés dans le cadre de la Loi sur le système pénal pour adolescents (LSJPA) ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT établissent des collaborations avec les partenaires des systèmes social et judiciaire, collaborations pouvant s'effectuer selon plusieurs modèles, dans le cadre ou non de programmes approuvés par le directeur provincial dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents ;

Que les CRPAT conviennent d'une entente de collaboration qui précise leur position et leurs limites en matière de responsabilités, de types de services offerts ;

Que les CRPAT, pour mieux assumer leur mission, s'assurent :

- 1) d'effectuer une réflexion sur la nécessité ou non d'adapter à cette clientèle leur programme et leurs pratiques actuelles,
- 2) de bien connaître et d'appliquer les normes concernant la confidentialité dans le cadre de la LSJPA,
- 3) d'être en mesure d'élaborer et d'appliquer un plan d'intervention ainsi qu'un plan de services individualisé,
- 4) de s'assurer d'établir des procédures claires de suivi.

■ Prévention du suicide

- Considérant que les jeunes qui présentent des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu sont particulièrement à risque au regard du suicide ;
- Considérant que le risque et l'urgence suicidaire doivent être évalués régulièrement au début et en cours de traitement en tenant compte des particularités liées à l'adolescence et au rôle de la toxicomanie sur le niveau de risque ;
- Considérant qu'un plan de crise ciblant la prévention du suicide, impliquant les partenaires au besoin (par exemple, les organismes de crise, les centres jeunesse, etc.), devrait systématiquement être élaboré avec le jeune qui présente des idées suicidaires ;
- Considérant l'importance du travail d'équipe et de la supervision clinique pour diminuer la lourdeur de la tâche et l'isolement des intervenants qui doivent faire face à des situations cliniques complexes et stressantes ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT établissent un protocole en matière d'évaluation et d'intervention en situation de crise suicidaire.

L'instrumentation clinique

- Considérant l'importance de détecter rapidement les symptômes cliniques chez la clientèle et de l'orienter adéquatement vers le type de traitement approprié selon sa situation ;
- Considérant l'importance d'objectiver cette évaluation avec l'aide d'instruments cliniques reconnus sur le plan scientifique ;
- Considérant l'expertise que les CRPAT peuvent mettre à la disposition des intervenants de 1^{re} ligne afin de les soutenir dans le développement de leurs habiletés à utiliser des outils de dépistage propres à la clientèle jeunesse ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT utilisent et fassent la promotion d'instruments de dépistage, d'évaluation et de traitement reconnus comme étant rigoureux et efficaces sur le plan clinique et scientifique et qu'ils offrent leur soutien à leurs partenaires pour le développement des habiletés à utiliser de tels outils.

Le dépistage et l'intervention en matière de jeu

- Considérant que les jeunes qui présentent des problèmes d'alcool et de drogues risquent davantage de vivre également des problèmes de jeu ;
- Considérant qu'il existe des outils validés de dépistage des problèmes de jeu chez les jeunes ;
- Considérant que les jeunes se présentent très rarement dans des CRPAT pour obtenir de l'aide au regard de leurs habitudes de jeu et que les références pour ce type de problème sont rares ;
- Considérant que l'ampleur et les particularités des problèmes de jeu chez les jeunes ainsi que de leurs besoins spécifiques quant à cette problématique sont encore mal connus ;
- Considérant que les approches efficaces pour le traitement des problèmes de jeu chez les jeunes sont encore peu documentées ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT contribuent au développement d'outils validés pour dépister les problèmes de jeu chez les adolescents qui les consultent pour leurs problèmes d'alcool et de drogues ;

Que les CRPAT adaptent leurs interventions auprès des jeunes qui souffrent d'un problème de jeu en fonction de leur expertise sur les pratiques gagnantes en intervention jeunesse tout en tenant compte de leur expertise sur les problèmes de jeu pathologique chez les adultes.

L'évaluation et l'amélioration continue des services jeunesse

- Considérant l'évolution des contextes de consommation et de jeu chez les jeunes ;
- Considérant l'évolution des pratiques dans le domaine de l'intervention jeunesse et dans le domaine de l'intervention sur l'usage de psychotropes et du jeu ;
- Considérant l'importance des interventions sur toute la vie future du jeune ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT s'assurent de pratiques fiables pour quantifier et qualifier la clientèle jeunesse (jeune et entourage) qu'ils desservent et les interventions qu'elle reçoit ;

Que les CRPAT adoptent une politique d'évaluation et d'amélioration continue des services s'adressant aux jeunes à atteindre et à desservir ainsi qu'à leur entourage.

Les échanges d'informations sur les expériences de succès

- Considérant les nombreuses initiatives prises dans les différents CRPAT permettant d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité, l'efficacité et l'efficience des services offerts aux jeunes ;
- Considérant l'importance de la mise en commun des compétences ;
- Considérant les outils dont dispose la FQCRPAT (bulletin *Tox-Ado*, site Web, publications et autres) contribuant à la diffusion des connaissances ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT utilisent différents moyens de communication en vue de diffuser leurs connaissances et leur expertise à l'ensemble des CRPAT ainsi qu'à leurs partenaires.

L'OFFRE DE SERVICES DE BASE VISANT LA RECHERCHE

- Considérant l'importance de mieux connaître les taux de prévalence et leur évolution chez la clientèle adolescente des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu ;
- Considérant l'importance d'adapter les services en toxicomanie aux réalités sociales des jeunes et aux divers éléments pouvant affecter leur processus de changement ;
- Considérant l'importance d'utiliser des instruments adaptés aux caractéristiques et aux besoins de la clientèle ;
- Considérant l'importance de s'inspirer d'approches efficaces du traitement des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu ;

Proposition :

Il est proposé que les CRPAT collaborent activement avec les groupes de recherche afin qu'ils enrichissent les connaissances, évaluent les pratiques et les instruments, en expérimentent de nouveaux pour améliorer la qualité des interventions auprès des adolescents.

CONCLUSION

L'élaboration d'une offre de services de base en matière d'intervention, d'organisation et de gestion des services pour les jeunes aux prises avec des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu représente un élément majeur du positionnement stratégique des CRPAT. Ce faisant, les CRPAT partagent leurs connaissances, leur expertise et consolident leur leadership comme intervenants exclusifs dans le domaine de la réadaptation en alcoolisme, toxicomanie et problématique de jeu excessif chez les jeunes.

Les propositions énoncées dans cette offre de services de base s'inscrivent dans une perspective d'amélioration continue de la qualité par le développement de pratiques gagnantes, de manière concertée, en collaboration avec les partenaires des milieux publics, scolaires, privés et communautaires. L'exercice poursuit aussi le but de combler les écarts qui existent dans la prestation et l'organisation des services aux jeunes entre les différentes régions du Québec.

L'analyse de la situation présentée dans ce document de même que les propositions énoncées portent une attention particulière aux différents sous-groupes de jeunes à qui s'adressent les services des CRPAT ainsi qu'aux problèmes concomitants qui s'ajoutent aux diagnostics d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu excessif commandant une intervention d'autant plus complexe, spécifique qui nécessite souvent les expertises complémentaires des partenaires.

Aussi, il faut souligner l'importance de bien soutenir les intervenants qui œuvrent auprès de ces jeunes. Ils sont en contact quotidiennement avec ces adolescents qui présentent souvent une grande souffrance qu'ils ont du mal à exprimer et à reconnaître. Les intervenants ont besoin d'être bien formés aux enjeux cliniques reliés à cette clientèle et doivent bénéficier de renforcement et d'accompagnement afin de s'épanouir dans leur pratique et de continuer à faire évoluer les modèles d'intervention dans un contexte social toujours en mouvance.

La FQCRPAT est fière de présenter cette offre de services de base jeunesse qui est le reflet du dynamisme, de la concertation et de la préoccupation de l'amélioration continue de la qualité dans les centres qu'elle représente. Tout en étant consciente que l'ensemble des activités décrites dans cette offre de services de base ne sont pas entièrement disponibles à ce jour dans tous les CRPAT du Québec, la Fédération s'engage à accompagner ses membres vers l'atteinte de ce but qui vise au premier titre la santé et le mieux-être des jeunes.

ANNEXE

Les services jeunesse au Québec : état de situation

En plus de consulter les orientations ministérielles québécoises en matière de toxicomanie^{15, 61, 63}, le Comité jeunesse de la Fédération, mandaté pour développer la présente offre de services de base jeunesse, a élaboré un cadre de référence jeunesse qui s'inscrit en continuité avec l'offre de services de base de la FQCRPAT⁴. Toutefois, pour être en mesure de formuler des recommandations visant l'amélioration continue des services offerts aux jeunes et à leur entourage par les centres membres de la Fédération, le Comité jeunesse a voulu se baser sur un état de situation actuel des services jeunesse au Québec et a procédé à un sondage auprès des CRPAT. Il s'agissait du deuxième sondage sur ce type de services réalisé par la Fédération, un premier exercice ayant été fait en 2003.

LE SONDAGE 2006

Ainsi, le Comité jeunesse de la FQCRPAT a réalisé un sondage auprès de ses membres pour obtenir un état de situation du développement de leurs services jeunesse ainsi que leur perception quant à ces services. Les responsables des services jeunesse de l'ensemble des 16 centres publics membres de la FQCRPAT ont répondu à ce questionnaire sondage au cours du mois de mars 2006. Parmi les autres organismes membres de la FQCRPAT, un centre privé* a accepté de participer. Il faut savoir que plusieurs données relatives à la description des services reposent sur des perceptions qui peuvent être de validité variable. Par ailleurs, la compilation de ce sondage permet d'avoir un portrait assez complet du travail accompli par les centres dans le secteur jeunesse en plus de cerner les défis auxquels les centres font face pour mieux desservir les jeunes de leur territoire.

Les résultats du sondage seront comparés aux données recueillies auprès de ces mêmes centres en 2003 permettant ainsi, dans une certaine mesure, d'analyser l'évolution de la situation.

Les résultats

■ La description des services offerts

Les intervenants ont été invités à décrire les services jeunesse de leur centre. L'analyse des résultats permet de dégager quelques faits saillants quant à la description des services offerts aux jeunes et à leur entourage.

- Dans la grande majorité des centres, les parents des adolescents en traitement sont inscrits dans les services dans environ le tiers des cas ; pour quelques centres, les parents sont inscrits en moindre proportion (10 % ou moins) alors que, pour trois autres centres, des taux plus élevés sont rapportés (40 %, 50 % et 70 %) ;
- Seulement 5 centres sur 17 (5/17) offrent des services de traitement du jeu pour les jeunes, mais le nombre de jeunes traités par année est infime. Mis à part le centre privé qui traite 20 jeunes par année, on fait état de 1 à 2 jeunes traités par année dans les autres centres ;
- Un peu plus de la moitié des centres (11/17) ont développé une programmation jeunesse écrite ;

* Les centres le Grand chemin, anciennement les centres Jean Lapointe pour les adolescents.

- Tous les centres ont des intervenants dédiés à la clientèle jeunesse ;
- Un consensus est établi en ce qui a trait à l'approche motivationnelle utilisée auprès des jeunes à une fréquence élevée par tous les centres, soit très ou assez souvent ; la majorité des centres (15/17) a aussi fréquemment recours à cette approche avec l'entourage des jeunes ;
- Outre l'approche motivationnelle, l'intervention auprès des jeunes et de leur entourage repose sur les approches cognitives-comportementales et systémiques pour une forte majorité de centres ;
- La grande majorité des centres offre aux jeunes des rencontres individuelles (17/17), de groupe (15/17) et familiales (17/17) ; les rencontres individuelles et familiales sont fréquemment utilisées par respectivement 100 % et 70 % des centres, alors que les rencontres de groupe ne sont utilisées que dans 40 % des centres ;
- La majorité des centres offre aux parents des jeunes aux prises avec des problèmes de consommation les types de rencontres suivantes : rencontres de couple (16/17), familiales (15/17), individuelles (15/17) et de groupe (13/17) ;
- La majorité des centres (13/17) a un mécanisme régional formel d'accès aux services jeunesse ;
- De multiples organismes partenaires différents sont identifiés par l'ensemble des centres, mais les centres jeunesse et les milieux scolaires sont les principaux partenaires avec qui des ententes de collaboration formelles ont été signées dans la majorité des régions ;
- Un peu moins de la moitié des centres (8/17) ont identifié les centres de santé et de services sociaux (CSSS) comme partenaires, seulement deux des 17 centres ayant une entente formelle avec ceux-ci.

■ Opinion des responsables jeunesse sur ces services

Les responsables jeunesse ont été invités à donner leur opinion concernant :

- 1) les principales forces des services offerts par leur centre aux jeunes et à leur famille ;
- 2) les principales pistes d'amélioration ;
- 3) les principaux défis et obstacles auxquels ils devront faire face dans les cinq prochaines années ;
- 4) les besoins en formation ;
- 5) les besoins en recherche.

1 – Les forces

Une forte proportion de centres précise certaines forces clés qui caractérisent les services jeunesse de leur CRPAT :

- l'accessibilité tant quant à la rapidité d'accès aux services que des lieux d'intervention (9/17) ;
- le partenariat efficace établi avec plusieurs organismes de la région (8/17) ;
- la reconnaissance par les partenaires du milieu de l'expertise des CRPAT sur le plan du traitement des jeunes qui abusent d'alcool et de drogues et de leur entourage (8/17) ;
- la qualité et l'efficacité des traitements offerts qui reposent souvent sur des pratiques gagnantes établies et reconnues ou encore sur des initiatives novatrices (11/17).

Parmi les autres forces ayant été relevées par un ou quelques centres, on trouve : une programmation bien définie, la formation continue, la stabilité des intervenants, la diversité de l'offre de service, la présence d'une infirmière, etc.

2 – Les pistes d'amélioration

La principale lacune soulignée sur le plan des services jeunesse dans les CRPAT est le manque de ressources, sur les plans financier ou en effectifs d'intervention (9/17 centres). Les principales pistes d'amélioration sont :

- l'élaboration d'ententes claires de collaboration pour améliorer le partenariat (8/17) ;
- l'accessibilité aux services en ce qui a trait aux délais et aux lieux d'intervention gagnerait à être améliorée selon plusieurs responsables jeunesse, même si selon les régions, l'accessibilité est souvent perçue comme une force ;
- les autres pistes d'amélioration soulignées : la formation au regard des problématiques plus lourdes, l'évaluation des programmes, la continuité des services, le développement de services résidentiels et le développement des services impliquant la famille du jeune.

3 – Les défis et les obstacles des cinq prochaines années

Les défis que devront relever les CRPAT dans les services jeunesse au cours des cinq prochaines années relevés le plus souvent sont :

- offrir des services de qualité dans un contexte où les ressources sont limitées et insuffisantes (7/17) ;
- développer des outils de dépistage et d'intervention pour les jeunes qui souffrent d'un problème de jeu (7/17) ;
- les autres défis mentionnés : l'accessibilité des services à des sous-groupes particuliers, comme les jeunes décrocheurs, le développement et le maintien de l'expertise dans le traitement des problèmes psychologiques concomitants, la connaissance des psychotropes, l'établissement d'un réel continuum de services impliquant de manière significative tant la première ligne que la deuxième ligne, le développement d'interventions spécialisées et adaptées aux jeunes.

4 – Les besoins de formation

Les besoins de formation pour les cliniciens offrant des services jeunesse relevés le plus fréquemment par les répondants portent sur :

- les problèmes concomitants de santé mentale (10/17) ;
- l'intervention familiale/approche systémique (10/17) ;
- l'entrevue motivationnelle (4/17) ;
- les problèmes de jeu (3/17).

5 – Les besoins en recherche

Enfin, les responsables jeunesse ont indiqué des besoins variés sur différentes thématiques de recherche. Deux thèmes ressortent parmi les autres :

- l'évaluation de l'efficacité des services jeunesse dans les CRPAT (8/17) ;
- les problèmes de jeu chez les jeunes (intervention, portrait spécifique par région, etc.) (5/17).

ÉVOLUTION DE LA SITUATION DEPUIS LE SONDAGE DE 2003

En 2003, 34 cliniciens et coordonnateurs de 7 centres membres de la FQCRPAT ont répondu à un sondage concernant leurs services jeunesse. Quelques tendances claires se dessinaient alors. L'analyse du sondage 2003 révélait en effet que le travail en partenariat était une préoccupation particulièrement significative pour l'ensemble des répondants. Comme en 2006, la majorité d'entre eux mentionnait alors que le partenariat est une force importante et proposait plusieurs pistes d'amélioration à cet effet, reflétant ainsi les efforts continus des membres de la FQCRPAT pour améliorer le travail en partenariat.

Le partenariat

Une analyse plus détaillée des réponses donne à penser que plusieurs gains ont été faits depuis 2003. Ainsi, les obstacles spécifiques liés au partenariat relevés en 2003 étaient plus nombreux et plus significatifs :

- incompatibilité des philosophies de traitement ;
- manque de formation en toxicomanie chez les partenaires ;
- mandats mal définis à la fois dans les CRPAT et chez leurs partenaires ;
- difficulté pour les partenaires à bien dépister la toxicomanie et à orienter adéquatement les jeunes vers les bonnes ressources ;
- peu de réflexes de collaboration entre les ressources en toxicomanie et celles en santé mentale ;
- manque de reconnaissance de l'expertise des CRPAT en toxicomanie ;
- enjeux reliés au respect de la confidentialité comme un frein à la collaboration ;
- recours au traitement dans les CRPAT comme mesure punitive plutôt que comme une ressource d'aide ;
- roulement des intervenants ;
- manque de temps pour faire des discussions cliniques en profondeur avec les partenaires ;
- tendance à faire du « dumping » de clientèle, c'est-à-dire à orienter de manière inadéquate un client en se retirant du dossier prématurément.

À la lumière du sondage 2006, il semble que plusieurs de ces irritants aient été solutionnés ou, à tout le moins, que leur importance se soit grandement affaiblie. Les nombreuses activités de formation en toxicomanie menées par les CRPAT auprès des partenaires dans les dernières années au Québec de même que le mouvement d'ouverture de l'ensemble des acteurs concernés par la toxicomanie ont certainement donné des résultats. En 2006, on souligne surtout la nécessité de développer davantage d'ententes formelles de

collaboration avec les partenaires. À cet égard, les expériences de partenariat avec les centres jeunesse et les milieux scolaires constituent des forces pour plusieurs CRPAT en 2006.

La formation

Sur le plan des besoins de formation, on remarque une évolution qui semble refléter un certain développement de l'expertise en toxicomanie chez les intervenants jeunesse des CRPAT depuis 2003. Ainsi, dans le premier sondage, le besoin de formation le plus fréquemment indiqué concernait les connaissances de base sur les psychotropes et la toxicomanie, alors que ce besoin particulier n'est exprimé que par deux responsables jeunesse sur 17 en 2006. Toutefois, les besoins de formation sur le traitement des problèmes concomitants de santé mentale, sur l'intervention familiale et sur l'approche systémique semblent s'être maintenus dans le temps.

Les défis de 2003

Certains défis mentionnés en 2003 semblent avoir été relevés. Effectivement, plusieurs répondants notent l'importance d'améliorer l'accessibilité à des services résidentiels pour les jeunes, alors que cette préoccupation n'était pas nommée en 2006. Par ailleurs, le traitement des problèmes de jeu chez les jeunes n'était pas une préoccupation en 2003. En 2006, le traitement pour le jeu est mentionné comme l'un des principaux défis par 7 centres sur 17, alors que 3 responsables jeunesse manifestent ce besoin de formation pour leur CRPAT en 2006.

On peut penser que la consolidation de l'expertise sur l'intervention en toxicomanie chez les jeunes au sein des CRPAT au cours des dernières années leur permet maintenant la possibilité d'envisager le développement de leur expertise dans des domaines plus nouveaux pour lesquels beaucoup reste à faire. En effet, il suffit de s'attarder à la littérature en ce domaine pour constater que les connaissances doivent être développées concernant la compréhension et le traitement des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie chez les jeunes et en ce qui a trait à leurs problèmes de jeu.

Il faut toutefois interpréter avec prudence les résultats de ces deux sondages, notamment parce que le type de sondage réalisé en 2003 diffère de celui de 2006 de même que la qualité des répondants. Ainsi, le sondage de 2006 reflète le point de vue des responsables des programmes jeunesse dans l'ensemble des CRPAT au Québec, alors que le sondage de 2003 livrait l'opinion de cliniciens ou de responsables jeunesse de CRPAT de sept régions du Québec.

RÉFÉRENCES

- 1** TREMBLAY, J. ET AL. (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 70 p.
- 2** CLOUTIER, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence, 2^e édition*. Montréal, Gaëtan Morin.
- 3** ERIKSON, E. (1968). *Identity : Youth and Crisis*, London, Faber & Faber.
- 4** FLANZER, J. (2005). The status of health services research on adjudicated drug-abusing juveniles : selected findings and remaining questions, *Substance Use and Misuse*, vol. 40, n° 7, p. 887-911.
- 5** GUYON, L. ; DESJARDINS, L. (2002). L'alcool, les drogues et les jeux de hasard chez les élèves du secondaire, in *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, 95 p.
- 6** CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE / CENTRE CANADIEN DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CCSA/CCLAT) (1996). Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire, 1985-1991-1996, in *Aperçu de l'état de santé de la population de l'Outaouais*, Ottawa, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- 7** JONHSTON, L.D. ; O'MALLEY, R.M. ; BACHMAN, J.G. (2003). Monitoring the future, in *National results on adolescent drug use. Overview of key findings 2002*, Maryland, National Institute on drug abuse (NIDA).
- 8** SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA) (1998). *National Household Survey on Drug Abuse : Population Estimates 1995*, Rockville, MD, SAMHSA, Office of Applied Studies, 1996.
- 9** NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), (1996). *National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1995, volume 1, Secondary school students*, National Institute on Drug Abuse (NIDA), [http ://www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov).
- 10** PICA, L. (2005). Consommation d'alcool et de drogues, in G. Dubé (Éd.). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004, Quoi de neuf depuis 2002 ?*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 95-130.
- 11** BORDELEAU, M. ; PERRON, B. (2003). Consommation d'alcool et de drogue, in *Où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et au jeu ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 135-173.
- 12** ADLAF, E.M. ; PAGLIA, A. (2003). *Drug use among Ontario students 1977-2003*, Detailed OSDUS findings, CAMH Research Document Series n° 13, Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, 230 p.

RÉFÉRENCES

- 13** WINTERS, K.C. (1999). Treatment of adolescents with substance use disorder, in *Treatment improvement protocol (TIP) Series 32*, Rockville, MD, U.S. Department of health and human services. Center for substance abuse treatment, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.chapter.56031>.
- 14** LANDRY, M. ; TREMBLAY, J. ; GUYON, L. ; BERGERON, J. ; BRUNELLE, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques, *Drogues, santé et Société*, 3(1). <http://www.drogues-sante-societe.org>.
- 15** GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2006). *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*, Québec, ministère du Conseil exécutif, secrétariat à la jeunesse, gouvernement du Québec, <http://www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/portrait.htm>.
- 16** ROY, E. ET AL. (2004). *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue : Rapport d'étape numéro 3*, Montréal, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, p. 16.
- 17** ROY, E. ; HALEY, N. ; LECLERC, P. ; LEMIRE, N. ; BOIVIN, J.F. ; FRAPPIER, J-Y. ; CLAESSENS, C. (2000). Prevalence of HIV Infection and Risk Behaviours Among Montreal Street Youth, *International Journal of STD & AIDS*, vol. 11, p. 241-247.
- 18** SANTÉ CANADA (2001). *Meilleures Pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa, Canada.
- 19** TREMBLAY, J. ; BLANCHETTE-MARTIN, N. ; GARCEAU, P. (2004). *Portrait de consommation de substances psychoactives de jeunes consultant en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du Centre jeunesse de Québec*, Beauport, Centre de réadaptation Ubaldo-Villeneuve.
- 20** PELLETIER, S. (2004). *Les actions en lien avec l'usage et l'abus de drogue au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire*, Centre jeunesse de Montréal.
- 21** VITARO, F. ; RORIVE M. ; ZOCOLILLO, M. ; ROMANO, E. ; TREMBLAY, R. (2001). Consommation de substances psychoactives, troubles du comportement et sentiments dépressifs à l'adolescence, *Santé Mentale au Québec*, vol. XXVI, n° 2, p. 106-131.
- 22** DENNIS, M. ; TITUS, J. C. ; DIAMOND, G. ; DONALDSON, J. ; GODLEY, S. H. ; TIMS, F. M. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment : rationale, study design and analysis plans, *Addiction*, 97 Suppl 1, p. 16-34.
- 23** TIMS, F.M. ; DENNIS, M.L. ; HAMILTON, N. ; BUCHAN, B.J. ; DIAMOND, G. ; FUNK, R. ; BRANTLEY, L.B. (2002). Characteristics and Problems of 600 Adolescent Cannabis Abusers in Out Patient Treatment, *Addiction* vol. 97, (Supplement 1), p. 46-57.

RÉFÉRENCES

- 24** BERTRAND, K.; MÉNARD, J.-M.; PLOURDE, C. (2004). *Évaluation du programme jeunesse Domrémy MCQ. Synthèse de l'évaluation, recension des écrits et recommandations pour sa révision*, Trois-Rivières, Domrémy MCQ, <http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/Rapport6.pdf>.
- 25** TOUSIGNANT, M.; FAYETTE., T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 60 p.
- 26** COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) (1998). *Avis sur le suicide et la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- 27** MESSERLIAN, C.; DEREVENSKY, J.; GUPTA, R. (2005). Youth gambling problems : A public health perspective, *Health Promotion International*, 20(1), p. 69-79.
- 28** COUSINEAU, M.-M.; BROCHU, S.; SCHNEEBERGER, P. (2000). *Consommation de substances psychoactives et violence chez les jeunes*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), 85 p.
- 29** LENNINGS, C.J.; PRITCHARD, M. (1999). Prevalence of drug use prior to detention among residents of youth detention centres in Queensland, *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, p. 145-152.
- 30** GRELLA, C.E.; JOSHI, V. (2003). Treatment Processes and Outcomes Among Adolescents with a History of Abuse Who are in Drug Treatment, *Child Maltreatment*, vol. 8(1), p. 7-18.
- 31** GUYON, L.; DESJARDINS, L. (2005). L'alcool et les drogues chez les élèves québécois de 12 à 18 ans, dans Guyon, L., Brochu, S., Landry, M. (Éd.), *Les jeunes et les drogues : usages et dépendances*, Collection Toxicomanies, Québec, Presses de l'université Laval, p. 1-37.
- 32** ÉMOND, A.; PICA, L.; DUBÉ, G. (2005). Liens entre les comportements à risque, in G. Dubé (Éd.). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004, Quoi de neuf depuis 2002?*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 147-166.
- 33** COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) (2001). *Les services de réadaptation pour les mineurs qui font un usage inapproprié de substances psychoactives*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- 34** BERTRAND, K.; MÉNARD, J.M. (2006). *Délinquance et toxicomanie : les défis cliniques*, 75^e Congrès de l'ACFAS, 15 au 19 mai 2006.
- 35** ROY, É.; HALEY, N.; BOIVIN, J.F.; FRAPPIER, J.Y.; CLAESSENS, C.; LEMIRE, N. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH. Étude de prévalence. Rapport final*, Montréal, Module de prévention et de contrôle MTS/SIDA, Unité des maladies infectieuses, Direction de la Santé publique de Montréal/Centre.

RÉFÉRENCES

- 36** PARADIS, G. (SOUS LA DIRECTION DE COUSINEAU, M.-M.) (2005). *Prostitution juvénile : étude sur le profil des proxénètes et leur pratique à partir des perceptions qu'en ont des intervenants clés*, Cahiers de recherches criminologiques, cahier n° 42, Montréal, Centre international de criminologie comparée (CICC), Université de Montréal.
- 37** WALKER, K.E. (2002). Exploitation of children and young people through prostitution, *Journal of Child Health Care*, vol. 6, n° 3, p. 182-188.
- 38** HWANG, S.-L.; BEDFORD, O. (2004). Juveniles' motivations for remaining in prostitution, *Psychology of Women Quarterly*, vol. 28, p. 136-146.
- 39** CLARK, D. B.; NEIGHBORS, B. (1996). Adolescent substance abuse and internalizing disorders, *Child Adolescent Psychiatry Clinics in North America*, Philadelphia, Saunders, p. 45-57.
- 40** KANDEL, D. B.; RAVEIS, V. H.; DAVIES, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence : Depression, substance use and other risk factors, *Journal of Youth & Adolescence*, 20, p. 289-309.
- 41** BABOR, T. F.; WEBB, C.; BURLESON, J. A.; KAMINER, Y. (2002). Subtype for classifying adolescents with marijuana use disorders : construct validity and clinical implications, *Addiction*, 97, p. 58-69.
- 42** SINGLE, E. (1999). *Profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres drogues*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies, Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario.
- 43** CHABROL, H.; ROURA, C.; KALLMEYER, A. (2004). Perceptions of cannabis effects : a qualitative study among adolescents, *Encephale*, vol. 30, p. 259-265.
- 44** BEAUMONT, C. (2005). Principaux enjeux de l'intervention auprès des jeunes selon le Comité jeunesse de la FQCRPAT, *Tox-Ado*, numéro spécial Rond-Point 2005, p. 2-5.
- 45** TREMBLAY, J.; BERTRAND, K.; MÉNARD, J.-M. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 126 p.
- 46** DENNIS, M.; GODLEY, S. H.; DIAMOND, G.; TIMS, F. M.; BABOR, T.; DONALDSON, J. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study : main findings from two randomized trials, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, p. 197-213.
- 47** LIDDLE, H.A.; DAKOF, G.A. (1995). Family-Based Treatment for Adolescent Drug Use : State of the Science, in E. Rahdert & D. Czechowicz (Éd.), *Adolescent Drug Abuse : Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, NIDA Research Monograph series n° 156.
- 48** LECOMPTE, C.; SAVARD, R.; DROUIN, M. S.; GUILLON, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ?, Implication pour la formation en psychologie, *La revue québécoise de psychologie*, vol. 25, n° 3, p. 73-102.

RÉFÉRENCES

- 49** HSER, Y.I.; GRELLA, C.E.; HUBBARD, R.L.; HSIEH, S.C.; FLETCHER, B.W.; BROWN, B.S.; ANGLIN, M.D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities, *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, n° 7, p. 689-695.
- 50** TEVYAW, L.; O'LEARY, T.A.; MONTI, P.M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations, *Addiction*, vol. 99, suppl. 2, p. 63-75.
- 51** LANDRY, M.; GUYON, L.; BERGERON, J.; PROVOST, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents, *Alcoologie et Addictologie*, 24(1), p. 7-13.
- 52** COMITÉ PERMANENT SUR LES TROUBLES CONCOMITANTS (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), 48 p.
- 53** BRUNELLE, N.; COUSINEAU, M.-M.; BROCHU, S. Juvenile drug use and delinquency : Youths' accounts of their trajectories, *Substance use and Misuse*, vol. 45, n° 5, p. 721-734.
- 54** DEREVENSKY, J.L.; GUPTA R.; WINTERS, K. (2003). Prevalence Rates of Youth Gambling Problems : Are the current Rates Inflated? *Journal of Gambling Studies*, vol. 19, n° 4, p. 405-425.
- 55** DEREVENSKY, J.; GUPTA R. (2000). Prevalence estimates of adolescent gambling : a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions, *Journal of Gambling Studies*, vol. 16, n° 2/3, p. 227-251.
- 56** CHEVALIER, S.; MARTIN, I.; GUPTA, R.; DEVERENSKY, J. (2004). *Jeux de hasard et d'argent*, in G. Dubé (Éd.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004, Quoi de neuf depuis 2002?*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 131-145.
- 57** LADOUCEUR, R.; FERLAND, F.; POULIN, C.; VITARO, F.; WIEBE, J. (2005). Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth, *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 19, n° 3, p. 271-276.
- 58** LANGHINRICHSEN-ROHLING, J. (2004). The associations among gambling, depression, and suicidal behavior in adolescents, in J. Derevensky and R. Gupta (Eds.), *Gambling Problems in Youth, Theoretical and Applied Perspectives*, New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 59** LADOUCEUR, R.; BOISVERT, J.-M.; DUMONT, J. (1994). Cognitive behavioral treatment for adolescent pathological gamblers, *Behavior Modification*, 18, p. 230-242.
- 60** GUPTA, R.; DEREVENSKY, J. L. (2000). Adolescents with gambling problems : From research to treatment, *Journal of Gambling Studies*, vol. 16, n° 2/3, p. 315-342.

RÉFÉRENCES

- 61** **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005).** *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, MSSS, gouvernement du Québec, p. 30
-
- 62** **GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2006).** *Unis dans l'action : plan d'action interministériel en toxicomanie*, Québec, gouvernement du Québec, 74 p.
-
- 63** **THIBAUT, L. (2003).** *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents*, présentation à la Table clinique de la FQCRPAT, par L. Thibault, du MSSS, 23 octobre 2003.
-

LES CENTRES MEMBRES DE LA FQCRPAT

L'ESTRAN/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP (01)

75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec)
G5R 2A4
Tél. : 418 868-1010, poste 2355
Télec. : 418 868-0530
lestran@ri.cgocable.ca

CENTRE JEUNESSE SAGUENAY/LAC ST-JEAN (02)

520, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 8A2
Tél. : 418 549-4853
Télec. : 418 693-0768
www.cjsaglac.qc.ca

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE JONQUIÈRE (02)

2230, rue de l'Hôpital
Jonquièrre (Québec)
G7H 7X2
Tél. : 418 695-7710
Télec. : 418 695-7716
www.carrefoursante.qc.ca

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE (03)

2525, chemin de la Canardière
Beauport (Québec)
G1J 2G3
Tél. : 418 663-5008
Télec. : 418 663-6575

DOMRÉMY MAURICIE/CENTRE-DU-QUÉBEC (04)

440, rue Des Forges
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2H5
Tél. : 819 374-4744
Télec. : 819 374-4502
domremyMCQ@ssss.gouv.qc.ca
www.domremymcq.ca

CENTRE JEAN-PATRICE CHIASSON/ MAISON ST-GEORGES (05)

1930, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec)
J1H 2E2
Tél. : 819 821-2500
Télec. : 819 563-8322
www.santeestrie.qc.ca/crdsm/

CENTRE DOLLARD-CORMIER (06)

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec)
H2M 2E8
Tél. : 514 385-0046
Télec. : 514 385-5728
info.cdc@ssss.gouv.qc.ca
www.centredollardcormier.qc.ca
www.joueur-excessif.com
www.jeu-pathologique.com

CRAN inc. (06)

110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec)
H2X 1S7
Tél. : 514 527-6939
Télec. : 514 527-0031
info@cran.qc.ca
www.cran.qc.ca

LE GRAND CHEMIN INC. (06)

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec)
H2M 2E8
Tél. : 514 381-1218
Télec. : 514 381-1247
adosqc@legrandchemin.qc.ca

LA MAISON JEAN LAPOINTE (06)

111, rue Normand
Montréal (Québec)
H2Y 2K6
Tél. : 514 288-2611
Télec. : 514 288-2919
info@maisonjeanlapointe.com
www.maisonjeanlapointe.com

LES CENTRES MEMBRES DE LA FQCRPAT

PORTAGE (06)

865, Square Richmond
Montréal (Québec)
H3J 1V8
Tél. : 514 939-0202
Télec. : 514 939-3929
info@portage.ca
www.portage.ca

CENTRE JELLINEK (07)

25, rue Saint-François
Gatineau (Québec)
J9A 1B1
Tél. : 819 776-5584 / 1 866 776-5585
Télec. : 819 776-0255
www.jellinek.org

CENTRE NORMAND (08)

621, rue Harricana
Amos (Québec)
J9T 2P9
Tél. : 819 732-8241
Télec. : 819 727-2210

CENTRE LE CANAL (09)

659, boul. Blanche
Baie-Comeau (Québec)
G5C 2B2
Tél. : 418 589-5704 / 1 800 418-5704
Télec. : 418 295-1773

CENTRE L'ESCALE/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA HAUTE-GASPÉSIE (11)

50, rue du Belvédère
Ste-Anne-des-Monts (Québec)
G4V 1X4
Tél. : 418 763-2261, poste 2528
Télec. : 418 763-7460

CENTRE DE RÉADAPTATION EN ALCOOLISME ET TOXICOMANIE DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)

253, Route 108
Beauceville (Québec)
G5X 2Z3
Tél. : 418 774-3304, poste 2391
Télec. : 418 774-4423

CENTRE LE MAILLON DE LAVAL (13)

308 A, boul. Cartier Ouest
Laval (Québec)
H7N 2J2
Tél. : 450 975-4054
Télec. : 450 975-4053

LE TREMPLIN/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE (14)

154, rue Visitation
Saint-Charles-Borromée (Québec)
J6E 4N3
Tél. : 450 755-6655
Télec. : 450 755-6766

CENTRE ANDRÉ-BOUDREAU (15)

910, rue Labelle
Saint-Jérôme (Québec)
J7Z 5M5
Tél. : 450 432-1395 / 1 888 345-1395
Télec. : 450 432-8654

LE VIRAGE (16)

5110, boul. Cousineau, 4^e étage
Saint-Hubert (Québec)
J3Y 7G5
Tél. : 450 443-2100
Télec. : 450 443-0522

PAVILLON FOSTER (Suprarégional)

6, rue Foucreault
Saint-Philippe-de-Laprairie (Québec)
JOL 2K0
Tél. : 450 659-8911 / 1 866 851-2255
Télec. : 450 659-7173