

**Recension des écrits sur les pratiques de  
prévention ciblée de la consommation  
problématique de substances psychoactives chez  
les jeunes en difficulté hébergés en institution**

Production de l'Institut universitaire sur les dépendances du  
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Recension des écrits sur les pratiques de prévention ciblée de la consommation problématique de substances psychoactives chez les jeunes en difficulté hébergés en institution** est une production de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

950 rue de Louvain Est  
Montréal (Québec) H2M 2E8  
514 385-1232  
ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

## Crédits et collaborations

### Direction

Jean-Sébastien Fallu, Ph.D., chercheur régulier à l'Institut universitaire sur les dépendances et professeur agrégé à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal

Frédéric Nault-Brière, Ph.D., Professeur agrégé à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal

### Coordination

Lynda Benhadj, M.Sc., Institut universitaire sur les dépendances

### Recherche et rédaction

Yan Ferguson, M.Sc., Institut universitaire sur les dépendances

Laurence D'Arcy Dubois, D.Ps., Institut universitaire sur les dépendances

**Dépôt légal** : ISBN : 978-2-550-842156

© Institut universitaire sur les dépendances, 2021

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

### Pour citer ce document

Fallu, J.-S., Ferguson, Y., D'Arcy Dubois, L., Benhadj, L. et Brière, F.N. (2021). *Recension des écrits sur les pratiques de prévention ciblée de la consommation problématique de substances psychoactives chez les jeunes en difficulté hébergés en institution*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Québec). Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche. Institut universitaire sur les dépendances. 82 p.

### Notes

Frédéric Nault-Brière est décédé le 23 juin 2020 et n'a pas pu valider la version finale de ce rapport.

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne tous les genres et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

© Institut universitaire sur les dépendances, 2021

# TABLE DES MATIERES

Liste des figures .....	6
Liste des tableaux.....	6
Introduction .....	7
1. Mise en contexte .....	8
1.1 Caractéristiques des jeunes dont la situation est prise en charge par les services de protection de la jeunesse.....	8
1.2 Offre de services .....	8
1.2.1 Services externes .....	9
1.2.2 Placement .....	10
1.3 Caractéristiques des jeunes en hébergement de groupe en institution .....	12
1.4 Jeunes en ressources d’hébergement de type institutionnel et consommation de substances psychoactives .....	14
1.4.1 Consommation de substances psychoactives .....	14
1.4.2 Consommation problématique de substances psychoactives .....	15
2. Méthodologie .....	17
3. Pratiques en toxicomanie .....	18
3.1 Continuum de prévention et de prise en charge.....	18
3.2 Approches en prévention de la toxicomanie.....	20
3.2.1 Réduction de la demande et de l’usage .....	20
3.2.2 Réduction des méfaits .....	21

4.	Repérage, détection et évaluation spécialisée .....	23
4.1	Modèle SBIRT .....	23
4.2	Outils de repérage, de détection et d'évaluation spécialisés.....	25
4.2.1	Repérage .....	25
4.2.2	Détection .....	28
4.2.3	Évaluation spécialisée .....	34
5.	Interventions de prévention ciblée destinées aux jeunes en ressources d'hébergement de type institutionnel.....	36
5.1	Interventions individuelles .....	36
5.2	Interventions de groupe .....	38
5.3	Autres pratiques .....	43
6.	Caractéristiques des interventions efficaces .....	47
6.1	Pratiques à éviter pour le développement de programmes de prévention efficaces .....	47
6.1.1	Contenu .....	47
6.1.2	Format.....	48
6.1.3	Entraînement à la déviance .....	48
6.2	Pratiques à favoriser pour le développement de programmes de prévention efficaces .....	50
6.2.1	Planification .....	50
6.2.2	Format.....	51
6.2.3	Contenu .....	52
7.	Éléments de réflexion .....	55
7.1	Repérage, détection et évaluation spécialisée .....	55
7.2	Interventions de prévention et évaluation scientifique .....	55

7.3	Contexte social, philosophie d'intervention et transférabilité des programmes de prévention.....	57
7.4	Réduction des méfaits et efficacité des approches de prévention de la consommation problématique .....	57
	Conclusion.....	59
	Références .....	60
	Annexe A - Mots-clés de la stratégie de recherche documentaire.....	76
	Annexe B – Principales bases de données interrogées.....	78
	Annexe C – Résultats de la stratégie de recherche documentaire .....	81

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> - Représentation schématique de l'offre de services pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation pris en charge par les services de protection de la jeunesse au Québec et ailleurs dans le monde .....	9
<b>Figure 2</b> – Pourcentage de jeunes de 14-17 ans ayant une consommation hebdomadaire en fonction de différentes substances psychoactives et du milieu de vie .....	15
<b>Figure 3</b> – Degrés de sévérité des problèmes de consommation de substances psychoactives chez les jeunes (14 -17 ans) .....	16
<b>Figure 4</b> - Continuum des actions en toxicomanie (adapté de Brisson, 2014) .....	18
<b>Figure 5</b> - Modèle logique du modèle d'intervention précoce SBIRT (Fallu, inédit) adapté de Babor et al. (2007) .....	24
<b>Figure 6</b> - Diagramme de flux de la recherche documentaire (résultats) selon le modèle PRISMA (Liberati et al., 2009).....	81

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> - Principales prémisses à la base de l'approche de la réduction de la demande et de l'usage, ainsi que celles de l'approche de la réduction des méfaits .....	20
<b>Tableau 2</b> - Synthèse des pratiques à éviter pour le développement de programmes de prévention de la consommation efficaces auprès des jeunes adolescents .....	49
<b>Tableau 3</b> - Synthèse des caractéristiques des interventions de prévention efficaces auprès des jeunes adolescents .....	54
<b>Tableau 4</b> – Mots-clés (anglais) de la stratégie de recherche documentaire .....	76
<b>Tableau 5</b> - Mots-clés (français) de la stratégie de recherche documentaire.....	77
<b>Tableau 6</b> - Principales bases de données interrogées .....	78

## INTRODUCTION

Au cours des dernières années, la recherche dans le champ de la prévention des toxicomanies a permis d'identifier certains sous-groupes de la population qui présentaient une plus grande vulnérabilité à vivre des conséquences négatives de par leur consommation de substances psychoactives. Selon Burkhart, Gyarmathy et Bo (2011), ces groupes à risque sont : les jeunes décrocheurs, les étudiants avec des problèmes académiques et sociaux, les personnes immigrantes, les personnes issues de groupes ethniques, les jeunes sans-abris, les jeunes ayant des problèmes avec la justice, les jeunes placés en institution ainsi que les jeunes vivant dans des quartiers défavorisés. Parmi ces groupes, les jeunes en constituent une grande partie et on constate que ces derniers sont caractérisés par la présence de différents problèmes psychosociaux majeurs comme l'itinérance, le décrochage scolaire, la précarité financière, etc.

Dans le contexte québécois, le *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018) stipule que les *jeunes en difficulté* représentent une cible d'action prioritaire en raison des particularités et des comportements qui leur sont propres. Dans ce contexte, il apparaît pertinent de porter une attention particulière aux interventions de prévention qui leur sont offertes.

Réalisé au cours de l'automne 2018, ce document vise à présenter les résultats d'un examen des écrits scientifiques et de la littérature grise. L'objectif de cette recension est d'identifier les pratiques de prévention destinées aux jeunes à risque de développer une consommation problématique de substances psychoactives et qui sont hébergées en ressources d'hébergement de type institutionnel au Québec et ailleurs dans le monde.

Dans un premier temps, les caractéristiques de cette population et le portrait de leur consommation de substances psychoactives seront présentés. Dans un second temps, les résultats obtenus à l'issue de la recherche documentaire, c'est-à-dire les pratiques d'interventions utilisées auprès de cette clientèle, seront décrits. La troisième partie de ce document portera sur les constats pouvant être dégagés du corpus documentaire axé sur les caractéristiques des meilleures pratiques de prévention de la consommation problématique auprès des jeunes. Enfin, quelques réflexions seront exposées dans la dernière partie.

# 1. MISE EN CONTEXTE

## 1.1 Caractéristiques des jeunes dont la situation est prise en charge par les services de protection de la jeunesse

Les jeunes dont la situation est prise en charge par les services de protection de la jeunesse présentent trois à quatre fois plus de troubles psychologiques (c.-à-d. : anxiété, dépression) ou comportementaux (c.-à-d. : trouble de la conduite) que les jeunes de la population générale (Bronsard et al., 2016).

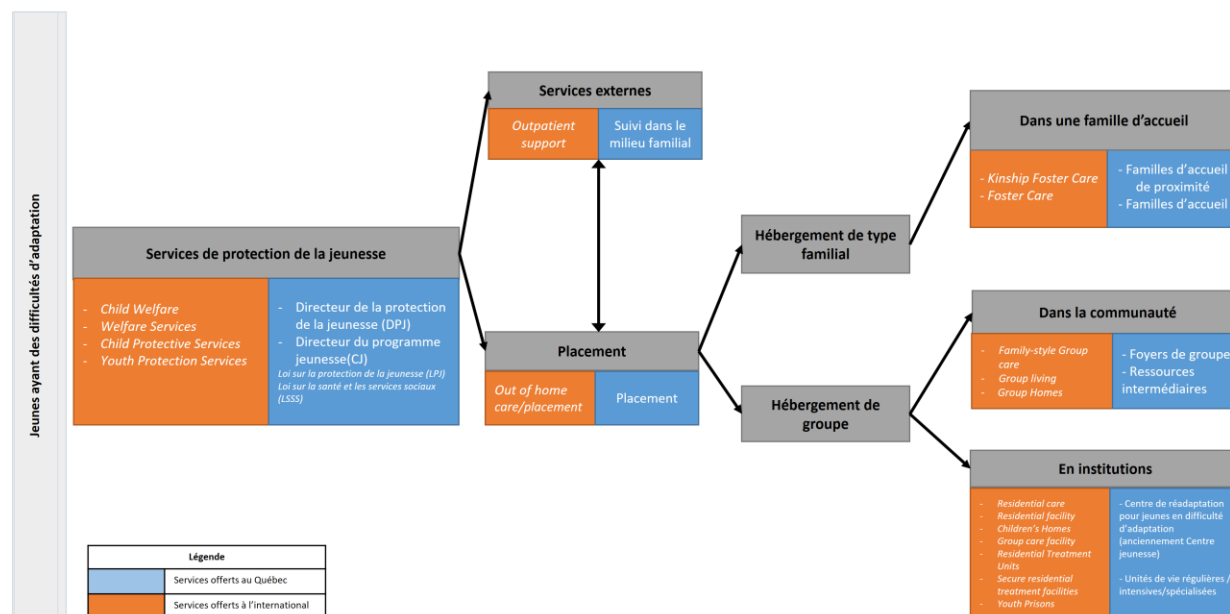
Au Québec, ces jeunes sont ciblés par le programme *Jeunes en difficulté*. Ce programme regroupe une multitude de services destinés aux jeunes et notamment ceux dont les problèmes psychosociaux sont si importants qu'ils compromettent leur sécurité et/ou leur développement et peuvent mener à une intervention des services de protection de la jeunesse (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Le programme *Jeunes en difficulté* inclut également l'ensemble des services offerts par les centres jeunesse, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSSS), de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) et certaines dispositions du code civil. Selon les données les plus récentes (2019-2020), les principaux motifs de prise en charge par les services de protection de la jeunesse chez les jeunes de 13 à 17 ans étaient les troubles de comportement sérieux (29,7 %), la négligence (19,7 %), les abus physiques (17,6 %), les mauvais traitements psychologiques (12,7 %) et les abus sexuels (10,5 %) (Directeurs de la protection de la jeunesse, 2020).

## 1.2 Offre de services

Les services offerts aux jeunes pris en charge par les services de protection de la jeunesse et leurs familles varient de façon importante selon les pays et les lois en vigueur. Malgré ces variations, il est possible d'esquisser un modèle général de la déclinaison de ces services. Ce modèle est représenté de façon schématique à la figure 1. Pour chaque type de service, les termes français utilisés au Québec et les termes anglais utilisés ailleurs dans le monde sont présentés. Les différentes structures de services sont définies ci-dessous. Notons que cette figure qui se veut être une synthèse permettant d'établir des correspondances entre le modèle québécois d'organisation des services et les modèles ailleurs dans le monde ne peut prétendre illustrer parfaitement les particularités inhérentes aux différents modèles de protection de la jeunesse.



Figure 1 - Représentation schématique des modalités de services pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation prise en charge par les services de protection de la jeunesse au Québec et ailleurs dans le monde



### 1.2.1 Services externes

Les services de protection de la jeunesse se subdivisent en deux grandes catégories de services en fonction de l'évaluation de la situation vécue par le jeune et sa famille. La première catégorie de services regroupe tous les services externes de soutien qui peuvent être offerts au jeune et à la famille comme, un suivi psychosocial, un programme d'intervention en négligence ou un programme d'intervention de crise. Ces programmes sont offerts en collaboration avec les ressources de première ligne et ils ont pour but de favoriser le maintien du jeune dans son milieu de vie tout en tentant de mettre fin à la situation qui compromet sa sécurité ou son développement et d'éviter qu'elle ne se reproduise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009).

### **1.2.2 Placement**

La deuxième catégorie de services consiste en un retrait du jeune de son milieu familial. Ce placement peut se faire dans un contexte familial ou dans un contexte d'hébergement de groupe. L'objectif du placement est de mettre fin à une situation de compromission potentielle ou avérée, de sorte que la sécurité, le développement ou la réadaptation du jeune soient assurés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). La sécurité ou le développement est considéré compromis quand un enfant est abandonné, est négligé ou risque sérieusement de l'être, subit de mauvais traitements psychologiques, subit ou risque sérieusement de subir des abus sexuels ou physiques, a de graves troubles de comportement, est en fugue, ne fréquente pas l'école ou s'en absente souvent ou encore, est délaissé par ses parents après avoir été placé en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les divers contextes de placement représentent différents niveaux de soutien et de restrictions en fonction des besoins du jeune et de la gravité des problèmes vécus par ce dernier (Leloux-Opmeer, Kuiper, Swaab et Scholte, 2016).

#### **Hébergement de type familial**

Le placement en contexte familial signifie que la responsabilité et l'hébergement du jeune sont assumés par un membre de sa famille élargie ou, lorsque cela n'est pas possible, à une ressource de type familial composée de parents qualifiés pour offrir le support nécessaire durant le placement (Leloux-Opmeer et al., 2016).

#### **Hébergement de groupe**

Lorsque la situation d'un jeune ne lui permet pas d'être hébergé dans une ressource de type familial, l'hébergement en contexte de groupe s'avère nécessaire. Ce type d'hébergement inclut les foyers de groupe et le placement en institution.

- **Foyers de groupe et ressources intermédiaires**

Les foyers de groupe et ressources intermédiaires sont situés dans la communauté, et peuvent accueillir en moyenne de six à huit jeunes sous la supervision de parents qualifiés ou d'intervenants spécialisés (Beaudoin, Tremblay, Gaumont, Nadeau et Desmarais, 2017; Leloux-Opmeer et al., 2016; Gouvernement du Québec, 2019). Ce type d'hébergement offre une liberté aux jeunes puisqu'ils sont libres de fréquenter les différentes ressources de la communauté (école, parcs, offre de loisirs). Il représente une solution de

placement intermédiaire, à mi-chemin entre le placement en famille d'accueil et le placement institutionnel (Leloux-Opmeer et al., 2016).

- **Institutions**

L'hébergement de groupe en institution représente le type de placement le plus restrictif et, de ce fait, constitue le placement de dernier recours dans de nombreux pays (Ainsworth et Thoburn, 2014; Parton, 2010). Ces institutions sont caractérisées par la présence d'un ensemble de services (c.-à-d. : école, services médicaux) à l'intérieur de l'établissement ainsi que la présence permanente d'intervenants formés (Leloux-Opmeer et al., 2016). Les ressources d'hébergement de type institutionnel peuvent varier en fonction du niveau de sécurité et de restrictions imposées aux jeunes hébergés, mais aussi en fonction des ressources présentes (Leloux-Opmeer et al., 2016).

Au Québec, le placement en institution fait référence au placement en unités de vie dans un *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* (anciennement *centre jeunesse*) (Beaudoin et al., 2017). Les unités de vie sont une structure d'hébergement dans laquelle les jeunes sont accompagnés et supervisés par des éducateurs. De façon générale, deux types d'unité de vie (régulière/ouverte et intensive/sécuritaire) sont offerts en fonction des besoins d'encadrement des jeunes (Beaudoin et al., 2017). Notons que les unités de vie intensive peuvent également accueillir de jeunes contrevenants condamnés en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA) (Ministère de la Justice du Canada, 2002). Certains jeunes condamnés en vertu de la LSJPA purgent leur peine dans les unités de vie intensives et profitent des services de réadaptation offerts par l'établissement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013).

Le recours au placement en institutions varie de façon importante selon les pays, notamment en raison de facteurs historiques liés à l'organisation des services destinés aux jeunes en difficulté. À titre d'exemple, en Arménie, 95 % des jeunes pris en charge par l'État sont placés en institutions, alors que seuls 6 % des jeunes australiens le sont (Ainsworth et Thoburn, 2014). Le recours à ce type de placement demeure controversé, notamment depuis la déclaration de Stockholm (« The Stockholm Declaration on Children and Residential Care », 2003) qui réitérait l'importance de préserver le jeune dans son milieu et de ne recourir au placement en ressources institutionnelles qu'en dernier recours et de façon temporaire.

À cet effet, au Québec, en date du 31 mars 2019, 52,1 % des jeunes pris en charge par les services de protection de la jeunesse étaient suivis dans leur milieu familial, 38,7 % étaient hébergés dans une

ressource de type familial ou étaient confiés à un tiers significatif et seulement 9,2 % des jeunes étaient hébergés en foyers de groupes ou en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté* (Directeurs de la protection de la jeunesse, 2019). Ces données sur le placement des *jeunes en difficulté* traduisent la volonté des services québécois à recourir au placement hors du milieu familial qu'en dernier recours et lorsque cela doit être fait, de procéder au placement dans une ressource moins restrictive (Directeurs de la protection de la jeunesse, 2019).

### **1.3 Caractéristiques des jeunes en hébergement de groupe en institution**

Au Royaume-Uni, les jeunes recevant des services de protection (nonobstant le type de placement) sont jusqu'à sept fois plus à risque de présenter des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues comparativement aux jeunes de la population générale (Jackson et Simon (2005) cité dans. McCrystal, Perry et Higgins (2008)). Aux États-Unis, les jeunes Américains pris en charge par les services de protection sont plus nombreux que les jeunes de la population générale à avoir consommé du cannabis, des solvants, de la cocaïne, du crack ou de l'héroïne au courant de leur vie (Fettes, Aarons et Green, 2013).

Les jeunes hébergés en institution représentent les jeunes dont la situation psychosociale et développementale est la plus détériorée. En ce sens, ces jeunes présentent des caractéristiques et des vulnérabilités importantes dans différentes sphères de leur développement. Les jeunes, dont le placement se fait en institution, sont plus âgés que les autres jeunes pris en charge dans d'autres types de ressources et sont majoritairement de sexe masculin (Ainsworth et Thoburn, 2014; Leloux-Opmeer et al. 2016). De plus les jeunes hébergés dans ce type de ressources présentent un historique de placements antérieurs au sein de ressources moins restrictives telles que les foyers de groupes (Elliott, Staples et Scourfield, 2018; Ingram et al. 2009). Les jeunes hébergés en institution ont souvent des difficultés dans les relations sociales, des difficultés cognitives, des troubles graves du comportement ainsi que des troubles émotionnels graves (Leloux-Opmeer et al. 2016). Enfin, au point de vue familial, ces jeunes ont vécu des relations familiales difficiles qui proviennent généralement de milieu socioéconomique plus faible. Enfin, il n'est pas rare que ces jeunes aient été victimes de négligence (Elliott et al. 2018; Ingram et al. 2009; Leloux-Opmeer et al. 2016).

Au Québec, d'après les données du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007), la grande majorité (85,4 %) des jeunes hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* étaient âgés de 12 à 17 ans. Ces derniers ont souvent des problèmes de santé mentale, des troubles de l'attachement

ainsi qu'une fragilité émotionnelle (Keable, 2009). Plus spécifiquement, un rapport du Ministère de la Santé et des services sociaux (2007) rapporte que près d'un jeune sur deux (45 %) hébergé dans une ressource d'hébergement des centres de réadaptation présente un diagnostic de troubles mentaux et que parmi ceux-ci, près d'un jeune sur six (13,4 %) a un trouble mental sévère accompagné d'un autre trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation d'une substance. Comme il a été mentionné précédemment, ces jeunes présentent des problèmes de comportement importants sous forme de trouble de la conduite, de comportements sexuels à risque, de consommation excessive de drogue, de l'impulsivité dans leurs agissements ainsi que des retards scolaires importants (Goyette et Blanchet, 2018; Keable, 2009; Lambert et al., 2015).

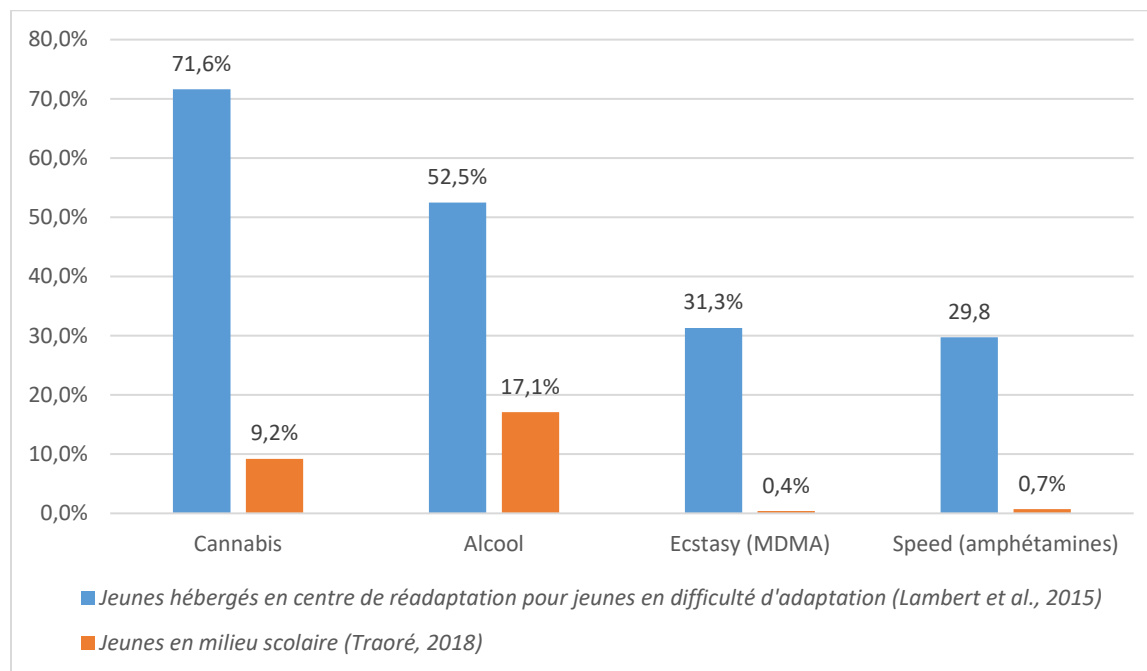
## 1.4 Jeunes en ressources d'hébergement de type institutionnel et consommation de substances psychoactives

### 1.4.1 Consommation de substances psychoactives

L'usage de substances psychoactives chez les jeunes placés en institution est un phénomène répandu. En effet, Kepper, Monshouwer, van Dorsselaer, et Vollerbergh (2011) observent que les jeunes néerlandais vivant en institutions sont environ 10 fois plus à risque de consommer du tabac quotidiennement et deux fois plus à risque d'avoir une forte consommation d'alcool hebdomadaire comparativement aux jeunes de la population générale. Dans le même ordre d'idées, au Royaume-Uni, McCrystal (2008) observe que les jeunes de 13 à 16 ans ayant fait l'objet d'un placement en institutions (*residential care*) consomment plus fréquemment de l'alcool, du cannabis et des solvants que des jeunes du même âge de la population générale.

Au Québec, tel qu'illustré à la figure 2, les données de l'enquête *Sexe, drogue et autres questions de santé* (Lambert et al., 2015) menée auprès d'un échantillon de 499 jeunes de 14 à 17 ans hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* ou en foyers de groupe indiquaient que 71,6 % de ces jeunes consommaient au moins une fois par semaine du cannabis, 52,5 % consommaient de l'alcool, 31,3 % consommaient de l'ecstasy (MDMA) et 29,8 % consommaient des amphétamines. À titre de comparaison, les données de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017* (EQSJS) indiquaient que 9,2 % des jeunes de 14 à 17 ans fréquentant un milieu scolaire consommaient au moins une fois par semaine du cannabis, 17,1 % de l'alcool, 0,4 % de l'ecstasy et 0,7 % des amphétamines (Traoré, 2018). Notons cependant que ces données comparatives sont présentées à titre indicatif et doivent être interprétées avec prudence en raison des différences liées aux méthodes d'échantillonnage employées dans chacune des enquêtes et donc de la distribution des âges. De plus, en raison de la nature autorapportée de ces données, il est probable que celles-ci présentent un biais.

Figure 2 – *Pourcentage de jeunes de 14-17 ans ayant une consommation hebdomadaire en fonction de différentes substances psychoactives et du milieu de vie*



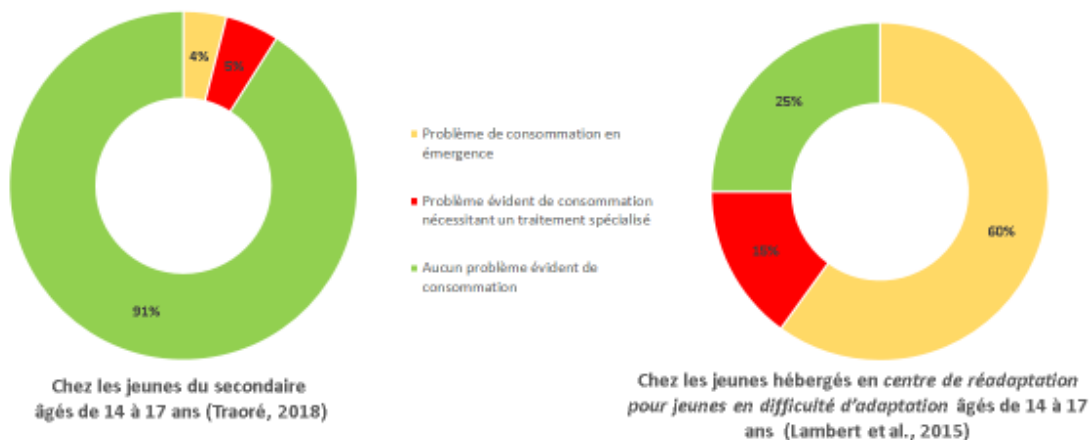
### 1.4.2 Consommation problématique de substances psychoactives

La consommation peut être qualifiée de problématique lorsque cette dernière entraîne davantage de conséquences négatives que positives, c'est-à-dire que les effets néfastes surpassent les effets recherchés (Fallu et al., 2017). Les données de Elliott, Staples et Scourfield (2017), indiquent que les jeunes hébergés en institutions (*residential care*) au Royaume-Uni sont environ deux fois plus nombreux à vivre des conséquences négatives liées à l'usage de substances psychoactives que les jeunes pris en charge dans d'autres structures de services (18,7 % contre 9,2 %). Enfin, les résultats obtenus par Vaughn, Ollie, McMillen, Scott, et Munson (2007) auprès d'un échantillon de jeunes de 17 ans pris en charge par les services de protection de la jeunesse, indiquent que les jeunes vivant en institutions présentaient un risque d'environ deux fois plus grand d'avoir reçu un diagnostic de troubles liés à l'usage d'une substance au cours de leur placement que les jeunes placés dans une famille d'accueil.

Au Québec, les données d'enquête rapportées par Lambert et al. (2015) indiquent qu'en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*, un jeune sur six (15 %) manifestait un problème de consommation en émergence alors qu'environ six jeunes sur dix (60 %) présentaient un problème évident de consommation nécessitant un traitement spécialisé. À titre de comparaison pour l'année scolaire 2016-

2017, 5 % des élèves du secondaire âgés de 14 à 17 ans présentaient des problèmes de consommation en émergence et 4,1 % présentaient un problème de consommation de substances psychoactives nécessitant un traitement spécialisé (Traoré, 2018). Ainsi, tel qu'illustré à la figure 3, les jeunes en difficulté hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* présentent davantage de profils de consommation problématique que les jeunes de la population générale.

Figure 3 – *Degrés de sévérité des problèmes de consommation de substances psychoactives chez les jeunes (14 -17 ans)*



Enfin, les conséquences les plus souvent rapportées en lien avec la consommation problématique de substances psychoactives chez les jeunes en difficulté hébergés en unités de réadaptation ou en foyers de groupe au Québec sont : des nuisances sur leurs amitiés ou leur relation amoureuse, des difficultés scolaires, des difficultés psychologiques (anxiété, dépression) ainsi que des gestes délinquants suite à la consommation de substances psychoactives (Lambert et al. 2015).

À la lumière des données présentées, les jeunes placés en institutions sont plus nombreux à consommer des substances psychoactives et lorsqu'ils le font, ceux-ci le font généralement de façon plus problématique que les jeunes du même âge de la population générale. Conséquemment, les jeunes placés en institutions représentent une cible prioritaire de prévention de la consommation problématique de substances psychoactives.



## 2. METHODOLOGIE

Face à ces premiers constats, nous avons mené un examen de la littérature portant sur les pratiques de prévention pour les jeunes en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* à risque de développer une consommation problématique. Cette recension des écrits vise à répondre à la question suivante :

*Quelles sont les pratiques de prévention destinées aux jeunes en difficulté en ressources d'hébergement à risque de développer une consommation problématique de substances psychoactives ?*

Cette question de recherche se décline en trois objectifs spécifiques, à savoir les pratiques en lien avec l'évaluation des problèmes de consommation (repérage, détection, évaluation spécialisée), les pratiques de prévention individuelles et les pratiques de prévention de groupe.

La stratégie de recherche documentaire s'est centrée sur quatre grands thèmes, soient : la prévention, les *jeunes en difficulté*, la consommation de substances psychoactives et le contexte d'hébergement. Pour ce faire, nous avons produit un plan de concepts intégrant les principaux mots-clés associés (traduits en français et en anglais). Ce dernier est disponible à l'annexe A. Les mots-clés identifiés, disponibles à l'annexe B, ont ensuite été entrés dans les bases de données suivantes : *PsycINFO*, *Social Services Abstracts* et *Santécom*. La stratégie de recherche documentaire s'est limitée aux écrits publiés entre 2013 et 2018 étant donné l'existence d'un travail de recherche documentaire similaire qui s'était attardé aux écrits publiés avant l'année 2013 (Maguire-L., 2014). Or, compte tenu du peu d'articles publiés entre 2013 et 2018, il a été décidé de compléter la recherche documentaire en intégrant les sources documentaires pertinentes publiées entre 2000 et 2013.

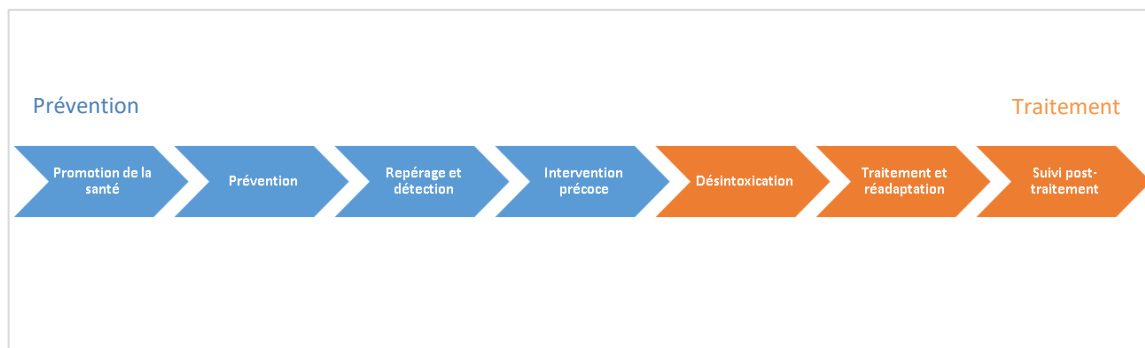
En plus des bases de données scientifiques, cette recherche documentaire a été complétée par l'exploration de la littérature grise, notamment les sites web d'organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales telles que le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) et l'*Observatoire européen des drogues et des toxicomanies* (EMCDDA). Enfin, l'analyse des bibliographies des articles recensés a été réalisée afin de couvrir un maximum de textes représentatifs du domaine.

### 3. PRATIQUES EN TOXICOMANIE

#### 3.1 Continuum de prévention et de prise en charge

Les interventions en toxicomanie se déclinent selon un continuum composé de deux pôles principaux, à savoir : la prévention et le traitement (Brisson, 2014b). Ce continuum est illustré à la figure 4 et détaillé ci-dessous

Figure 4 - Continuum des actions en toxicomanie (adapté de Brisson, 2014)



Le pôle prévention regroupe les actions de promotion de la santé, de prévention, de repérage et de détection ainsi que d'intervention précoce.

Les activités de promotion de la santé font référence aux interventions visant à améliorer la capacité d'agir des individus et à leur permettre d'agir sur leur propre santé dans l'optique de l'améliorer (Organisation mondiale de la Santé, 1986). Par ailleurs, les interventions de prévention peuvent être classées selon qu'elles s'adressent à la population générale (prévention universelle) ou à un sous-groupe considéré à risque de développer une problématique (prévention ciblée). Ce sous-groupe peut en effet présenter un ou plusieurs facteur(s) de risque (prévention ciblée sélective) ou être composé d'individus présentant une symptomatologie en deçà des critères diagnostics d'un trouble clinique (prévention ciblée indiquée) (Gordon, 1983).

Les actions de repérage et de détection visent à identifier les individus à risque de vivre des conséquences négatives en raison de leur consommation de substances psychoactives. Elles sont donc préalables aux interventions de prévention ciblée et de traitement.

Enfin, l'intervention précoce sert à prévenir l'apparition des conséquences négatives et la détérioration de la situation des individus (Brisson, 2014b). Il est à noter que pour certains auteurs, les interventions de prévention ciblée mises en place suite aux étapes de repérage et détection sont considérées comme de l'intervention précoce.

Le pôle du traitement regroupe les interventions réalisées auprès des individus ayant une problématique de toxicomanie avérée. Il s'agit de la désintoxication, du traitement en réadaptation et du suivi post-traitement (Brisson, 2014b).

La désintoxication est un service qui est offert aux personnes voulant recevoir un encadrement médical ou psychosocial lors de la cessation de la consommation afin de mieux contrôler les symptômes de sevrage (Desrosiers, 2008).

Le traitement de réadaptation en dépendance fait référence aux services offerts aux individus ayant des problèmes de consommation de substances. Ces traitements peuvent être de nature psychosociale, pharmacologique ou les deux (Chauvet, Kamgang, Ngui, Fleury et Simoneau, 2015).

Enfin, le suivi post-traitement correspond aux interventions visant à maintenir les acquis d'un individu suite à un traitement en réadaptation une fois de retour dans son milieu de vie. Ceci inclut les interventions en prévention des « rechutes ». Celles-ci permettent d'outiller les individus afin qu'ils puissent identifier les situations à risque et d'utiliser des stratégies d'adaptation variées (Brisson, 2014b; Chauvet et al., 2015).

## 3.2 Approches en prévention de la toxicomanie

Le domaine de la prévention de la toxicomanie est organisé en fonction de différentes approches qu'il est important de comprendre en raison de leurs implications théoriques et pratiques. En effet, la philosophie d'intervention adoptée par le clinicien, l'organisation ou la société influencera la définition du problème à prévenir, les objectifs de prévention ainsi que les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs. Les interventions de prévention développées dans le champ de la toxicomanie s'inscrivent principalement à l'intérieur de deux approches parfois mises en opposition, à savoir la réduction de la demande et de l'usage et la réduction des méfaits. La présente section vise à présenter ces deux approches en fonction de leurs principales prémisses (voir tableau 1).

Tableau 1 - *Principales prémisses à la base de l'approche de la réduction de la demande et de l'usage, ainsi que celles de l'approche de la réduction des méfaits*

Prémisses	
Approche de la réduction de la demande et de l'usage	Approche de la réduction des méfaits
La consommation de drogues illicites constitue nécessairement un abus	L'usage de n'importe quel psychotrope ne constitue pas en soi un abus
L'utilisation d'une drogue mène inévitablement à la consommation d'autres drogues plus nocives	Il est possible de contrôler sa consommation et d'en être responsable
L'abstinence est un but réaliste pour tous	L'abstinence <u>n'est pas</u> un but réaliste pour plusieurs
La compréhension des dangers décourage l'utilisation	Rien n'est plus important en termes d'usage sécuritaire que la prise en compte du cadre général : substance, individu, contexte

### 3.2.1 Réduction de la demande et de l'usage

L'approche basée sur la réduction de la demande et de l'usage vise d'une part à diminuer l'incidence et la prévalence de l'usage, c'est-à-dire le nombre de nouveaux consommateurs dans une période de temps donnée (incidence) et le nombre total de consommateurs dans cette période, qu'ils soient nouveaux ou non. Par exemple, les campagnes antitabac s'affairent à

diminuer le nombre de fumeurs dans la population, soit en limitant le nombre de nouveaux fumeurs, soit en encourageant les fumeurs à cesser de fumer. D'autre part, l'approche de la réduction de la demande et de l'usage fait référence tant aux politiques visant à diminuer l'usage qu'aux programmes d'interventions visant à diminuer les facteurs de risques de la consommation. Par exemple, l'ajout de mises en garde sur les paquets de cigarettes représente une stratégie de réduction de l'usage tout comme l'enseignement de stratégies visant à développer la capacité de refus des jeunes (Pentz, Bonnie et Shopland, 1996; Wodak, 2011). L'approche de la réduction de la demande et de l'usage est notamment basée sur la prémisse que la compréhension des dangers décourage l'utilisation et que l'abstinence est un but qui doit être visé par tous les consommateurs de substances psychoactives illicites (Rosenbaum, 1996).

### **3.2.2 Réduction des méfaits**

L'approche de réduction des méfaits est une approche constituée de politiques et de programmes d'interventions visant prioritairement à diminuer les conséquences négatives de l'usage de substances psychoactives sans toutefois nécessairement viser l'abstinence ou la réduction de l'usage de la part des individus (Brisson, 1997). Plus largement, la réduction des méfaits se définit comme une « *démarche de santé publique visant, plutôt que l'élimination de l'usage des drogues, à ce que les usagers puissent développer les moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements pour eux-mêmes, leur entourage et la société; sur le plan physique, psychologique et social* » (Brisson, 2014b, p. 79).

Il s'agit d'une approche empreinte de pragmatisme et d'humanisme. Cette approche est pragmatique en ce sens où elle est basée sur l'acceptation de la prémisse selon laquelle l'usage de drogues est une réalité inhérente à la société et avec laquelle il faut composer (Brisson, 1997). Aussi, le pragmatisme de la réduction des méfaits se manifeste par la possibilité qu'elle offre aux individus de hiérarchiser leurs objectifs en fonction de leurs besoins plutôt que de laisser le professionnel les dicter. Dans cette optique, l'intervention basée sur la réduction des méfaits a comme avantage d'offrir des services aux individus qui ne sont pas encore prêts à entreprendre une démarche d'abstinence ou de réduction de la consommation (Macmaster, Holleran et Chaffi, 2005). En effet, en offrant des services ne visant pas l'abstinence de la part des individus, il est possible de les amener à diminuer les risques associés à leur consommation tout en suscitant une motivation à changer. Cependant, la réduction des méfaits n'exclut pas les objectifs d'abstinence

ou de réduction tant qu'ils ne sont pas imposés aux individus. En ce sens, la réduction des méfaits est également humaniste dans son action puisqu'elle reconnaît des droits, ainsi qu'une valeur et une capacité d'agir aux individus consommant des substances psychoactives (Brisson, 1997).

Enfin, notons que l'approche de la réduction des méfaits demeure une philosophie d'intervention relativement jeune, celle-ci s'étant davantage formalisée dans les années 1980 (Fallu et Brisson, 2013). Son intégration dans les pratiques d'intervention et de prévention demeure controversée dans de nombreux pays (Harm Reduction International, 2018). Cependant, bien que cette approche demeure contestée, le Comité des Nations-Unies pour la santé des enfants considère qu'elle est à l'origine des meilleures pratiques pour les jeunes qui consomment de façon abusive des substances psychoactives (UN Committee on the Rights of the Child (CRC), 2013). Les différences dans l'acceptabilité et l'intégration de la réduction des méfaits dans les pratiques peuvent s'expliquer par le fait que le champ d'application de cette approche a beaucoup évolué au cours de sa formalisation. En effet, la réduction des méfaits est souvent comprise et acceptée en lien avec des actions de santé publique telles que les programmes d'échange de seringues pour les utilisateurs de drogues injectables. À l'inverse, l'intégration de la réduction des méfaits dans les pratiques d'intervention précoce et de prévention ciblée pour les jeunes est à la fois plus controversée et moins fréquente (Fallu et Brisson, 2013).

## 4. REPERAGE, DETECTION ET EVALUATION SPECIALISEE

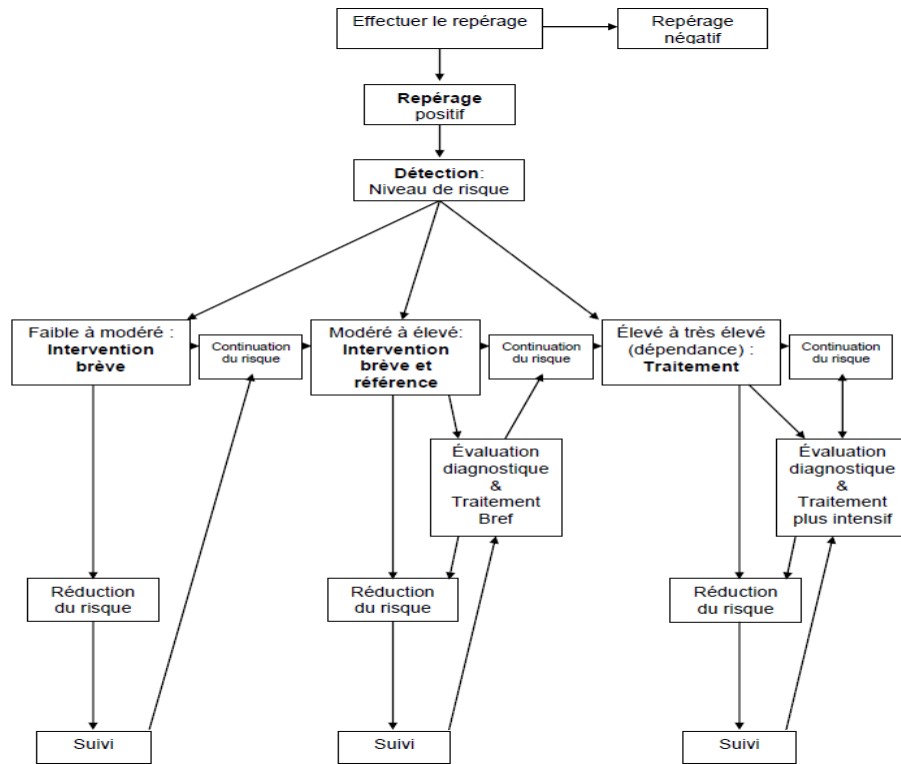
Dans l'optique d'offrir des services de prévention en adéquation avec les profils de consommation des individus, il est nécessaire de miser sur des outils d'évaluation fidèles et valides. Dans cette optique, l'évaluation représente une étape incontournable dans la mise en place d'interventions de prévention ciblée efficaces.

La présente section vise à présenter les pratiques d'évaluation de la toxicomanie qui sont préalables à l'intervention de prévention en toxicomanie. Pour ce faire, nous détaillons d'abord un modèle d'intervention largement utilisé et validé ainsi que les principaux outils utilisés aux étapes du repérage, de la détection et de l'évaluation spécialisée.

### 4.1 Modèle SBIRT

Le modèle *Screening, Brief Interventions and Referral to treatment* (SBIRT) (Babor et al., 2007) est un modèle intégrateur d'organisation des services et d'intervention précoce englobant les étapes du *repérage*, de la *détection* ainsi que de l'*évaluation spécialisée*. Le *repérage* vise à identifier les individus à risque de vivre des conséquences négatives en lien avec leur consommation de substances psychoactives alors que la *détection* vise à définir le degré de risque associé aux habitudes de consommation d'un individu donné (Saint-Jacques et al., 2009). L'*évaluation spécialisée* permet d'identifier les besoins d'un individu afin d'orienter le traitement en toxicomanie. Le modèle logique de cette intervention est présenté à la figure 5.

Figure 5 - *Modèle logique du modèle d'intervention précoce SBIRT (Fallu, inédit) adapté de Babor et al. (2007)*



L'opérationnalisation du modèle SBIRT débute par le repérage d'un individu donné. En cas de résultat positif, un outil de détection sera utilisé pour évaluer le niveau de risque associé au profil de consommation de l'individu. Selon le niveau de risque détecté, une intervention brève peut être offerte à l'individu afin de réduire le risque lié à ses pratiques de consommation. Dans le cas d'un niveau de risque modéré, une intervention brève peut être offerte et dans certains cas une référence vers les services d'évaluation spécialisés en dépendance et de traitement peut être faite. Enfin, pour les individus dont la consommation présente un risque élevé ou une consommation s'apparentant à un trouble lié à l'usage d'une substance (TUS), l'orientation vers les services spécialisés sera effectuée. Notons que le niveau de risque est variable et fluctue dans le temps, ce qui signifie qu'un individu peut évoluer dans le continuum de risque et se voir offrir des services plus ou moins spécialisés au cours du suivi.



## 4.2 Outils de repérage, de détection et d'évaluation spécialisés

De nombreux outils de repérage, de détection et d'évaluation spécialisée de la consommation existent. Ces derniers peuvent s'adresser à différentes populations, s'intéresser à différentes substances et être employés dans divers contextes cliniques ou enquêtes épidémiologiques. Les différentes utilisations de ces outils sont notamment dictées par leurs caractéristiques psychométriques, notamment leur capacité à identifier les vrais cas positifs, soit les personnes qui doivent être repérées ou détectées (sensibilité) et leur capacité à identifier les vrais cas négatifs, soit les personnes qui ne doivent pas être repérées ou détectées (spécificité). Ci-dessous, nous présentons quelques exemples d'outils de *repérage*, de *détection* et d'*évaluation spécialisée*, développés ailleurs dans le monde et au Québec. Leurs utilisations ont été validées auprès des populations adolescentes ainsi que pour certaines de leurs qualités psychométriques. Certains de ces outils font l'inventaire de la consommation de plusieurs substances (multisubstances), alors que d'autres se concentrent sur l'usage d'une substance en particulier (alcool ou cannabis).

### 4.2.1 Repérage

Les outils de repérage permettent d'identifier les individus à risque de vivre des conséquences négatives en lien avec leur consommation de substances psychoactives. Ce sont des outils brefs et leur utilisation peut être faite de manière systématique en première ligne. Les outils présentés ci-dessous sont le CRAFFT, sa traduction française l'ADOSPA, le RAFFT, le CAGE et le CAGE-AID, ainsi que le DAST-A. Au Québec, il semble qu'aucun outil de repérage n'ait été développé. Par contre, plusieurs milieux utilisent la traduction française de l'ADOSPA.

#### CRAFFT

Le CRAFFT est un outil de repérage destiné à évaluer le risque de consommation problématique et les risques de consommation de drogues et d'alcool (Knight et al., 1999). Cet outil a été validé pour une utilisation auprès de jeunes de 14 à 18 ans (Knight, Sherritt, Shrier, Harris et Chang, 2002).

Cet outil de repérage est constitué de six questions se répondant par oui ou non. Elles sont construites autour de six thématiques portant sur la conduite avec capacités affaiblies (*Car*), l'usage de drogue pour se détendre (*Relax*), la consommation de drogue dans un contexte solitaire (*Alone*), les oublis associés à la consommation (*Forget*), les commentaires sur la consommation de

la famille ou les amis (*Family/Friends*) et les problèmes associés à la consommation (*Trouble*) (Knight et al., 2002). Les résultats obtenus à l'issue de la passation de cet outil permettent d'identifier des individus présentant une consommation de drogues ou d'alcool possiblement à risque (Knight et al., 1999).

En raison de sa simplicité de passation, le CRAFFT peut facilement être administré dans le cadre de courts entretiens et avec un questionnaire papier à remplir (Knight et al., 1999). Le CRAFFT présente une excellente sensibilité (76 %) et une bonne spécificité. En effet, lorsqu'un individu répond positivement à deux énoncés, la sensibilité de 76 % et la spécificité de 94 % de ce test permettent d'identifier avec une certitude relativement élevée les jeunes ayant un problème (consommation problématique, abus, dépendance) en lien avec l'alcool ou les drogues (Knight et al., 2002).

#### **CRAFFT ADOSPA**

Le questionnaire CRAFFT-ADOSPA est une traduction française validée du questionnaire en anglais CRAFFT présenté ci-haut (Karila et al., 2007). L'acronyme ADOSPA de ce questionnaire fait d'ailleurs référence à : **A**uto/Moto, **D**étente, **O**ubli, **S**eul, **P**roblèmes, **A**mis/Famille. Les résultats de l'étude de validation de Karila et al. (2007) indiquent que le CRAFFT-ADOSPA présente de bonnes qualités psychométriques en lien avec sa capacité d'identifier les jeunes à risque de vivre des conséquences négatives en lien avec leur consommation pour ceux qui répondent par l'affirmative à au moins deux questions. Ainsi, la sensibilité et la spécificité de ce test sont respectivement de 92,8 % et de 77,1 %.

#### **RAFFT**

Le RAFFT est un outil de repérage destiné à évaluer la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les jeunes adolescents (Bastiaens, Francis et Lewis, 2000). Cet outil est construit autour de cinq questions se répondant par oui ou non. Ces questions portent sur l'utilisation de drogues pour « relaxer » (*Relax*), la consommation de substances psychoactives en solitaire (*Alone*), la consommation de substances psychoactives par les pairs (*Friends*), la consommation de substances psychoactives par un membre de la famille (*Family*) et enfin, les problèmes vécus en lien avec la consommation de substances psychoactives (*Trouble*). Le RAFFT a été validé pour une utilisation auprès de jeunes âgés de 13 à 18 ans, et celui-ci présente une excellente sensibilité (89 %) et une spécificité acceptable (69 %) avec un seuil de deux réponses positives ou plus

permettant d'identifier les jeunes à risque de vivre des conséquences négatives en lien avec leur consommation de substances psychoactives (Bastiaens et al., 2000).

### **CAGE et le CAGE-AID**

Le CAGE est un outil de repérage visant à identifier les individus adultes à risque d'avoir des épisodes d'abus d'alcool et à risque de dépendance à l'alcool (Ewing, 1984). Ce questionnaire est composé de quatre questions pouvant être répondues par oui ou par non. Elles portent sur le fait d'avoir déjà envisagé de réduire sa consommation (*Cut down*), d'avoir reçu des commentaires de la part d'un proche concernant sa consommation (*Annoyed*), d'avoir ressenti de la culpabilité face à sa consommation (*Guilty*) et enfin, d'avoir consommé le lendemain d'une forte consommation afin de pouvoir commencer la journée (*Eye-opener*). Cependant, l'utilisation de cette dernière question du CAGE est critiquée avec une population adolescente. En effet, la version adaptée pour adolescent, le CAGE-AA, reprend les mêmes trois premières questions, mais modifie la dernière question en demandant à l'adolescent s'il a déjà consommé de l'alcool ou de la drogue tôt dans la journée (Knight, Goodman, Pulerwitz et DuRant, 2000). Le CAGE peut être administré en contexte clinique par un professionnel de la santé sous format papier ou oralement sous forme d'entrevue. L'administration de ce questionnaire et sa cotation se fait en moins d'une minute (Dhalla et Kopec, 2007). Le seuil recommandé à la cotation de ce questionnaire est de deux réponses positives. Enfin, le CAGE présente des qualités psychométriques variables en fonction de certaines populations, notamment auprès des femmes qui sont sujettes à sous-rapporter des problèmes en lien avec leur consommation d'alcool (Dhalla et Kopec, 2007). Ainsi, la sensibilité et la spécificité de ce test pour une seule de deux réponses positives varient respectivement de 62 % à 100 % et de 61 % à 96 % (Dhalla et Kopec, 2007).

Le CAGE-AID est composé des mêmes questions que le CAGE présenté ci-haut et spécifiquement développé pour les problèmes de consommation d'alcool (Brown et Rounds, 1995). À la différence du CAGE, le CAGE-AID se répond à l'aide d'une échelle à trois niveaux (faux, un peu vrai, vrai) à l'aide de laquelle l'individu indique à quel point l'énoncé s'applique à sa situation. Le résultat au test est exprimé selon un score maximal de huit (Couwenbergh, Van Der Gaag, Koeter, De Ruiter et Van den Brink, 2009). Les résultats de l'étude de validation menée par Couwenbergh et al. (2009) indiquent d'excellentes qualités psychométriques auprès d'adolescents de 12 à 18 ans. Ainsi, pour un seuil recommandé de deux points, la sensibilité et la spécificité s'établissent

respectivement à 91 % et 98 % (Couwenbergh et al., 2009). Autrement dit, le CAGE-AID présente une excellente capacité d'identification des individus à risque de vivre des conséquences négatives en lien avec leur consommation d'alcool, mais aussi de drogues.

#### **DAST-A**

Le *Drug Abuse Screening Test for Adolescents* (DAST-A) est un outil de repérage visant à permettre l'identification de jeunes à risque de consommer de façon problématique différentes substances psychoactives (Martino, Grilo et Fehon, 2000). Cet outil comporte 27 questions de type oui/non portant sur les conséquences négatives pouvant résulter de la consommation de substances psychoactives. Le DAST-A est disponible sous format papier crayon et se complète en cinq minutes. Il a été validé auprès d'un échantillon d'adolescents (13-19 ans) présentant des problèmes psychiatriques. Les résultats de validation indiquent que cet outil possède une bonne sensibilité (78,6 %) et une bonne spécificité (84,5 %) avec le seuil recommandé de six réponses positives sur 27 (Martino et al., 2000).

#### **CRAFFT-ADOSPA (au Québec)**

Au Québec, l'outil de repérage CRAFFT-ADOSPA serait utilisé dans quelques régions (Perreault, 2011). Tel que noté précédemment, l'outil CRAFFT-ADOSPA est une traduction française validée de l'outil de repérage de langue anglaise CRAFFT (Karila et al., 2007). À notre connaissance, cet outil n'a pas fait l'objet d'une validation québécoise.

### **4.2.2 Détection**

Les outils de détection visent à évaluer le degré de risque associé aux habitudes de consommation d'un individu ou le degré de sévérité de la consommation. Les outils recensés dans cette catégorie sont le GAIN-SS, le POSIT, le PESQ et le DUSI. L'AUDIT est utilisé uniquement pour la consommation d'alcool tandis que trois outils sont utilisés uniquement pour la consommation de cannabis, soit le CUDIT-R, le CPQ-A et le CAST.

Au Québec, la DEP-ADO est l'outil de détection qui a été développé par des chercheurs d'ici et évalué dans un contexte québécois.

## **GAIN-SS**

Le *Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener* (GAIN-SS) est un outil validé destiné aux adolescents et aux adultes. Il vise à identifier les individus présentant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances psychoactives (Dennis, Chan et Funk, 2006). Cet outil permet de détecter les individus pouvant nécessiter davantage de services à travers quatre dimensions : les troubles externalisés, les troubles internalisés, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives ainsi que la criminalité et la violence.

Le GAIN-SS est composé de 20 items faisant référence à chacune des quatre dimensions. Les résultats obtenus à l'issue de ce questionnaire permettent de classer les individus en fonction de trois catégories représentatives des niveaux de sévérité des problèmes manifestés : faible, modéré et élevé. Les individus obtenant un score faible sont ceux ayant le moins besoin de nécessiter des services. La catégorie modérée fait référence aux individus à risque de présenter des problèmes dans l'une des quatre dimensions et qui pourraient bénéficier d'interventions brèves. Enfin, les individus se retrouvant dans la catégorie élevée sont des individus à haut risque de présenter des problèmes et pour qui une évaluation et une intervention spécialisée sont recommandées (Dennis et al., 2006).

Le GAIN-SS présente d'excellentes qualités psychométriques en ce qui a trait à la détection des individus à risque de consommation problématique. Les résultats de validation auprès d'un échantillon d'adolescents indiquent que cet outil présente une sensibilité de 96 % pour un seuil établi à une réponse positive et de 86 % pour deux réponses positives. La spécificité de cet outil s'établit quant à elle à 73 % et 93 % selon les mêmes conditions (Dennis et al., 2006).

## **POSIT**

Le *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT) est un questionnaire d'évaluation visant à évaluer les besoins des adolescents dans dix domaines de la vie des adolescents (Rahdert, 1991). Les 139 questions de type oui/non composant ce questionnaire portent sur la consommation de substances psychoactives, la santé physique et mentale, les relations familiales, les relations avec les pairs, le niveau d'éducation, le statut professionnel, les habiletés sociales, les comportements agressifs et la délinquance (Rahdert, 1991).

L'échelle traitant spécifiquement de la consommation de substances psychoactives comporte 17 items faisant référence notamment aux conséquences en lien avec la consommation de substances psychoactives et les symptômes de dépendance exprimés (Kelly et al., 2017). Pour chaque réponse positive aux items de cette sous-échelle, l'administrateur du test attribue un point. Les seuils recommandés pour ce test varient d'une à deux réponses positives dépendamment des auteurs (Kelly et al., 2017). Cette sous-échelle destinée à identifier les jeunes à risque de vivre des conséquences négatives découlant de leur consommation de substances psychoactives a été validée auprès de jeunes de 12 à 17 ans en contexte clinique (Kelly et al., 2017). Plus spécifiquement, les résultats de l'étude de validation de Kelly et al. (2017) indiquent que la sensibilité de cet outil est de 85 % pour un seuil établi à deux réponses positives et de 100 % pour un seuil établi à un résultat positif. En ce qui a trait à la spécificité, celle-ci est de 95 % pour deux réponses positives et de 88 % pour une réponse positive (Kelly et al., 2017).

## **PESQ**

Le *Personal Experience Screening Questionnaire* (PESQ) est un outil autorapporté visant à évaluer les problèmes potentiels liés à l'usage de substances chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans (Winters, 1992). Cet outil est constitué de 40 items dont 18 portent sur la sévérité des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Le PESQ est construit autour de cinq échelles : la sévérité des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives, la fréquence de consommation de substances psychoactives, les problèmes psychosociaux, deux échelles portant sur la désirabilité sociale (*faking good* et *faking bad*) et une échelle portant sur la tendance à mentir (EMCDDA, 2004).

Plus spécifiquement, la sous-échelle *Problem Severity Scale* a comme objectif d'identifier les jeunes (12 à 17 ans) présentant un risque de consommation problématique et qui pourrait bénéficier d'une référence vers des services en toxicomanie. Cette sous-échelle est constituée de 18 items portant notamment sur la fréquence de consommation, la tendance à mentir en lien avec sa consommation et différentes conséquences comportementales en lien avec la consommation de substances psychoactives. Ces énoncés se répondent selon une échelle de fréquence allant de : jamais, une ou deux fois, quelques fois et souvent (Winters, 1992).

Les résultats de validation de l'échelle portant sur la consommation problématique indiquent que celle-ci possède une excellente sensibilité (91 %) et une bonne spécificité (84 %) permettant

d'identifier les jeunes à risque de vivre des conséquences négatives en lien avec leur consommation de substances psychoactives (Winters, 1992).

## **DUSI**

Le *Drug Use Screening Inventory* (DUSI) est un outil de détection visant à identifier les jeunes à risque de développer un trouble lié à l'usage de substances et à déterminer la gravité des problèmes de santé et de consommation chez les adolescents (Tarter, 1990; Tarter et Kirisci, 2001). Cet outil est composé de 149 items portant sur dix dimensions : la consommation de substances psychoactives, les problèmes psychologiques, les problèmes de comportement, l'ajustement à l'école, l'état de santé général, les relations avec les pairs, les compétences sociales, le travail, la famille et les loisirs (Tarter, 1990). La passation de cet outil prend environ 20 minutes et peut se faire sous format papier ou sous forme d'entrevue menée par un professionnel de la santé. Les résultats aux différentes échelles sont rapportés sous forme de degré de sévérité (0 à 100 %) et sont additionnés afin d'offrir un score global de sévérité également rapporté selon une échelle de 0 à 100 % (Tarter et Kirisci, 2001).

Les résultats d'une étude de validation du DUSI auprès de jeunes âgés de 12 à 14 ans indiquent qu'avec un seuil établi à 24 % et plus sur l'échelle de score global, la sensibilité et la spécificité de cet outil étaient de 85 % et de 84 % et sa capacité à prédire correctement les problèmes de consommation plus tard dans la vie variait entre 76 % et 85 % (Tarter et Kirisci, 2001).

## **AUDIT**

L'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) est un outil visant spécifiquement à identifier les pratiques de consommation d'alcool potentiellement problématique chez un individu adulte (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente et Grant, 1993). Cet outil peut également être utilisé auprès d'adolescents de 14 à 18 ans (Liskola et al., 2018). Cet outil peut être administré sous forme d'entrevue dans le cadre d'entretien clinique en première ligne ou sous format papier crayon (Babor, Higgins-Biddle, Saunders et Monteiro, 2001).

Cet outil est composé de 10 questions pouvant être répondues à l'aide d'une échelle de fréquence faisant référence à trois dimensions soit : la consommation d'alcool à risque, les symptômes de dépendance et la consommation problématique d'alcool (Babor et al., 2001). Plus spécifiquement, les questions de l'AUDIT portent sur la perte de contrôle de la consommation d'alcool,

l'importance de la consommation d'alcool dans la vie de l'individu, la nécessité de consommer le lendemain d'un épisode de consommation, les conséquences psychologiques de la consommation, les inquiétudes émises de la part des proches, les blessures en lien avec la consommation d'alcool et, enfin la fréquence et la quantité d'alcool consommée par l'individu (Babor et al., 2001). L'AUDIT présente une excellente sensibilité (92 %) et spécificité (94 %) lorsqu'un score de huit et plus est utilisé pour identifier une consommation à risque ou problématique (Saunders et al., 1993).

### **CUDIT-R**

Le *Cannabis Use Disorder Identification Test Revised* (CUDIT-R) est un outil visant spécifiquement à identifier les individus à risque de présenter des problèmes de consommation en lien avec le cannabis chez les adultes (Adamson et al., 2010). Les concepteurs du CUDIT-R notent qu'en raison de sa capacité à discriminer efficacement les niveaux de sévérité de l'usage de cannabis, celui-ci peut être utilisé en tant qu'outil de détection (Adamson et al., 2010). Cet outil dérivé du *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) présenté ci-haut, comporte huit items faisant référence aux pratiques de consommation, aux problèmes liés au cannabis, aux symptômes de dépendance et à certaines caractéristiques psychologiques. Le CUDIT-R a été validé auprès d'un échantillon clinique adulte et sa validation auprès d'adolescents est en attente. Son utilisation auprès de populations d'adolescents n'est pas contre-indiquée en raison des résultats de validation obtenus par le CUDIT original. Il a également été validé et traduit en plusieurs langues (français, néerlandais, allemand, italien) (Adamson et al., 2010).

### **CPQ-A**

Le *Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents* (CPQ-A) est un outil de détection portant sur la consommation de cannabis chez les jeunes (Martin, Copeland, Gilmour, Gates et Swift, 2006). Cet outil est une adaptation de l'outil *Cannabis Problems Questionnaire* (CPQ) destiné à une population adulte. Le CPQ-A est constitué de 54 questions dans un format oui/non organisées autour de trois thèmes : les conséquences financières et psychosociales de la consommation de cannabis, les conséquences physiques de la consommation de cannabis et les conséquences sévères liées à la consommation de cannabis (Martin et al., 2006).



## **CAST**

Le *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) est un outil de détection de la consommation problématique de cannabis validé auprès des adolescents et jeunes adultes de 14 à 22 ans de la population générale (Legleye, Karila, Beck et Reynaud, 2007). Cet outil de repérage est notamment utilisé dans de grandes enquêtes populationnelles européennes et internationales (Spillka, Janssen et Legleye, 2013).

Le CAST est composé de six items qui font référence au fait d'avoir consommé du cannabis seul, consommé du cannabis le matin, avoir vécu ou vivre des troubles de mémoire liés à la consommation de cannabis, avoir été encouragé à réduire ou à arrêter sa consommation de cannabis, avoir vécu des échecs passés dans les tentatives d'arrêt ou de réduction de la consommation de cannabis et enfin, d'avoir vécu des problèmes suite à la consommation de cannabis (Spillka, Janssen et Legleye, 2013). Les réponses aux items se déclinent en échelles de fréquence. Le score obtenu permet d'identifier trois classes d'usage de cannabis : l'usage non problématique, l'usage à risque modéré et l'usage à risque sévère ou dépendance (Legleye, Piontek, Kraus, Morand et Falissard, 2013).

## **DEP-ADO (au Québec)**

La *Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes* (DEP-ADO), est un outil de détection développé en 2004, au Québec, par Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron et Brunelle. Cet outil a pour but d'identifier le niveau de risque associé aux habitudes de consommation d'un individu afin de pouvoir les orienter vers les services adéquats (Landry et al., 2004). Elle a été mise à jour en 2013 (Germain et al., 2013) et a été adaptée aux communautés autochtones (Beauregard et al., 2019). La grille DEP-ADO est constituée de sept questions et porte sur trois dimensions, à savoir : la consommation d'alcool et de cannabis, la consommation d'autres drogues et les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives. La grille DEP-ADO est utilisée par des intervenants formés à l'administration de cet outil. Il se complète en 10 à 15 minutes lors d'une d'entrevue clinique (Landry et al., 2004).

Les scores obtenus avec cet outil vont jusqu'à 46 et permettent de classer les habitudes de consommation des individus en fonction de trois catégories : feux verts, feux jaunes et feux

rouges. Les individus obtenant un score « feu vert » présentent un profil de consommation non problématique. Les « feux jaunes » sont des individus présentant un problème de consommation en émergence ou potentiellement nocive. Une intervention auprès des jeunes obtenant ce score est recommandée afin d'éviter que leurs habitudes de consommation deviennent problématiques. Enfin, les « feux rouges » sont des individus présentant un profil de consommation problématique ou un trouble d'usage de substance (Landry et al., 2004). Les qualités psychométriques de cet outil indiquent que pour un seuil permettant d'identifier les individus avec une consommation problématique en émergence ou actuelle (feux jaunes et rouges) (score de 15 et +), la sensibilité et la spécificité de la grille DEP-ADO est de 84 % et de 91 %. Avec un seuil du score nécessaire pour être considéré comme un « feu rouge », l'instrument présente une sensibilité de 80 % et une spécificité de 93 % (Landry et al., 2004). Enfin, les résultats de la validation de cet outil indiquent que 79,25 % des individus soumis à la grille DEP-ADO seront bien catégorisés (Landry et al., 2004).

#### **4.2.3 Évaluation spécialisée**

L'évaluation spécialisée est réalisée auprès de personnes ayant un problème de consommation avéré. Elle permet d'obtenir un portrait de la personne selon différentes sphères et de l'orienter vers des programmes spécialisés en dépendance (par ex. : type d'intensité de services requis). Trois outils d'évaluation spécialisés sont décrits, le T-ASI et l'ADAD ainsi que l'IGT-ADO développés au Québec.

##### **T-ASI**

Le *Teen-Addiction Severity Index* (T-ASI) est un outil d'évaluation spécialisée destiné aux jeunes de 12 ans et plus, visant à permettre l'évaluation de la sévérité des problèmes des individus afin d'orienter les services et traitements (Kaminer, Bukstein et Tarter, 1991). Le T-ASI est une adaptation destinée aux adolescents du *Addiction Severity Index* destiné aux adultes (McLellan, et al. 1980 cité dans Kaminer et al. (1991)). Le T-ASI se présente sous la forme d'une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ 60 minutes qui doit être menée par un professionnel formé.

Cet outil est composé de 154 items portant sur sept dimensions : la consommation de substances psychoactives, l'école, le statut d'emploi, les relations familiales, les relations avec les pairs, le statut légal et l'état psychologique (Kaminer et al., 1991). Les réponses aux items se déclinent en

échelles de fréquence en cinq points et font référence aux événements des derniers 30 à 90 jours (Kaminer et al., 1991).

### **ADAD**

L'outil *Adolescent Drug Abuse Diagnosis* (ADAD) est un outil d'évaluation spécialisée visant à identifier les besoins de traitement des jeunes de 12 à 19 ans, référés en raison de leur consommation, afin de permettre la planification du plan de traitement (Friedman et Utada, 1989). Le ADAD est une entrevue structurée de 40 à 55 minutes comportant 150 items répartis sur neuf sphères de la vie adolescente, à savoir : l'état de santé, la consommation de substances psychoactives, l'historique familial, le statut légal, l'école et le travail, les relations avec les pairs et l'état psychologique général (Friedman et Utada, 1989).

### **IGT-ADO (au Québec)**

L'outil *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents* (IGT-ADO) est un outil d'évaluation spécialisée validé et destiné aux jeunes de 14 à 17 ans (mais peut également être utilisé avec les 12-13 ans et les 18-21 ans) nécessitant un traitement spécialisé (Germain, Landry et Bergeron, 1999). Cet outil est administré par des intervenants spécialisés en dépendance dans le cadre d'une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ 90 minutes (Desjardins, Germain et Provost, 2005).

L'IGT-ADO vise à offrir un portrait exhaustif des besoins et des problèmes auxquels les jeunes consommateurs sont confrontés afin d'orienter et de planifier leurs traitements (Desjardins et al., 2005). Plus spécifiquement, l'IGT-ADO vise à renseigner les intervenants et à quantifier les problèmes dans huit sphères de la vie des jeunes : l'alcool, la drogue, la santé physique, l'occupation, l'état psychologique, les relations interpersonnelles, les relations familiales et le système social et judiciaire (Landry et al., 2000). Les résultats obtenus à l'IGT-ADO sont exprimés en fonction de deux échelles de gravité des problèmes, l'une notée par le professionnel administrant l'outil et l'autre portant sur l'évaluation de la gravité des problèmes par le jeune lui-même (Landry et al., 2000).

## 5. INTERVENTIONS DE PREVENTION CIBLEE DESTINEES AUX JEUNES EN RESSOURCES D'HEBERGEMENT DE TYPE INSTITUTIONNEL

La présente section aborde les résultats obtenus à l'issue de la recherche documentaire en lien avec les interventions de prévention individuelles et les interventions de prévention de groupe.

### 5.1 Interventions individuelles

Précisons que l'examen de la littérature entrepris dans le cadre de ce projet n'a pas permis d'identifier des interventions préventives individuelles manualisées qui ont été spécifiquement développées pour les jeunes en ressources d'hébergement de type institutionnel.

Aux États-Unis, l'interrogation des bases de données du *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)* et du *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* n'a pas permis d'identifier de pratiques individuelles développées ou recommandées spécifiquement auprès des jeunes en ressources d'hébergement. Cependant, nous avons noté qu'en raison de la philosophie d'intervention adoptée dans ce pays, les jeunes consommateurs, même ceux étant occasionnels, sont davantage dirigés vers les services de toxicomanie et non vers des services de prévention.

Malgré ces constats, nous observons qu'une composante du programme *Residential Student Assistance Program (RSAP)* (Morehouse et Tobler, 2000), misait sur une composante individuelle, à savoir des séances de *counselling* individuelles offertes par un professionnel auprès des jeunes hébergés vivant un problème de consommation ou dont les parents étaient affectés par un problème de consommation. Selon les informations disponibles, ces séances individuelles misent sur une approche motivationnelle et visent à augmenter la motivation à entreprendre une démarche de réduction de l'usage de substances psychoactives (Morehouse et Tobler, 2000).

Au Québec, deux guides d'intervention individuelle destinés aux intervenants des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ont été repérés. D'abord, le guide *Usage et abus de drogues* développé à Montréal par Durocher, Desrosiers, Pelletier et Trudeau-Leblanc (2001) a été identifié comme un outil destiné à soutenir les intervenants du *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* de Montréal. Ce guide constitue un outil de référence pour les intervenants. Il est notamment constitué de rubriques d'information à propos de l'approche de la réduction des méfaits, des risques, bienfaits et méfaits associés à la consommation, des

attitudes à privilégier par l'intervenant ainsi que d'une section sur l'accompagnement et l'intervention (Durocher et al., 2001). Les interventions proposées s'articulent autour de quatre axes : éduquer, évaluer, intervenir et référer (Durocher et al., 2001). La partie sur l'éducation vise essentiellement à augmenter les connaissances théoriques des jeunes sur la consommation de drogues (loi de l'effet, cycle d'assuétude, méfaits et stratégies pour les réduire, connaissance des lois, etc.). La partie sur l'évaluation propose des exercices et questions de réflexion s'adressant au jeune pour l'aider à porter un regard critique sur sa consommation. La partie sur l'intervention offre principalement des pistes pour aider les éducateurs à accompagner le jeune selon son stade de changement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien, intégration, rechute). Enfin, la partie sur la référence contient quelques recommandations et propose une liste de ressources pour les jeunes de la région de Montréal en annexe. Ce guide d'intervention s'inscrit dans une approche de réduction des méfaits, mais aussi dans l'approche motivationnelle et cognitive-comportementale.

Un second guide, le *Guide d'activité psychosociale*, développé par le centre de réadaptation en dépendance de la Gaspésie Île-de-la-Madeleine (CRD-GÎM) (Arsenault, 2013), a également été recensé. Il est destiné aux intervenants du *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* ayant à intervenir auprès de jeunes identifiés par l'outil de détection DEP-ADO comme ayant une problématique en émergence. Ce guide propose différentes activités à mettre en place avec le jeune (Arsenault, 2013). Malheureusement, il n'a pas encore fait l'objet d'une diffusion à l'extérieur de cette région et aucune information sur son contenu n'a pu être trouvée dans le cadre de cette recension des écrits.

En somme, d'autres guides ont possiblement été conçus au sein des différentes organisations locales intervenant auprès des *jeunes en difficulté*, cependant l'absence de diffusion de ces documents au sein du réseau de la santé et des services sociaux limite notre capacité à en faire l'analyse.

À notre connaissance, aucun guide destiné à soutenir les pratiques individuelles en lien avec la prévention de la toxicomanie en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* n'a fait l'objet d'une évaluation scientifique de ses effets.

## 5.2 Interventions de groupe

Quelques pratiques d'intervention de groupe spécifiques aux jeunes en difficulté en situation d'hébergement institutionnel ont été recensées. Dans un premier temps, le programme *Multimodal Substance Abuse Prevention* (MSAP) sera expliqué. Dans un second temps, les programmes québécois que sont le *Groupe de réflexion sur les drogues* (GRD et GRD2), *Adrénaline : quand le défi remplace l'ennui*, *Pif Jaune* et le *Groupe d'intervention pour les troubles concomitants santé mentale et toxicomanie* seront décrits.

### **Multimodal Substance Abuse Prevention (MSAP)**

Le programme *Multimodal Substance Abuse Prevention* (MSAP) est un programme de prévention destiné aux jeunes délinquants de 13 à 18 ans ayant commis une infraction criminelle et ayant déjà consommé des substances psychoactives (Friedman, Terras et Glassman, 2002). Celui-ci a été développé dans l'objectif de diminuer la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes à risque, de diminuer la gravité des infractions criminelles commises (c.-à-d. : diminuer la vente de drogues) et, enfin, de diminuer les difficultés scolaires chez les jeunes délinquants hébergés en institution (Friedman et al., 2002). Cette intervention s'inscrit dans une philosophie de réduction de l'usage.

Afin d'atteindre ces différents objectifs, le MSAP mise sur le déploiement de trois composantes différentes intégrées au cursus scolaire offert à ces jeunes, à savoir la composante *Life Skills Training*, *Prothrow-Stith Anti-Violence Program* ainsi qu'un processus de clarification des valeurs (Raths, Harmin et Simon, 1966 cité dans Friedman, Terras et Glassman, 2002).

La première composante, le *Life Skills Training* (LST) vise à développer les habiletés personnelles et sociales des jeunes (Botvin et Griffin, 2004). Ces acquis ont pour but de leur permettre de résister à la pression des pairs, de gérer leur stress et leurs émotions et, ultimement, de prendre des décisions éclairées en lien avec leur consommation de substances psychoactives ainsi que dans les autres sphères de leur vie (Friedman et al., 2002). Dans le cadre du programme MSAP, le LST, qui comporte 12 unités d'apprentissage, est administré aux jeunes durant 20 séances de groupes sur une durée d'un mois (Friedman et al., 2002).

La seconde composante du MSAP est le *Prothrow-Stith Anti-Violence Program (A.V.)*, dont les activités visent à outiller les jeunes afin qu'ils puissent prendre conscience des sources de violence et de leurs facteurs de risque, mais aussi de répondre de manière plus adaptée aux situations à risque de générer de la violence (Friedman et al., 2002). Dans le cadre du MSAP, cette composante est dispensée en 20 séances d'environ 55 minutes chacune.

Enfin, la troisième composante du MSAP est un processus de clarification des valeurs (Raths, Harmin et Simon, 1966 cité dans Friedman, Terras et Glassman, 2002). Cette intervention de groupe de nature cognitive-comportementale vise à faire prendre conscience aux jeunes des valeurs qui les animent et à les faire réfléchir sur des alternatives comportementales face à différentes situations. Pour ce faire, le jeune est amené à discuter et à se questionner sur différentes thématiques telles que la religion, la politique, les relations familiales ou les relations amoureuses (Friedman et al., 2002).

Les trois composantes du programme MSAP sont offertes en classe en plus du curriculum scolaire de base offert par l'institution. Dans ce contexte, ces interventions peuvent partager des caractéristiques avec les interventions de prévention universelle développées en contexte scolaire.

Une évaluation des effets de cette intervention, menée par les développeurs du programme, a démontré une réduction statistiquement significative de la consommation et de la vente de drogues quinze mois après avoir suivi le programme. De plus, l'analyse des résultats de cette étude a démontré que les effets observés étaient principalement attribuables au nombre d'heures de participation au programme *Life Skills Training*. En effet, les participants à cette composante ont assisté à davantage de rencontres du *Life Skills Training* que pour les deux autres composantes du programme (Friedman et al., 2002).

## Au Québec

### **Groupe de réflexion sur les drogues (GRD et GRD2)**

Le *Groupe de réflexion sur les drogues* (GRD) est une intervention manualisée de prévention ciblée sélective et indiquée de groupe qui a pour objectif de réduire l'usage de substances psychoactives et de réduire les méfaits associés à cette consommation auprès des jeunes hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* au Québec (Fallu et al., 2017). Le GRD2 est la deuxième mouture du *Groupe de réflexion sur les drogues* (GRD) originalement conçu par Durocher, Pelletier, Trudeau-Leblanc et Bidegaré (2005). La première version du GRD a fait l'objet de plusieurs évaluations, non systématiques (Côté, 2013; Jean, 2012; Magrinelli Orsi, 2011; Pelletier, 2014; Perron, 2013), qui ont permis d'identifier les pistes d'amélioration et ainsi orienter le développement et l'amélioration de la seconde édition de ce programme.

En plus de s'inscrire dans une approche de réduction des méfaits, le GRD puise ses bases théoriques dans l'approche motivationnelle, l'approche cognitive-comportementale ainsi que l'approche psychoéducative (Fallu et al., 2017).

Les activités proposées dans le GRD s'adressent spécifiquement aux jeunes de 14 à 17 ans hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* ayant obtenu une cote « feu jaune », c'est-à-dire un jeune à risque d'une consommation problématique ou ayant un problème de consommation en émergence, suite à l'administration de l'outil de détection DEP-ADO (Fallu et al., 2017). Notons que cette intervention peut également être offerte aux jeunes consommateurs ayant obtenu une cote « feu vert », mais qui présenteraient des facteurs de risques importants ou qui sont simplement en situation d'hébergement (Fallu et al., 2017). Aussi, elle peut être offerte aux jeunes ayant obtenu une cote « feu rouge » et qui ne sont pas motivés à obtenir des services de réadaptation.

Les activités du GRD et du GRD2 se déclinent respectivement en huit et neuf séances de groupe. Les groupes sont composés de sept à neuf participants, au cours desquelles un ou deux intervenants formés animent des discussions portant sur la consommation de substances psychoactives, notamment leurs effets, leurs conséquences potentielles, les contextes et les motivations à la consommation. En plus de ces discussions visant la réflexion sur ces enjeux, les modalités d'apprentissage intègrent également des jeux de rôles, des jeux-questionnaires et du



matériel vidéo. Les séances de groupe sont suivies de devoirs thérapeutiques et peuvent également être entrecoupées de séances individuelles si un jeune nécessite davantage d'attention (Fallu et al., 2017).

Le programme GRD2 a fait l'objet d'une évaluation préliminaire des effets. Les résultats semblent suggérer des effets positifs sur la motivation à changer les habitudes de consommation de substances psychoactives ainsi que l'adoption de comportements de protection en vue de prévenir les méfaits potentiels découlant de la consommation de substances psychoactives. De plus, on note une augmentation des connaissances des participants relativement aux substances psychoactives comparativement au niveau de base (Langelier-Cullen, 2018). Une évaluation complète des effets de ce programme est actuellement en cours sous la direction du professeur Fallu en collaboration avec le centre de développement de programmes d'intervention et de prévention Boscoville.

### **Adrénaline : quand le défi remplace l'ennui**

Le programme *Adrénaline : quand le défi remplace l'ennui* est un programme de prévention ciblée indiquée qui vise à outiller les jeunes présentant des problèmes de consommation de substances psychoactives avérés ou en émergence, afin de réduire leur consommation et ses conséquences par l'entremise d'activités de plein air (Contant, Bertrand, Alunni-Menichini, Aubut et Auger, 2017). Plus spécifiquement, ce programme de prévention est destiné aux jeunes âgés de 12 à 17 ans ayant obtenu une cote « feu jaune » ou « feu rouge » hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* avec l'outil de détection DEP-ADO (Contant et al., 2017).

Ce programme de prévention est construit sur les bases théoriques de la thérapie cognitive-comportementale, la théorie du *coping*, l'approche motivationnelle, le modèle psychoéducatif et sur les théories portant sur l'utilisation des activités de plein air dans un contexte thérapeutique (Contant et al., 2017). Enfin, à la lumière des objectifs et des activités de ce programme, ce dernier semble s'inscrire dans une approche de réduction des méfaits et de réduction de l'usage.

Le programme prend la forme de huit séances de groupes, à raison de deux fois par semaine, lors desquelles des discussions et des activités portent sur l'évaluation des bénéfices et des conséquences de la consommation de substances psychoactives ainsi que sur l'apprentissage de stratégies d'adaptation. La particularité de ce programme réside dans le fait qu'il est ponctué de

quelques séances d'activités de plein air variant d'une demi-journée à une journée entière. Ces activités ont pour but de faire vivre un défi aux jeunes participants afin de mettre en pratique les stratégies d'adaptation enseignées ainsi que d'augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle (Contant et al., 2017). L'animation des activités de plein air et des séances de groupe est assurée par un(e) intervenant(e) du *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* et un(e) intervenant(e) spécialisé(e) en toxicomanie.

À notre connaissance, ce programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique des effets. Cependant, les résultats d'une évaluation de l'implantation de ce programme effectuée par ses concepteurs indiquent que celui-ci est apprécié par les intervenants et par les jeunes auxquels il est destiné (Contant et al., 2017).

### **Pif Jaune**

Le programme *Pif Jaune* est un programme manualisé de prévention ciblée indiquée de la consommation problématique développée dans la région du Bas-Saint-Laurent (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2006; Laliberté, 2005).

Ce programme a pour objectif de prévenir le développement de problèmes de consommation chez les jeunes de 14-17 ans hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* ayant obtenu une cote « feu jaune » à l'outil de repérage DEP-ADO. Pour ce faire, le programme *Pif Jaune* prend la forme de huit rencontres de groupes, pour un total de 12 heures. Ces rencontres visent à permettre aux jeunes de discuter autour de différents thèmes en lien avec la consommation de substances psychoactives, notamment sur les contextes de consommation, ainsi que les conséquences et bénéfices potentiels de la consommation (Laliberté, 2005). À la lumière des objectifs et des activités proposées, ce programme semble s'intégrer à la fois dans une approche de réduction de l'usage et des méfaits. À notre connaissance, ce programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique des effets.

### **Groupe d'intervention pour troubles concomitants santé mentale et toxicomanie**

Le *Groupe d'intervention pour troubles concomitants santé mentale et toxicomanie* est une intervention de groupe destinée aux jeunes de 13 à 17 ans hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* présentant une concomitance de troubles de santé mentale et de problèmes de consommation de substances psychoactives (Blanchette-Martin, Ferland,

Sirois, Cameron et Bédard, 2017). Ce programme a pour objectif d'outiller et de sensibiliser ces jeunes afin de faire des choix éclairés en lien avec leur consommation de substances psychoactives dans la perspective d'en limiter les conséquences psychologiques (Blanchette-Martin et al., 2017). De plus, cette intervention vise à favoriser la motivation au changement chez le jeune et ultimement à lui permettre d'amorcer une démarche de suivi auprès des différents intervenants spécialisés en santé mentale ou en dépendance. Pour ce faire, le contenu du *Groupe d'intervention pour troubles concomitants santé mentale et toxicomanie* s'inscrit dans l'approche de réduction des méfaits et ses interventions sont caractérisées par la philosophie d'intervention de type motivationnelle.

Le *Groupe d'intervention pour troubles concomitants santé mentale et toxicomanie* prend la forme de huit séances de groupe hebdomadaires, d'une durée de 60 minutes, composées de six à dix participants volontaires. Ces séances de groupe sont coanimées par un intervenant spécialisé en dépendances et par un psychologue du *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*. Les différentes séances de groupe permettent de favoriser la discussion et les échanges autour de huit thèmes en lien avec les problématiques vécues par les jeunes comme les impacts et conséquences de la consommation de substances psychoactives, la gestion des émotions et du stress ainsi que les relations familiales, amoureuses et interpersonnelles (Blanchette-Martin et al., 2017).

À notre connaissance, ce programme d'intervention n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique des effets. Cependant, les commentaires recueillis auprès des intervenants animant ce groupe indiquent que celui-ci semble avoir des effets positifs sur l'engagement des jeunes dans un processus de thérapie et sur leur volonté de poursuivre un processus de thérapie une fois le programme terminé (Blanchette-Martin et al., 2017).

### **5.3 Autres pratiques**

Certains programmes de prévention se présentent comme des programmes multimodalités, c'est-à-dire qu'ils peuvent à la fois miser sur des interventions individuelles, des interventions de groupes, mais aussi plus largement sur des mesures d'organisation des services. C'est le cas du programme *Residential Student Assistance Program* (RSAP) et de la *Stratégie Action Jeunesse au Bas-Saint-Laurent* que nous détaillons ci-dessous.

## **Residential Student Assistance Program (RSAP)**

Le programme *Residential Student Assistance Program* (RSAP) est un programme de prévention ciblée sélective et ciblée indiquée de la consommation de substances psychoactives. Il s'appuie sur la mise en place d'une structure de collaboration entre les services de toxicomanie et les autres services offerts aux jeunes de 13 à 17 ans hébergés en ressources de type institutionnel comme les institutions pour jeunes en besoin de protection, avec problèmes psychiatriques ou de délinquance ou au sein de prisons pour adolescents (Morehouse et Tobler, 2000).

L'objectif de ce programme est de prévenir et de réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes hébergés dans ce type de ressource (Morehouse et Tobler, 2000). Afin d'atteindre cet objectif, le RSAP mise sur une structure collaborative qui s'opérationnalise par l'intégration dans le milieu d'hébergement des jeunes, d'un intervenant qualifié à la fois en relation d'aide et en traitement de la toxicomanie. Les actions mises en place par cet intervenant spécialisé s'adressent autant aux intervenants du milieu qu'aux jeunes hébergés. L'intervenant est amené à offrir de la formation et des services d'expertise-conseil en lien avec la prévention de la toxicomanie. Ce dernier est également appelé à mettre en place une équipe d'intervenants de la ressource d'hébergement. Ils sont alors responsables de développer le pouvoir d'agir du jeune et de favoriser l'appropriation des enjeux liés à la toxicomanie au sein de l'ensemble du personnel intervenant de l'institution (Morehouse et Tobler, 2000).

De plus, le mandat de l'intervenant auprès des jeunes hébergés se compose de tâches multiples. Tout d'abord, il doit rencontrer chacun des jeunes hébergés afin de procéder à l'évaluation de leurs profils de consommation. Il est ensuite appelé à mener des activités éducatives de prévention de groupe portant sur des enjeux liés à la consommation de substances psychoactives tels que ses conséquences, les problèmes familiaux et le stress qui en découlent. Ces activités de groupes sont de six à huit séances de 45 minutes et se font en groupe de six à huit jeunes. De plus, pour les jeunes ayant des problèmes de consommation de drogues ou ayant des parents avec cette problématique, l'intervenant spécialisé met en place des séances de thérapie de groupe ou de *counseling* individuelles basées sur une approche éducative et motivationnelle. Ces séances sont d'une durée de 45 minutes. Le rôle de l'intervenant spécialisé est également celui d'être un facilitateur dans la référence des individus ayant un problème de consommation vers des ressources thérapeutiques. Enfin, à l'instar du groupe de discussion destiné aux intervenants,

l'intervenant spécialisé est appelé à mettre sur pied un groupe avec les jeunes dans l'objectif de changer les normes sociales en lien avec la consommation de substances et d'encourager les jeunes à avoir recours à de l'aide professionnelle vis-à-vis leur consommation (Morehouse et Tobler, 2000).

L'évaluation scientifique de ce programme, réalisée par ses concepteurs, a permis de noter une diminution statistiquement significative de l'utilisation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes hébergés, et ce, 15 mois après avoir été exposé au programme (Morehouse et Tobler, 2000). Une analyse de dosage effectuée en lien avec ce résultat indique que la réduction de l'usage était d'un peu plus de cinq fois supérieure chez les jeunes ayant reçu entre cinq et 11 heures d'intervention comparativement aux jeunes ayant reçu d'une à quatre heures d'intervention. Par ailleurs, chez les jeunes ayant reçu entre 12 et 30 heures d'intervention, on note une réduction de l'usage de quatre fois supérieure aux jeunes n'ayant pas reçu cette intervention. De plus, une diminution statistiquement significative a été observée quant au nombre de substances consommées par les jeunes à leur sortie de la ressource d'hébergement, et ce, peu importe leur degré d'exposition, au programme. Enfin, les concepteurs notent que le programme semble efficace tant pour prévenir l'initiation chez les non-utilisateurs que pour réduire la consommation chez les consommateurs (Morehouse et Tobler, 2000). À notre connaissance, ce programme n'a pas fait l'objet d'une réplique dans un autre contexte ou par une autre équipe de recherche.

## **Au Québec**

### **Stratégie Action Jeunesse au Bas-Saint-Laurent**

Dans le cadre de la *Stratégie Action Jeunesse 2009-2014* (Secrétariat à la jeunesse, 2009), la région du Bas-Saint-Laurent a mis en place une mesure organisationnelle visant à assurer une offre de services de prévention en toxicomanie pour les jeunes hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* (Beaulieu et Plourde, 2017). Son but était de proposer une offre de service davantage intégrée aux jeunes de 14-17 ans hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* et ayant un résultat « feu jaune » et « feu rouge » à la grille DEP-ADO. De manière plus précise, cette mesure organisationnelle consiste à assurer la présence d'un intervenant spécialisé en dépendance à l'intérieur des unités de réadaptation d'un *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*. Cette mesure permet à l'intervenant spécialisé d'avoir une meilleure connaissance de la clientèle du *centre de réadaptation pour jeunes*

*en difficulté d'adaptation* et favorise la référence des jeunes ayant une consommation problématique. De plus, la présence de cet intervenant spécialisé favorise la mise en place d'interventions de prévention par l'entremise d'une meilleure collaboration avec les intervenants du *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*, notamment dans le contexte de co-animation de programmes de prévention de groupe.

À notre connaissance, cette stratégie organisationnelle n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique des effets. Cependant, les résultats de l'évaluation de l'implantation de cette intervention menée par ses concepteurs semblent indiquer que les services offerts aux jeunes présentent un meilleur niveau d'intégration (Beaulieu et Plourde, 2017). De plus, les résultats obtenus par un programme similaire présenté précédemment, à savoir le *Residential Student Assistance Program* (RSAP) (Morehouse et Tobler, 2000) laissent présager des effets positifs.

## 6. CARACTERISTIQUES DES INTERVENTIONS EFFICACES

Bien que peu d'interventions de prévention aient été développées spécifiquement pour les jeunes en difficulté vivant en ressources d'hébergement de type institutionnel, les décennies de recherche dans le domaine de la prévention, et plus précisément en prévention des toxicomanies, ont permis de tirer des enseignements en ce qui a trait aux caractéristiques des interventions efficaces et des pratiques d'intervention qui sont à éviter. Une forte proportion des constats listés dans cette section est issue de la recherche portant sur les interventions de prévention en milieu scolaire. Cependant, ils ont le potentiel d'éclairer, de s'appliquer et possiblement d'orienter le développement de nouvelles pratiques de prévention auprès de la clientèle en ressources d'hébergement de type institutionnel. Ces différentes caractéristiques ont été identifiées et résumées dans différentes recensions des écrits publiées au Québec et au Canada au cours des dernières années (Gagnon et Rochefort, 2010; Laventure, Boisvert et Besnard, 2010; Paglia et Room, 1999; Santé Canada, 2001). Ci-dessous, nous détaillons les principaux constats tirés de l'analyse des connaissances théoriques, cliniques et empiriques contenues dans ces publications. Enfin, les différents constats présentés à cette section sont synthétisés aux tableaux 2 et 3.

### 6.1 Pratiques à éviter pour le développement de programmes de prévention efficaces

La recherche dans le domaine de la prévention a permis d'identifier les éléments qui sont à éviter dans l'élaboration de programmes de prévention. Parmi celles-ci, certaines de ces caractéristiques ont même été identifiées comme pouvant produire des effets iatrogènes, c'est-à-dire des effets négatifs auprès des populations ciblées provoqués par les programmes de prévention (Dishion, McCord et Poulin, 1999; Dodge, Dishion et Lansford, 2006; Moos, 2005; Moos, Nichol et Moos, 2002; Paglia et Room, 1999; Werch et Owen, 2002; Whitaker, 2001).

#### 6.1.1 Contenu

Il est reconnu que de miser sur un message de peur ou d'exagérer les risques associés à la consommation est contre-productif. De plus, le fait de traiter de conséquences à très long terme n'est pas efficace, car celles-ci sont trop éloignées de la réalité des jeunes (Paglia et Room, 1999). En effet, Paglia et Room (1999) indiquent que les interventions de prévention basées sur la morale peuvent parfois provoquer l'effet inverse de l'effet escompté, surtout dans les cas où l'information

diffusée est en contradiction avec les expériences vécues par les jeunes. Ce phénomène a également été observé dans les interventions de prévention de la récurrence d'actes criminels qui visaient sur la peur chez les jeunes délinquants en contexte d'hébergement (Young, Greer et Church, 2017). Dans le même ordre d'idées, l'attitude des personnes dispensant l'intervention de prévention devrait être détachée de tout jugement (Brisson, 2014a).

En ce qui concerne le nombre de substances traitées par les programmes de prévention, les résultats de l'analyse de la littérature effectuée par Werch et Owen (2002) indiquent qu'il peut être risqué de développer des programmes abordant plusieurs substances à la fois. Ce risque est associé à la comparaison de la nocivité de substances pouvant amener les jeunes à minimiser les conséquences délétères de certaines substances moins nocives. Par exemple, présenter les risques associés à la consommation d'héroïne par injection et ensuite présenter ceux associés à la consommation de cannabis pourrait amener le jeune à minimiser les effets du cannabis. Cependant, tel que rapporté dans la recension des écrits menée par Laventure et al. (2010), les résultats empiriques en lien avec ce constat sont contradictoires.

### **6.1.2 Format**

Sur le plan du format des interventions, celles de type magistral s'avèreraient jusqu'à deux fois moins efficaces que les interventions interactives en milieu scolaire (Hawks et al., 2002 cité dans Laventure et al. 2010). Les résultats d'une méta-analyse portant sur 207 programmes de prévention en milieu scolaire menée par Tobler et al. (2000) vont également dans le même sens puisque les programmes misant sur une approche didactique non-interactive ont été démontrés comme étant significativement moins efficaces que les programmes misant sur une approche interactive. De plus, les activités de prévention menées en groupe restreint s'avèrent davantage efficaces que les interventions en grands groupes (Laventure et al., 2010).

### **6.1.3 Entraînement à la déviance**

Relativement à l'intervention de groupe, Dishion, McCord et Poulin (1999) mettent en garde face au phénomène d'entraînement à la déviance (*deviancy training*) lors des interventions de groupe auprès de jeunes à risque présentant des comportements déviants.



Bien que le programme de prévention vise la réduction des comportements à risque, l'entraînement à la déviance, qui fait référence au processus de renforcement positif du comportement déviant dans le cadre d'un groupe de pairs déviants, peut s'exprimer à l'intérieur des groupes de jeunes (Dishion et al., 1999). Les auteurs proposent deux processus par lesquels ce phénomène peut se produire et auxquels les intervenants doivent demeurer attentifs. D'une part, les rires ainsi que l'intérêt et l'attention manifestés par les membres du groupe peuvent renforcer les comportements délinquants manifestés par certains jeunes. D'autre part, le processus d'entraînement à la déviance en soi peut représenter une base cognitive à partir de laquelle les jeunes peuvent développer, acquérir, confirmer ou renforcer leurs valeurs délinquantes (Dishion et al., 1999). Cependant, il est à noter que des moyens et des méthodes existent afin de contrer ce phénomène, ceux-ci sont présentés à la prochaine section.

**Tableau 2 - Synthèse des pratiques à éviter pour le développement de programmes de prévention de la consommation efficaces auprès des jeunes adolescents**

<b>Pratiques à éviter</b>
➤ Faire peur, exagérer les risques, créer de l'anxiété
➤ Donner une information centrée uniquement sur les risques et inadaptée à l'âge des participants
➤ Faire des interventions de type magistral en grand groupe
➤ Avoir une attitude jugeante et non tolérante
➤ Ne pas tenir compte des tendances et des sous-cultures actuelles
➤ Parler de risques à très long terme
➤ Baser l'intervention sur l'idéologie et la morale

## **6.2 Pratiques à favoriser pour le développement de programmes de prévention efficaces**

### **6.2.1 Planification**

La planification des interventions de prévention représente un aspect primordial dans l'atteinte des objectifs du programme (James, 2011; James, Alemi et Zepeda, 2013). Certains effets iatrogènes des programmes de prévention identifiés dans les écrits scientifiques peuvent être liés à une mauvaise planification, à l'absence ou à une mauvaise théorisation de programme (théorie de changement) ou à des problématiques entourant son implantation (Werch et Owen, 2002). Ainsi, il est recommandé de miser sur des interventions planifiées, globales et concertées (Gagnon, April et Tessier, 2012). Brisson (2014) insiste notamment sur l'importance de débiter le processus de planification par l'identification et la clarification du problème à prévenir ainsi que les valeurs et les objectifs fixés avec les différentes parties impliquées. Autrement dit, cette étape de la planification vise à identifier les besoins, opérationnaliser les objectifs et définir les moyens mis en œuvre pour les atteindre (Brisson, 2014).

Les interventions doivent également être globales, c'est-à-dire qu'elles doivent permettre d'agir à la fois sur les facteurs de protection et sur les facteurs de risque, mais aussi permettre l'intervention à plusieurs niveaux dans la vie des jeunes (famille, école, communauté) (Gagnon et al., 2012). À titre d'exemple, l'analyse des écrits scientifiques effectuée par Laventure et al. (2010) a montré que l'intégration d'une composante familiale aux interventions s'avère être un facteur prédictif de l'efficacité des programmes de prévention en toxicomanie. L'intégration d'une composante familiale, c'est-à-dire l'implication de la famille, est également notée comme étant un facteur d'efficacité des programmes pour les jeunes délinquants institutionnalisés (Young et al., 2017). Ce facteur est également observé dans une majorité de modèles thérapeutiques et de prévention probants pour les jeunes placés en hébergement de type institutionnel (James et al. 2013).

Enfin, les interventions doivent être concertées, de sorte que les différents partenaires gravitant dans la vie des jeunes partagent une vision commune et partagée ainsi que des objectifs cohérents (Gagnon et al., 2012). Enfin, dans une optique de concertation et d'intégration de l'ensemble des facteurs de risques et de protection, il est recommandé d'arrimer l'intervention de prévention à

d'autres programmes qui, sans traiter spécifiquement de la toxicomanie, peuvent favoriser le développement de facteurs de protection associés (Gagnon et al., 2012).

### **6.2.2 Format**

Pour ce qui est du format de l'intervention, il est recommandé d'offrir une composante dynamique (comme des jeux de rôles) pendant laquelle les jeunes peuvent mettre en pratique leurs acquis (Lavature et al., 2010; Santé Canada, 2001; Springer et al., 2004). Du point de vue des jeunes, les résultats d'une récente étude québécoise ont indiqué que ces derniers appréciaient davantage un programme de prévention intégrant des activités éducatives et interactives puisqu'elles celles-ci facilitaient les échanges et les discussions (Audet, 2012). De plus, la personne chargée d'animer les activités de prévention doit être en mesure de faire preuve de souplesse dans son animation afin de répondre adéquatement aux besoins et aux questions pouvant être exprimés par les jeunes (Brisson, 2014 a; Lavature et al., 2010). Sur le plan de l'animation, Young et al. (2017) observent que les relations positives entre les intervenants et les jeunes ainsi que l'identification claire des attentes et des limites représentent des facteurs prédictifs de l'efficacité des interventions destinées aux jeunes institutionnalisés.

Aussi, les résultats de deux méta-analyses, menées par Tobler et al. (2000) et Springer et al. (2004), portant respectivement sur 207 et 46 programmes de prévention de la consommation de substances psychoactives destinés aux jeunes, indiquent que les programmes intégrant des éléments favorisant la participation active des jeunes, l'introspection et le développement de liens avec les autres jeunes sont plus efficaces pour prévenir la consommation de substances psychoactives comparativement aux programmes comportant peu de ces composantes.

Dans un autre ordre d'idées, il est recommandé de créer des groupes homogènes de jeunes tant au point de vue développemental qu'au point de vue du profil de consommation, c'est-à-dire de la quantité et de la fréquence de consommation (Brisson, 2014 a). À ce propos, Werch et Owen (2002) rapportent que des effets négatifs ont été observés chez des jeunes consommateurs ayant été exposés à certains programmes de prévention de l'usage, alors que des effets positifs avaient été constatés pour les jeunes non-consommateurs exposés à ces mêmes programmes (Werch et Owen, 2002).

Enfin, en ce qui concerne la durée de l'intervention, Laventure et al. (2010) notent que les données disponibles à ce sujet ne permettent pas de prescrire une durée optimale. Cependant, il semblerait que les interventions de groupe plus intensives seraient plus efficaces que celles moins intensives. En effet, la méta-analyse de Tobler et al. (2000) rapporte que les programmes de prévention de groupe interactifs offerts à haute intensité (plus de 31 heures) sont plus efficaces que les programmes offerts à plus faible intensité (moins de 31 heures) (Tobler et al., 2000). Les résultats d'une analyse de 46 programmes de prévention de la consommation chez les jeunes, menée par Springer et al. (2004), abondent dans le même sens. Leurs résultats indiquent que les programmes offrant plus de 3,3 heures d'intervention par semaine étaient significativement plus efficaces pour réduire la consommation de substances psychoactives (évaluée sur une période d'un mois) que les programmes offerts avec une intensité de moins de 3,3 heures.

### **6.2.3 Contenu**

En ce qui a trait au contenu des interventions de prévention, il est recommandé de développer des interventions axées sur les compétences personnelles et sociales et sur l'acquisition de compétences de résistance aux influences sociales (Laventure et al., 2010). Cependant, Werch et Owen (2002) notent que l'acquisition de compétences de résistance aux influences sociales n'est peu ou pas efficace en l'absence d'une intervention visant à modifier la norme sociale et les perceptions erronées. En effet, les travaux de Tobler et al. (2000) ainsi que ceux de Springer et al. (2004) indiquent que les interventions misant sur un contenu portant sur le développement de compétences personnelles et sociales chez les jeunes étaient significativement plus efficaces pour réduire la consommation de substances psychoactives que les interventions de prévention misant sur un contenu basé sur les émotions ou sur la diffusion de connaissance. À cet effet, tel que noté plus haut, il est recommandé de miser sur une approche didactique et davantage interactive afin que les jeunes puissent mettre en application ces nouvelles compétences (Paglia et Room, 1999).

Le contenu des interventions de prévention entourant la consommation de substances psychoactives doit donc aborder la consommation de façon nuancée en traitant à la fois des avantages et des inconvénients tout en présentant des stratégies alternatives à la consommation de substances psychoactives (Paglia et Room, 1999; Santé Canada, 2001). De plus, il est recommandé de miser sur un message nuancé et adapté aux caractéristiques des groupes auxquels le programme s'adresse et qui tient compte des modes et sous-cultures actuelles

(Laventure et al, 2010). Ces éléments sont rapportés par les jeunes interrogés par Audet (2012) qui insistent sur l'importance du caractère réaliste des programmes de prévention, tant dans les messages véhiculés que dans l'animation du programme. Ces éléments rejoignent l'analyse de Paglia et Room (1999) sur le fait que les interventions de prévention devaient être dénuées d'idéologie ou de morale et plutôt être basées sur des principes éducatifs. Selon la même logique, en lien avec l'approche motivationnelle préconisée en intervention dans le domaine de la toxicomanie, il est recommandé que les programmes et les interventions aient des objectifs réalistes adaptés aux caractéristiques des jeunes auxquels les programmes s'adressent (Brisson, 2014a).

L'importance de l'adaptation des contenus est également soulignée par Young, Greer et Church (2017) dans une analyse des facteurs d'efficacité pour les interventions destinées aux jeunes délinquants dans le système de justice. En effet, les auteurs insistent sur la nécessité d'offrir des services aux jeunes présentant de grands facteurs de risques tout en veillant à la qualité de leur implantation. De plus, les auteurs rappellent l'importance de proposer des interventions et des activités adaptées à l'âge et aux caractéristiques du jeune, et ce, dans un climat social favorisant une pression sociale positive (Young et al., 2017).

### **Entraînement à la déviance**

Finalement et toujours en lien avec le phénomène d'entraînement à la déviance décrit précédemment, il est recommandé de former de petits groupes de jeunes ayant des caractéristiques similaires et d'intégrer des pairs « pro sociaux » au sein d'un groupe dans l'objectif de prévenir ou de limiter le phénomène d'entraînement à la déviance (Dodge et al., 2006; Laventure et al., 2010). De plus, il apparaît que de miser sur des animateurs formés à détecter, à intervenir et à dispenser des activités de prévention s'avère une stratégie de prévention efficace pour déjouer l'entraînement à la déviance (Dodge et al., 2006). À cet effet, l'intégration de jeunes légèrement plus âgés en tant que coanimateurs des activités de groupe semble plus efficace tant dans l'atteinte des objectifs de prévention que pour limiter l'entraînement à la déviance (Dodge et al., 2006; Paglia et Room, 1999).

Tableau 3 - *Synthèse des caractéristiques des interventions de prévention efficaces auprès des jeunes adolescents*

<b>Pratiques à <u>favoriser</u></b>
➤ Interventions planifiées, globales et concertées
➤ Interventions intensives et continues
➤ Interventions aux contenus appropriés et adaptés
➤ Interventions favorisant le développement de compétences personnelles et sociales
➤ Interventions favorisant l'engagement actif des jeunes
➤ Interventions auprès de groupes homogènes
➤ Interventions où les attentes et les limites sont clairement établies
➤ Interventions souples qui s'adaptent à la réalité du groupe
➤ Interventions reposant sur des objectifs réalistes

## 7. ÉLÉMENTS DE REFLEXION

La prochaine section exposera certains constats découlant d'une brève analyse critique de la recension des écrits.

### 7.1 Repérage, détection et évaluation spécialisée

Tout d'abord, nous avons noté qu'une grande panoplie d'outils de repérage, de détection et d'évaluation spécialisée ont été développés. Nous avons constaté que ceux-ci variaient dans leurs qualités psychométriques et dans leur facilité d'utilisation, notamment parce que leur validation a été réalisée auprès de sous-groupes différents.

Au Québec, les principaux outils validés utilisés auprès des jeunes sont : le *CRAFFT-ADOSPA* (Karila et al., 2007) pour le repérage, la *DEP-ADO* (Beauregard et al., 2019; Germain et al. 2014; Landry et al., 2004) dans le cas de la détection et l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2000) dans le cas de l'évaluation spécialisée. De plus, nous avons pu noter que l'offre d'outils de langue anglaise était supérieure à celle concernant les outils traduits en français et utilisés au Québec.

### 7.2 Interventions de prévention et évaluation scientifique

Ensuite, nous avons remarqué que parmi les interventions de prévention (individuelles ou de groupe) recensées tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, peu d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse des effets. De plus, parmi le peu d'interventions évaluées, celles-ci n'ont pas fait l'objet d'une réplique dans d'autres contextes et n'ont pas été menées par d'autres équipes de recherche. Cette absence de réplique des interventions et des programmes de prévention représente un facteur limitant relativement à la force des preuves présentées en faveur d'un programme. En effet, la réplique d'un programme et son évaluation subséquente dans différents contextes et par différents groupes de recherche permet d'augmenter la validité des preuves présentées en faveur d'un programme. Lorsque la réplique et l'évaluation sont menées de façon rigoureuse, celles-ci permettent d'isoler les effets spécifiquement dus à l'intervention ou au programme. Précisons toutefois que l'enjeu de la réplique des interventions n'est pas propre au domaine de la prévention de la toxicomanie spécifiquement, mais bien à l'ensemble de la science de la prévention (Valentine et al., 2011).

Bien que ces programmes aient été peu évalués relativement à leurs effets, ceux-ci intègrent différents éléments présentés comme des facteurs associés à l'efficacité des programmes. Ainsi, à la lumière des informations recueillies, nous constatons que les programmes de prévention destinés aux jeunes en ressources d'hébergement de type institutionnel misent principalement sur des interventions de groupe en combinaison avec un suivi individuel lorsque cela est nécessaire. Pour ce qui est du contenu, les interventions recensées semblent s'appuyer à la fois sur le développement de compétences personnelles et sociales ainsi que sur la diffusion d'informations propres à la consommation de substances psychoactives. En ce qui concerne le format, il est recommandé que les interventions soient interactives, car elles amènent les jeunes à réfléchir lors de leurs échanges sur les enjeux liés à la consommation problématique de substances psychoactives. Tel que noté ci-haut, il a été démontré que ce type d'intervention est davantage efficace que les interventions magistrales misant sur la diffusion passive d'informations (Tobler et al., 2000).

Cependant, malgré les caractéristiques positives des différents programmes, les interventions recensées présentent certaines limites. Il a en effet été constaté que les différentes interventions de prévention identifiées intègrent peu de composantes permettant l'intervention multi-systémique ou globale pourtant recommandée par différents auteurs (Gagnon et al., 2012). Rappelons qu'une intervention globale vise à investir les différents milieux de vie du jeune afin de favoriser une continuité dans l'intervention à travers les différents milieux de vie du jeune (école, famille communauté). À ce titre, nous avons noté qu'aucune des interventions recensées n'investissait la sphère familiale ou la sphère communautaire. Or, l'intégration de ces composantes pourrait avoir le potentiel d'améliorer l'efficacité des interventions de prévention surtout dans les cas où les jeunes sont destinés à quitter la ressource d'hébergement à court, moyen ou long terme. L'absence de visée multi-systémique peut s'expliquer par les caractéristiques des milieux dans lesquels les jeunes ciblés se retrouvent comme des milieux fermés ou des milieux où l'accès est restreint, mais aussi par les caractéristiques mêmes des jeunes auxquels les programmes s'adressent.

Enfin, face au nombre important de jeunes en ressources d'hébergement qui font l'usage de substances psychoactives, tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, il est possible de questionner l'adéquation des objectifs d'abstinence auprès de ces jeunes. En effet, dans le contexte où une majorité de ces jeunes consomment plus fréquemment et davantage de substances psychoactives



que les jeunes de la population générale, nous émettons l'hypothèse que l'adoption d'une philosophie de réduction des méfaits dans les pratiques de prévention permettrait de répondre plus adéquatement aux besoins des jeunes.

### **7.3 Contexte social, philosophie d'intervention et transférabilité des programmes de prévention**

Dans un autre ordre d'idées, la façon dont une société conçoit la consommation de substances se reflète dans la réponse sociale, politique et organisationnelle. Autrement dit, les différentes interventions recensées pour les jeunes en difficulté ne peuvent être dissociées du contexte social dans lequel celles-ci sont implantées. Dans le cadre de cet examen des écrits, deux philosophies d'intervention semblent prédominer, soit la réduction de l'usage et de la demande ainsi que la réduction des méfaits.

Les pratiques de prévention québécoises s'inscrivent davantage dans une approche de réduction des méfaits et de réhabilitation. Par conséquent, comme l'illustre le *Plan d'action interministériel en dépendances 2018-2028* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018), la particularité québécoise s'illustre de façon claire par l'intégration de la réduction des méfaits. À l'inverse, les interventions recensées ailleurs dans le monde, et particulièrement aux États-Unis, s'inscrivent souvent dans des objectifs de coercition et de réduction de la demande et de l'usage. Dans le cas du Québec, c'est surtout la consommation problématique que nous cherchons à éviter alors qu'aux États-Unis, la simple consommation représente le problème à prévenir. Le Québec se démarque aussi par l'adaptation d'outils et d'interventions pour les communautés autochtones.

### **7.4 Réduction des méfaits et efficacité des approches de prévention de la consommation problématique**

Malgré l'absence de données comparatives entre les interventions basées sur une approche de réduction des méfaits et celles basées sur une approche de réduction de la demande et de l'usage, les principes théoriques et pratiques ainsi que ceux relatifs aux droits et libertés de la personne ou éthiques (répondre aux besoins, respecter le rythme, voir la personne comme un sujet de soin, réduire ou limiter les conséquences négatives quand c'est possible, etc.) militent en faveur de l'intégration de la réduction des méfaits dans les interventions de prévention destinées tant aux adultes qu'aux jeunes. En effet, tel que noté préalablement, par son approche pragmatique et

humaniste, la réduction des méfaits permet de proposer des interventions davantage représentatives de la réalité des jeunes sans toutefois banaliser les risques liés à la consommation. À cet effet, la réduction des méfaits n'est pas incompatible avec la volonté de réduire l'usage de substances psychoactives chez les jeunes sauf dans le cas où l'objectif d'abstinence est imposé.

## CONCLUSION

En conclusion, les constats présentés tout au long de ce document nous amènent à considérer que peu d'interventions validées par la recherche sont mises en œuvre dans le but de prévenir la consommation problématique auprès des jeunes en ressources d'hébergement. Or, différentes interventions et différents programmes ont pu être développés localement, tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, sans toutefois avoir fait l'objet de recherches sur leur efficacité. Avant de les diffuser à large échelle, il nous apparaît donc primordial de mener davantage d'études évaluatives sur les différents programmes déjà offerts afin d'assurer un maximum d'efficacité des pratiques, mais aussi de limiter les risques d'effets négatifs pouvant découler de ces dernières.

Il nous apparaît préférable et prioritaire de recenser et d'évaluer rigoureusement les interventions existantes au Québec avant de développer de nouvelles interventions afin de respecter les réalités régionales, les besoins des jeunes et la volonté québécoise de s'inscrire dans une approche de réduction des méfaits. Ce processus nous apparaît d'autant plus important que ces pratiques sont destinées à être implantées auprès de jeunes aux besoins particuliers et dans un milieu complexe. Dans cette optique, la seconde partie de ce projet visera à dresser un portrait des pratiques de prévention destinées aux jeunes hébergés en *centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* dans les différentes régions sociosanitaires du Québec.

## RÉFÉRENCES

- Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J. et Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 137-143. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017
- Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2006). *Pif Jaune - Volet 3 ; Feu jaune en CENTRE JEUNESSE*. Rimouski Québec : Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Ainsworth, F. et Thoburn, J. (2014). An exploration of the differential usage of residential childcare across national boundaries. *International Journal of Social Welfare*, 23(1), 16-24. doi:10.1111/ijsw.12025
- Arsenault, M.-P. (2013). *Trajectoire de service du programme Dépendances pour les jeunes recevant des services du Centre jeunesse Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine: 2013*. Gaspé : Agence de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Gaspesie/9782923874814.pdf>
- Audet, M.-L. (2012). *Les meilleures pratiques en prévention de la toxicomanie point de vue des adolescents(es)*. Université de Sherbrooke. doi:http://hdl.handle.net/11143/5613
- Babor, T. F., G. McRee, B., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K. A. et Bray, J. B. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). *Substance Abuse*, 28(3), 7-30. doi:10.1300/J465v28n03\_03
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. et Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care* (p. 41). Geneva : World Health Organization - Department of mental Health and Substance Dependence.

- Bastiaens, L., Francis, G. et Lewis, K. (2000). The RAFFT as a Screening Tool for Adolescent Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions*, 9(1), 10-16.  
doi:10.1080/10550490050172182
- Beaudoin, I., Tremblay, D., Gaumont, C., Nadeau, C.-L. et Desmarais, S. (2017). *Portrait des fugueurs et des pratiques actuelles en matière de fugues auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation au Québec*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Portrait\\_Fugue.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_Fugue.pdf)
- Beaulieu, L.-M. et Plourde, D. (2017). Stratégie Action jeunesse au Bas-Saint-Laurent : un exemple de services intégrés en dépendance. Dans M. Laventure, N. Brunelle, K. Bertrand et M. Garneau (dir.), *Adolescents dépendants ou à risque de le devenir. Pratiques d'intervention prometteuses* (Presses de l'Université Laval, p. 289-302). Québec.
- Beauregard, J., Laventure, M., Plourde, C. et Tremblay, J. (2019). Cultural adaptation and validation of The DEP-ADO : an alcohol and drugs screening test for Indigenous teenagers. *Lisbon Addiction 2019*. 23-25 novembre.
- Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Sirois, M., Cameron, M. et Bédard, J. (2017). Groupe d'intervention pour troubles concomitants santé mentale et toxicomanie : intervention auprès de jeunes hébergés en centre de réadaptation - Programme jeunesse. Dans M. Laventure, N. Brunelle, K. Bertrand et M. Garneau (dir.), *Adolescents dépendants ou à risque de le devenir. Pratiques d'intervention prometteuses* (Presses de l'Université Laval, p. 237-253). Québec.

- Botvin, G. J. et Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention, 25*(2), 211-232.
- doi:10.1023/B:JOPP.0000042391.58573.5b
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Montréal Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brisson, P. (2014a). Meilleures pratiques et enjeux. Dans *Prévention des toxicomanies: aspects théoriques et méthodologiques* (p. 257-268). Montréal Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Brisson, P. (2014b). *Prévention des toxicomanies: aspects théoriques et méthodologiques*. Montréal Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S. et Boyer, L. (2016). The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System. *Medicine, 95*(7). doi:10.1097/MD.0000000000002622
- Brown, R. L. et Rounds, L. A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal, 94*(3), 135-140.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, A. N., Fleury, M.-J. et Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Montréal Québec : Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDMIU). Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/CDC/9782981090362.pdf>
- Contant, É., Bertrand, K., Alunni-Menichini, K., Aubut, V. et Auger, P. (2017). Adrénaline, quand le défi remplace l'ennui : Programme d'intervention en dépendance pour les jeunes hébergés en Centre jeunesse. Dans M. Laventure, N. Brunelle, K. Bertrand et M. Garneau

- (dir.), *Adolescents dépendants ou à risque de le devenir. Pratiques d'intervention prometteuses* (Presses de l'Université Laval, p. 217-233). Québec.
- Côté, C. (2013). *Les forces et limites de l'offre de services en toxicomanie chez les adolescents hébergés au Centre jeunesse de Montréal* (Essai). Université de Sherbrooke.
- Couwenbergh, C., Van Der Gaag, R. J., Koeter, M., De Ruiter, C. et Van den Brink, W. (2009). Screening for substance abuse among adolescents validity of the CAGE-AID in youth mental health care. *Substance Use & Misuse*, 44(6), 823-834.  
doi:10.1080/10826080802484264
- Dennis, M. L., Chan, Y.-F. et Funk, R. R. (2006). Development and Validation of the GAIN Short Screener (GSS) for Internalizing, Externalizing and Substance Use Disorders and Crime/Violence Problems Among Adolescents and Adults. *The American journal on addictions*, 15(Suppl 1), 80-91. doi:10.1080/10550490601006055
- Desjardins, L., Germain, M. et Provost, G. (2005). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents. Manuel d'utilisation*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).
- Desrosiers, P. (2008). *Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendance - Meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services*. Montréal, Québec : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Repéré à [https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide\\_Desintoxication.pdf](https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Desintoxication.pdf)
- Dhalla, S. et Kopec, J. A. (2007). The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clinical and Investigative Medicine. Medecine Clinique Et Experimentale*, 30(1), 33-41.

- Directeurs de la protection de la jeunesse. (2020). *Plus forts ensemble!* (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse - Directeurs provinciaux). Repéré à [https://www.ciiss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/bilan\\_dpj\\_2020\\_version\\_web.pdf](https://www.ciiss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/bilan_dpj_2020_version_web.pdf)
- Dishion, T. J., McCord, J. et Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54(9), 755-764. doi:10.1037/0003-066X.54.9.755
- Dodge, K. A., Dishion, T. J. et Lansford, J. E. (2006). *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. New York, NY, US : The Guilford Press.
- Durocher, L., Desrosiers, P., Pelletier, S. et Trudeau-Leblanc, P. (2001). « Usage et abus de drogues » - Guide d'accompagnement et d'intervention. Les Centres jeunesse de Montréal, Centre Dollard-Cormier.
- EMCDDA. (2004). Personal Experience Screening Questionnaire. *Evaluation Instruments Bank*. Repéré à <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4423EN.html>
- Ewing, J. A. (1984). Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905-1907. doi:10.1001/jama.1984.03350140051025
- Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues: historique, état des lieux, enjeux. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique - Enjeux éthiques et politiques* (p. 105-127). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Fallu, J.-S., Durocher, L., Brière, F. N., Langellier-Cullen, E., Pelletier, S., Lortier, V., ... Couture, S. (2017). Le Groupe de réflexion sur les drogues, 2e génération : un programme de prévention ciblée-sélective et indique de la consommation problématique chez les adolescents en difficulté. Dans M. Laventure, N. Brunelle, K. Bertrand et M. Garneau (dir.), *Adolescents dépendants ou à risque de le devenir. Pratiques d'intervention prometteuses* (Presses de l'Université Laval, p. 159-177). Québec.



- Friedman, A. S., Terras, A. et Glassman, K. (2002). Multimodel Substance Use Intervention Program for Male Delinquents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 11(4), 43-65. doi:10.1300/J029v11n04\_03
- Friedman, A. S. et Utada, A. (1989). A Method for Diagnosing and Planning the Treatment of Adolescent Drug Abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] Instrument). *J. Drug Education*, 19(2), 285-312.
- Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois meilleures pratiques de prévention*. Montréal : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec.
- Gagnon, H. et Rochefort, L. (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: conséquences et facteurs associés*. Montréal, Qc : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://www.deslibris.ca/ID/224995>
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., et Bergeron, J. (2013). DEP-ADO : Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes. Version 3.2a, octobre 2013. Québec, Canada : Recherche et intervention sur les substances psychoactives -Québec (RISQ)
- Germain, M., Landry, M. et Bergeron, J. (1999). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Gouvernement du Québec. (2019). Hébergement en ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF). *Portail Santé Montérégie*. Repéré à

- <https://santemonteregie.qc.ca/ouest/hebergement-en-ressources-intermediaires-ri-et-ressources-de-type-familial-rtf>
- Goyette, M. et Blanchet, A. (2018). *Étude sur le devenir des jeunes placés - Rapport sommaire de la vague 1*. Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CREVAJ). Repéré à [http://edjep.ca/wp-content/uploads/2018/11/rapport\\_sommaire.pdf](http://edjep.ca/wp-content/uploads/2018/11/rapport_sommaire.pdf)
- Harm Reduction International. (2018). *The Global State of Harm Reduction 2018*. Harm Reduction International. Repéré à <https://www.hri.global/files/2018/12/11/global-state-harm-reduction-2018.pdf>
- James, S. (2011). What Works in Group Care? – A Structured Review of Treatment Models for Group Homes and Residential Care. *Children and youth services review*, 33(2), 308-321. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.09.014
- James, S., Alemi, Q. et Zepeda, V. (2013). Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 642-656. doi:10.1016/j.chilyouth.2013.01.007
- Jean, A. (2012). La prévention de la toxicomanie auprès des jeunes hébergés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 137.
- Kaminer, Y., Bukstein, O. et Tarter, R. E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: Rationale and Reliability. *International Journal of the Addictions*, 26(2), 219-226. doi:10.3109/10826089109053184
- Karila, L., Legleye, S., Beck, F., Corruble, E., Falissard, B. et Reynaud, M. (2007). Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA. *La Presse Médicale*, 36(4, Part 1), 582-590. doi:10.1016/j.lpm.2007.01.005

- Keable, P. (2009). *Guide de soutien à la pratique - La réadaptation avec hébergement dans les ressources en internat en vertu de la LPJ-LSSSS à l'adolescence*. Montréal, Qc : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire,.
- Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Kirk, A. et Schwartz, R. P. (2017). The concurrent validity of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) substance use/abuse subscale in adolescent patients in an urban federally qualified health center. *Substance Abuse*, 38(4), 382-388. doi:10.1080/08897077.2017.1351413
- Knight, Goodman, E., Pulerwitz, T. et DuRant, R. H. (2000). Reliabilities of short substance abuse screening tests among adolescent medical patients. *Pediatrics*, 105(4 Pt 2), 948-953.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K. et Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening Test Among Adolescent Clinic Patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(6), 607-614. doi:10.1001/archpedi.156.6.607
- Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Bilt, J. V. et Shaffer, H. J. (1999). A New Brief Screen for Adolescent Substance Abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(6), 591-596. doi:10.1001/archpedi.153.6.591
- Laliberté, S. (2005). PIF Jaune: Programme d'intervention auprès des jeunes classés feu jaune. *L'Écho-Toxico*, 15(2), 8-9.
- Lambert, G., Haley, N., Tremblay, C., Frappier, J.-Y., Roy, É. et Joanne, O. (2015). Consommation problématique de substances psychoactives et comportements sexuels à risque chez les adolescents admis en centre jeunesse. *Drogues, santé et société*, 14(1). Repéré à <http://drogues-sante-societe.ca/consommation-problematique-de-substances-psychoactives-et-comportements-sexuels-a-risque-chez-les-adolescents-admis-en-centre-jeunesse/>

- Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M., Guyon, L. et Desjardins, L. (2000). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et adolescentes: études des qualités psychométriques*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ). Repéré à [http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/IGT/Ado/2000\\_\\_IGT\\_Ado.pdf](http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/IGT/Ado/2000__IGT_Ado.pdf)
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J. et 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), 20. doi:10.7202/010517ar
- Langelier-Cullen, E. (2018). *Évaluation de l'implantation et des effets perçus du pilote du Groupe de réflexion sur les drogues (2e génération)* (Mémoire, Université de Montréal, Montréal, Qc). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20708>
- Laventure, M., Boisvert, K. et Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence : recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, santé et société*, 9(1), 121-164. doi:10.7202/044871ar
- Legleye, Piontek, D., Kraus, L., Morand, E. et Falissard, B. (2013). A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(1), 16-26. doi:10.1002/mpr.1378
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. et Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233-242. doi:10.1080/14659890701476532

- Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C., Swaab, H. et Scholte, E. (2016). Characteristics of Children in Foster Care, Family-Style Group Care, and Residential Care: A Scoping Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2357-2371. doi:10.1007/s10826-016-0418-5
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100
- Liskola, J., Haravuori, H., Lindberg, N., Niemelä, S., Karlsson, L., Kiviruusu, O. et Marttunen, M. (2018). AUDIT and AUDIT-C as screening instruments for alcohol problem use in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 266-273. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.04.015
- Macmaster, S. A., Holleran, L. K. et Chaffi, K. (2005). Empirical and Theoretical Support for the Inclusion of Non-Abstinence-Based Perspectives in Prevention Services for Substance Using Adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2(1-2), 91-111. doi:10.1300/J394v02n01\_06
- Magrinelli Orsi, M. (2011, 7 juillet). *Consommation de substances psychoactives, motivation et ouverture envers l'intervention des adolescents placés en centre de réadaptation* (Université de Montréal, Québec). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5329>
- Maguire-L., J. (2014). *Recension et description des modifications à apporter au GRD*. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Martin, G., Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. et Swift, W. (2006). The Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A): Psychometric properties. *Addictive Behaviors*, 31(12), 2238-2248. doi:10.1016/j.addbeh.2006.03.001

Martino, S., Grilo, C. M. et Fehon, D. C. (2000). Development of the drug abuse screening test for adolescents (Dast-a). *Addictive Behaviors*, 25(1), 57-70. doi:10.1016/S0306-4603(99)00030-1

Ministère de la Justice du Canada. Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (2002). Repéré à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/Y-1.5/TexteCompleet.html>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des Centres jeunesse du Québec* (p. 71). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-914-10W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience - Programme-services Jeunes en difficulté*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-838-04.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ*. Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2326464>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille - Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction des jeunes et des familles.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la*

- consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
- Moos, R. H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100(5), 595-604. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01073.x
- Moos, R. H., Nichol, A. C. et Moos, B. S. (2002). Risk factors for symptom exacerbation among treated patients with substance use disorders. *Addiction*, 97(1), 75-85. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00063.x
- Morehouse, E. et Tobler, N. S. (2000). Preventing and Reducing Substance Use Among Institutionalized Adolescents. *Adolescence*, 35(137), 1.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa Ontario. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
- Paglia, A. et Room, R. (1999). Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review and Recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20(1), 3-50. doi:10.1023/A:1021302302085
- Parton, N. (2010). Comparing child protection systems; Towards a global perspective. Dans P. Dolan et N. Frost (dir.), *The Routledge Handbook of Global Child Welfare* (Routledge). Abingdons.
- Pelletier, S. (2014). *Utilisation et généralisation des outils CC dans le cadre du GRD* ([Document inédit]). Montréal, Québec : Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.

- Pentz, M. A., Bonnie, R. J. et Shopland, D. R. (1996). Integrating Supply and Demand Reduction Strategies for Drug Abuse Prevention. *American Behavioral Scientist*, 39(7), 897-910.  
doi:10.1177/0002764296039007010
- Perreault, M. (2011). Dépistage des problèmes de toxicomanie. Institut universitaire en santé mentale Douglas. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/Formation-croisee-2011/depistage-toxico-diagnostic-outils.pdf>
- Perron, V. (2013). *Bilan de l'expérimentation du GRD au centre d'activités cliniques au programme PNRA, jeunes contrevenants externes*. Montréal Québec : Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.
- Rahdert, E. R. (1991). The Adolescent Assessment/Referral System Manual. Repéré à <https://eric.ed.gov/?id=ED340960>
- Rosenbaum, M. (1996). *Kids, Drugs and Drug Education. A Harm Reduction Approach*. Washington, DC : National Council on Crime and Delinquency.
- Saint-Jacques, M., Filion-Bilodeau, S., Legault, L., Gregoire, R., Topp, J. et Brown, T. G. (2009). *Rapport final au FQRSC : Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances*. Verdun, Québec : Institut universitaire en santé mentale Douglas. Repéré à [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC\\_BrownT\\_rapport+2010\\_intervention+probl%C3%A8mes+de+d%C3%A9pendance/60d3a6bd-990a-4846-bb13-3144be5eb664](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_BrownT_rapport+2010_intervention+probl%C3%A8mes+de+d%C3%A9pendance/60d3a6bd-990a-4846-bb13-3144be5eb664)
- Santé Canada. (2001). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes : un compendium des meilleures pratiques*.



- Ottawa, Ontario : Santé Canada - Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Repéré à <http://publications.gc.ca/site/fra/9.631059/publication.html>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. et Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(6), 791-804.
- Secrétariat à la jeunesse. (2009). *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 - Enrichir le Québec de sa relève*. Québec Québec : Secrétariat à la jeunesse. Repéré à [http://fjcf.ca/wp-content/uploads/2011/09/QC\\_strategie\\_action\\_jeunesse\\_2009\\_2014.pdf](http://fjcf.ca/wp-content/uploads/2011/09/QC_strategie_action_jeunesse_2009_2014.pdf)
- Spillka, S., Janssen, E. et Legleye, S. (2013). *Détection des usages problématiques de cannabis : Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST)* (n° Note no. 2013-01). Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. et Nistler, M. (2004). Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171-194. doi:10.1023/B:JOPP.0000042388.63695.3f
- Tarter, R. E. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(1-2), 1-46.
- Tarter, Ralph E. et Kirisci, L. (2001). Validity of the drug use screening inventory for predicting DSM-III-R substance use disorder. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 10(4), 45-53. doi:10.1300/J029v10n04\_05
- The Stockholm Declaration on Children and Residential Care*. (2003). Stockholm. Repéré à [https://www.compasio.org/download.php?file\\_id=1385](https://www.compasio.org/download.php?file_id=1385)

- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. et Stackpole, K. M. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336. doi:10.1023/A:1021314704811
- Traoré, I. (2018). Consommation d'alcool et de drogues. Dans *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 (EQSJS) Résultats de la deuxième édition. La santé physique et les habitudes de vie des jeunes*. (vol. Tome 3, p. 219-260). Québec : Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t3.pdf>
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC). (2013). *General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*. Repéré à <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>
- Valentine, J. C., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Collins, L. M., Flay, B. R., ... Schinke, S. P. (2011). Replication in Prevention Science. *Prevention Science*, 12(2), 103. doi:10.1007/s11121-011-0217-6
- Vaughn, M. G., Ollie, M. T., McMillen, J. C., Scott, L. et Munson, M. (2007). Substance Use and Abuse among Older Youth in Foster Care. *Addictive behaviors*, 32(9), 1929-1935. doi:10.1016/j.addbeh.2006.12.012
- Werch, C. E. et Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 581-590. doi:10.15288/jsa.2002.63.581
- Whitaker, L. (2001). Substance abuse prevention: What works and what doesn't. *The Robert Wood Johnson Foundation Quarterly Newsletter*, 2, 1-2.

Winters, K. C. (1992). Development of an adolescent alcohol and other drug abuse screening scale: Personal experience screening questionnaire. *Addictive Behaviors, 17*(5), 479-490.

doi:10.1016/0306-4603(92)90008-J

Wodak, A. (2011). *Demand Reduction and Harm Reduction*. Genève : Global Commission on Drug Policies.

Young, S., Greer, B. et Church, R. (2017). Juvenile delinquency, welfare, justice and therapeutic interventions: a global perspective. *BJPsych Bulletin, 41*(1), 21-29.

doi:10.1192/pb.bp.115.052274

## ANNEXE A - MOTS-CLES DE LA STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Tableau 4 – *Mots-clés (anglais) de la stratégie de recherche documentaire*

<b>Mots clés (anglais)</b>			
<b>Prévention (OR)</b>	<b><i>Jeunes en difficulté</i> (OR)</b>	<b>Consommation (OR)</b>	<b>Hébergement / Centre jeunesse (OR)</b>
<i>Brief intervention</i> <i>Early intervention</i> <i>Harm minimization</i> <i>Harm reduction</i> <i>Preventive intervention</i> <i>Risk reduction</i> <i>Secondary prevention</i> <i>Selective prevention</i> <i>Selective preventive intervention</i> <i>Targeted prevention</i> <i>Tertiary prevention</i> <i>Indicated prevention</i>	<i>Adolescence</i> <i>Adolescent</i> <i>Foster teens</i> <i>High-risk youths</i> <i>Special education students</i> <i>Youth at risk for substance abuse</i> <i>Drug-involved youth</i> <i>At-risk teens</i> <i>Detained youth</i> <i>Incarcerated juvenile</i> <i>Incarcerated youth</i> <i>Juvenile delinquency</i> <i>Juvenile detainees</i> <i>Juvenile detention</i> <i>Teenager</i> <i>Young offenders</i> <i>Youth detention</i>	<i>alcohol use</i> <i>alcohol misuse</i> <i>alcohol abuse</i> <i>cannabis use</i> <i>cannabis misuse</i> <i>cannabis abuse</i> <i>Drug use</i> <i>Drug misuse</i> <i>Drug abuse</i> <i>Marijuana use</i> <i>Marijuana misuse</i> <i>marijuana abuse</i> <i>non-medical use</i> <i>Heavy substance use</i> <i>substance use</i> <i>substance misuse</i> <i>substance abuse</i> <i>harmful use</i> <i>inappropriate use</i> <i>risky use</i> <i>high risk use</i>	<i>Alternative care</i> <i>Care facilities</i> <i>Care settings</i> <i>Group homes</i> <i>Group living</i> <i>Institutional care</i> <i>Institutionalized children</i> <i>Institutions</i> <i>Out-of-home care</i> <i>Out-of-home placement</i> <i>Protective services</i> <i>Residential care</i> <i>Residential facilities</i> <i>Residential placement</i> <i>Residential youth care institutions</i> <i>Settings</i> <i>Substitute care</i> <i>Therapeutic residential care</i> <i>Youth protection services</i> <i>Welfare services</i>

		<i>responsible use</i> <i>responsible drinking</i> <i>binge drinking</i> <i>Prescription drug</i> <i>Problematic use</i> <i>psychoactive drugs</i> <i>psychoactive substances</i> <i>non medical use of</i> <i>prescription drugs</i> <i>polypharmacy</i>	
--	--	--	--

Tableau 5 - *Mots-clés (français) de la stratégie de recherche documentaire*

<b>Mots clés (Français)</b>			
<b>Prévention (OR)</b>	<b><i>Jeunes en difficulté</i> (OR)</b>	<b>Consommation (OR)</b>	<b>Hébergement / Centre jeunesse (OR)</b>
Intervention précoce Réduction des risques Réductions des méfaits Réduction des dommages Intervention préventive Prévention secondaire Prévention tertiaire Prévention ciblée Prévention indiquée Prévention des risques	Adolescents <i>Jeunes en difficulté</i> Jeunes à risque Difficulté d'adaptation Jeunes délinquants	Méusage Usage/ consommation <ul style="list-style-type: none"> <li>- À risque</li> <li>- Nocive</li> <li>- Problématique</li> <li>- Élargi</li> <li>- Détournés de médicaments psychotropes</li> </ul>	Centres de réadaptation Centres résidentiels Hébergement Protection de la jeunesse Services de réadaptation Services résidentiels Unités de traitement

## ANNEXE B – PRINCIPALES BASES DE DONNEES INTERROGÉES

Tableau 6 - *Principales bases de données interrogées*

Bases de données scientifiques	
Bases de données	Type de documents
<p style="text-align: center;"><b>Social Services Abstracts (n=77)</b></p> <p><u>Équation de recherche :</u>                      (((((((group home*) OR institution* OR (protective services) OR residential OR setting* OR (substitute care) OR out-of-home OR (foster service*) OR facilit* OR (youth center)) AND la.exact ("English" OR "French")) AND la.exact ("English" OR "French") AND la.exact ("English" OR "French") AND la.exact ("English" OR "French")) AND la.exact ("English" OR "French")) AND la.exact ("English" OR "French")) AND la.exact ("English" OR "French")) AND ((((((drug use) OR misuse OR abuse OR psychoactive OR (substance* use) OR (harmful use) OR (inappropriate use) OR (problematic use) OR (high risk use) OR (responsible use)) AND la.exact ("English" OR "French")) AND la.exact ("English" OR "French" OR "French")) AND la.exact ("English" OR "French")) AND la.exact ("English" OR "French")) AND la.exact ("English" OR "French")) AND (adolesc* OR teen* OR (foster teen*) OR (high risk youth*) OR (special education student*) OR drug-involved OR (at-risk teen*) OR (at-risk youth*) OR (juvenile delinq*) OR detention) AND ((early intervention) OR (harm minimization) OR (harm reduction) OR (preventive intervention) OR (secondary prevention) OR (selective prevention) OR (targeted prevention) OR (tertiary prevention) OR (indicated prevention) OR (selective preventive intervention))) NOT (pub.exact ("AIDS and Behavior" OR "AIDS Education and Prevention")) NOT subt.exact ("human immunodeficiency virus hiv" OR "families &amp; family life"))</p>	Articles scientifiques
<p style="text-align: center;"><b>PsycINFO (n=118)</b></p> <p><u>Équation de recherche :</u>                      (((Keywords: (brief intervention)) OR (Keywords: (early intervention)) OR (Keywords: (harm minimization)) OR (Keywords: (harm reduction)) OR (Keywords: (indicated prevention)) OR (Keywords: (risk reduction)) OR (Keywords: (risk management)) OR (Keywords: (selective preventive intervention)) OR (Keywords: (selective prevention)) OR (Keywords: (secondary prevention)) OR (Keywords: (targeted prevention)) OR (Keywords: (tertiary prevention))) AND ((Year: [2013 TO 2018]))) AND (((Keywords: (alcohol use)) OR (Keywords: (alcohol misuse)) OR (Keywords: (alcohol abuse)) OR (Keywords: (cannabis use)) OR (Keywords: (cannabis misuse)) OR (Keywords: (cannabis abuse)) OR (Keywords: (drug use)) OR (Keywords: (drug misuse)) OR (Keywords: (drug abuse)) OR (Keywords: (marijuana use)) OR (Keywords: (marijuana misuse)) OR (Keywords: (marijuana abuse)) OR (Keywords: (substance use)) OR (Keywords: (substance misuse)) OR (Keywords: (substance abuse)) OR (Keywords: (harmful use)) OR (Keywords: (inappropriate use)) OR (Keywords: (risky use)) OR (Keywords: (responsible use)) OR (Keywords: (responsible drinking)) OR (Keywords: (binge drinking)) OR (Keywords: (psychoactive drugs)) OR (Keywords: (psychoactive substances))) AND ((Year: [2013 TO 2018]))) AND Age Group: Adolescence (13-17 yrs)</p>	Articles scientifiques

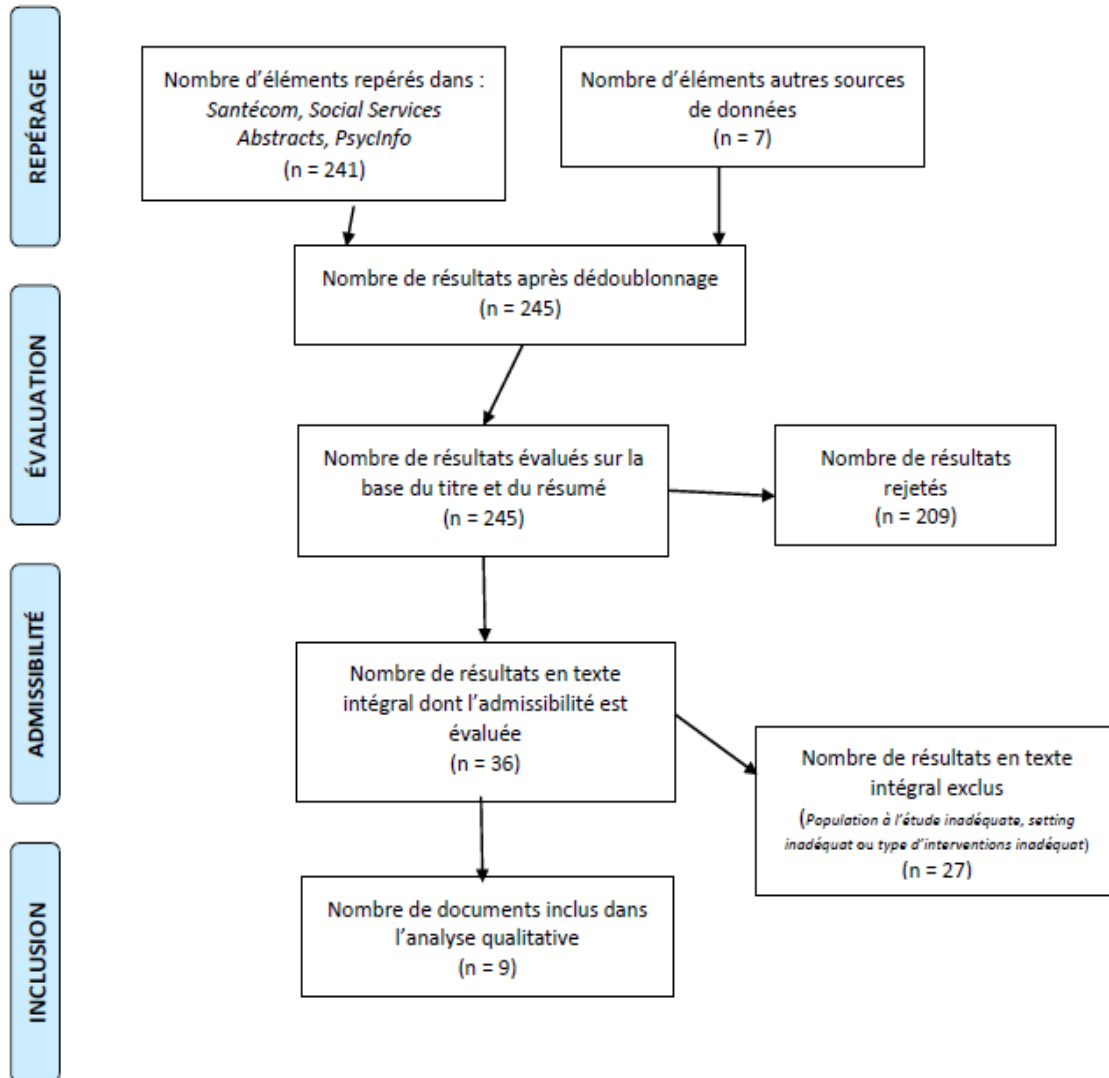
Littérature grise	
Bases de données	Type de documents
<b>Santécom (n = 44)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports</li> <li>- Guides</li> <li>- Articles scientifiques</li> <li>- Formations et programmes</li> </ul>
<b><i>Papyrus (Université de Montréal)</i></b> <b><i>Savoirs UdeS (Université de Sherbrooke)</i></b> <b><i>ProQuest Dissertations and Theses</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essais, mémoires et thèses</li> </ul>
<b><i>Catalogue de l'Institut universitaire jeunes en difficulté (IUJD)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports</li> <li>- Guides de pratique</li> <li>- Articles scientifiques</li> <li>- Formations et programmes</li> </ul>
<b><i>Google Scholar et Google</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articles scientifiques</li> <li>- Rapports</li> </ul>
- Organisations gouvernementales et non-gouvernementales	
<b><i>Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA)</i></b> <a href="http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en">(<a href="http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en">http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en</a>)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports</li> <li>- Banque d'outils de repérage et de détection</li> <li>- Banque de programmes</li> </ul>
<b><i>Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA)</i></b> <a href="https://www.samhsa.gov/">(<a href="https://www.samhsa.gov/">https://www.samhsa.gov/</a>)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports</li> </ul>
<b><i>National Institute on Drug Abuse (NIDA)</i></b> <a href="https://www.drugabuse.gov/">(<a href="https://www.drugabuse.gov/">https://www.drugabuse.gov/</a>)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports</li> </ul>
<b><i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</i></b> <a href="https://www.nice.org.uk/">(<a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a>)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports</li> </ul>
<b><i>Centers for Disease Control (CDC) Promising Practices</i></b> <a href="http://cdc.thehcn.net/">(<a href="http://cdc.thehcn.net/">http://cdc.thehcn.net/</a>)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banque de programmes</li> </ul>

<p><b>Alcohol and Drug Abuse Institute – University of Washington (ADAI Library)</b>  <a href="http://lib.adai.washington.edu/instruments/">http://lib.adai.washington.edu/instruments/</a></p>	<p>- Banque d’outils de repérage et de détection</p>
<p><b>California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare</b>  <a href="https://www.cebc4cw.org/">(https://www.cebc4cw.org/)</a></p>	<p>- Banque de programmes</p>
<p><b>Blueprints for Healthy Youth Development</b>  <a href="https://www.blueprintsprograms.org/">https://www.blueprintsprograms.org/</a></p>	<p>- Banque de programmes</p>



# ANNEXE C – RESULTATS DE LA STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Figure 6 - *Diagramme de flux de la recherche documentaire (résultats) selon le modèle PRISMA (Liberati et al., 2009)*



Une initiative de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD), avec la précieuse collaboration de :

Santé Canada

Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Avec le soutien de la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche.

## **Mentions spéciales**

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada. »

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux. »

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal**

**Québec** 