

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

ESSAI PRÉSENTÉ À
MARIE-JOËLLE ROBICHAUD

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
JORDAN BERNIER-LANDRY

RÉDUCTION DES MÉFAITS : CONSIDÉRATIONS POUR UN CHANGEMENT
D'APPROCHE EN RÉINSERTION SOCIALE AU CENTRE LE GRAND CHEMIN

10 DÉCEMBRE 2022

Table des matières

Remerciements.....	i
Introduction.....	1
Rappel du projet de stage de pratique spécialisée.....	2
Problématique et population visée	2
Mission de l'organisme.....	2
Objectifs et activités réalisées	3
Création d'un outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale	4
Création d'une rencontre de planification des besoins en réinsertion sociale.....	6
Autres activités professionnelles réalisées.	8
Sujet traité dans l'essai à partir des questions soulevées dans le rapport de stage	11
Discussion	13
Définition de concepts	13
Réinsertion sociale	13
Dépendance.....	15
Adolescence.....	17
Abstinence.....	18
Rechute.....	19
Réduction des méfaits.....	20
Efficacité de l'abstinence en intervention.....	22
Réduction des méfaits et santé globale de l'adolescent	28
Déterminants socioéconomiques à l'adolescence et éthique en réduction des méfaits	32
Déterminants socioéconomiques de la santé.	33
Considérations éthiques.....	35
Impacts de l'approche de réduction des méfaits sur le groupe thérapeutique	37
Proposition d'orientation pour la réduction des méfaits en contexte de réinsertion sociale	42
Conclusion	46
Références.....	49
Appendice A	56
Appendice B.....	74

Remerciements

Mes premiers remerciements reviennent à ma directrice de stage et d'essai, Mme Marie-Joëlle Robichaud. Merci énormément pour ton dévouement, ta flexibilité, tes judicieux conseils et ton écoute. Ton aide a été plus que tributaire à la réalisation du stage et de l'essai et tes commentaires m'ont permis de pousser ma réflexion toujours plus loin, ce qui a grandement influencé mon identité professionnelle. Cet essai n'aurait tout simplement pas abouti sans ton aide.

J'aimerais également remercier l'organisme incroyable qu'est Le Grand Chemin de m'avoir permis d'y effectuer mon stage. J'aimerais remercier particulièrement M. Miguel Therriault, coordonnateur des services professionnels du Grand Chemin. Merci de m'avoir transmis ton savoir et ton expertise dans le domaine des services en dépendance et d'avoir été un si bon mentor durant mon stage et au-delà. Les nombreuses discussions que nous avons eues ont grandement orienté mes réflexions et nourri mon souhait de contribuer à l'amélioration des services offerts.

Finalement, j'aimerais remercier ma copine Sarah-Jane pour son soutien indéfectible et ses nombreux encouragements. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagné dans cette aventure qu'a été la maîtrise en travail social. La fin n'est pas un mythe, elle existe vraiment!

Introduction

La réinsertion sociale des adolescents ayant vécu une problématique de dépendance fait partie de l'offre de services du centre Le Grand Chemin. Les adolescents sollicitant les services de cet organisme le font d'abord dans le but de travailler une problématique de dépendance, mais en viennent aussi à réfléchir aux différents facteurs ayant influencé le développement de leur problématique, ainsi qu'aux conséquences néfastes que leur dépendance a engendrées sur leurs différentes sphères de vie. De ces difficultés ressortent différents manques ainsi que différents besoins à combler afin que la situation du jeune puisse évoluer positivement.

L'étendue possible des conséquences liées à ce type de difficulté permet d'affirmer que l'environnement du jeune se trouve nécessairement impliqué et affecté par sa dépendance ainsi que par les attitudes et comportements qu'il a adoptés en vue de l'exercer ou de la satisfaire. Les caractéristiques personnelles de l'individu, l'environnement social et physique au sein duquel il se trouve ainsi que la relation entre ceux-ci permettent de mieux comprendre de quelle façon la problématique de dépendance s'est développée. Le travail d'intervention en réinsertion sociale nécessite de tenir compte de ces éléments, en les intégrant le plus possible dans la démarche de rétablissement du jeune. En d'autres mots, les conditions ayant mené au développement d'une problématique de dépendance ainsi que leurs interactions entre elles créent des situations uniques à chaque individu. Selon cette logique, il est possible d'affirmer que le parcours de rétablissement sera tout aussi unique et prendra des formes différentes d'une personne à l'autre. Ainsi, si chez plusieurs adolescents, le rétablissement est synonyme d'abstinence complète des substances ou des habitudes par lesquelles la dépendance s'est exprimée, cela pourrait ne pas forcément être le cas chez d'autres jeunes.

À partir d'un rappel du stage effectué en réinsertion sociale au sein de l'organisme Le Grand Chemin, cet essai transposera les considérations sur les concepts d'abstinence et de réduction des méfaits. Des questionnements seront émis quant à leur place au sein de l'intervention en réinsertion sociale au Grand Chemin. La réflexion produite sera appuyée par la littérature scientifique ainsi que les expériences professionnelles réalisées lors du stage. Ce processus aboutira à des recommandations quant à la pratique de la réinsertion sociale au centre Le Grand Chemin.

Rappel du projet de stage de pratique spécialisée

Problématique et population visée

Mission de l'organisme. La mission des centres Le Grand Chemin est d'offrir des services de forte intensité avec hébergement et de réinsertion sociale à des adolescents présentant un trouble de l'utilisation des substances, ou une problématique en cybergépendance ou de jeu excessif, ainsi qu'un service d'accompagnement et de soutien à leur entourage (Le Grand Chemin, 2020). L'organisme compte trois points de service opérant avec une approche, des règles internes et un fonctionnement identique : Montréal, Québec et St-Célestin, où s'est déroulé le stage. Afin d'être admis au centre, les jeunes doivent obligatoirement être référés par un intervenant provenant d'un service en dépendance du CISSS ou du CIUSSS, ou encore d'un autre mécanisme d'accès en dépendance reconnu. Ces derniers peuvent les référer ou non à cet organisme, en fonction de la gravité de la problématique et des besoins de l'adolescent en ce sens. Le Grand Chemin constitue un milieu qui accueille des jeunes avec un haut degré de concomitance entre diverses problématiques reliées à la santé mentale, aux troubles de comportement, à la délinquance et aux problèmes judiciaires ainsi qu'au milieu familial et scolaire. L'intervenant du service en dépendance du CISSS ou CIUSSS nous réfère donc des jeunes dont la concomitance des problématiques révèle un haut degré de risque pour leur santé et leur sécurité, de sorte qu'un suivi externe ne suffirait pas. Ils sont donc admis pour un hébergement de 8 à 10 semaines sur le site Le Grand Chemin. C'est donc dire que Le Grand Chemin accueille des jeunes qui sont connus des services de santé et services sociaux, et parfois même du système judiciaire.

Au bout de huit à dix semaines d'hébergement au centre Le Grand Chemin, les adolescents se voient offrir la possibilité de commencer un suivi en réinsertion sociale. Ce service d'une durée de 16 semaines permet aux jeunes de mettre en pratique leurs apprentissages ainsi que les habiletés acquises au centre dans leur transition vers la vie à l'extérieur, de sorte à exercer leur autonomie et à prendre ou reprendre un rôle social actif. À partir de la cinquième semaine d'hébergement ou autour de celle-ci, les jeunes sont rencontrés afin qu'on leur propose des services de réinsertion sociale. En compagnie de l'intervenant en réinsertion sociale, ils commencent alors un processus d'évaluation des

besoins, qui donnera lieu à l'élaboration d'un plan de sortie. Ce plan de sortie sert à identifier les différentes sphères de vie où le jeune évalue s'il nécessite de l'aide, tout en réfléchissant à des moyens de répondre à ses besoins. Les sphères identifiées comme nécessitant une plus grande priorité d'intervention sont reprises dans un plan d'intervention, qui est utilisé tout au long du cheminement en réinsertion sociale. Plusieurs modes d'intervention sont utilisés afin de favoriser un retour harmonieux à une vie active après l'hébergement. On y retrouve entre autres des rencontres individuelles et de groupe s'alternant une semaine sur deux. Lors de ces rencontres, les jeunes discutent du déroulement de leur semaine en abordant les événements significatifs de leur quotidien, tels un suivi des relations familiales ou amicales, les obsessions ressenties, les rechutes ou tout autre élément que le jeune souhaite partager. Un jeune à l'étape de la réinsertion peut aussi, si cela s'avère nécessaire et pertinent à son rétablissement, revenir passer un séjour de ressourcement d'une durée maximale de deux semaines au centre afin d'utiliser l'aide disponible et repartir sur de meilleures bases. Il demeure cependant important de noter que bien que le service de réinsertion sociale soit offert à tous les jeunes et fortement encouragé de la part des intervenants, il n'est pas obligatoire. En ce sens, un jeune en suivi interne pourrait choisir de ne pas utiliser le service de réinsertion sociale, sans que cette décision n'ait d'incidence sur la durée de son séjour ni sur la qualité de son suivi.

Objectifs et activités réalisées

La proposition de stage se déclinait en deux éléments principaux. Le premier consistait à élaborer un outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale pour une clientèle adolescente vivant avec une problématique de dépendance. L'outil a été conçu selon un processus expérientiel auprès de la clientèle adolescente fréquentant Le Grand Chemin. En d'autres mots, c'est en étudiant et expérimentant l'évaluation des besoins à l'aide de plusieurs outils, en adoptant un processus réflexif et critique quant à ces expériences, puis en appliquant ces apprentissages à des évaluations subséquentes que s'est développé cet outil. Le second élément visait la création d'une rencontre de planification des besoins en réinsertion sociale. Cette rencontre a été créée afin que le jeune et ses parents puissent planifier de façon plus harmonieuse et concertée le retour du jeune au sein du milieu familial en partageant leurs besoins et attentes mutuelles, tout en discutant des moyens qui seront mis en place afin d'y répondre. Le stage effectué au centre Le Grand

Chemin a également permis d'effectuer plusieurs activités professionnelles concernant l'exercice du travail social en contexte de réinsertion sociale.

Création d'un outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale. Auparavant, l'évaluation des besoins en vue de la réinsertion sociale était effectuée à l'aide d'un outil autoadministré intitulé : « Cueillette de données des besoins de réinsertion sociale ». L'outil de collecte est divisé en plusieurs sections, au sein desquelles se retrouvent des questions à court développement visant essentiellement une autoévaluation de la situation du jeune et de son niveau de satisfaction par rapport à cette situation, tout en offrant la possibilité de recevoir de l'aide afin de modifier cette dernière. Les différentes sections traitent, dans cet ordre, de sa situation scolaire, sa situation liée à l'emploi, ses loisirs, son milieu de vie, ses besoins matériels, son hygiène de vie, son réseau social, ses capacités d'organisation, ses ressources personnelles ainsi que ses préoccupations. L'outil « Cueillette de donnée des besoins en réinsertion sociale » est présenté à l'Appendice A. À l'origine, deux outils ont été utilisés afin de créer ce questionnaire d'évaluation des besoins, soit le RÉSO et le Plan de cheminement vers l'autonomie (PCA).

Cependant, ces deux outils ont été conçus respectivement pour une clientèle adulte ainsi qu'une clientèle à la fin de l'adolescence et quittant les centres jeunesse vers la vie adulte. Qui plus est, ces derniers n'étaient pas conçus spécifiquement pour une clientèle avec une problématique de dépendance. L'outil de cueillette de données des besoins de réinsertion sociale présentait également plusieurs autres lacunes. Parmi celles-ci, il est possible d'identifier l'absence de questions traitant de la gestion des obsessions, de la situation amoureuse, de la gestion financière et du temps d'écran. Pourtant, l'expérience clinique acquise au sein du milieu a mis en lumière l'importance de ces éléments pour le rétablissement des adolescents.

Un des objectifs du stage a donc été d'élaborer un nouvel outil d'évaluation des besoins afin de pallier ces lacunes. Un processus expérientiel a été mis sur pieds afin d'atteindre cet objectif. Ce processus est défini par Legendre (2007) comme « un modèle d'apprentissage préconisant la participation à des activités se situant dans des contextes les plus rapprochés possible des connaissances à acquérir, des habiletés à développer et des attitudes à former ou à changer » (P.62). Plusieurs raisons justifient l'utilisation du processus expérientiel dans le cadre de ce stage. Tout d'abord, le processus expérientiel

permet une meilleure prise en compte de l'expérience clinique développée avant le début du stage, donc d'utiliser des limites observées au sein du service de réinsertion sociale de l'organisme comme point de départ pour le développement de nouvelles connaissances et de nouvelles méthodes de travail répondant à un besoin spécifique. Ensuite, il favorise l'implication de la clientèle de l'organisme au développement de connaissances et à la réponse à ce besoin du service de réinsertion sociale, ce qui s'avère congruent avec les objectifs de participation collective, d'autonomie et de prise de pouvoir des individus visés par le travail social. Finalement, il demeure important de souligner que le stage possède une durée maximale de 15 semaines. Il est donc primordial de choisir une approche permettant une actualisation rapide des connaissances, de sorte à expérimenter le processus de construction de l'outil, mais également de sa passation et de l'évaluation de la démarche. Le processus expérientiel permet une expérimentation plus rapide et complète, dans le temps qui était imparti, qu'une approche basée sur la recension des données probantes. Des discussions avec le superviseur de stage, les collègues de travail et les adolescents, de même que l'exploration de la littérature entourant les outils RÉSO (Tremblay et al., 2015) et PCA (Desmarais, 2014) ont permis de conserver les sphères utilisées dans l'ancien outil d'évaluation des besoins, tout en pointant la pertinence d'ajouter de nouvelles sphères qui rendent mieux compte du contexte de réinsertion spécifique des jeunes du Centre le Grand Chemin.. Plusieurs allers-retours entre différentes étapes ont été nécessaires avant la première passation du nouvel outil. Tout d'abord, les discussions avec des collègues ayant déjà occupé le rôle d'intervenante en réinsertion sociale et avec le superviseur de stage ont permis de valider l'existence de plusieurs lacunes discutées précédemment. Une proposition de questions permettant de leur répondre adéquatement a par la suite été discutée avec le superviseur de stage et les collègues lors de rencontres séparées, pour cause d'incompatibilité d'horaires. Ces discussions ont mené à l'ajustement de plusieurs questions et formulations, afin que l'information puisse être collectée de manière juste et efficace. Elles ont également permis d'établir une durée adéquate pour effectuer la passation de l'outil, soit environ une heure. Les commentaires des adolescents ont également été recueillis afin de perfectionner le processus. Parmi les trois adolescents ayant expérimenté le nouvel outil, l'ensemble s'est dit satisfait des éléments abordés et a nommé ne pas sentir qu'un élément a été oublié ou mis de côté lorsque questionnés. Cependant,

certains ont nommé avoir trouvé la rencontre longue. La stratégie retenue afin de prévenir ce désagrément a été de prendre une pause lorsque nécessaire et de terminer la passation à un autre moment de la journée ou le jour suivant. L'expérimentation de l'outil auprès des adolescents a aussi mis en lumière la nécessité de simplifier la formulation de certaines questions afin de les adapter à leur niveau de compréhension. Ces changements ont été effectués entre chaque nouvelle passation et en consultant le superviseur de stage.

Le nouvel outil a repris plusieurs questions utilisées dans l'outil original « Cueillette de données des besoins de réinsertion sociale » afin d'en faire des questions favorisant une discussion plus détaillée, présentées lors d'une entrevue semi-dirigée avec l'adolescent. D'autres questions ont été élaborées afin de considérer les lacunes précédemment énoncées. L'outil créé lors du stage est présenté à l'Appendice B. Les évaluations réalisées avec le nouvel outil ont produit un portrait plus détaillé du jeune, de ses besoins et de son environnement social. Cela a donc permis la réalisation d'un plan de sortie plus fidèle à la réalité du retour dans leur milieu des adolescents.

Création d'une rencontre de planification des besoins en réinsertion sociale. Parmi l'ensemble des approches pouvant être appliquées en contexte de réinsertion sociale auprès des adolescents aux prises avec un problème de dépendance, l'approche multisystémique permet de prendre en compte les interactions entre le jeune et son environnement social. Cette approche affirme que le soutien social peut diminuer le stress ressenti par le jeune, tout en favorisant une meilleure motivation face au changement de mode de vie (Desrosiers et al., 2012).

Avant le début du stage, le processus d'évaluation des besoins n'était effectué que par le jeune et n'était pas systématiquement partagé aux parents ou tuteurs légaux. Afin de pallier cette lacune, une rencontre de planification des besoins en réinsertion sociale avec les parents du jeune a été mise sur pied, toujours selon un processus expérientiel. En lien avec notre propre expérience clinique, aux échanges avec le superviseur et certaines collègues, nous avons déterminé certains critères pour l'organisation de cette rencontre. Ces critères sont : la présence d'un lien positif et sécuritaire entre le jeune et les parents, l'implication des parents au sein du service à la famille et le fait d'habiter avec les parents au retour à la maison ou de prévoir habiter avec eux. La conseillère à la famille joue un rôle crucial en ce qui concerne l'évaluation de ces caractéristiques. Le rôle de cette

personne consiste à offrir un service d'accompagnement aux parents lors du suivi de l'adolescent, tout en favorisant le développement et l'amélioration des aptitudes parentales nécessaires à l'accompagnement d'un jeune vivant avec une problématique de dépendance. Les modes d'intervention utilisés par la conseillère à la famille comprennent un suivi téléphonique, des rencontres individuelles et familiales, de même que la présentation de différents ateliers de groupe.

Les échanges ont également permis d'établir que la rencontre aurait lieu en présence des parents, du jeune, de l'intervenant du jeune, de la conseillère à la famille ainsi que de l'intervenant en réinsertion sociale. Préalablement à la rencontre, il était prévu de préparer les parents à l'aide de quelques questions visant à les faire réfléchir à leur disponibilité à aider l'adolescent à répondre à ses besoins en cas de nécessité ainsi que sur la possibilité d'établir un cadre et des règles à la maison en collaboration avec le jeune. La durée prévue de la rencontre était de 30 à 40 minutes. Il a également été déterminé qu'il serait favorable de prévoir cette rencontre au moment où le parent venait chercher le jeune pour sa sortie de fin de semaine. Cela avait pour objectif de limiter les déplacements demandés aux parents, de même que réduire le temps entre le partage des moyens par le jeune et leur mise en place.

Au cours de cette rencontre, le jeune a été amené à présenter son plan de sortie à ses parents. Ces derniers avaient l'opportunité de commenter les moyens identifiés par leur adolescent, tout en en proposant d'autres. Il était également prévu que le jeune et ses parents prennent du temps afin d'amorcer une discussion concernant leurs attentes mutuelles face au retour du jeune à la maison ainsi que des éléments fondamentaux concernant l'encadrement à la maison.

Au total, quatre rencontres familiales ont eu lieu. Les commentaires des jeunes et des parents ont permis d'établir la présence de bénéfices cliniques sur la cohésion familiale et le rétablissement du jeune. Parmi ceux-ci se trouvaient une plus grande aisance du jeune dans la mise en place des moyens identifiés lors de l'élaboration du plan de sortie et qu'il souhaitait mettre en place afin de se maintenir dans le rétablissement, un meilleur respect du cadre à la maison ainsi qu'une amélioration de la communication et de l'ambiance familiale. Toutefois, il apparaît important de préciser que ces constats ne découlent pas

d'une évaluation d'impact formelle, mais essentiellement de l'appréciation des jeunes et de leur famille, et ce, de manière informelle.

Autres activités professionnelles réalisées. Parallèlement aux activités développées lors du stage, les tâches et responsabilités incombant à l'intervenant en réinsertion sociale ont également été assumées. Ainsi, outre l'évaluation des besoins, la rédaction de plans de sortie a également été effectuée. Le plan de sortie s'avère être un élément important de la démarche de l'adolescent en réinsertion sociale. L'élaboration du plan de sortie pour les adolescents terminant leur suivi en hébergement avec succès constitue également une obligation légale pour toute ressource d'hébergement œuvrant auprès d'une clientèle adolescente, tel que prévu à l'article 24 du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (2021). Le plan de sortie utilise les informations recueillies lors de l'évaluation des besoins afin de mettre en évidence les différents besoins qui seront présents au retour du jeune dans son environnement. Le jeune et l'intervenant en réinsertion sociale utilisent également les données recueillies afin d'établir une priorité d'intervention en fonction des besoins les plus présents. Par la suite, le jeune et l'intervenant identifient différents moyens afin que le jeune puisse répondre aux besoins identifiés précédemment. Le plan de sortie servira également à établir les différentes sphères à travailler dans le plan d'intervention en réinsertion sociale.

Le plan d'intervention en réinsertion sociale est élaboré avec l'adolescent quelques jours avant la fin du suivi en hébergement. Celui-ci peut comporter jusqu'à quatre objectifs composés par le jeune et l'intervenant. Ces objectifs visent généralement à répondre aux besoins provenant d'une sphère de vie dont le degré de priorité d'intervention a été identifié par l'adolescent comme important. Le plan d'intervention est évalué à deux moments lors du suivi en réinsertion sociale. La première évaluation se situe à la mi-parcours, afin d'évaluer la progression des objectifs et de vérifier s'ils conviennent toujours. Dans le cas où certains objectifs seraient déjà considérés comme atteints, ou encore évalués comme ne convenant pas ou plus aux besoins de l'adolescent, il est possible de modifier le plan d'intervention afin de cibler d'autres objectifs ou sphères à travailler. La seconde évaluation se réalise lors de la dernière rencontre individuelle du suivi en réinsertion sociale. Cette rencontre constitue une évaluation bilan du parcours du jeune en réinsertion

sociale. Lors de cette rencontre, l'intervenant et l'adolescent passent alors en revue les différents objectifs ainsi que les moyens identifiés afin de les atteindre afin d'évaluer le cheminement et l'atteinte du plan d'intervention.

Afin d'atteindre les objectifs fixés dans le plan d'intervention, le jeune et l'intervenant conviennent également d'objectifs spécifiques, évalués toutes les deux semaines lors des rencontres individuelles. Ces objectifs sont consignés sur un document intitulé « échelle d'atteinte des buts » (EAB), utilisée afin de visualiser le niveau d'atteinte de ceux-ci (atteints, partiellement atteints ou non atteints) ainsi que les moyens employés afin d'y parvenir. Un EAB contient jusqu'à trois objectifs spécifiques, mais rarement moins de deux. La quantité d'objectifs spécifiques inscrits dépend essentiellement de leur degré de difficulté perçu par le jeune ainsi que de ses besoins.

Des rencontres individuelles quinzomadaires à une date et une heure fixe sont établies en fonction des disponibilités du jeune et de l'intervenant. Les rencontres durent une heure et ont généralement lieu en format présentiel au centre Le Grand Chemin, mais peuvent aussi être effectuées sous forme d'appel téléphonique ou vidéo à l'aide de plateformes telles que TEAMS ou ZOOM. Le format téléphonique ou vidéo est cependant habituellement réservé pour les jeunes qui, à cause de la trop grande distance les séparant du centre ou de l'absence de moyens de transport, ne peuvent se présenter sur place. Lors des rencontres, le jeune présente le déroulement de ses deux dernières semaines, en abordant les moments significatifs, les moments forts ainsi que les difficultés vécues. De son côté, l'intervenant pose également des questions afin de recueillir l'information concernant les différentes sphères de vie de l'adolescent, tout en intervenant au besoin afin de favoriser la réflexion. Les rencontres individuelles peuvent également être utilisées afin que l'intervenant accompagne le jeune dans certaines démarches, comme une demande de services auprès d'un organisme particulier ou la recherche d'informations concernant les activités sportives près de chez lui. Les éléments abordés lors des rencontres permettent aussi d'évaluer les objectifs EAB et d'en concevoir de nouveaux, de sorte qu'ils soient toujours fondés sur les besoins vécus par les adolescents.

Les rencontres de groupe ont également lieu toutes les deux semaines, de manière que le jeune ait une rencontre par semaine. Les rencontres de groupe sont divisées en deux parties. D'abord, les jeunes partagent leurs humeurs et états d'esprit, de même que les

moments significatifs qu'ils ont vécu lors des dernières semaines. Les autres jeunes présents agissent à titre de co-intervenants, en ce sens qu'ils effectuent des reflets entre eux, posent des questions et proposent différentes pistes de solution afin de s'entraider dans leurs problématiques. La seconde partie de la rencontre consiste en un atelier de groupe portant sur un thème précis, ou encore d'une activité ludique. Chaque planification répond à des besoins différents éprouvés par le groupe. Dans le cas des ateliers, le thème est essentiellement choisi afin de répondre à une problématique partagée par une grande partie des membres, de sorte à la démystifier, briser le sentiment d'isolement qu'elle crée, favoriser la réflexion, et proposer des pistes de solutions. Les activités ludiques, quant à elles, ont pour principale fonction de briser l'isolement pouvant être vécu par les jeunes en réinsertion sociale. En effet, il arrive qu'en cessant d'entretenir certaines relations ou habitudes jugées néfastes par l'adolescent, que ce dernier vive de l'ennui et de la solitude, du fait qu'il n'a pas encore réussi à regarnir son cercle social ou à se trouver des loisirs satisfaisants. Ainsi, la deuxième partie de la rencontre peut être utilisée, par exemple, afin de pratiquer une activité sportive, jouer à des jeux de société, manger une crème glacée ou toute autre activité de ce genre.

Dans les moments où il n'y a aucune rencontre avec le jeune, plusieurs autres tâches demeurent aussi importantes à réaliser. Parmi celles-ci, il y a la communication auprès des différents partenaires impliqués dans le suivi des adolescents. Parmi ces différents partenaires, il est possible de retrouver des intervenants et professionnels provenant de différents milieux institutionnels, scolaires, communautaires ou privés. L'intervenant en réinsertion sociale doit cependant obtenir une autorisation écrite de partage d'information au préalable, afin de respecter le droit à la confidentialité des usagers. Il arrive également que des rencontres soient prévues entre le jeune, l'intervenant en réinsertion sociale et un partenaire. Dans ce cas, l'intervenant en réinsertion sociale peut offrir un service d'accompagnement et se déplacer à l'extérieur du centre afin d'assister à la rencontre avec le jeune.

Chaque intervention, activité clinique, événement significatif dans le suivi du jeune ou contact avec un partenaire doit être consigné au dossier du jeune, via le système SIC-SRD. Une formation aux nouveaux intervenants est offerte afin de catégoriser adéquatement chaque type d'activité. Pour toute ressource d'hébergement en dépendance,

la tenue de dossier constitue une responsabilité légale, tel que mentionné à l'article 60 du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (2021).

La création d'un outil d'évaluation des besoins et d'une rencontre de planification des besoins en réinsertion sociale s'inscrivait dans la préparation au suivi en réinsertion sociale. Les autres activités professionnelles, quant à elles, étaient davantage reliées à la réalisation du suivi en soi. Elles ont ainsi permis une réflexion plus poussée concernant l'actualisation des services en réinsertion sociale offerts par Le Grand Chemin.

Sujet traité dans l'essai à partir des questions soulevées dans le rapport de stage

En acceptant d'entamer un suivi en réinsertion sociale avec l'organisme, l'adolescent s'engage également à demeurer abstinent de substances psychoactives (SPA) durant l'intégralité de son suivi. Cette obligation a pour objectif de mener le jeune à expérimenter des moyens différents de la consommation afin de répondre à ses besoins. Les jeunes fréquentant les services du Grand Chemin à cause d'une utilisation problématique d'Internet (UPI) ne sont quant à eux pas tenus de demeurer abstinent des jeux vidéo ou des réseaux sociaux. En parallèle de cet engagement à demeurer abstinent, un plan d'intervention est mis en place pour toute la durée de la réinsertion, ainsi que des objectifs EAB évalués lors de rencontres quinzomadaires. Les objectifs établis visent à ce que l'adolescent transpose ses acquis à son quotidien, tout en favorisant une reconnexion à son environnement. Comme les besoins des adolescents peuvent varier d'un individu à l'autre, il demeure primordial de personnaliser le suivi le plus possible afin que les objectifs fassent sens pour le jeune et qu'il maintienne sa motivation à se rétablir. Durant le suivi en réinsertion sociale, il arrive cependant que certains jeunes vivent des rechutes envers les SPA ou certains comportements problématiques. Lorsqu'une situation de ce genre est rapportée par le jeune, une intervention est faite afin d'analyser les différents facteurs ayant mené à la rechute et aider le jeune à identifier des moyens alternatifs à la consommation lors de situations ultérieures. Dans l'éventualité où le jeune recommence à consommer ou démontre une incapacité à mettre des moyens en place afin de maintenir son abstinence, le suivi prend fin et une référence est effectuée au service en dépendance du CIUSSS. Cette

référence sert à assurer une continuité quant au soutien vis-à-vis la dépendance et les difficultés qu'elle peut engendrer.

Cependant, il est également admis que le rétablissement ne peut se résumer qu'à l'abstinence et concerne également la mise en place de moyens visant à apporter un changement au niveau personnel, interpersonnel et social (Boivin et De Montigny, 2002; Winters et al., 2012). Selon cette logique, le fait de ne pas maintenir l'abstinence ne signifie pas forcément qu'une personne ne souhaite plus faire d'effort quant à sa consommation ou s'engager envers son rétablissement (Brunelle et al., 2010). Or l'abstinence s'avère centrale en ce qui concerne le suivi en réinsertion sociale au Grand Chemin et détermine la poursuite ou l'arrêt du suivi, nonobstant les facteurs qui ont pu influencer la rechute ou le retour à la consommation. En ce sens, le suivi ne peut se poursuivre si le jeune souhaite maintenir une consommation, même occasionnelle. Il apparaît donc possible d'affirmer qu'en opérant de la sorte, une partie des besoins du jeune envers le rétablissement ne sont pas forcément considérés de façon optimale.

L'objectif de cet essai est d'explorer les avantages et les défis associés à l'approche de réduction des méfaits en intervention auprès d'une clientèle adolescente en réinsertion sociale vivant avec une problématique de dépendance. Plus précisément, il vise à répondre aux questions suivantes : Quels seraient les avantages d'adopter l'approche de réduction des méfaits en intervention auprès d'une clientèle adolescente en réinsertion sociale vivant avec une problématique de dépendance? Quels pourraient être les impacts de ce changement d'approche sur l'intervention et sur le service de réinsertion sociale offert à cette clientèle? Les sous-objectifs sont :

- 1) Définir et discuter des concepts clés liés à l'approche de l'abstinence et à celle de la réduction des méfaits ;
- 2) Recenser les études présentant l'efficacité de l'approche de l'abstinence et de la réduction des méfaits ;
- 3) Appliquer l'approche de la réduction des méfaits au contexte spécifique du milieu de stage ;
- 4) Discuter des impacts et des changements associés à l'utilisation de l'approche au Centre le Grand Chemin.

Les concepts pertinents à la compréhension du propos seront d'abord présentés. Suivront les arguments concernant l'efficacité générale du concept d'abstinence en intervention, des impacts de cette approche sur la santé globale de l'adolescent, l'influence des déterminants socioéconomiques, la dimension éthique de l'approche auprès d'une clientèle adolescente et son application au sein d'un groupe thérapeutique. Finalement, une proposition d'orientation pour l'application de la réduction des méfaits dans le service de réinsertion sociale sera présentée. Cet exercice s'avère pertinent, car non seulement il pourrait permettre une amélioration de l'engagement des adolescents envers leur suivi, mais également influencer la façon de réfléchir et d'offrir les services en dépendance pour adolescents dans un contexte de réinsertion sociale selon les meilleures pratiques.

Discussion

Définition de concepts

Avant de poursuivre, il importe de définir certains concepts centraux à la discussion afin d'en favoriser la compréhension.

Réinsertion sociale. Plusieurs synonymes de ce terme se retrouvent dans la littérature scientifique. Leur utilisation varie également en fonction de leur domaine de provenance, qu'il soit en sciences sociales ou en sciences de la santé (Desrosiers et al., 2012). Les termes réadaptation psychosociale, réadaptation sociale (Bachrach, cité dans Dorvil et al., 2003, p. 10) et réintégration sociale (Desrosiers et al., 2012) sont parfois employés à titre de synonymes, bien qu'ils comportent des différences. Il convient donc de définir d'abord le concept de réinsertion sociale et de le différencier de ses synonymes.

La réadaptation psychosociale constitue une « approche thérapeutique qui encourage la personne à développer ses capacités maximales au moyen de processus d'apprentissage et de soutien environnemental » (Bachrach, cité dans Dorvil et al., 2003, p. 10). Elle vise la diminution des difficultés, tout en optimisant les capacités d'une personne à améliorer sa qualité de vie (Desrosiers et al., 2012). La réadaptation psychosociale représente une occasion pour l'individu de bénéficier de plusieurs services visant la réintégration en communauté, comme une aide directe en milieu de vie, des services d'accompagnements et des groupes psychoéducatifs (Desrosiers et al., 2012).

La réintégration sociale, pour sa part, représente le moment où un individu arrive à transposer les habiletés et connaissances acquises lors d'une démarche thérapeutique ou de croissance personnelle dans sa vie quotidienne (Boivin et De Montigny, 2002). Cela permet à l'individu de prendre ou reprendre une place sociale et d'exercer son autonomie de façon plus importante. Cette autonomie peut prendre la forme d'un engagement au sein de la communauté, d'une insertion professionnelle ou encore dans le développement de relations sociales saines (Boivin et De Montigny, 2002). La réintégration sociale constitue généralement l'aboutissement de la démarche de réinsertion sociale.

Pour Boivin et De Montigny (2002), la réinsertion sociale est une étape se situant entre la réadaptation psychosociale et la réintégration sociale. Elle concerne tout type d'intervention visant à favoriser l'intégration à la société de personnes ayant vécu une forme de désinsertion sociale, ainsi que tout type d'intervention visant à prévenir la désaffiliation. Il s'agit de la terminologie employée au centre Le Grand Chemin, ainsi que dans bon nombre de CRD, afin de désigner le processus et les pratiques visant à réaffilier et reconnecter l'individu à son environnement social, afin que ce dernier y joue un rôle actif de manière autonome (Desrosiers et al., 2012).

Chez les adultes, le domaine socioprofessionnel constitue un des facteurs les plus importants en termes de réinsertion sociale (Boivin et De Montigny, 2002). Chez les adolescents, une réinsertion sociale réussie signifie également que le jeune a développé la capacité de comprendre et respecter le cadre et les règles sociales et légales établis (Desrosiers et al., 2012). La capacité de développer des relations interpersonnelles saines avec sa famille et son entourage revêt elle aussi une importance particulière (Desrosiers et al., 2012).

La réinsertion sociale peut être réalisée selon plusieurs méthodes. Le Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA, 2003) en identifie trois, soit la méthode en séquence, en parallèle ou intégrée. Une réinsertion sociale effectuée selon une méthode en séquence signifie que l'individu reçoit d'abord de l'aide pour une problématique quelconque (par exemple, pour un problème de santé mentale), puis de l'aide pour une autre (par exemple, la réinsertion sociale) une fois la première résolue, tandis que ces deux problématiques sont gérées par deux services ou organisations différents. Une réinsertion en parallèle désigne deux organisations ou services offrant

chacun leur aide simultanément pour des problématiques différentes, mais sans forcément coordonner leurs services. Finalement, une réinsertion intégrée prend la forme d'une aide concertée et simultanée pour plus d'une problématique, alors que cette aide est offerte par la même équipe de professionnels, appartenant à la même organisation ou au même service. La recherche démontre que la méthode intégrée s'avère être celle qui prend en compte l'individu dans sa globalité, en considérant l'ensemble de ses déterminants de la santé et permet un service plus efficace que les deux autres (Archambault, 2020; SAMHSA, 2003). Il est possible d'affirmer que le centre Le Grand Chemin utilise une méthode de réinsertion intégrée, mais également en parallèle, en fonction du domaine de difficulté vécu par le jeune. En effet, bien que sa mission concerne les problèmes de dépendance chez l'adolescent, l'intervenant en réinsertion sociale aidera également le jeune à cheminer à travers certaines de ses difficultés familiales, scolaires ou liées à l'emploi. Toutefois, pour certaines autres problématiques, notamment en ce qui concerne les troubles médicaux et les abus à caractère sexuel, une référence et un accompagnement sont effectués vers des ressources ou professionnels spécialisés. Dans certains cas, il demeure possible pour l'intervenant en réinsertion sociale du Grand Chemin et celui d'une autre ressource de communiquer certaines informations afin de travailler de concert.

Outre le choix de la méthode de réinsertion, il existe différents facteurs pouvant favoriser une réinsertion sociale efficace et réussie auprès de l'adolescent. Dans une étude réalisée auprès de jeunes adolescents recrutés au sein de services spécialisés en dépendance, Demers-Lessard et ses collaborateurs (2016) notent l'importance d'intervenir également auprès de la famille et du groupe de pair, afin que ceux-ci puissent également travailler leurs comportements nuisibles envers le jeune. Les résultats de cette étude québécoise laissent entendre qu'intervenir en utilisant l'environnement social de l'adolescent dans la démarche de réinsertion sociale constitue un facteur favorisant son efficacité. Dans le cadre de ce stage, nous avons conséquemment adopté une approche qui visait à utiliser les interactions entre le jeune et son environnement social, dans leur complexité et leur unicité, afin de favoriser un changement sain et durable par l'entremise de la réinsertion sociale.

Dépendance. Le concept de dépendance se trouve généralement associée à l'utilisation de SPA. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le syndrome de

dépendance se définit comme un « ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités » (OMS, 2021). Toujours selon l'OMS (2021), le terme « dépendance » peut concerner des éléments physiologiques ou psychologiques. Une dépendance physiologique concerne les symptômes physiques et l'état de manque ressenti par le corps lorsqu'il est privé d'une substance (Dubuc, 2002). La dépendance psychologique, quant à elle, se rapporte aux caractéristiques de l'individu, comme ses habitudes, souvenirs ou son style de vie (Dubuc, 2002). Plusieurs manifestations peuvent indiquer la présence du syndrome de dépendance, notamment un désir puissant ou compulsif de consommer, des difficultés à contrôler sa consommation, des symptômes de sevrage, une tolérance accrue aux effets de la substance, l'abandon progressif des autres sources de plaisir et le fait de continuer à consommer malgré la survenue de diverses conséquences néfastes sur sa personne et ses relations (OMS, 2021).

Certains auteurs distinguent également les notions de dépendance et d'addiction, qui, respectivement, concerneraient les états de manque ou de sevrage suite à l'arrêt d'une consommation et la consommation excessive d'une substance (Fédération pour la Recherche sur le Cerveau, S.D.). Toutefois, comme cette distinction ne semble pas faire consensus au sein de la communauté scientifique et que le centre Le Grand Chemin utilise essentiellement le terme « dépendance » afin de référer à tous ces éléments, nous procéderons également en ce sens et aborderons l'addiction comme un synonyme de ce terme.

Dans certains cas, la dépendance ne concerne pas l'usage d'une substance quelconque, mais bien un comportement ou une habitude précise. Il est alors possible de parler de dépendance comportementale, ou d'addiction comportementale (Dematteis et Pennel, 2016; Grant et Chamberlain, 2016; Grant et al., 2010). Elles se caractérisent par des envies envahissantes de réaliser un comportement procurant du plaisir, à une fréquence élevée, croissante et excessive, et ce, malgré l'apparition de plusieurs conséquences négatives sur les différentes sphères de vie et au détriment des autres activités auparavant effectuées (Brusset, 2004; Dematteis et Pennel, 2016). Dans une revue de littérature réalisée en 2010, Grant et ses collaborateurs abordent le fait que les dépendances

comportementales et les dépendances aux SPA partagent plusieurs similarités, notamment en termes d'évolution de la problématique chez un individu, la phénoménologie, l'effet de tolérance, les comorbidités, l'influence des facteurs génétiques, les mécanismes neurobiologiques ainsi que dans la réponse aux traitements.

Il est ainsi possible de constater que la notion de dépendance peut s'étendre au-delà de l'utilisation de SPA et concerner également l'adoption de certains comportements pouvant procurer une sensation de plaisir. Peu importe qu'elle prenne la forme d'une toxicomanie ou d'une addiction comportementale, la dépendance signifie nécessairement une perte de contrôle sur son comportement, un désinvestissement des autres activités de même que des conséquences négatives sur l'ensemble des sphères de vie de l'individu (Dematteis et Pennel, 2016). Le centre Le Grand Chemin accueille ainsi des jeunes aux prises avec un trouble lié à l'usage de SPA, mais aussi ceux avec une utilisation problématique d'Internet (UPI) ou avec un problème lié aux jeux de hasard et d'argent. Tous ces troubles peuvent être considérés comme des dépendances.

Adolescence. L'adolescence constitue bien plus qu'une simple transition entre l'enfance et l'âge adulte. Il s'agit également d'une période au cours de laquelle s'effectue un processus de maturation physique important, un éveil sexuel ainsi qu'un éloignement des figures parentales dans une recherche d'autonomie et de développement identitaire (Csikszentmihalyi, 2022). Le chamboulement développemental et identitaire fait de l'adolescence une période propice au développement de dépendances. Effectivement, l'adolescence présente des particularités dont il faut tenir compte en ce qui concerne la compréhension de la problématique et l'intervention auprès des jeunes affectés (Scroccaro, 2017). Lors de cette période, les enjeux tels le remaniement des relations interpersonnelles et le réaménagement du fonctionnement psychique favorisent l'adoption de comportements à risque (Scroccaro, 2017). Qui plus est, le niveau de développement immature du cerveau de l'adolescent favorise l'impulsivité ainsi que la recherche de nouvelles sensations, comme un état de conscience modifié par différentes substances (Chabrol, 2011). La consommation à ce stade peut également induire des changements durables dans le cerveau des adolescents, favorisant ainsi le développement et le maintien de la problématique de dépendance (Chabrol, 2011).

L'adolescent se trouve également grandement influencé par la composition de son environnement social en matière de consommation. Des facteurs tels que la consommation des parents, l'association à des pairs consommateurs ou encore des difficultés d'adaptation scolaires peuvent favoriser le développement d'une problématique de dépendance (Grégoire, 2005). Le contexte sociétal associant la consommation de certaines substances, comme l'alcool et le cannabis, aux festivités, à la recherche de plaisir, à la désinhibition (Stella, 2017), ou encore à un rite de passage vers l'âge adulte (Csikszentmihalyi, 2022) joue lui aussi un rôle majeur sur les habitudes de consommation des adolescents. En contrepartie, un environnement familial soutenant, un groupe de pairs qui encourage le rétablissement face à la problématique de dépendance et l'accès à des ressources d'aide en milieu scolaire constituent des facteurs importants en ce qui concerne la modération de la consommation, et lorsque nécessaire, l'engagement envers le rétablissement (Demers-Lessard et al., 2016). Les informations concernant l'environnement social de l'adolescent s'avèrent particulièrement importantes afin de l'aider à transposer les acquis d'une démarche thérapeutique à son quotidien, lors de la réinsertion sociale. Au centre Le Grand Chemin, elles sont recueillies et informent le plan de réinsertion sociale du jeune.

Abstinence. Ce concept réfère à la privation totale de certains aliments, substances ou comportements (Le Robert, N.D.). Dans le champ des dépendances, elle renvoie au fait de renoncer à l'alcool et aux autres SPA, excluant la médication prescrite par un professionnel de la santé. L'abstinence est très intimement associée au mouvement des alcooliques anonymes (AA), un mouvement international désormais présent dans plus de 180 pays, et prônant l'abstinence (Ben Amar, 2015). Les A.A. ont une vision de la dépendance inspirée de certains mouvements religieux évangélistes, où le rétablissement passe par la reconnaissance de son impuissance face à la dépendance, par un éveil spirituel envers une puissance divine supérieure ainsi que par le maintien de l'abstinence d'alcool (Alcooliques Anonymes, 2022; Suissa, 2009). Leur approche consiste à considérer la dépendance à l'alcool comme « une maladie incurable et permanente, chronique et évolutive, caractérisée principalement par la perte de contrôle » (Suissa, 2009, p. 17) et donc, à promouvoir une abstinence dite totale. Le modèle et la philosophie AA ont également été utilisés afin de former différents regroupements visant le rétablissement

envers différentes problématiques impliquant une perte de contrôle. Ce fut notamment le cas pour les Narcotiques Anonymes (NA)(Narcotiques Anonymes, 2022), les Outremangeurs Anonymes (Outremangeurs Anonymes, 2022), les Gamblers Anonymes (Gamblers Anonymes, 2022) ou encore les Émotifs Anonymes (Émotifs Anonymes, 2022). Pour les groupes tels que les Alcooliques Anonymes (AA) ou les Narcotiques Anonymes (NA), l'abstinence constitue une condition essentielle à l'adhésion au mouvement et au rétablissement (Suissa, 2009). Lors du suivi en réinsertion sociale au centre Le Grand Chemin, l'abstinence est exigée chez les jeunes présentant une dépendance aux SPA.

Rechute. Il existe plusieurs façons de définir ce qu'est une rechute dans le domaine des dépendances. Il peut s'agir du moment où une personne présentant un problème de dépendance recommence à consommer une substance psychotrope (ou exercer à nouveau le comportement duquel elle est dépendance) de manière excessive après une période d'abstinence ou de consommation modérée (Marlatt et Donovan, 2005). La rechute peut aussi être définie comme un changement dans la consommation qui amène le besoin de fréquenter à nouveau des ressources d'aide en dépendance (Gormley et Laventure, 2012). La littérature scientifique distingue la rechute du dérapage, aussi appelé incident de parcours. Ce dernier peut se définir comme un épisode de consommation ponctuel sur une courte période, suivi d'un retour à l'abstinence ou à une consommation modérée (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005; Gormley et Laventure, 2012). La rechute constitue l'aboutissement d'un processus multifactoriel résultant des interactions entre le contexte d'une situation à risque de consommation et les stratégies et dispositions de l'individu pour y faire face (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2022).

Plusieurs auteurs tendent à présenter la rechute comme un événement fréquemment vécu par les personnes souhaitant se rétablir d'une problématique de dépendance. Dans un ouvrage intitulé *Traité d'addictologie*, Dematteis et Pennel (2016), affirment que la rechute survient de 40% à 60% du temps dans l'année suivant l'arrêt de consommation et que cette proportion pourrait aller jusqu'à 80% lorsque la personne n'utilise pas de service de traitement en dépendance. Ces chiffres sont soutenus par Gormley et Laventure (2012), qui estiment qu'entre 40% et 90% des personnes ayant reçu des services d'aide pour une

dépendance aux SPA expérimentent une rechute. Dans une étude réalisée auprès de jeunes âgés de 18 à 24 ans présentant un trouble concomitant en dépendance et santé mentale, Bergman et ses collaborateurs (2014), soutiennent pour leur part que 50 à 75% de ces personnes se trouvaient à risque de rechute aux SPA après un traitement en dépendance.

Chez les défenseurs des modèles basés sur l'abstinence, la rechute tend à être perçue systématiquement comme un manque de bonne volonté, un relâchement des efforts ou encore un manque de spiritualité (Suissa, 2009). Cette vision, est non seulement non supportée par la communauté scientifique, mais s'avère également culpabilisante et nuisible à la prise de pouvoir de l'individu sur sa dépendance (Suissa, 2009). Dans un contexte de rétablissement, il devient important de l'utiliser en tant que levier de changement en favorisant la reprise de pouvoir de l'individu. Pour ce faire, plusieurs stratégies peuvent être utilisées. Par exemple, l'étude du contexte et des pensées, émotions et comportements entourant la rechute, l'exploration de(s) besoin(s) non comblés à ce moment, s'attarder au moment où il y a eu reprise de contrôle et discuter de stratégies de prévention de la rechute sont parmi les stratégies d'intervention à préconiser (Burke et al., 2005).

Réduction des méfaits. Poulin (2006) définit la réduction des méfaits comme une « approche axée sur les risques et les répercussions de la consommation de substances, plutôt que sur la consommation en tant que telle » (p.2). Cette approche a vu le jour dans les années 80 afin de répondre aux besoins d'une clientèle pour laquelle l'abstinence complète aux substances psychoactives était considérée impossible (Leslie, 2018).

Bien que la consommation de drogues et d'alcool par la population ait longtemps été considérée comme la source principale des différents problèmes sociaux, les connaissances actuelles tendent à montrer que cela n'est pas le cas (Decarie, 2020). Vers la fin du 19^e siècle jusqu'à la fin des années 30, plusieurs provinces du Canada ont adopté des lois prohibant la vente et la consommation d'alcool afin d'améliorer le développement économique, la cohésion sociale ainsi que la pureté morale et religieuse (Ben Amar, 2015; Hallowell, 2020). Parallèlement, au courant du 20^e siècle, au Canada comme aux États-Unis, plusieurs textes de loi ont été ratifiés afin d'interdire l'importation, l'exportation, la production, la vente et la consommation de substances psychoactives (Ben Amar, 2015;

Bertrand, 2004; Dupras, 1998; Riley, 1998). L'absence d'études scientifiques sérieuses avant l'implantation de ces mesures (Ben Amar, 2015; Bertrand, 2004), combinée au constat de la population qu'aucune amélioration de leur contexte de vie n'était survenue depuis la prohibition (Decarie, 2020) ont cependant permis de constater leur manque d'efficacité sur les différents maux sociaux vécus à l'époque. Au contraire, plusieurs effets pervers ont résulté de ces mesures répressives, notamment la judiciarisation des personnes vivant avec une problématique de dépendance (Ben Amar, 2015; Bertrand, 2004) et l'essor du crime organisé (Decarie, 2020). Bien que la majorité des substances psychoactives demeurent interdites au Canada en raison de leurs impacts néfastes importants sur la santé, le gouvernement mise aujourd'hui davantage sur des mesures de sensibilisation et sur l'utilisation d'un produit plus sécuritaire, de sorte à limiter les méfaits sur la santé de la population (Gouvernement du Canada, 2022). Il agit aussi sur cette problématique à l'aide de campagnes de sensibilisation et d'information, de loi encadrant la publicisation, la vente et la consommation d'alcool et de cannabis ainsi qu'en finançant des services publics et communautaires s'adressant aux personnes vivant avec une problématique de consommation de substances psychoactives (Gouvernement du Canada, 2022; Taylor, 2016). Ces modes d'interventions adoptés par l'État sont cohérents avec l'approche de réduction des méfaits. Cette approche est également utilisée par de nombreux organismes et associations œuvrant auprès des adolescents en contexte de dépendance, notamment l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ) (Blier et Montreuil, 2020), l'Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID, 2020) les services en dépendance des CISSS et CIUSSS (Direction régionale de santé publique de Montréal, 2021) et la société canadienne de pédiatrie (SCP) (Leslie, 2018).

La réduction des méfaits est essentiellement axée sur les pratiques de consommation plutôt que sur les individus consommateurs (Quirion, 2002). Fondée sur des valeurs humanistes, elle permet aux personnes de définir des objectifs et de déterminer des moyens adaptés à leurs besoins en matière de gestion de la consommation (Blier et Montreuil, 2020). Cela revient à dire que cette approche s'éloigne du modèle de société sans consommation, jugé irréaliste et inatteignable (Poulin, 2006; Quirion, 2002). L'utilisation de cette approche par une personne consommatrice nécessite de sa part de faire preuve de gestion de soi, d'introspection afin de prévoir les situations à risque et de créativité et

d'autonomie afin de trouver des moyens de gérer les situations vécues (Poulin, 2006). Différents types de stratégies peuvent être utilisés en réduction des méfaits, tant qu'elles visent une diminution des conséquences liées à la consommation. Certaines d'entre elles concernent la distribution de matériel de consommation et de prévention des ITSS, faire de l'éducation sur les pratiques de consommation à moindre risque ou aider la personne à identifier des moments où sa consommation aura moins d'effets négatifs (Blier et Montreuil, 2020; Quirion, 2002). L'abstinence peut également être utilisée à titre de stratégie de réduction des méfaits, mais elle n'en constitue pas la finalité. À titre d'exemple, un individu consommant plusieurs SPA et voulant réduire les méfaits de sa consommation pourrait choisir de ne plus consommer de kétamine, mais de maintenir une consommation de cannabis et se le procurer dans un établissement sanctionné par l'État. Il pourrait également s'abstenir de certains modes de consommation, comme l'injection, et prioriser des modes de consommation présentant moins de risques pour la santé. Ces exemples démontrent que l'abstinence peut être utilisée dans un continuum de moyens en réduction des méfaits afin d'aider la personne à reprendre son pouvoir d'agir et de s'engager vers le rétablissement. L'aspect prédominant de l'approche de réduction des méfaits demeure la prise en compte des caractéristiques individuelles et sociales de l'individu, de même que ses besoins.

Efficacité de l'abstinence en intervention

La doctrine des programmes fondés sur l'abstinence est fort simple : la meilleure façon d'éviter les risques reliés à un comportement ou une habitude est d'éviter complètement de la réaliser. De nombreuses études concernant les programmes et politiques fondés sur l'abstinence permettent cependant d'identifier des lacunes importantes, notamment sur son efficacité pour traiter problématique qu'elle est sensée combattre. Cette section discute des assises théoriques et de l'efficacité de l'approche d'abstinence en tant que modèle d'intervention. Pour ce faire, elle est présentée à travers deux domaines d'intervention fréquemment associés à la clientèle adolescente, soit l'éducation sexuelle et la toxicomanie.

De nombreux programmes d'éducation sexuelle actuels et passés défendent l'idée que l'abstinence jusqu'au mariage constitue le meilleur moyen de prévenir les méfaits de façon certaine (Zeiler, 2014). Ils s'appuient sur l'idée qu'éviter d'avoir des relations

sexuelles à l'adolescence réduit de 100% les risques de vivre des grossesses non désirées et de contracter des infections transmises sexuellement potentiellement être incurables, tout en réduisant de manière importante le risque de développer une faible estime de soi ou encore de vivre des abus ou des expériences traumatisantes pouvant mener à développer un trouble dépressif ou des idéations suicidaires (Zeiler, 2014). Outre la notion de risque, les programmes d'éducation sexuelle fondés sur l'abstinence affirment que le fait d'avoir des relations sexuelles à l'adolescence représente un acte immoral et potentiellement illégal, car les jeunes, dépendamment de leur âge, ne posséderaient pas les capacités émotionnelles, cognitives ou physiologiques suffisantes afin d'expérimenter sainement leur sexualité (Zeiler, 2014). Ainsi, toute autre forme d'intervention ne prohibant pas les contacts sexuels est considérée comme incomplète et nuisible pour l'adolescent et la société dans laquelle il se trouve (Zeiler, 2014).

Bien que plusieurs de ces conséquences négatives puissent effectivement découler d'une sexualité à l'adolescence, les programmes fondés sur l'abstinence découlent fortement d'impératifs religieux et conservateurs, et non d'éléments scientifiques concrets (Bertrand-Dansereau, 2012; Kirby, 2008). Dans plusieurs cas, ces programmes ont même donné lieu à une augmentation des pratiques sexuelles à risque (Rosenbaum, 2009), ainsi que de la désinformation et de l'omission d'information permettant d'assurer une bonne santé sexuelle (Waxman, 2004).

Aux États-Unis, Santelli et ses collaborateurs (Santelli et al., 2017) ont effectué un recensement et une évaluation des politiques d'abstinence sexuelle jusqu'au mariage. Pour ce faire, ils ont utilisé divers articles scientifiques datant de 2006 à 2017 provenant de Google Scholar, ainsi que différents rapports provenant des autorités gouvernementales et d'éducateurs en santé sexuelle. Ils ont également contacté diverses organisations des droits humains afin de recueillir des informations concernant les droits de l'adolescent en matière d'éducation sexuelle. Les auteurs en sont venus à la conclusion que les programmes et politiques d'abstinence jusqu'au mariage ne démontraient aucune validité scientifique, violaient les droits des adolescents et divulguaient des informations erronées et renforçant la stigmatisation.

Chin et ses collaborateurs (2012) ont pour leur part effectué deux revues systématiques de la littérature scientifique concernant l'efficacité de différentes méthodes

d'intervention de groupe afin de réduire le risque de grossesses non désirées chez les adolescents, ainsi que la transmission de maladies et infections d'ordre sexuelles. Pour ce faire, une équipe composée de 20 chercheurs spécialisés en méthodologie de revue systématique de la littérature scientifique ainsi que d'autres professionnels avec de l'expertise pertinente en recherche, création ou éducation de programmes basés sur la réduction des méfaits ou l'abstinence et d'autres problématiques touchant à la santé sexuelle de l'adolescent. Cette équipe a passé en revue 6579 études pour en sélectionner 66 concernant la réduction des méfaits et 23 concernant l'abstinence afin de les analyser. Les critères utilisés afin de retenir ou non une étude prenaient en compte le type de population, la méthode d'échantillonnage, la mesure de l'exposition, la mesure des impacts, la méthode d'analyse des données, l'interprétation des résultats et des sources de biais ainsi que d'autres problèmes. Ces revues de littérature ont permis d'affirmer que la réduction des méfaits s'avérait efficace pour intervenir en santé sexuelle auprès des adolescents. Or aucune conclusion n'a pu être établie concernant l'efficacité des interventions de groupe basées sur l'abstinence. Toutefois, les approches utilisant l'abstinence combinée aux autres méthodes de prévention et d'éducation sexuelle offrent des résultats bénéfiques.

Comme c'est le cas en matière d'éducation sexuelle, la notion d'abstinence en dépendance découle d'impératifs religieux et moraux, où l'objectif est d'adopter un comportement qui s'éloigne du péché que représente la consommation (Suissa, 2009). En ce sens, les études scientifiques tendent à remettre en question l'efficacité des programmes au sein desquels l'abstinence représente l'ultime objectif ou est imposée par les intervenants.

Dans une revue de la littérature scientifique concernant 22 études publiées entre 1973 et 2017 comparant l'efficacité des approches de consommation contrôlée, associées à la réduction des méfaits, et d'abstinence, Henssler et ses collaborateurs (2021) concluent qu'aucun élément ne permet d'établir l'intervention fondée sur l'abstinence comme la voie à suivre. Les auteurs affirment également que l'approche de consommation contrôlée offre des changements plus importants plus stables dans le temps concernant les habitudes de consommation. Ils affirment du même souffle que « l'accent important mis sur l'abstinence

dans les stratégies de traitement actuelles contribue au manque de résultats fructueux des traitements » [traduction libre] (p.1).

Ferri et ses collaboratrices (2006) ont pour leur part effectué une revue systématique de la littérature scientifique concernant l'efficacité des programmes liés aux AA en terme de traitement contre la dépendance à l'alcool, comparément aux autres types d'intervention psychosociale . Pour ce faire, elles ont analysé plusieurs études provenant des bases de données Cochrane, MEDLINE, EMBASE, CINAHL et PsychINFO, de 2005 en remontant respectivement jusqu'en 1966, 1980, 1982 et 1967. Les études retenues concernaient une clientèle adulte, homme ou femme, participant de façon volontaire ou non à un programme AA ou une de ses variantes, en comparant ou non à un autre mode de traitement. Les auteurs ont conclu qu'aucune étude avec un devis expérimental ne faisaient une démonstration sans équivoque de l'efficacité du modèle AA sur le traitement des dépendances.

Au Québec, Brunelle et ses collaborateurs (2010) ont mené une étude afin de mieux connaître l'impact des traitements en dépendance auprès des jeunes ainsi que les trajectoires de rétablissement. Pour ce faire, les auteurs ont effectué des entretiens semi-dirigés auprès d'adolescents ayant utilisé des services de traitement en dépendance. Plusieurs constats ont émané de cette recherche, notamment le fait que les trajectoires de rétablissement sont multiples et variées et ne prennent que rarement la forme d'une abstinence complète et définitive. Les auteurs soulignent également qu'un objectif obligatoire d'abstinence ne semble pas réaliste pour la majorité des adolescents en traitement.

Les différents résultats des études tendent donc à montrer que l'abstinence ne constitue pas une approche à privilégier dans les services en dépendance étant donné les nombreuses limites dans son efficacité. Plusieurs éléments permettent d'expliquer ces résultats. Tout d'abord, l'abstinence ne constitue pas un indicateur représentatif du fonctionnement social d'une personne (Blier et Montreuil, 2020). En effet, il est possible qu'une personne qui n'adopte pas un comportement ou une habitude donnée jugée néfaste vive d'autres problématiques importantes non vécues par une personne qui les adopte régulièrement. Il semble donc peu pertinent d'en faire la condition *sine qua non* de

l'adhésion à un service censé avoir l'amélioration du fonctionnement social comme objectif principal.

Ensuite, Brunelle et ses collaborateurs (2010) soulignent que l'alliance thérapeutique constitue un des facteurs les plus importants en ce qui concerne l'adhésion à un suivi en dépendance et au changement de trajectoire de consommation. Ce concept se définit comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre [l'aidant et l'aidé], dans la visée de l'atteinte des objectifs fixés conjointement » (Valot et Lalau, 2020, p. 4). On lui associe de manière significative des changements importants, comme la diminution des symptômes liés à la dépendance, l'amélioration de l'estime de soi et des relations familiales, la satisfaction face au traitement et l'augmentation du soutien social perçu (Brunelle et al., 2010). L'imposition de l'abstinence à l'adolescent, par définition, contrevient à ce qui est attendu d'une bonne alliance thérapeutique, car cela s'éloigne de la co-construction des objectifs pour installer un rapport d'autorité et de supériorité en faveur de l'intervenant (Drugs and Alcohol Findings, 2021; Lambrette, 2010). Ce dernier s'expose donc davantage au manque d'engagement envers le suivi, aux mensonges et à l'omission de la part de l'adolescent, qui peut craindre de subir des conséquences (Lambrette, 2010).

Il s'avère également important de considérer les éléments extérieurs au service, qui influencent le rétablissement de l'adolescent. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment la qualité du soutien parental, familial et social, la perception de la gravité des conséquences reliées à la consommation ou encore la présence de traumatismes psychologiques ou de problèmes de santé mentale (Brunelle et al., 2010). L'utilisation de la réduction des méfaits, par rapport à l'approche fondée sur l'abstinence, permet la prise en compte de plusieurs trajectoires de rétablissement et de travailler à l'amélioration des relations interpersonnelles, de la qualité de vie et de la satisfaction par rapport à sa situation de vie (Finch et al., 2020) Le contexte de vie de l'adolescent constitue ainsi un facteur crucial en ce qui concerne la trajectoire de rétablissement de l'adolescent. Les stratégies d'interventions sont également appelées à changer en fonction de sa situation actuelle au niveau social, psychologique, physiologique, familial et judiciaire (Brunelle et Bertrand, 2010). Ces différents éléments extérieurs au service en dépendance peuvent mener le jeune à considérer l'abstinence comme un objectif excédant ses ressources personnelles, malgré

le désir de poser des gestes concrets pour travailler sa problématique de dépendance. L'approche de réduction des méfaits permettrait de mieux s'ajuster à cette réalité afin d'établir des objectifs que le jeune trouve réalistes et atteignables et de travailler progressivement vers le rétablissement par différents moyens. (Blier et Montreuil, 2020; Ledoux et al., 2011; Leslie, 2018; Marlatt et Witkiewitz, 2010) Au contraire, un service imposant l'abstinence à ses usagers impose une vision dichotomique, où le fait de refuser d'arrêter de consommer est perçu comme un non-respect d'engagement et un frein au progrès (Suissa, 2009).

Enfin, une personne avec une problématique de dépendance vit nécessairement une perte de contrôle vis-à-vis sa consommation, mais également dans les différentes sphères de sa vie (Brusset, 2004; Grant et al., 2010; Organisation mondiale de la Santé, 2021). L'intervention auprès de ces adolescents vise donc une reprise de contrôle et de pouvoir d'agir (Blier et Montreuil, 2020; Drugs and Alcohol Findings, 2021). Afin de favoriser cette reprise de pouvoir, il importe de procéder par étapes successives et graduelles de sorte à redonner confiance à l'adolescent à travers ses succès. Pour un adolescent ambivalent ou présentant des conditions défavorables au rétablissement, l'imposition de l'abstinence peut sauter des étapes et créer l'effet inverse (Brunelle et Bertrand, 2010). Cela s'explique par le fait que l'adolescent peut percevoir cette demande comme excédant ses ressources, donc trop difficile à accomplir (Brunelle et Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010). Les adolescents ambivalents face à leur consommation ou méfiants face aux services ont également moins tendance à s'engager dans l'abstinence, malgré un désir de changement (Brunelle et Bertrand, 2010). La réduction des méfaits, comparativement à l'abstinence imposée, permettrait d'observer le progrès de façon plus précise, notamment par la diminution de la fréquence ou de la quantité de substances consommées, la transition vers des substances amenant moins de méfaits, l'amélioration du contexte de consommation ou autre (Blier et Montreuil, 2020). Les mêmes moyens utilisés dans un suivi où l'abstinence est exigée ne seraient pas considérés comme des améliorations, mais comme des non-respects d'engagement envers les services. C'est donc une partie importante du spectre des moyens possibles visant une reprise de pouvoir de l'individu qui est exclu du cheminement thérapeutique. La considération des différents moyens permet à l'adolescent de progresser à son rythme dans le rétablissement, tout en favorisant son engagement au suivi.

En somme, il existe plusieurs arguments permettant de questionner l'efficacité et la pertinence d'imposer l'abstinence lors d'un suivi en dépendance. Prenant racine davantage dans la moralité religieuse qu'en des bases scientifiques, elle ne représente pas en elle-même un indicateur du fonctionnement social (Blier et Montreuil, 2020). Elle peut également s'avérer détrimentaire à l'alliance thérapeutique entre l'intervenant et l'adolescent, ne permet pas de prendre en compte les facteurs externes au service dans son cheminement et peut constituer un obstacle à l'amélioration du pouvoir d'agir en établissant des conditions trop difficiles à respecter en fonction de la situation du jeune (Brunelle et Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010). Une approche fondée sur la réduction des méfaits permet de mieux tenir compte de tous ces facteurs (Blier et Montreuil, 2020). Bien que les éléments discutés précédemment semblent privilégier cette approche, il n'en demeure pas moins que la consommation de SPA peut mener à diverses conséquences négatives sur la santé des adolescents. Ainsi, avant de choisir de la pratiquer auprès d'une clientèle adolescente en contexte de réinsertion sociale, il importe d'explorer les effets qu'elle pourrait avoir sur leur santé.

Réduction des méfaits et santé globale de l'adolescent

Les conséquences négatives liées à l'usage et l'abus de SPA ont fait l'objet de multiples écrits et ne sont plus à établir. Bien entendu, les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives peuvent varier en fonction du ou des produits, de la quantité ingérée et de la période de temps sur laquelle la consommation a lieu (Gagnon et Rochefort, 2010). Dans son rapport annuel 2020-2021, Le Grand Chemin révèle que les substances les plus fréquemment consommées par sa clientèle sont, en ordre décroissant, le cannabis, l'alcool, les amphétamines et métamphétamines, les hallucinogènes comme le *mush* ou le LSD, ainsi que la cocaïne. De plus, 54% des jeunes admis au centre présentent une polyconsommation de substances psychoactives (Le Grand Chemin, 2021), ce qui augmente les risques de méfaits (Gagnon et Rochefort, 2010; Tam, 2018). Les conséquences résultant de la consommation de ces substances dépendent également des caractéristiques personnelles de l'individu et du contexte dans lequel elles sont consommées (Gagnon et Rochefort, 2010). Qui plus est, plus une personne commence à consommer tôt dans sa vie et de façon régulière, plus elle sera susceptible de vivre des conséquences néfastes plus tard dans sa vie (Tam, 2018). Dans leurs rapports rédigés

respectivement pour l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et pour l'agence de santé publique du Canada, Gagnon et Rochefort (2010) et Tam (2018) discutent des nombreuses conséquences associées à la consommation à l'adolescence.

En termes de conséquences sur la santé physique, une consommation abusive d'alcool à long terme augmente les risques de développer différents cancers et maladies du foie, de même que de l'hypertension et des lésions cérébrales (Gagnon et Rochefort, 2010). La consommation régulière de cannabis, quant à elle, est associée au développement de problèmes bucco-dentaires et respiratoires (Gagnon et Rochefort, 2010), tout en augmentant le risque de psychose (Tam, 2018). Les risques physiques associés à une consommation de stimulants comprennent la tachycardie, les palpitations, l'hypertension, l'arythmie et la faiblesse musculaire (Gagnon et Rochefort, 2010). Bien entendu, la consommation abusive de la majorité des substances psychoactives peut entraîner des dommages cérébraux permanents ou encore entraîner la mort.

La consommation de substances psychoactives peut également mener au développement ou à l'aggravation des problématiques de santé mentale (Gagnon et Rochefort, 2010; Tam, 2018). Parmi les troubles exacerbés par la consommation d'alcool et de drogues, on retrouve notamment les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles bipolaires, les troubles des conduites, la dépression, les troubles de l'alimentation, les troubles d'apprentissage, le stress post-traumatique, la schizophrénie et l'anxiété sociale (Gagnon et Rochefort, 2010).

En termes de conséquences psychosociales, la consommation à l'adolescence augmente les risques de contracter des ITSS, de vivre une grossesse non désirée ou des abus à caractère sexuel (Gagnon et Rochefort, 2010; Tam, 2018). Elle est également associée au fait de vivre des difficultés scolaires pouvant contribuer au décrochage, de même qu'à la délinquance juvénile (Gagnon et Rochefort, 2010; Tam, 2018).

Des conséquences néfastes sur le développement du cerveau résultent également d'une consommation régulière de substances psychoactives à l'adolescence. Par exemple, la consommation régulière d'alcool à ce moment de la vie peut mener à une altération des fonctions supérieures du cerveau et un développement cortical interrompu, menant à davantage de comportements impulsifs (Gagnon et Rochefort, 2010). La consommation régulière de cannabis à l'adolescence est également associée aux troubles de mémoire,

d'attention et d'apprentissage (Gagnon et Rochefort, 2010; Tam, 2018), tandis que celle d'amphétamines ou de dérivés, comme la MDMA, peut mener à une perte de la mémoire à court terme (Gagnon et Rochefort, 2010).

Ainsi, il est évident que plusieurs conséquences importantes sur la santé résultent d'une consommation régulière de SPA. Il peut donc paraître logique de croire qu'il suffit d'arrêter de consommer afin d'agir sur les différents méfaits qu'elle engendre. Or, il demeure important de se rappeler qu'une problématique de dépendance ne concerne pas uniquement l'utilisation de substances, mais également les différentes sphères de vie de l'individu (Stockings et al., 2016). Les caractéristiques de l'environnement social de l'adolescent affectent également la trajectoire empruntée en matière de consommation et de rétablissement, pouvant être associées tant à des facteurs de risques que des facteurs de protection (Brunelle et Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010; Demers-Lessard et al., 2016). Les impacts sur la santé et l'environnement peuvent également varier en fonction de ces différents éléments et être plus solidement installés chez certains individus que chez d'autres.

Selon un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec détaillant les meilleures pratiques en matière d'intervention auprès des jeunes présentant une dépendance aux SPA (Gagnon et al., 2012), plusieurs critères de planification sont à considérer afin d'augmenter le succès de l'intervention. Parmi ceux-ci se retrouvent l'identification et la considération des déterminants personnels et environnementaux dans l'élaboration des objectifs de changement et l'utilisation de méthodes et stratégies d'intervention fondées sur des bases théoriques appuyées scientifiquement. Cela revient à dire qu'il faut considérer l'adolescent dans sa globalité afin de l'accompagner adéquatement vers l'amélioration de sa condition de vie, et ce, en adaptant les pratiques d'intervention en fonction du type de méfaits vécu par l'adolescent, de son souhait face au rétablissement et de ses caractéristiques personnelles et sociales. Non seulement l'efficacité des modèles fondés sur l'abstinence n'est pas supportée par les résultats des différentes études scientifiques (Bertrand-Dansereau, 2012; Brunelle et al., 2010; Chin et al., 2012; Henssler et al., 2021) mais d'un point de vue clinique, elle ne prend pas en compte la complexité de la réalité de l'adolescent lors de l'intervention (Blier et Montreuil, 2020; Brunelle et Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010; Suissa, 2009). L'approche de réduction

des méfaits, pour sa part, semble répondre à l'ensemble des critères mentionnés (Blier et Montreuil, 2020; Brunelle et Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010; Henssler et al., 2021; Marlatt et Witkiewitz, 2010)

La clientèle du Grand Chemin est composée d'adolescents ayant développé une problématique de dépendance ou en voie d'en développer une. Il importe également de se rappeler que les jeunes référés à cet organisme ont été évalués par des professionnels de la santé et des services sociaux, et que cette évaluation recommande fortement un service d'hébergement de haute intensité, compte tenu des conséquences déjà présentes associées à la problématique. À la suite de leur hébergement, les adolescents retournent dans un environnement familial et social similaire ou identique à celui qui a vu naître la problématique de dépendance. Les stratégies d'intervention s'inscrivent donc dans une perspective de prévention tertiaire, qui visent à améliorer la qualité de vie en réduisant les incapacités et les séquelles associées à la consommation (OMS, 1999). Les stratégies associées à ce type de prévention concernent surtout la prévention des rechutes (non des incidents de parcours) ainsi que toute intervention visant à agir positivement sur la fréquence et la quantité de SPA consommées, ainsi que la nature du produit et le contexte de consommation, en prenant en compte les caractéristiques et les besoins du jeune. En tenant compte des critères susmentionnés, il nous semble que l'abstinence pourrait être utilisée en ciblant certaines substances qui n'ont jamais été tentées par le jeune, de manière à éviter un alourdissement des méfaits associés à la problématique. Elle pourrait également être mise de l'avant en fonction des souhaits de l'adolescent, qui pourrait viser un arrêt complet de consommation et dont les caractéristiques biopsychosociales le permettent. Cependant, l'abstinence ne peut être considérée comme un objectif à atteindre à tout prix par l'ensemble des jeunes suivis si les déterminants personnels et environnementaux la rendent irréaliste ou impossible.

En résumé, la consommation de substances psychoactives à l'adolescence augmente de façon considérable les risques de vivre des conséquences biologiques, développementales et psychosociales importantes. Or, plusieurs de ces conséquences sont déjà présentes au moment où le jeune intègre les services du Grand Chemin, ainsi qu'au moment de commencer le suivi en réinsertion sociale. En ce sens, il importe d'ajuster le niveau de prévention en fonction de la réalité du jeune, de façon à tenir compte de cette

réalité. Les caractéristiques développementales typiques de l'adolescence doivent également être considérées.

Déterminants socioéconomiques à l'adolescence et éthique en réduction des méfaits

Tel que discuté précédemment, l'adolescence constitue une période importante du développement. Outre le développement physique et sexuel, cette période est caractérisée par une activité plus importante du système dopaminergique, responsable du plaisir, et une immaturité du système inhibiteur sérotoninergique, impliqué dans le bonheur et la gestion des humeurs (Scroccaro, 2017). Ces caractéristiques neurodéveloppementales font des adolescents des personnes ayant, de manière générale, de plus faibles capacités d'autocontrôle, de gestion des émotions et de prise de décision que les adultes (Gomez et Van der Linden, 2009). Qui plus est, les adolescents apparaissent également plus susceptibles de rechercher à vivre de nouvelles sensations et un état de conscience altéré. Cette recherche est associée à un risque accru de consommer des substances psychoactives, qui peuvent contribuer au développement d'une dépendance (Scroccaro, 2017). Ces différents éléments peuvent mener à des questionnements concernant l'aspect éthique de l'intervention en réduction des méfaits auprès d'une clientèle adolescente avec une problématique de dépendance (Geppert et Roberts, 2009). En effet, à première vue, il apparaît peu judicieux de laisser un adolescent consommer des substances psychoactives, tout en sachant que son niveau de développement le prédispose à en abuser et à perdre le contrôle. Également, pour qu'un adolescent soit référé au Grand Chemin, il est nécessaire que l'évaluation spécialisée en dépendance effectuée au préalable mette en évidence des besoins qui ne sauraient être répondus par un suivi externe, nécessitant une capacité à maintenir un certain contrôle sur sa propre consommation. C'est donc dire que la clientèle fréquentant le service d'hébergement, préalable au service de réinsertion sociale, présente des difficultés exacerbées en matière d'autocontrôle ainsi que des méfaits importants liés à leur dépendance. Ces caractéristiques suggèrent qu'il pourrait être préférable que l'adolescent cesse complètement de consommer plutôt que d'utiliser une approche de réduction des méfaits, pouvant être difficile à appliquer de façon autonome. Toutefois, avant de statuer sur l'aspect éthique de la réduction des méfaits auprès d'une clientèle adolescente avec une problématique de dépendance, il importe de tenir compte du contexte et des déterminants sociaux entourant son développement et son maintien.

Déterminants socioéconomiques de la santé. Dans son Manuel d'Approche systémique, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT, 2014) discute d'une multitude de facteurs socioéconomiques favorisant l'apparition et la persistance d'une problématique de dépendance et précise qu'une bonne santé serait tributaire à 60% de ces facteurs.

Le premier facteur évoqué concerne le contexte de pauvreté, notamment le faible revenu, l'insécurité alimentaire et l'insécurité liée au logement. Une situation sociale dans laquelle le contrôle et les solutions aux problèmes sont limités accroît la vulnérabilité envers de nombreuses problématiques, notamment la dépendance, la délinquance et les difficultés scolaires.

Sur le plan développemental, le manque de stimulation en bas âge, les expériences de négligence ou de maltraitance durant l'enfance et le manque d'accès aux services appropriés en santé et services sociaux augmentent les risques de développer des problèmes cognitifs et comportementaux, eux-mêmes associés au risque de développer une dépendance. Ces problèmes développementaux amènent des enjeux importants liés à la scolarisation, qui agit habituellement comme facteur de protection envers la toxicomanie en augmentant le sentiment de contrôle sur les conditions de vie.

Toujours selon le Manuel du CCLT, le soutien de la famille, du groupe de pairs et de la collectivité s'avère également un facteur important concernant le développement et le rétablissement d'une problématique de dépendance. La stabilité, la diversité et la solidité des liens sociaux constituent des facteurs de protection importants concernant le développement d'une problématique de dépendance. Ces facteurs influenceront aussi la perception que le jeune se fait de son rétablissement et auront une incidence sur les ressources disponibles afin de mettre en place des moyens concrets en lien avec sa problématique de dépendance (Brunelle et Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010; Demers-Lessard et al., 2016).

Différents éléments culturels sont également à considérer. Parmi ceux-ci se trouvent l'origine ethnique, les politiques gouvernementales en matière de consommation et de services offerts, le discours médiatique, les valeurs et les normes de la société. Ces facteurs peuvent aisément être illustrés par le traumatisme intergénérationnel vécu par les communautés autochtones au Canada. Au cours du 18^e et du 19^e siècle, ces communautés

ont été victimes de mauvais traitements de la part des autorités religieuses et gouvernementales, tandis que plusieurs enfants furent forcés de quitter leur communauté pour les pensionnats autochtones afin d'être assimilés et d'éteindre leur culture d'origine (Dion et al., 2016). Ce traumatisme est associé à plusieurs difficultés, dont la détresse psychologique, l'augmentation des probabilités de vivre de la violence conjugale et des agressions physiques et sexuelles, de même que de développer une problématique de dépendance aux jeux de hasard et d'argent, à l'alcool ainsi qu'aux autres SPA (Dion et al., 2016). La banalisation sociale de la consommation de certaines substances, comme l'alcool et le cannabis, combinée à la stigmatisation des personnes développant une dépendance à ces substances constitue également un facteur culturel favorisant le maintien de la problématique (Bernaud, 2021). Les intervenants évoluant eux-mêmes dans une société entretenant une perception négative des personnes avec une problématique de dépendance, il est possible que certains biais affectent leur conception du rétablissement ainsi que les services offerts pour cette problématique (Geppert et Roberts, 2009; Lambrette, 2010).

La clientèle du centre Le Grand Chemin comprend des jeunes issus de milieux socioéconomiques et culturels variés. Par exemple, l'organisme reçoit certains jeunes issus des communautés autochtones de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, plusieurs jeunes dont la situation est prise en charge par les services de protection de la jeunesse depuis plusieurs années suite à des situations de maltraitance ou de négligence parentale. Les caractéristiques développementales de ces jeunes doivent être considérées au regard des spécificités du contexte et de l'histoire de vie des jeunes et de leurs communautés. L'ensemble de ces caractéristiques affectent non seulement le risque de développer une dépendance, mais aussi la trajectoire de rétablissement (CCLT, 2014; Demers-Lessard et al., 2016; Grégoire, 2005). Plusieurs facteurs découlant du contexte macrosocial ou culturel, tels que le statut socioéconomique, l'appartenance aux peuples autochtones, les ressources reçues par la famille pour soutenir le jeune lorsqu'il était tout-petit et le trauma intergénérationnel échappent au contrôle de l'adolescent. Il importe donc que le service de réinsertion sociale prenne en compte l'adolescent dans sa globalité, afin de se concentrer sur les sphères de vie où l'adolescent a la possibilité de développer son sentiment de contrôle et de compétence afin de favoriser le rétablissement. En imposant un changement de trop grande envergure à l'adolescent, comme le maintien de l'abstinence

dès le début des services en réinsertion sociale, l'intervenant limite de manière importante les possibilités du jeune de développer ses compétences. Un jeune présentant des réticences face à l'abstinence ou vivant dans un environnement ne favorisant pas son atteinte risque de se décourager et se désengager, alors qu'il souhaite initialement réduire sa consommation et les méfaits qui en découlent (Brunelle et Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010; Leslie, 2018). L'intervention en réinsertion sociale auprès d'adolescents dépendants met ainsi en lumière une tension entre les valeurs inhérentes aux approches de réduction des méfaits et d'abstinence. La prochaine section propose une délibération éthique afin de résoudre ce dilemme.

Considérations éthiques. Le travail auprès d'une clientèle adolescente avec une problématique de dépendance soulève une question importante, à savoir s'il est éthiquement acceptable d'utiliser l'approche de réduction des méfaits auprès de personnes mineures, en dépit des conséquences immédiates que cette consommation peut engendrer. Le processus de délibération nécessite la prise en compte de différents éléments, les lois, valeurs et normes entourant la situation ainsi que les conséquences possibles pour les parties concernées.

Plusieurs valeurs et principes du travail social sous-tendent l'approche de réduction des méfaits. Le pragmatisme, soit la reconnaissance du fait que la consommation de SPA représente un phénomène social impossible à éliminer (Blier et Montreuil, 2020), l'autonomie, ou le fait de respecter les décisions des personnes aidées, le droit de recevoir des services de manière équitable basés sur des données empiriques et sans jugement, de même que la dignité et la compassion (Alberta Health Services, 2019). Ces valeurs favorisent le développement de la relation thérapeutique entre l'aidant et l'aidé, qui faut-il se rappeler, représente le facteur le plus important concernant l'adhésion au suivi et l'évolution positive d'une problématique (Brunelle et al., 2010). Du point de vue des normes, on peut identifier différents articles de lois qui soutiennent, du moins de manière implicite, une approche de réduction des méfaits. Par exemple, différents articles du chapitre S-4.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui vise entre autres à réduire la mortalité et la morbidité associée aux différentes problématiques, agir sur les déterminants de la santé des individus et des collectivités, diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'épanouissement et l'autonomie des personnes et assurer une

dispensation de services fondés sur des données probantes, en respectant les caractéristiques, besoins, droits et libertés des individus (2022b). La Loi sur la protection de la jeunesse (2022a) ne possède aucun article proscrivant la consommation de SPA à l'adolescence, bien que la consommation excessive de SPA puisse être considérée comme un trouble de comportement portant atteinte à l'intégrité physique et psychologique et donc, au développement. Cela laisse entendre que certains méfaits peuvent ainsi continuer d'être vécus dans la vie de l'adolescent en réinsertion sociale, sans que cela ne rencontre les limites d'action qui justifient une intervention en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. Précisons cependant que la gravité de la consommation, des comportements qui l'entourent et des conséquences qui y sont associées pourraient justifier une intervention de la protection de la jeunesse. L'adolescent gagne donc à être accompagné dans l'application de stratégies de réduction des méfaits afin de fixer des objectifs et des limites claires, tout en mettant en place certains moyens qui peuvent inclure une période d'abstinence ou encore l'arrêt complet de certaines SPA. Enfin, le code de déontologie des travailleurs sociaux (LégisQuébec, 2020) explicite les devoirs éthiques de ses membres et invite à considérer que le recours universel à l'approche de l'abstinence implique un déni des données probantes récentes (article 76.1), ne favorise pas la mise en place de mesures susceptibles d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services (article 12), est à risque d'entraver la qualité de la relation (article 32) notamment parce que tel que discuté dans l'essai, elle impose de cesser les services pour des jeunes en difficulté sur la base de rechutes et son corolaire, de mentir pour cacher sa consommation. Les différents éléments susmentionnés appuient le caractère éthique de l'approche de réduction des méfaits auprès des adolescents dépendants.

L'approche d'abstinence, quant à elle, découle de valeurs de protection et du principe de prévention primaire, où l'objectif est d'empêcher le développement d'un comportement à risque pour la santé (Zeiler, 2014). Elle s'appuie sur l'idée que la dépendance constitue une problématique sur laquelle les individus ne possèdent aucun contrôle (Suissa, 2009) et vise une élimination de toute forme de méfaits y étant associés (Zeiler, 2014). Les méfaits associés à la consommation de SPA incluent la stigmatisation des personnes dépendantes, l'augmentation de la probabilité de vivre ou de perpétrer des abus physiques et autres actes violents, l'augmentation des comportements impulsifs et une

baisse de l'autodétermination des comportements. (Geppert et Roberts, 2009). Toutefois, l'efficacité de cette approche, tel que discuté précédemment, n'est pas appuyée par la littérature scientifique (Bernaud, 2021; Bertrand-Dansereau, 2012; Chin et al., 2012; Henssler et al., 2021; Kirby, 2008; Lambrette, 2010; Marlatt et Witkiewitz, 2010). Ainsi, bien que l'approche d'abstinence défende les valeurs de protection et de prévention primaire, elle ne réussit pas à favoriser efficacement leur mise en pratique. Le manque d'appuis scientifiques concernant l'efficacité de l'abstinence sur la problématique de dépendance constitue un motif raisonnable justifiant son rejet, au sens des articles de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LégisQuébec, 2022b) et dans notre interprétation, du code de déontologie des travailleurs sociaux.

En résumé, bien que l'adolescent soit caractérisé par de plus faibles capacités d'autocontrôle, de gestion des émotions et de prise de décision que les adultes, il nous apparaît, au terme de cet exercice d'analyse et de délibération, que la réduction des méfaits constitue tout de même l'approche à privilégier par rapport à l'abstinence. Ce constat est appuyé par des considérations éthiques, scientifiques et légales. L'approche de réduction des méfaits promeut des valeurs de pragmatisme, d'autonomie, de respect des droits humains et de compassion. Par son effet bénéfique sur la relation thérapeutique et l'engagement envers le suivi, elle respecte également la valeur de protection soutenue par l'approche d'abstinence. En effet, des objectifs et moyens adaptés au contexte de vie du jeune favorisent une diminution de la consommation de substances psychoactives et l'engagement vers une trajectoire de rétablissement. Si le bien-fondé de cette approche semble bien établi en ce qui concerne l'intervention individuelle, Le Grand Chemin utilise tout aussi fréquemment l'intervention de groupe dans son offre de service. La prochaine section s'intéresse aux impacts à considérer dans l'intégration d'une approche de la réduction des méfaits dans un groupe d'adolescent, dont les souhaits vis-à-vis la dépendance peuvent varier entre les individus.

Impacts de l'approche de réduction des méfaits sur le groupe thérapeutique

Au cours de son suivi en réinsertion sociale au centre Le Grand Chemin, l'adolescent est amené à effectuer des rencontres de groupe en compagnie d'autres jeunes utilisant le même service. L'intervention de groupe est une modalité qui caractérise le service offert par l'organisme et qui relève de la même importance que les rencontres

individuelles. La littérature scientifique tend d'ailleurs à signifier que le contexte d'intervention de groupe auprès d'adolescents dépendants constitue un facteur de changement positif (Boivin et De Montigny, 2002; Brunelle et al., 2010; Desrosiers et al., 2012; Roy et Lindsay, 2017). Parmi les facteurs nécessaires au bon fonctionnement d'un groupe thérapeutique, il est possible de trouver l'homogénéité des buts personnels et de certaines caractéristiques des membres (Roy et Lindsay, 2017). Un groupe thérapeutique dont les membres ne partageraient pas les mêmes objectifs vivrait fort probablement des enjeux importants en termes de dévoilement et de cohésion (Turcotte et Lindsay, 2019). Il apparaît également possible de croire qu'au sein d'un même groupe, les personnes choisissant de maintenir un certain niveau de consommation puissent influencer les autres jeunes à faire de même, nuisant ainsi à leur cheminement. Cette hypothèse constitue un des arguments principaux utilisés par Le Grand Chemin afin de justifier l'imposition de l'abstinence aux adolescents en réinsertion sociale lors de leur suivi.

S'il se trouve que l'homogénéité des buts personnels améliore significativement les chances de succès du groupe, il est également fortement influencé par l'hétérogénéité des capacités d'adaptation et des expériences des membres, ainsi que par la présence de membres ayant un vaste éventail d'habiletés (Lecomte et al., 2018; Roy et Lindsay, 2017). C'est donc dire que certaines différences entre les individus doivent subsister au sein du groupe afin de nourrir les échanges entre les membres et favoriser l'atteinte de leurs objectifs. Une homogénéité trop grande entre les membres du groupe peut mener à une dépendance des individus envers le groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). Conséquemment, il est possible que cela fasse en sorte que les membres évitent d'exprimer des idées qui semblent contraires aux normes du groupe de sorte à éviter les conflits potentiels (Roy et Lindsay, 2017). Un des défis principaux de la constitution d'un groupe est donc d'établir un équilibre entre l'homogénéité et l'hétérogénéité des caractéristiques au sein du groupe thérapeutique.

Dans leur ouvrage intitulé « L'intervention sociale auprès des groupes », Turcotte et Lindsay (2019) regroupent l'ensemble des caractéristiques pouvant être prises en considération dans la composition d'un groupe thérapeutique en deux catégories. Les caractéristiques descriptives concernent les éléments liés à l'identité d'une personne. L'âge, le sexe, la profession et la présence ou non de problématique de dépendance, pour

ne nommer que celles-ci, constituent des caractéristiques descriptives. Les caractéristiques comportementales, quant à elles, décrivent les agissements d'une personne. Par exemple, prendre une marche 2 fois par semaine ou consommer une telle quantité de substances psychoactives sont des caractéristiques comportementales. Un groupe présentant une homogénéité des caractéristiques descriptives ainsi qu'une hétérogénéité des caractéristiques comportementales favorisera davantage l'atteinte de l'objectif de ses membres.

En appliquant ces considérations au groupe de réinsertion sociale du centre Le Grand Chemin, il apparaît possible d'instaurer une approche de réduction des méfaits auprès de la clientèle adolescente de l'organisme. Une crainte peut subsister concernant l'abandon de l'approche de l'abstinence comme condition de participation au groupe, laquelle garantissait une certaine homogénéité dans le groupe thérapeutique. Or, le fait que les membres puissent s'identifier comme des adolescents vivant avec une problématique de dépendance, comme diplômés du service d'hébergement du Grand Chemin et comme des gens souhaitant travailler à réduire les méfaits de leur consommation peuvent s'avérer suffisants pour assurer l'homogénéité des caractéristiques du groupe. Le parcours commun au sein de l'organisme et l'expérience d'une problématique semblable permettent aux membres de mieux s'identifier aux autres et créent un sentiment de solidarité et d'appartenance. Les jeunes ayant tous des capacités et une expérience de vie différentes, la réduction des méfaits varie forcément entre les individus du groupe en termes d'objectifs et de moyens adoptés. Ces variations de l'expérience, des capacités, et de la façon de se mettre en action confèrent au groupe une hétérogénéité des caractéristiques comportementales. Les différences dans l'expression de la problématique de dépendance et des moyens utilisés permettent de confronter la vision de chacun et de créer un climat d'entraide et d'échange. L'intervenant en réinsertion sociale peut utiliser ces éléments comme levier thérapeutique, afin de permettre aux membres du groupe de se questionner et de progresser vers le rétablissement. Pour ce faire plusieurs habiletés lui sont nécessaires. Par exemple, il doit se montrer en mesure de favoriser la création d'un climat de confiance entre l'intervenant et les membres, tout en sensibilisant ces derniers aux caractéristiques de chacun (Turcotte et Lindsay, 2019). Il doit également favoriser la cohésion entre les membres en réduisant la distance sociale entre eux afin de faire émerger l'aide mutuelle au

sein du groupe (Roy et Lindsay, 2017). L'intervenant doit se montrer apte à favoriser la prise de pouvoir du groupe en évitant de se positionner en expert par rapport aux membres (Roy et Lindsay, 2017).

Hormis les habiletés de l'intervenant envers le groupe, il demeure possible de s'interroger sur la direction que peut prendre le changement chez les adolescents dépendants membres d'un groupe thérapeutique en réinsertion sociale. En effet, si certains membres peuvent être influencés par des pairs ayant des objectifs ambitieux en termes de réduction de la consommation et de ses méfaits, on peut également croire que des membres choisissant de maintenir une consommation contrôlée, mais active ou fréquente, puissent influencer d'autres jeunes qui avaient initialement prévu d'arrêter de consommer. Or, en règle générale, les personnes ayant des objectifs de changement plus élevés ne se trouvent que très peu affectées par les personnes ayant des objectifs plus modestes (Wosnitza et Volet, 2012). À l'inverse, les personnes avec des objectifs favorisant de plus petits changements sont influencées positivement et de manière importante par les personnes avec des objectifs visant des changements importants et qui travaillent concrètement en ce sens (Wosnitza et Volet, 2012). Plusieurs éléments peuvent expliquer ce phénomène. D'abord, le fait de déterminer soi-même ses cibles de changement et de recevoir des commentaires positifs liés à leur réalisation a pour effet d'augmenter le sentiment de compétence et d'autonomie, tout en stimulant le sentiment d'affiliation sociale à l'aide du groupe (Roy et Lindsay, 2017; Turcotte et Lindsay, 2019). Une personne avec un sentiment de compétence et d'autonomie élevé s'attribuera des objectifs plus complexes et poussés, car elle croit sincèrement en sa capacité à l'atteindre et que cela est cohérent avec ses intérêts et ses valeurs (Vallerand et al., 2019). Aussi, le soutien provenant de l'environnement social de l'adolescent favorise le développement d'un type de motivation tendant davantage vers le pôle intrinsèque, donc plus résistant aux influences négatives pouvant graviter autour du jeune (Deci et Ryan, 2000; Vallerand et al., 2019). C'est donc dire que la qualité du support social de l'adolescent constitue un facteur capital dans la nature du changement envisagé par le jeune, de même que sur sa capacité et sa volonté à évoluer vers le rétablissement (Grégoire, 2005).

Les règles claires présentes au sein du groupe thérapeutique aident également à la création d'un milieu propice au développement personnel de l'adolescent (Roy et Lindsay,

2017). Dans le contexte d'un groupe pour les adolescents au Centre le Grand Chemin, on peut imaginer parmi ces règles le fait de ne pas valoriser la consommation, d'éviter d'aborder les différents moyens de se procurer de la consommation, ne pas se présenter en état de consommation lors des rencontres, faire preuve d'ouverture d'esprit envers les expériences des autres, partager de façon authentique ses forces et ses défis ou toute autre règle soutenant le rétablissement et l'aide mutuelle dans un cadre respectueux et sécuritaire. Dans un même ordre d'idées, l'intervenant et le groupe doivent préciser ensemble les conséquences relatives au fait d'enfreindre certaines règles, de sorte à assurer le bon fonctionnement du groupe thérapeutique. Par exemple, le manque d'implication envers les objectifs, le manque de respect envers les membres du groupe ou les intervenants ou encore les absences non motivées pourraient entraîner une fin de service et une référence vers un autre service d'aide en dépendance. Le cadre de l'intervention, les règles claires et les objectifs du groupe thérapeutique peuvent, de ce point de vue, permettre une utilisation positive du savoir expérientiel des membres, d'un contexte fondé sur l'honnêteté et la mixité des expériences et postures par rapport à la consommation, afin que les jeunes puissent s'entraider et évoluer ensemble, tout en acceptant que chacun a son rythme et sa propre trajectoire de rétablissement.

En résumé, une homogénéité des caractéristiques descriptives et une hétérogénéité des caractéristiques développementales sont à privilégier afin de favoriser l'efficacité et la pertinence du groupe thérapeutique. Dans le contexte du groupe en réinsertion sociale, le groupe peut choisir de viser le maintien ou l'amélioration de leur problématique de dépendance comme objectif commun. Cet objectif, plus souple, permet à chaque membre d'utiliser ses propres moyens, à son propre rythme et en fonction de ses caractéristiques psychosociales. L'intervenant doit cependant posséder plusieurs habiletés afin de promouvoir l'aide mutuelle, le dévoilement et la prise de pouvoir par les membres du groupe. Des règles claires doivent également être mises en place pour favoriser le bon déroulement des rencontres et que les jeunes membres du groupe avancent ensemble vers l'objectif. Ces arguments tendent à valider la pertinence de l'approche de réduction des méfaits auprès d'un groupe d'adolescents en réinsertion sociale au centre Le Grand Chemin. La section suivante utilisera des éléments provenant de l'ensemble des sections

discutées afin de présenter une proposition d'orientation des services en réinsertion sociale au Grand Chemin, basée sur une approche en réduction des méfaits.

Proposition d'orientation pour la réduction des méfaits en contexte de réinsertion sociale

En tenant compte de l'absence de preuves concrètes indiquant l'efficacité de l'approche fondée sur l'abstinence, puis des liens entre l'approche de réduction des méfaits et la santé globale de l'adolescent, ses déterminants socioéconomiques, la dimension éthique et des effets qu'elle aurait en contexte d'intervention de groupe, il apparaît possible et pertinent de l'instaurer dans les services de réinsertion sociale du Grand Chemin. Cette section propose donc d'explorer la forme que pourrait prendre l'intervention selon cette approche.

Tout d'abord, il apparaît essentiel de décrire les conditions que le jeune aurait à respecter afin de débiter et de maintenir son suivi en réinsertion sociale. Auparavant, l'adolescent devait s'engager à maintenir l'abstinence de drogues et alcools durant les 16 semaines de suivi en réinsertion sociale. Dans le cas où une rechute survenait, l'adolescent disposait d'un délai de 24 heures pour le signaler à l'intervenant, sans quoi cela était considéré comme un manque d'honnêteté de sa part. Cette façon d'interagir avec l'adolescent s'avère moralisatrice (Stella, 2017) et peut nuire au développement de l'alliance thérapeutique (Drugs and Alcohol Findings, 2021; Lambrette, 2010) donc affecter négativement le processus de rétablissement. À la place, il est proposé de développer une nouvelle approche d'intervention qui invite le jeune à s'engager à diminuer les conséquences de sa consommation à l'aide de différents moyens et à communiquer avec son intervenant, de façon transparente, l'ensemble des informations pertinentes à son suivi. Lorsqu'il y a consommation, l'adolescent serait invité à discuter des contextes où il a consommé, et à faire des liens avec ses déterminants socioéconomiques ainsi que ses pensées, émotions et comportements. Ainsi, plutôt que de mettre l'accent sur les moyens à utiliser afin de ne pas consommer et gérer ses obsessions, on se concentrerait davantage sur les besoins du jeune ainsi que sur la manière qu'il peut user de son environnement afin d'y répondre positivement. Le rythme du jeune serait respecté afin de favoriser la création de l'alliance thérapeutique et de l'honnêteté au cours du suivi, tout en gardant en tête qu'on veut maintenir ou améliorer le problème de dépendance dans le retour dans la collectivité.

Tout comme c'est le cas actuellement, le maintien du suivi ne serait pas sans condition. Le jeune aurait en effet à respecter l'horaire de ses rencontres et à s'y présenter à l'heure, par respect pour l'intervenant et pour les autres jeunes utilisant le service. Dans le cas où il serait impossible pour le jeune de se présenter à sa rencontre, il devrait proposer une autre date ou un autre moyen d'assister à la rencontre. Le système de plan d'intervention et d'EAB serait conservé et le jeune aurait encore à montrer un engagement envers ceux-ci. Bien entendu, le plan d'intervention pourrait être modifié si les besoins du jeune changent en cours de route, comme c'est le cas actuellement. Il serait cependant de son devoir d'en discuter avec l'intervenant. Un manque d'engagement envers les EAB et le PI pourrait entraîner une fin de services.

Les objectifs de PI et d'EAB seraient établis en fonction de ses besoins, ses capacités, ses caractéristiques et ressources personnelles, tout en considérant l'influence de l'environnement social sur la faisabilité des objectifs. Le rôle de l'intervenant consisterait à aider le jeune à identifier des objectifs cohérents avec ces éléments et de l'aider à maintenir une progression, tout en respectant le rythme de l'utilisateur. Actuellement, l'intervenant en réinsertion sociale et la conseillère à la famille maintiennent une communication étroite afin que les parents puissent également être éduqués et accompagnés dans le rétablissement de leur enfant. Cette proximité s'avèrerait importante à conserver afin de favoriser la création d'un environnement familial soutenant pour le jeune. Par exemple, une partie de la rencontre de planification des besoins en réinsertion sociale pourrait être dédiée à la présentation de l'approche de réduction des méfaits et à ses objectifs thérapeutiques. La famille serait libre de faire part de ses questions et appréhensions par rapport au retour du jeune à la maison ainsi qu'à l'opérationnalisation de cette approche. Le jeune et sa famille, assistés par les intervenants, pourraient discuter de balises claires concernant la consommation à la maison ou ailleurs, ainsi que des moyens et ressources à mettre en place afin de favoriser le rétablissement. Une discussion concernant les besoins du jeune et de sa famille serait également bénéfique afin que les deux parties puissent se comprendre et s'apporter de l'aide dans leur manière d'y répondre. En ce sens, il apparaîtrait pertinent de bonifier le soutien aux familles les semaines précédant le départ de l'hébergement et pendant la période de réinsertion sociale. Par exemple, en plus des ateliers quinzomadaires pour les parents, une rencontre téléphonique

hebdomadaire pourrait être mise en place afin de les outiller pour établir un cadre adapté aux besoins de l'adolescent.

Les rencontres de groupes continueraient d'être un moment de soutien et d'échange pour les jeunes. L'hétérogénéité des comportements et des objectifs individuels par rapport au rétablissement favoriserait la tenue de discussions riches et pertinentes quant à la situation de chaque adolescent, les difficultés rencontrées, l'exploration de solutions, les bienfaits associés aux changements et les motivations de chacun. Pour sa part, l'intervenant continue d'orienter les discussions au besoin et de construire des activités en fonction des besoins du groupe, mais cette fois avec un spectre plus large et plus adapté de sujets à explorer. Il doit aussi s'assurer du respect de certaines règles essentielles au bon fonctionnement du groupe. Le fait de ne pas valoriser le fait de consommer, d'éviter d'aborder les différents moyens de se procurer de la consommation, ne pas se présenter en état de consommation lors des rencontres, faire preuve d'ouverture d'esprit envers les reflets des autres membres en seraient de bons exemples. La rechute serait abordée selon la même formule que celle des rencontres individuelles, soit en faisant des liens avec les déterminants psychosociaux et contextuels du jeune ainsi que ses pensées, émotions et comportements. Le groupe pourrait questionner l'adolescent à ce sujet, se reconnaître dans le récit et proposer des moyens qui ont fonctionné pour lui, de même que des pistes de réflexion. Il apparaît toutefois important de souligner que ces règles sont déjà présentes dans le groupe de réinsertion sociale. L'adolescence est caractérisée par la propension à la prise de risques (Scroccaro, 2017), une difficulté à évaluer et anticiper les conséquences de ses actions et par une plus faible capacité d'autocontrôle que les adultes (Chabrol, 2011). Ces caractéristiques pourraient représenter des enjeux en ce qui concerne la réalisabilité de l'approche de réduction des méfaits. Afin de prévenir les pertes de contrôles et que le suivi demeure aidant, le groupe de jeunes ainsi que l'intervenant assisteraient l'adolescent dans l'auto-évaluation de ses comportements de consommation, la reconnaissance de leurs conséquences et le choix des moyens à mettre en place pour se rétablir. Comme il paraît difficile d'établir la limite entre une consommation acceptable ou non dans le contexte du suivi en réinsertion sociale, il s'avèrerait pertinent de centrer les critères d'exclusion sur la mise en action visant une réduction de la consommation et l'amélioration de la condition de vie du jeune. Les compétences de l'intervenant seraient sollicitées afin de favoriser la

tenue de cette discussion entre le jeune et son groupe, tout en l'aidant à choisir des moyens adéquats et adaptés à ses caractéristiques et ses besoins. Ainsi, le seul changement à apporter concernerait l'orientation d'un groupe dont l'objectif ne serait plus de demeurer abstinent à tout prix, mais de s'engager sur une trajectoire d'évolution positive concernant la dépendance. Ce changement d'orientation nécessiterait également une définition des critères d'exclusion centrée sur l'implication envers le suivi et le respect de ses règles de fonctionnement.

La création de l'alliance thérapeutique demeure un des meilleurs prédicteurs de l'efficacité du suivi en réinsertion sociale auprès des adolescents (Brunelle et al., 2010). Il importe donc que la relation entre le jeune et l'intervenant soit fondée sur la confiance mutuelle, le respect et la transparence. Le devoir de l'intervenant de signaler les comportements pouvant présenter un risque important pour le développement et la sécurité de l'adolescent peut cependant constituer une limite importante à la création de cette alliance en réduction des méfaits. Le jeune et son intervenant devront donc clarifier ensemble les conditions qui mèneraient à un signalement ou un bris de confidentialité, de sorte à conserver une relation thérapeutique positive et transparente. L'évaluation de la situation par l'intervenant en réinsertion sociale pourra également être appuyée par les informations venant de la conseillère à la famille, afin de mieux en cerner les impacts et agir de façon appropriée. Bien que ce genre d'enjeu soit également présent dans le fonctionnement actuel du suivi en réinsertion sociale, le fait de tolérer la consommation de SPA au sein du suivi amènera certainement des questionnements plus fréquents à ce sujet. Malgré tout, au regard des éléments abordés dans cet essai, il est possible d'affirmer que l'approche de réduction des méfaits, comparativement à l'abstinence imposée, permet d'aborder la consommation en adoptant une posture d'accueil et de non-jugement. Dans le contexte spécifique du suivi en réinsertion sociale qu'a abordé cet essai, les valeurs de transparence et d'honnêteté impliquent une plus grande propension à être honnête avec l'intervenant et à pouvoir recevoir des services qui répondent réellement à ses besoins.

En somme, quelques éléments seront à mettre en place afin d'effectuer une transition vers l'approche de réduction des méfaits. Parmi ceux-ci se trouvent la modification de la rencontre de planification des besoins afin de discuter de réduction des méfaits avec le jeune et sa famille, l'adaptation dans l'orientation des objectifs du groupe et le fait de

remplacer l'engagement envers l'abstinence par celui envers la réduction des méfaits. Ces changements portent essentiellement sur la façon d'accompagner le jeune dans son rétablissement, puisque les éléments relatifs au fonctionnement du suivi, au cadre et aux activités peuvent pour la grande majorité être conservés. L'adoption de la réduction des méfaits constituerait donc un changement important pour l'approche d'intervention de l'organisme, mais parallèlement minime en termes de ressources à investir.

Conclusion

L'objectif de cet essai était de discuter de la pertinence d'ancrer le suivi en réinsertion sociale du centre Le Grand Chemin dans une approche de réduction des méfaits, comparativement à une approche fondée sur l'abstinence imposée. Il soulevait des questionnements concernant les bénéfices de cette approche pour la réinsertion sociale au centre Le Grand Chemin ainsi que sur les impacts de ce changement sur l'intervention. Cette réflexion est survenue suite au stage effectué au sein de l'organisme, en côtoyant une partie de la clientèle souhaitant recevoir des services afin de les aider à diminuer leur consommation, sans pour autant chercher à demeurer abstinent.

Afin d'illustrer la pertinence d'effectuer un changement d'approche, une revue de littérature a permis de conclure qu'il n'est pas possible de valider scientifiquement l'efficacité de l'approche fondée sur l'abstinence. À l'opposé, plusieurs études et méta-analyses ont permis de valider l'efficacité de l'approche de réduction des méfaits dans le domaine de la dépendance. Bien que plusieurs effets néfastes pour la santé et le développement de l'adolescent puissent résulter d'une consommation de SPA, l'approche de réduction des méfaits permet de réduire les risques par rapport à une consommation non-contrôlée. Elle favorise également la mise en place d'un processus de changement progressif, plus durable respectueux du rythme de l'adolescent. L'environnement social de l'adolescent peut constituer un facteur de protection envers le développement et le maintien d'une problématique de dépendance, mais peut également représenter un soutien au changement. Contrairement à l'approche fondée sur l'abstinence, la réduction des méfaits permet la prise en compte des déterminants socioéconomiques de la santé afin de favoriser la mise en place d'objectifs de rétablissement adaptés au contexte de vie de l'adolescent. Différents articles tirés de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur

la protection de la jeunesse ainsi que du Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec tendent à soutenir la dimension éthique de son utilisation auprès d'une clientèle adolescente. Cet essai présente ainsi les multiples avantages liés à un changement d'approche en réinsertion sociale auprès de la clientèle adolescente.

Parmi les différents impacts de ce changement d'approche sur l'intervention, il est possible de s'attendre à une amélioration de l'alliance thérapeutique, de l'honnêteté quant aux diverses situations vécues par l'adolescent et d'une meilleure prise en compte des caractéristiques et des besoins réels de l'adolescent. L'intervention au sein du groupe thérapeutique serait favorisée par l'homogénéité des buts personnels, soit une diminution de la consommation et une amélioration des conditions de vie, mais également par l'hétérogénéité des caractéristiques comportementales, des capacités d'adaptation et des expériences de vie des jeunes. Afin que ce changement se déroule bien et que le groupe puisse demeurer un lieu d'entraide et de développement, l'intervenant en réinsertion sociale devra faire usage de plusieurs compétences et habiletés, notamment dans la création d'un climat de confiance entre l'intervenant et les membres, tout en sensibilisant ces derniers aux caractéristiques de chacun. Il devra également favoriser la cohésion entre les membres en réduisant la distance sociale entre eux afin de faire émerger l'aide mutuelle au sein du groupe. L'intervenant doit se montrer apte à favoriser la prise de pouvoir du groupe en évitant de se positionner en expert par rapport aux membres.

Au regard de ces différents éléments, il convient d'affirmer que la réduction des méfaits constitue l'approche à privilégier en contexte de réinsertion sociale. La proposition d'orientation des services en réinsertion sociale montre que peu de changements seraient nécessaires afin de mettre en œuvre l'approche de réduction des méfaits, tandis que les avantages à effectuer cette transition seraient importants.

Le changement d'approche vers la réduction des méfaits soulève cependant certains enjeux auxquels il importe de s'attarder. Notamment, la capacité de l'intervenant à fixer des limites claires avec le jeune et son groupe concernant les comportements de consommation et l'engagement envers le suivi et le PI se montrera tributaire de l'efficacité du service. Dans le même ordre d'idées, malgré une diminution de consommation de SPA et de certains comportements à risque, l'intervenant demeure obligé par la loi de signaler

toute situation posant un risque de compromission pour la sécurité et le développement de l'adolescent. Il se peut donc que dans certaines situations, l'intervenant doive poser quelques conditions qui devront être partagées avec le jeune afin que le suivi puisse avoir lieu. Des études documentant la transition des services d'un organisme en dépendance auprès d'une clientèle adolescente vers l'approche de réduction des méfaits seraient donc pertinentes à développer afin d'adresser ces enjeux et fournir des données probantes quant à leur résolution.

Références

- Alberta Health Services. (2019). Harm Reduction : Ethics & Harm Reduction. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-ethics-and-harm-reduction.pdf>
- Alcooliques Anonymes. (2022). *A.A. around the world*. <https://www.aa.org/aa-around-the-world>
- AQCID. (2020). *Assemblée générale annuelle 2019-2020*. https://aqcid.com/app/uploads/2021/03/rapport_annuel_2019-20_web-1.pdf
- Archambault, N. (2020). Pour une approche plus globale de la santé. *Relations*, (811), 20-21. <https://id.erudit.org/iderudit/94416ac>
- <https://www.erudit.org/fr/revues/rel/2020-n811-rel05684/94416ac.pdf>
- Ben Amar, M. (2015). *La toxicomanie*. Les Presses de l'Université de Montréal. <https://www.deslibris.ca/ID/468128>
- Bergman, B. G., Greene, M. C., Slaymaker, V., Hoepfner, B. B. et Kelly, J. F. (2014, Apr). Young adults with co-occurring disorders: substance use disorder treatment response and outcomes. *J Subst Abuse Treat*, 46(4), 420-428. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.11.005>
- Bernaudo, J. (2021). Quelle place au symptôme dans l'addiction ? Entre contrainte de la consommation et contrainte de l'abstinence. *Cliniques*, 21(1), 96-109. <https://doi.org/10.3917/clini.021.0096>
- Bertrand-Dansereau, A. (2012). S'abstenir des preuves : influences globales et sélections locales dans l'éducation sexuelle au Malawi. *Sociologie et sociétés*, 44(1), 261-286. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1012151ar>
- Bertrand, M.-A. (2004). Le statut pénal du cannabis au Canada. *Drogues, santé et société*, 2(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/008541ar>
- Blier, C. et Montreuil, J. (2020). *Énoncé de position réduction des méfaits : Pour une régulation saine et responsable des substances psychoactives*. https://aqcid.com/app/uploads/2021/03/enonce_rdm_corrige%CC%81_21octobre.pdf
- Boivin, M.-D. et De Montigny, M.-J. (2002). *La réinsertion sociale en toxicomanie : Une voie à découvrir?* <https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/reinsertion-sociale-toxicomanie-mars-2002.pdf>
- Brunelle, N. et Bertrand, K. (2010). Trajectoires déviantes et trajectoires de rétablissement à l'adolescence : typologie et leviers d'intervention. *Criminologie*, 43(2), 373-399. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1001782ar>
- Brunelle, N., Bertrand, K., Tremblay, J., Arseneault, C., Landry, M., Bergeron, J. et Plourde, C. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société*, 9(1), 211-247. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/044873ar>
- Brusset, B. (2004). Dépendance addictive et dépendance affective [Addictive and Affective Dependence]. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 405-420. <https://doi.org/10.3917/rfp.682.0405>
- Burke, P. J., O'Sullivan, J. et Vaughan, B. L. (2005). Adolescent Substance Use: Brief Interventions by Emergency Care Providers. *Pediatric Emergency Care*, 21(11), 770-776. <https://doi.org/10.1097/01.pec.0000186435.66838.b3>

- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2005). *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/ccsa-004033-2005.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2014). *Manuel d'Approche systémique : Déterminants socioéconomiques de la santé*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Systems-Approach-Socioeconomic-Determinants-2014-fr.pdf>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2022). *Trousse à outil sur le traitement de la toxicomanie en soins primaires : Notions de base*. <https://www.porticonetwork.ca/fr/web/fundamentals-addiction-toolkit/motivation-change/relapse-prevention>
- Chabrol, H. (2011). Troubles liés aux substances psychoactives. Dans *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent* (p. 281-336). Dunod. <https://www.cairn.info/traite-de-psychopathologie-clinique-et-therapeutiq--9782100549900-page-281.htm>
- Chin, H. B., Sipe, T. A., Elder, R., Mercer, S. L., Chattopadhyay, S. K., Jacob, V., Wethington, H. R., Kirby, D., Elliston, D. B., Griffith, M., Chuke, S. O., Briss, S. C., Ericksen, I., Galbraith, J. S., Herbst, J. H., Johnson, R. L., Kraft, J. M., Noar, S. M., Romero, L. M. et Santelli, J. (2012, 2012/03/01/). The Effectiveness of Group-Based Comprehensive Risk-Reduction and Abstinence Education Interventions to Prevent or Reduce the Risk of Adolescent Pregnancy, Human Immunodeficiency Virus, and Sexually Transmitted Infections: Two Systematic Reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 272-294. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.11.006>
- Csikszentmihalyi, M. (2022). *Adolescence*. Encyclopædia Universalis. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/adolescence/>
- Decarie, G. (2020). Mouvement de tempérance au Canada. Dans *L'Encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/mouvement-pour-la-temperance>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Dematteis, M. et Pennel, L. (2016). 4. Théories neurobiologiques de l'addiction. Dans *Traité d'addictologie* (p. 56-71). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-56.htm>
- https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=LAV_REYNA_2016_01_0056
- Demers-Lessard, G., Tremblay, J. et Turcotte, D. (2016). Parcours thérapeutique en dépendance : le rôle du réseau social des adolescents. *Drogues, santé et société*, 15(2), 60-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1038630ar>
- Desmarais, S. (2014). *Guide d'accompagnement pour la mise en oeuvre du plan de cheminement vers l'autonomie*. <http://pca.msss.gouv.qc.ca/doc/GuidePCA29avril2014.pdf>
- Desrosiers, P., Ferland, F. et Blanchette-Martin, N. (2012). *Les services de réinsertion sociale : Guide de pratique et offre de services de base*. https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Reinsertion_Sociale.pdf

- Dion, J., Hains, J., Ross, A. et Collin-Vézina, D. (2016). Pensionnats autochtones : impact intergénérationnel. *Enfances Familles Générations*, 25. <https://journals.openedition.org/efg/1168#quotation>
- Direction régionale de santé publique de Montréal. (2021). *Soutien financier pour des projets d'actions intégrées et complémentaires dans les écoles secondaires montréalaises visant la prévention et la réduction des méfaits en matière de substances psychoactives*. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/appel-projets/Appel_Projets_SPA_08fevrier2021_FR.pdf
- Dorvil, H., Morin, P., Grenier, S. et Carle, M.-È. (2003). *La réadaptation psychosociale des patients psychiatriques désinstitutionnalisés dans leurs familles naturelles» les résidences d'accueil et les logements sociaux avec support communautaire* <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/santecom/35567000106952.pdf>
- Drugs and Alcohol Findings. (2021). *Dangerous data': drinking after dependence*. https://findings.org.uk/PHP/dl.php?file=cont_drink.hot&s=eb
- Dubuc, B. (2002). *La dépendance*. https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_p/i_03_p_par/i_03_p_par.html#2
- Dupras, D. (1998). *Les obligations internationales du Canada en vertu des principales conventions internationales sur le contrôle des drogues*. [https://sencanada.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dupras-f.htm#b.%20%20La%20Convention%20sur%20les%20substances%20psychotropes%20\(1971\)](https://sencanada.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dupras-f.htm#b.%20%20La%20Convention%20sur%20les%20substances%20psychotropes%20(1971))
- Émotifs Anonymes. (2022). Qui sommes nous? <https://emotifsanonymes.org/qui-sommes-nous/>
- Fédération pour la Recherche sur le Cerveau. (S.D.). *Les addictions*. <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-addictions/>
- Ferri, M., Amato, L. et Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005032.pub2>
- Finch, A. J., Jurinsky, J. et Anderson, B. M. (2020). Recovery and Youth: An Integrative Review. *Alcohol Res*, 40(3), 06. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.06>
- Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : Meilleures pratiques de prévention*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1488_UsageSubstPsychoactJeunes_MeillePratiquesPrev.pdf
- Gagnon, H. et Rochefort, L. (2010). *L'usage de substances psychoactive chez les jeunes Québécois : Conséquences et facteurs associés*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1102_UsageSubsPsychoativesJeunes.pdf
- Gamblers Anonymes. (2022). *Gambler Anonyme*. <https://gaquebec.org/index.php/menusommesnous>
- Geppert, C. et Roberts, L. W. (2009). *The Book of Ethics: Expert Guidance For Professionals Who Treat Addiction*. Hazelden Publishing. <https://books.google.ca/books?id=AfXDQAAQBAJ>

- Gomez, J.-M. et Van der Linden, M. (2009). Impulsivité et difficultés de régulation émotionnelle et de gestion des relations sociales chez l'enfant et l'adolescent. *Développements*, 2(2), 27-34. <https://doi.org/10.3917/devel.002.0027>
- Gormley, A. et Laventure, M. (2012). Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute : point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant. *Drogues, santé et société*, 11(2), 72-93. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1021244ar>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Obtenez de l'aide concernant la consommation de substances*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/obtenir-aide-consommation-problematique-substances.html?utm_campaign=hc-sc-opioid-mit-22-23&utm_medium=sem&utm_source=ggl&utm_content=ad-text-fr&utm_term=aide%20d%C3%A9pendance%20drogue&adv=2223-313900&id_campaign=18213523154&id_source=144283880761&id_content=619227565381&gclid=CjwKCAjwzNOaBhAcEiwAD7Tb6LdwaptKo-EzrzKq_mArcVZn4AVAv0wFjxSrdkVEVvhcBXHvO_1BKRoCAscQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds
- Grant, J. E. et Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS spectrums*, 21(4), 300-303. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000183>
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. et Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 233-241. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>
- Grégoire, M. (2005). *Facteurs personnels et environnementaux liés à la gravité de la consommation de produits psychotropes à l'adolescence* [Mémoire, Université du Québec à Trois-Rivières]. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/1481/1/000122240.pdf>
- Hallowell, G. (2020). Prohibition au Canada. Dans *L'encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/prohibition>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A. et Baethge, C. (2021, Aug). Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116(8), 1973-1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>
- Kirby, D. B. (2008, 2008/09/01). The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programs on adolescent sexual behavior. *Sexuality Research & Social Policy*, 5(3), 18. <https://doi.org/10.1525/srsp.2008.5.3.18>
- Lambrette, G. (2010). Entre addiction et abstinence une recherche d'alternatives ou la co-construction d'un problème accessible à une solution. Une application de la thérapie stratégique. *Thérapie Familiale*, 31(1), 49-64. <https://doi.org/10.3917/tf.101.0049>
- Le Grand Chemin. (2020). *Notre mission*. <https://legrandchemin.qc.ca/le-grand-chemin/>
- Le Grand Chemin. (2021). *Rapport annuel 2020-2021*. https://legrandchemin.qc.ca/wp-content/uploads/2021/08/Rapport-annuel-LGC-avec-partie-Fondation-etats-financiers_version-finale.pdf
- Le Robert. (N.D.). Abstinence. Dans *Le Robert*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/abstinence>
- Lecomte, T., Leclerc, C. et Wykes, T. (2018). Les éléments essentiels de la thérapie de groupe. Dans *La TCC de groupe pour le traitement de la psychose* (1^e éd., p. 47-56). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1n35d3m.9>

- Ledoux, C., Brunelle, N. et Bertrand, K. (2011). Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant des comportements suicidaires. *Drogues, santé et société*, 10(2), 105-142. <https://doi.org/10.7202/1013480ar>
- Legendre, R. (2007). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e éd.).
- LégisQuébec. (2020). *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20286%20/>
- LégisQuébec. (2021). *Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.2,%20r.%200.1%20/#se:24>
- LégisQuébec. (2022a). *Loi sur la protection de la jeunesse*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-34.1>
- LégisQuébec. (2022b). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>
- Leslie, K. (2018). *La réduction des méfaits : Une démarche pour réduire les comportements à risque des adolescents en matière de santé*. <https://cps.ca/fr/documents/position/reduction-des-mefaits-comportement-a-risque>
- Marlatt, A. et Donovan, D. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, 2nd ed.* The Guilford Press.
- Marlatt, G. A. et Witkiewitz, K. (2010). Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 591-606. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131438>
- Narcotiques Anonymes. (2022). *À propos de NA*. <https://naquebec.org/>
- Organisation mondiale de la Santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=B39118FD771C74CD8BD0F2B81078590A?sequence=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Syndrôme de dépendance*. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
- Outremangeurs Anonymes. (2022). *Bienvenue chez Outremangeurs Anonymes*. <https://outremangeurs.org/>
- Poulin, C. (2006). *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes*. <http://reductiondesmefaits.aidq.org/index.php/centre-virtuel-de-documentation-mainmenu-37/1-approche-de-reduction-des-mefaits/activites-et-programmes/41-politiques-et-programmes-de-reduction-des-mefaits-pour-les-jeunes/file>
- Quirion, B. (2002). Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope. *Déviance et Société*, 26(4), 479-495. <https://doi.org/10.3917/ds.264.0479>
- Riley, D. (1998). *La politique canadienne de contrôle des drogues : aperçu et commentaire*. Sénat du Canada.
- Rosenbaum, J. E. (2009, Jan). Patient teenagers? A comparison of the sexual behavior of virginity pledgers and matched nonpledgers. *Pediatrics*, 123(1), e110-120. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0407>
- Roy, V. et Lindsay, J. (2017). *Théories et modèles d'intervention en service social des groupes*.
- Santelli, J. S., Kantor, L. M., Grilo, S. A., Speizer, I. S., Lindberg, L. D., Heitel, J., Schalet, A. T., Lyon, M. E., Mason-Jones, A. J., McGovern, T., Heck, C. J., Rogers, J. et

- Ott, M. A. (2017). Abstinence-only-until-marriage: An updated review of U.S. policies and programs and their impact. *Journal of Adolescent Health*, 61, 273-280. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.05.031>
- Scroccaro, N. (2017). *Les addictions à l'adolescence. Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches.* De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.scroc.2017.01>
- Stella, A. (2017). Se droguer pour le plaisir : un tabou ou un droit ? *Chimères*, 91(1), 63-70. <https://doi.org/10.3917/chime.091.0063>
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G. et Degenhardt, L. (2016, Mar). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00002-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00002-x)
- Suissa, J. (2009). *Le monde des AA : alcooliques, gamblers, narcomanes.* Presses de l'Université du Québec. <http://international.scholarvox.com/book/88801703>
- Tam, T. (2018). *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de santé publique au Canada en 2018 : Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes.* Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2018-preventing-problematic-substance-use-youth/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.pdf>
- Taylor, G. (2016). *La consommation d'alcool au Canada.* <https://canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-alcohol-2015-etat-sante-publique-alcool/alt/state-phac-alcohol-2015-etat-aspc-alcool-fra.pdf>
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Sirois, M., Dorval, J., Drouin, M. et Leblanc, L. (2015). *RÉSO : Évaluation des besoins en réinsertion sociale.* https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/Recherche/groupe_recherche/DSMD_reso.pdf
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2019). *L'intervention sociale auprès des groupes* (4e édition.^e éd.). Chenelière éducation.
- Vallerand, R. J., Carbonneau, N. et Lafreniere, M.-A. K. (2019). Chapitre 3. La théorie de l'autodétermination et le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque : perspectives intégratives. Dans *Traité de psychologie de la motivation* (p. 47-66). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2019.01.0047>
- Valot, L. et Lalau, J.-D. (2020, 2020/12/01/). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>
- Waxman, H. (2004). *The content of federally funded abstinence-only education programs.* United States House of Representatives committee on government reform - Minority staff special investigations division <https://spot.colorado.edu/~tooley/HenryWaxman.pdf>
- Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., Arria, A., Dykstra, L. G. et Oliver, J. (2012). Social factors and the addiction syndrome. Dans H. J. Shaffer, D. A. LaPlante et S. E. Nelson (dir.), *APA handbooks in psychology®. APA addiction syndrome*

- handbook* (vol. 1, p. 229-250). American Psychological Association.
<https://doi.org/https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/13751-012>
- Wosnitza, M. et Volet, S. (2012). Group Heterogeneity and Homogeneity in Personal Content Goals for a Group Learning Activity: Impact on Individual Appraisals. *Applied Psychology*, 61(4), 585-604. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2012.00507.x>
- Zeiler, A. (2014). Abstinence education. *The Linacre quarterly*, 81(4), 372-377. <https://doi.org/10.1179/0024363914Z.000000000088>

Appendice A

Cueillette de données des besoins en réinsertion sociale



Le Grand
CHEMIN

Centres spécialisés pour adolescents
Toxicomanie - Jeu excessif - Cyberdépendance

-CUEILLETTE DE DONNÉES DES BESOINS DE RÉINSERTION SOCIALE-

Nom : _____

Date :

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____

Tu as choisi de remplir un questionnaire qui, une fois complété, permettra d'obtenir plusieurs informations sur différents aspects de ta vie. Les réponses que tu apporteras nous permettront de mieux comprendre ta situation, de voir quels sont tes projets et tes intérêts, et d'identifier dans quels domaines de ta vie tu souhaiterais voir des améliorations ou des changements. À la suite de cet exercice, nous pourrions réfléchir ensemble aux moyens qui s'offrent à toi pour répondre à tes besoins et t'aider à réaliser tes objectifs.

- En plus des services que tu reçois actuellement au Grand Chemin, au cours des douze derniers mois, as-tu reçu des services d'autres organismes (CLSC, école, etc.) ou as-tu rencontré un professionnel (travailleur social, psychologue, etc.) ailleurs qu'ici?

OUI NON

Si OUI, inscris le nom des organismes ou des personnes qui t'ont offert du soutien au cours des douze derniers mois, en mentionnant le lien avec ces organismes ou ces personnes et les acquis :

MES PROJETS

Situation scolaire

➤ Décris-nous ta situation scolaire :

- Quelle école fréquentes-tu?

- Quelle année scolaire as-tu complétée?

- Es-tu impliqué dans une ou des activités parascolaires ou dans la vie étudiante?

OUI NON

Si OUI, dans quelle(s) activité(s) es-tu impliqué?

- Quel est ton objectif sur le plan scolaire?

➤ Es-tu satisfait de ta situation scolaire? OUI NON

Pourquoi?

➤ As-tu besoin d'aide pour réaliser tes souhaits et tes objectifs en lien à ta situation scolaire?

OUI NON

Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

Emploi

- Es-tu présentement à la recherche d'un emploi? OUI NON J'AI DÉJÀ UN EMPLOI

Si OUI, quel genre d'emploi cherches-tu maintenant?

-
- Voudrais-tu travailler à temps plein ou à temps partiel? TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL

- Combien d'heures par semaine? _____

Si TU AS DÉJÀ UN EMPLOI, quel est-il?

-
- Es-tu satisfait par cet emploi? OUI NON

Pourquoi?

As-tu besoin d'aide pour réaliser tes souhaits et tes objectifs en lien à l'emploi?

OUI NON

Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

Loisirs

- Quelles sont les activités de loisirs que tu pratiques ou que tu aimerais pratiquer?
(coche les colonnes appropriées)

	Souvent	Parfois	Jamais	Cette activité m'intéresse ou je voudrais la pratiquer plus souvent
Entraînement physique				
Sports d'équipe				
Sports individuels				
Chasse / Pêche				
Musique / Chant				
Cinéma				
Lecture				
Jeux vidéo				
Internet				
Art (peinture, dessin)				
Projet de film				
Activités de plein air				
Autre(s) : _____ _____				

- Es-tu satisfait de ta situation en lien aux loisirs? OUI NON
Pourquoi?

- As-tu besoin d'aide pour réaliser tes souhaits et tes objectifs en lien aux loisirs?
OUI **NON**
Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

MA VIE QUOTIDIENNE

Milieu de vie

➤ Décris-nous ton milieu de vie :

- À quel endroit habites-tu?

- Avec qui habites-tu?

- Depuis combien de temps habites-tu à cet endroit?

- Est-ce que cet endroit est chargé de souvenirs rattachés à la consommation, aux jeux ou à la cyberdépendance?

- Cet endroit te convient-il? OUI NON

Si NON, pourquoi?

- Aimerais-tu habiter à un autre endroit ou avec d'autres personnes?

➤ As-tu besoin d'aide pour réaliser tes souhaits et tes objectifs en lien à ton milieu de vie?

OUI NON

Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

Besoins matériels

- Lorsque tu es chez toi, est-ce que tu as tout ce dont tu as besoin (de la nourriture, des vêtements, une chambre, etc.)?

- Est-ce que tu as une source de revenus?
- REVENUS DE MON EMPLOI « DÉCLARÉS » REVENUS « NON DÉCLARÉS »
- ALLOCATION DE MES PARENTS PRÊTS ET BOURSES DU GOUVERNEMENT
- AUTRE (PRÉCISER) : _____ AUCUNE

- As-tu suffisamment d'argent pour payer tes dépenses chaque mois?
- OUI NON JE NE SAIS PAS NE S'APPLIQUE PAS

- Es-tu satisfait de ta situation en lien aux besoins matériels? OUI NON
- Pourquoi?

As-tu besoin d'aide pour réaliser tes souhaits et tes objectifs en lien aux besoins matériels?

OUI NON

Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

Hygiène de vie

- Quel moyen prioritaire prévois-tu mettre en place pour améliorer ou maintenir ta condition physique?

- Quel moyen prioritaire prévois-tu mettre en place pour améliorer ou maintenir ta santé psychologique?

- As-tu confiance en ta capacité de mettre en place des moyens pour améliorer et maintenir la qualité de ta santé physique et psychologique?

OUI NON

Pourquoi?

As-tu besoin d'aide pour maintenir une hygiène de vie saine?

OUI NON

Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

As-tu besoin d'aide pour gérer tes émotions?

OUI NON

Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Te sens-tu en mesure des gérer des conflits ?

OUI NON

Si NON, quelle aide souhaites-tu obtenir?

- As-tu besoin d'aide pour un trouble de santé mentale? OUI NON
Si OUI, en connais-tu la problématique et quelle aide souhaites-tu obtenir?

- As-tu besoin d'aide pour gérer ta prise de médication? OUI NON
Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

MES RELATIONS

➤ Est-ce qu'il y a des personnes avec qui tu peux parler de tes sentiments?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère |
| <input type="checkbox"/> Frère(s) | <input type="checkbox"/> Sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-mère |
| <input type="checkbox"/> Demi-frère(s) | <input type="checkbox"/> Demi-sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Chum/blonde | |
| <input type="checkbox"/> Parenté (grand(s)-parent(s), oncle(s), tante(s), cousin(s)...): | |

 Ami(s) (préciser) :

 Compagnon(s) de loisirs (préciser) :

 Compagnon(s) d'école (préciser) :__

Collègue(s) de travail (préciser) :__

Intervenant(s), enseignant(s) (préciser) :

 Autre(s) :

Commentaires :

➤ Est-ce qu'il y a des personnes qui peuvent te rendre des services, comme t'aider dans tes devoirs, t'offrir des transports, etc.?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère |
| <input type="checkbox"/> Frère(s) | <input type="checkbox"/> Sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-mère |
| <input type="checkbox"/> Demi-frère(s) | <input type="checkbox"/> Demi-sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Chum/blonde | |
| <input type="checkbox"/> Parenté (grand(s)-parent(s), oncle(s), tante(s), cousin(s)...): | |

 Ami(s) (préciser) :

 Compagnon(s) de loisirs (préciser) :

 Compagnon(s) d'école (préciser) :__

Collègue(s) de travail (préciser) :__

Intervenant(s), enseignant(s) (préciser) :

 Autre(s) :

Commentaires :

Relations... suite

- Est-ce qu'il y a des personnes qui peuvent te donner de bonnes informations et t'aider à prendre des décisions?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère |
| <input type="checkbox"/> Frère(s) | <input type="checkbox"/> Sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-mère |
| <input type="checkbox"/> Demi-frère(s) | <input type="checkbox"/> Demi-sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Chum/blonde | |
| <input type="checkbox"/> Parenté (grand(s)-parent(s), oncle(s), tante(s), cousin(s)...): | |

Ami(s) (préciser) : _____

Compagnon(s) de loisirs (préciser) : _____

Compagnon(s) d'école (préciser) :__

Collègue(s) de travail (préciser) :__

Intervenant(s), enseignant(s) (préciser) : _____

Autre(s) : _____

Commentaires :

- Est-ce qu'il y a des personnes avec qui tu aimes pratiquer des activités de loisirs?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère |
| <input type="checkbox"/> Frère(s) | <input type="checkbox"/> Sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-mère |
| <input type="checkbox"/> Demi-frère(s) | <input type="checkbox"/> Demi-sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Chum/blonde | |

Parenté (grand(s)-parent(s), oncle(s), tante(s), cousin(s)...):

Ami(s) (préciser):

Compagnon(s) de loisirs (préciser):

Compagnon(s) d'école (préciser):__

Collègue(s) de travail (préciser):__

Intervenant(s), enseignant(s) (préciser):

Autre(s):

Commentaires :

Relations...*suite*

➤ Est-ce qu'il y a des personnes qui t'encouragent dans ton rétablissement et dans tes démarches de réinsertion sociale?

Père

Mère

Frère(s)

Sœur(s)

Beau-père

Belle-mère

Demi-frère(s)

Demi-sœur(s)

Chum/blonde

Parenté (grand(s)-parent(s), oncle(s), tante(s), cousin(s)...):

Ami(s) (préciser):

Compagnon(s) de loisirs (préciser):

Compagnon(s) d'école (préciser):__

Collègue(s) de travail (préciser):__

Intervenant(s), enseignant(s) (préciser):

Autre(s):

Commentaires :

➤ Est-ce qu'il y a des personnes qui pourraient nuire à ton rétablissement?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère |
| <input type="checkbox"/> Frère(s) | <input type="checkbox"/> Sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-mère |
| <input type="checkbox"/> Demi-frère(s) | <input type="checkbox"/> Demi-sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Chum/blonde | |
| <input type="checkbox"/> Parenté (grand(s)-parent(s), oncle(s), tante(s), cousin(s)...): | |

Ami(s) (préciser) : _____

Compagnon(s) de loisirs (préciser) : _____

Compagnon(s) d'école (préciser) :__

Collègue(s) de travail (préciser) :__

Intervenant(s), enseignant(s) (préciser) :

Autre(s) : _____

Commentaires :

Relations... suite

➤ Es-tu satisfait de ta situation en lien à tes relations? OUI NON

Pourquoi?

- As-tu besoin d'aide pour réaliser tes souhaits et tes objectifs en lien à tes relations?
 OUI NON
Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

Sens de l'organisation

- Est-ce que les énoncés suivants te correspondent? (coche les colonnes appropriées)

1 = Me correspond tout à fait 2 = Me correspond en partie 3 = Ne me correspond pas du tout

	1	2	3
C'est facile pour moi d'organiser mon temps.			
Chaque semaine, j'essaie de planifier mes activités et ce que je dois faire.			
Je suis toujours à l'heure aux rendez-vous importants.			
Je suis capable de faire face aux imprévus.			
J'arrive à prévoir les étapes que je dois suivre pour réaliser un projet.			
Je me considère comme une personne efficace (constance, rythme, ponctualité).			
Je termine généralement ce que je commence.			

- As-tu besoin d'aide en lien à ton sens de l'organisation? OUI NON

Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

Ressources personnelles

- Est-ce que les énoncés suivants te correspondent? (coche les colonnes appropriées)

1 = Me correspond tout à fait 2 = Me correspond en partie 3 = Ne me correspond pas du tout

	1	2	3
Je me fais confiance lorsque j'ai à prendre une décision.			
Je trouve que je suis une personne importante.			
Je connais mes forces et mes difficultés			
Je ne me décourage pas quand je vis une situation difficile.			
J'ai l'impression d'avoir le contrôle sur ma vie.			
Je n'ai pas de difficulté à assumer les conséquences de mes actes.			
J'apprends de mes erreurs.			
Je suis une personne qui a de l'initiative.			
Je m'implique dans ce que je fais.			
Je fais facilement des choix.			

- As-tu besoin d'aide en lien à tes ressources personnelles? OUI NON
Si OUI, quelle aide souhaites-tu obtenir?

Commentaires :

MES PRIORITÉS D'ACTION

Préoccupations

- En ce moment, y a-t-il des situations d'urgence ou des obstacles que tu rencontres que tu dois prioriser et pour lesquels tu aurais besoin d'un soutien immédiat?

OUI NON

Si OUI, de quoi s'agit-il?

Commentaires :

Appendice B

Outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale (liste de questions)

Situation scolaire

Dans quel programme scolaire es-tu?

En quelle année es-tu?

Quel est ton souhait par rapport à l'école?

Décris-moi une semaine ordinaire pour toi à l'école (comment tu occupes ton temps lors des pauses, comment ça se passe en classe, si tu t'impliques dans des activités, etc.)

Quelles sont les situations à risque pour toi par rapport à l'école?

Sur qui peux-tu compter pour t'aider par rapport à l'école? De quelle façon ces personnes peuvent-elles t'aider?

Quelles situations peuvent t'amener à vivre des obsessions à l'école?

- Quels moyens comptes-tu utiliser pour les gérer?

Sur une échelle de 1 à 10, quel est ton degré de satisfaction par rapport à ta situation scolaire?

Quelle aide souhaiterais-tu recevoir par rapport à ta situation scolaire?

Emploi

Occupes-tu un emploi?

- Que recherches-tu d'un emploi?
- Si oui, parle-moi de ton emploi (tâches, horaire, heures, équipe de travail, conciliation travail-étude satisfaction etc.)
- Si tu as un emploi, quels souvenirs de consommations y sont-ils rattachés?
- Quand tu as un emploi, parle-moi de ta conciliation travail étude.
- Si non, est-ce que cela fait partie de tes projets? Pour quelles raisons?

Qu'est-ce que tu recherches d'un emploi?

Quel métier aimerais-tu faire plus tard?

- Quelles formations dois-tu faire pour y arriver?

Quelles situations peuvent t'amener à vivre des obsessions à l'endroit où tu travailles?

- Quels moyens comptes-tu utiliser pour les gérer?

Sur une échelle de 1 à 10, quel est ton degré de satisfaction par rapport à ta situation d'emploi?

Quelle aide souhaiterais-tu recevoir par rapport à l'emploi?

Loisirs

Quelles activités sportives pratiques-tu souvent?

- Quelles activités sportives t'intéressent ou aimerais-tu pratiquer plus souvent?

Quelles activités artistiques pratiques-tu souvent (dessin, photo, vidéos, sculpture, musique etc.)?

- Quelles activités artistiques t'intéressent ou aimerais-tu pratiquer plus souvent?

Quels autres passe-temps pratiques-tu souvent?

- Quels passe-temps t'intéressent ou aimerais-tu pratiquer plus souvent?

T'impliques-tu dans une association ou un groupe particulier? En quoi consiste ton implication?

- Souhaiterais-tu t'impliquer davantage dans ta communauté? De quelle façon?

Quelles situations en lien avec tes loisirs peuvent t'amener à vivre des obsessions?

- Quels moyens comptes-tu utiliser pour les gérer?

De manière générale, sur une échelle de 1 à 10, quel est ton degré de satisfaction par rapport à tes loisirs?

Quelle aide souhaiterais-tu recevoir par rapport à tes loisirs?

Milieu de vie

Parle-moi de l'endroit où tu habites (ville, quartier, type de résidence?)

Parle-moi des gens avec qui tu habites

Parle-moi du cadre et des règles à la maison.

Parle-moi des interactions que tu as avec les gens avec lesquels tu vis.

T'arrive-t'il de faire des activités avec les gens avec qui tu habites?

- Quel genre d'activités?
- À quelle fréquence?

- Quel est ton niveau de satisfaction par rapport à ces activités?

Quels changements aimerais-tu apporter à ton milieu de vie?

Quelles situations peuvent t'amener à vivre des obsessions dans ton milieu de vie?

- Quels moyens utilises-tu afin de les gérer?

Sur une échelle de 1 à 10, quel est ton degré de satisfaction par rapport à ton milieu de vie?

Quelle aide souhaiterais-tu recevoir par rapport à ton milieu de vie?

Besoins matériels

Comment décrirais-tu ta situation à la maison en termes de besoins matériels (nourriture, vêtements, chambre etc.)?

De quelle façon te procures-tu ce dont tu as besoin?

Lorsque tu as envie de quelque chose (loisir, activité, restaurant, etc.), qui paie ?

Comment décrirais-tu ta capacité à économiser de l'argent ?

- Existe-t-il un projet pour lequel tu souhaites économiser de l'argent?

Quelles situations en lien avec tes besoins matériels peuvent t'amener à vivre des obsessions?

- Quels moyens comptes-tu utiliser pour les gérer?

Sur une échelle de 1 à 10, quel est ton degré de satisfaction par rapport à tes besoins matériels?

Quelle aide souhaiterais-tu avoir concernant tes besoins matériels?

Hygiène de vie

Selon toi, à quoi ressemble un bon équilibre de vie?

Parle-moi de tes habitudes de sommeil

- Quelles habitudes de sommeil souhaites-tu mettre en place à l'extérieur?

Parle-moi de tes habitudes alimentaires

- Quelles habitudes alimentaires souhaites-tu mettre en place à l'extérieur?

Quels moyens utilises-tu pour prendre soins de ta santé physique?

- Que souhaites-tu mettre en place pour prendre soins de ta santé physique?

Quels moyens utilises-tu pour prendre soins de ta santé mentale?

- Que souhaites-tu mettre en place pour prendre soins de ta santé mentale?

Comment décrirais-tu ton utilisation du cellulaire (temps, applications utilisées, période d'utilisation)?

Quelles situations en lien avec ton hygiène de vie peuvent t'amener à vivre des obsessions?

- Quels moyens comptes-tu utiliser pour les gérer?

Sur une échelle de 1 à 10, quel est ton degré de satisfaction par rapport à ton hygiène de vie?

Quelle aide souhaiterais-tu recevoir par rapport à ton hygiène de vie?

Relations

Au sein de ta famille, quelles personnes sont présentes pour te soutenir?

- Parle-moi de tes relations avec chacun d'entre eux

Comment décrirais-tu la relation avec tes amis?

- Quelle relation entretiens-tu avec tes amis non-consommateurs?

Parle-moi de ta situation amoureuse.

Parle-moi des relations qui pourraient amener des comportements à risque chez toi.

Quelles situations en lien avec tes relations peuvent t'amener à vivre des obsessions?

- Quels moyens comptes-tu utiliser pour les gérer?

Sur une échelle de 1 à 10, quel est ton degré de satisfaction par rapport à chacune de tes relations?

Quelle aide souhaiterais-tu recevoir par rapport à tes relations?

Sens de l'organisation

Comment décrirais-tu ta capacité à organiser tes journées?

Comment décrirais-tu ta capacité à être efficace dans tes tâches et responsabilités?

Comment décrirais-tu ta capacité à faire face aux imprévus ou aux changements?

Comment décrirais-tu ta capacité à respecter tes rendez-vous et tes engagements?

Sur une échelle de 1 à 10, quel est ton degré de satisfaction par rapport à ton sens de l'organisation?

Quelles situations en lien avec tes relations peuvent t'amener à vivre des obsessions?

- Quels moyens utilises-tu afin de les gérer?

Quelle aide souhaiterais-tu recevoir par rapport à ton sens de l'organisation?

Ressources personnelles

Comment décrirais-tu ton estime de soi?

Selon toi, quelles sont tes qualités?

Selon toi, quelles sont tes difficultés?

Comment décrirais-tu ta capacité à faire des choix et en assumer les conséquences?

Quel(s) moyen(s) utilises-tu afin de gérer tes émotions?

- Trouve-tu que ces moyens sont efficaces? Explique

Quelle(s) personnes peuvent t'aider à gérer tes émotions?

Parle-moi d'un conflit important que tu as vécu et comment il s'est résolu.

Quelles situations en lien avec tes ressources personnelles peuvent t'amener à vivre des obsessions?

- Quels moyens comptes-tu utiliser pour les gérer?

Possèdes-tu un suivi régulier avec d'autres intervenants ou d'autres professionnels de la santé?

- Quelle aide t'apportent-ils?
- Souhaites-tu les conserver? Pourquoi?

Quelle aide souhaiterais-tu recevoir par rapport à tes ressources personnelles?