



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

EXPLORATION DU PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT D'ADOLESCENTS
PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE LIÉE À L'USAGE DE SUBSTANCES QUI ONT
REÇU DES SERVICES D'UN CENTRE DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉE EN
DÉPENDANCE

MÉMOIRE DE MAÎTRISE
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3168)

PAR
SARAH BATHALON

Sous la direction de
AMÉLIE COUVRETTE ET ANNIE BÉRUBÉ

AVRIL 2023

Table des matières

Liste des abréviations.....	4
Remerciements.....	5
Résumé.....	6
Introduction.....	7
Chapitre 1 : Contexte théorique	9
1.1 La consommation chez les adolescents.....	10
1.1.1 Continuum de la consommation	11
1.1.2 Problématiques associées.....	12
1.1.3 Portrait et prévalence de la consommation des adolescents	13
1.2 Le rétablissement de la consommation problématique des adolescents	15
1.2.1 La conceptualisation du rétablissement	15
1.2.2 Les facteurs associés au rétablissement	19
1.3 Cadre théorique.....	33
1.3.1 Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente	34
1.3.2 Énoncé de la problématique.....	36
1.3.3 Objectifs de la recherche.....	37
Chapitre 2 : Méthodologie	38
2.1 Devis de l'étude	39
2.2 Procédures et collecte des données	40
2.2.1 Le questionnaire sociodémographique	40
2.2.2 L'entretien semi-dirigé.....	40
2.3 L'analyse des données	41
2.4 Population cible et échantillonnage	43
2.4.1 Lieu de recrutement	43
2.4.2 Recrutement des participants	44
2.4.3 Caractéristiques des participants.....	47
2.5 Les considérations éthiques	48
Chapitre 3 : Résultats	49
3.1 La signification du rétablissement	50
3.2 Les facteurs qui contribuent au rétablissement.....	54
3.2.1 Dimension individuelle.....	54
3.2.1.1 Prendre conscience de leur problématique et de ses impacts.	54
3.2.1.2 Comprendre les motifs de leur consommation.	56

3.2.1.3 Apprendre à se connaître.	58
3.2.1.4 Avoir l'ouverture et la motivation de changer.	60
3.2.1.5 Se prendre en main.....	60
3.2.2 Dimension environnementale	63
3.2.2.1 Être entouré d'un réseau de soutien bienveillant.	63
3.2.2.2 Un intervenant disponible et ouvert d'esprit.	65
3.2.2.3 Fréquenter un environnement sans consommation.	67
3.3 Les défis rencontrés dans le processus de rétablissement.....	68
3.3.1 Le retour à la réalité après le traitement.....	68
3.3.2 La rechute.....	70
3.3.3 Le sevrage	72
3.4 Résumé.....	73
Chapitre 4 : Discussion et analyse des résultats.....	75
4.1 Les profils de rétablissement	76
4.1.1 Le profil de rétablissement ancré	77
4.1.2 Le profil de rétablissement amorcé.....	81
4.1.3 Le profil de rétablissement régressif.....	84
4.2 L'analyse des profils de rétablissement selon le modèle transthéorique du changement... ..	88
4.3 Retombées pour la pratique	91
4.4 Forces et limites de l'étude	94
Conclusion	97
Bibliographie.....	100
Annexes.....	120
Annexe A : Formulaire de consentement.....	121
Annexe B : Questionnaire sociodémographique.....	126
Annexe C : Guide d'entretien semi-dirigé	131
Annexe D : Certificats éthiques (CISSSO, UQO)	134

Liste des abréviations

ARH : Agent de relation humaine

CÉR : Comité d'éthique et de la recherche

CISSSO : Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

CRJDA : Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

CRD : Centre de réadaptation en dépendance

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EM : Entretien motivationnel

EQSJS : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire

IGT-ADO : Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents

ISQ : Institut de la statistique du Québec

SAMSHA : Substance abuse and mental health services administration

SPA : Substances psychoactives

SRIH : Service de réadaptation intensive avec hébergement

TDAH : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TUS : Trouble de l'usage d'une substance

UQO : Université du Québec en Outaouais

Remerciements

Le soutien et la collaboration de nombreux acteurs ont rendu possible la réalisation de ce projet de mémoire. Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices, Amélie Couvrette et Annie Bérubé, qui ont su me faire confiance tout au long de mon parcours. Votre accompagnement et vos commentaires constructifs m'ont permis de concrétiser cette recherche dont le sujet me tient à cœur.

Ensuite, je souhaite remercier le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) pour l'octroi d'une bourse de recherche ayant contribué à l'avancement de ce mémoire. De plus, je remercie le Service de réadaptation spécialisée en dépendance du CISSS de l'Outaouais qui a accepté de participer au projet et qui s'est investi dans le recrutement des participants.

Un merci tout spécial aux adolescents qui ont accepté de participer au projet et qui se sont livrés sur leur histoire en toute transparence. Sans vous, cette recherche n'aurait jamais été possible. Vos témoignages ont permis de mieux comprendre votre réalité et d'identifier des pistes d'intervention.

Je tiens également à remercier mes complices de cette grande aventure que représente la maîtrise, Juliana Bluteau et Sophie Rehmman. Nos nombreuses rencontres d'étude ont agrémenté mon parcours et ont fait en sorte qu'une belle amitié se développe. Ces rencontres ont donné lieu à des fous rires et à de beaux moments de complicité.

Enfin, j'aimerais remercier mon conjoint Jean-Philippe Mathieu, pour son soutien, son écoute et sa compréhension à mon égard tout au long de la réalisation de ce projet de mémoire. Merci de toujours croire en moi et en mes projets. Je remercie également mes parents, Richard et Claude, pour leurs encouragements et pour avoir suscité en moi le goût du dépassement.

Résumé

Le rétablissement en dépendance est un concept abstrait pour lequel il y a une absence de consensus sur sa définition. À défaut d'avoir une définition universelle, le rétablissement est reconnu comme étant un processus d'amélioration personnelle résultant de l'interaction d'une multitude de facteurs. L'influence des facteurs qui favorisent le processus de rétablissement en dépendance demeure peu étudiée, surtout en ce qui concerne les adolescents. Le but de cette recherche est donc de contribuer à une meilleure connaissance du processus de rétablissement chez les jeunes Québécois qui vivent avec un problème lié à l'usage de substances. Pour ce faire, il importe de documenter leur expérience au cours de leur trajectoire de rétablissement et d'explorer leur perception quant à leur rétablissement et les facteurs qui y sont associés depuis leur admission en traitement dans un centre d'hébergement spécialisé en dépendance. L'échantillon compte 10 adolescents âgés de 15 à 18 ans qui ont complété un séjour dans un centre de réadaptation en dépendance dans la dernière année. Les résultats montrent que le rétablissement est propre à chacun et qu'il est étroitement lié à un mieux-être personnel. Le rétablissement est également décrit par les adolescents comme une démarche de changement caractérisée par la reconnaissance et l'acceptation de leur problématique. Parmi les facteurs de changements identifiés par les jeunes, on retrouve notamment la motivation au changement, la présence d'un réseau de soutien bienveillant, la disponibilité et l'ouverture d'esprit des intervenants et la réintégration dans un environnement sans consommation. De plus, trois profils de rétablissement émergent du discours des adolescents, soit le profil de rétablissement ancré, le profil de rétablissement amorcé et le profil de rétablissement régressif. La répartition des participants selon ces profils repose sur l'évolution de leur situation depuis la réception des services.

Mots clés : Adolescence, consommation, traitement, services, processus de rétablissement

Introduction

L'adolescence est une phase critique du développement qui implique l'apparition de changements physiques, cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux importants. L'adaptation à ces changements peut être vécue difficilement par certains adolescents, ce qui les rend particulièrement vulnérables à la consommation de substances psychoactives (SPA) et au développement de problèmes liés à l'usage de substances (Johnston et al., 2016). Les problèmes liés à la consommation de substances qui surviennent dès l'adolescence sont particulièrement préoccupants en raison de leur précocité et du fait qu'ils se produisent dans une étape importante du développement. De plus, les habitudes de consommation d'alcool et de drogues qui débutent à l'adolescence sont des déterminants importants du maintien de ces comportements jusqu'à l'âge adulte et du développement de troubles associés (Bertrand et al., 2006; DeWit et al., 2000; Swendsen et al., 2012). Pour pallier cette problématique, la plupart des centres de réadaptation en dépendance (CRD) du Québec ont mis en place des programmes spécialisés pour les adolescents au cours des 30 dernières années (Bertrand et al., 2006). Toutefois, l'intérêt scientifique concernant l'expérience de traitement des adolescents et leurs processus de rétablissement est assez récent et fait l'objet de peu de recherches (Brunelle & Bertrand, 2010; Mercier & Alarie, 2000). La présente recherche s'intéresse au point de vue des adolescents sur leur processus de rétablissement, et donc à leur perception sur l'évolution de leur situation depuis leur admission en traitement.

Chapitre 1 : Contexte théorique

1.1 La consommation chez les adolescents

L'adolescence est une période de découvertes et d'expérimentations au cours de laquelle certains adolescents s'initient à la cigarette, à la vapoteuse, à l'alcool ainsi qu'aux drogues. Pour la plupart des adolescents, ces expériences sont passagères et n'occupent pas une grande place dans leur vie. Ils consomment surtout par curiosité ou à des fins récréatives lors d'événements sociaux. Cependant, dans certains cas, les adolescents passent d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière ou quotidienne. Chez ces adolescents, l'utilisation d'alcool ou de drogues s'accroît en raison de la présence de facteurs de risque. Les problèmes familiaux, le faible sentiment d'appartenance à l'école et l'influence des pairs sont les facteurs les plus souvent associés à la consommation chez les jeunes adolescents. Chez les jeunes adultes, ce sont les problèmes émotionnels et de comportements qui sont le plus fortement associés à une consommation problématique de substances psychoactives (SPA) (Traoré et al., 2021).

Les SPA ou psychotropes réfèrent aux substances qui affectent le système nerveux central et altèrent le fonctionnement psychique (Ben Amar, 2006, 2007). Les SPA peuvent entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, les comportements ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales (Ben Amar, 2007; Gagnon & Rochefort, 2010). Les différents effets pharmacologiques des SPA permettent de distinguer trois grandes catégories : (1) les stimulants, qui par leur action sur le système nerveux central, génère une sensation de toute-puissance, d'excitation et d'éveil, un sentiment d'endurance supérieure, de même qu'une sensation de bien-être et d'euphorie (cocaïne, amphétamines, caféine, nicotine, etc.), (2) les perturbateurs ou hallucinogènes qui altèrent la perception et le jugement (cannabis, LSD, etc.) et (3) les déprimeurs qui entraînent une sensation de détente et une perte d'inhibition (alcool, héroïne, plusieurs

médicaments dont les tranquillisants, somnifères, analgésiques, etc.) (Ben Amar, 2006; Gagnon & Rochefort, 2010).

1.1.1 Continuum de la consommation

La consommation de SPA peut se situer sur un continuum allant de la consommation à faible risque au trouble de l'usage d'une substance (TUS), qui est décrit comme le mode d'usage problématique d'une substance conduisant à l'altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative (American Psychiatric Association, 2015)¹. La sévérité de la problématique dépend du nombre de critères diagnostiques que la personne rencontre. Pour établir un diagnostic de TUS, la personne doit manifester au moins deux des symptômes suivants au cours d'une période de 12 mois : 1) la substance est souvent consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu; 2) le désir persistant de consommer ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler sa consommation; 3) beaucoup de temps est consacré à l'obtention de la substance; 4) l'envie impérieuse, fort désir ou besoin pressant de consommer; 5) consommation répétée conduisant à l'incapacité de remplir ses obligations majeures; 6) consommation continue malgré des problèmes causés ou exacerbés par les effets de la substance; 7) des activités importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance; 8) consommation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux; 9) l'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique; 10) la tolérance et 11) le sevrage. La sévérité de la problématique est considérée comme légère s'il y a la présence de deux à trois symptômes et modérée s'il y a la présence de quatre à

¹ À noter que les termes « TUS » et « consommation problématique » seront tous deux utilisés dans le texte pour faire référence au problème de consommation des adolescents.

cinq symptômes. S'il y a la présence de six symptômes ou plus, le trouble lié à l'utilisation de substance est alors considéré comme grave (American Psychiatric Association, 2015).

Depuis la parution de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) en 2013, on assiste à une évolution conceptuelle dans le domaine des addictions. Cette édition du DSM propose une nouvelle classification des addictions et regroupe maintenant les diagnostics d'abus et de dépendance ainsi que leurs critères respectifs sous une même catégorie, soit celle des troubles liés à l'usage d'une substance. Ce terme est utilisé pour décrire le large spectre du trouble de la prise de drogue compulsive, d'une forme légère à un état grave à rechutes chroniques. Comparativement à la version précédente, le DSM-5 ajoute le terme *craving* ou l'envie irrésistible d'utiliser la substance à la liste de critères (American Psychiatric Association, 2015).

1.1.2 Problématiques associées

La consommation de substances chez les adolescents s'accompagne souvent de problèmes concomitants. Tout d'abord, la délinquance et l'usage de SPA sont deux phénomènes étroitement liés et la nature de cette relation s'avère complexe. De façon générale, il est reconnu que la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues est nettement plus élevée dans la population judiciairisée que dans la population générale. De plus, les adolescents judiciairisés qui font usage de drogues commettent plus de crimes que les non-consommateurs (Brochu et al., 2016; Brunelle, Brochu et al., 2005). Le lien entre drogue et criminalité peut varier selon le type de substances consommé, les caractéristiques de la personne qui l'utilise et le contexte d'usage (Brochu et al., 2016). Brochu et ses collègues (2016) précisent que l'usage de drogues augmente les probabilités qu'une personne s'engage dans une trajectoire déviante et l'augmentation de la consommation d'alcool et de drogues se traduit fréquemment par une hausse de la criminalité. Dans leur étude

réalisée auprès de jeunes consultant un centre spécialisé de réadaptation en dépendance, Tremblay, Brunelle et Blanchette-Martin (2007) révèlent que près de la moitié d'entre eux avaient déjà été arrêtés ou avaient déjà reçu une sommation à comparaître pour un délit quelconque.

Ensuite, les problèmes de santé mentale sont fréquemment associés à l'abus et à la dépendance aux SPA chez les adolescents (Chan et al., 2008). En effet, une forte proportion des jeunes qui font appel à des centres de traitement en dépendance présentent des problèmes de santé mentale (Bertrand et al., 2006). Le lien qui existe entre les deux problématiques peut prendre différentes formes alors que l'une peut influencer l'autre ou encore les deux peuvent se développer indépendamment (Gagnon & Rochefort, 2010). Au Canada, la dépression, l'anxiété, les troubles des conduites, d'apprentissage ou du comportement sont des exemples de pathologies qui ont été identifiées chez les adolescents comme pouvant accroître les risques de développer une consommation problématique (O'Grady & Skinner, 2008). Le problème concomitant de santé mentale chez les adolescents qui ont une consommation problématique est également associé à un moins bon pronostic et à des idéations suicidaires plus fréquentes (Ledoux, 2013).

1.1.3 Portrait et prévalence de la consommation des adolescents

L'alcool est la substance dont la prévalence de consommation est la plus élevée chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans (Santé Canada, 2019; Traoré et al., 2021). La consommation d'alcool avant l'âge légal est chose courante au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2018). En 2014, le pourcentage de jeunes de 12 à 19 ans consommant de l'alcool de manière abusive était estimé à 10,7% (Statistique Canada, 2014). Après l'alcool, le cannabis est la substance psychoactive la plus consommée par les adolescents âgés de 12 à 17 ans (Santé Canada, 2019; Traoré et al., 2021). La consommation de drogues illicites est quant à elle en baisse chez la population adolescente depuis quelques années, tant au Québec qu'au Canada. La proportion de

polyconsommateurs a également diminué chez les élèves du secondaire depuis les dernières années (Santé Canada, 2019; Traoré et al., 2021). Par polyconsommateurs, on entend les personnes qui consomment plus d'une drogue sur une période définie, de façon simultanée ou à des moments différents, dans un but thérapeutique ou récréatif (Connor et al., 2014). Cependant, l'utilisation de produits pharmaceutiques psychoactifs pour leurs effets psychotropes a légèrement augmenté en popularité chez les adolescents depuis les dernières années. Entre autres, on observe une légère augmentation de la consommation du fentanyl et de stimulants, tels que les médicaments utilisés pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (Santé Canada, 2019).

Par ailleurs, la période de fréquentation de l'école secondaire apparaît comme étant critique quant à l'adoption de certains comportements et habitudes de vie, dont la consommation d'alcool et de drogues (Traoré et al., 2021). Les données de l'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) conduite en 2016 et 2017 montrent que la très grande majorité (94%) n'a pas de problème évident de consommation d'alcool ou de drogues. Toutefois, 3,3% des élèves présentent une consommation à risque et une proportion similaire des élèves (2,9%) manifeste un problème évident de consommation de SPA. Par ailleurs, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à présenter un problème important de consommation (3,4% c. 2,4%) (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2018). En ce qui a trait aux populations cliniques, il existe une forte prévalence de la consommation de SPA chez les adolescents desservis par les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA). Frappier et ses collègues (2015) rapportent que 65% des adolescents qui y sont hébergés présentent un problème d'abus de substances. De plus, environ 60% des jeunes qui consultent un centre de réadaptation spécialisée en dépendance proviennent des CRJDA (Tremblay et al., 2004).

1.2 Le rétablissement de la consommation problématique des adolescents

Les adolescents qui présentent une consommation problématique n'ont pas toujours conscience de leur problème. Chez ces adolescents, c'est souvent leur environnement familial, affectif et social qui va repérer le problème et alerter des professionnels. D'autres adolescents sont conscients de leur problème, mais démontrent de l'ambivalence face au changement, car ils ne voient que peu ou pas de raison de l'accomplir. Selon Miller et Rollnick (2019), cette ambivalence fait partie du processus de changement et constitue une étape vers le rétablissement. Le rétablissement prend différentes formes et peut s'actualiser de différentes façons selon les caractéristiques des adolescents. Il est également perçu comme un processus dynamique dans lequel intervient une multitude de facteurs individuels et environnementaux. Afin de mieux comprendre le rétablissement et ce qu'il implique, il est nécessaire d'étudier sa définition et de documenter les facteurs qui y sont reliés.

1.2.1 La conceptualisation du rétablissement

Le rétablissement en dépendance est un concept vague et contesté dans la littérature dont la définition varie selon les études. Certains auteurs et cliniciens considèrent que l'abstinence est un élément déterminant du rétablissement. Selon leur perspective, le rétablissement réfère à une période d'abstinence prolongée ou à la résolution de la dépendance tant physique que psychologique à une SPA marquée par l'arrêt de la consommation (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; Fan et al., 2019 ; Mee-Lee, 2001; Witkiewitz & Tucker, 2020). D'autres auteurs et cliniciens définissent plutôt le rétablissement en dépendance comme un processus unique à chaque personne qui implique des changements positifs dans le fonctionnement psychosocial et le bien-être général sans exiger l'abstinence définitive (Caiata Zufferey, 2006; Kaskutas et al., 2014; Mercier & Alarie, 2000; Neale et al., 2014). Néanmoins, tous s'accordent sur le fait que le

rétablissement en dépendance est multidimensionnel et va au-delà de la simple réduction de la consommation de substances (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; Caiata Zufferey, 2006; Kaskutas et al., 2014; Mercier & Alarie, 2000; Neale et al., 2014; Witkiewitz & Tucker, 2020; Witkiewitz et al., 2019).

En 2006, l'institut Betty Ford a invité un groupe de 12 personnes, dont la plupart étaient elles-mêmes en rétablissement, à développer une définition du rétablissement en dépendance pouvant servir de point de départ pour une meilleure compréhension collective de ce concept (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007). Au terme de leur groupe de travail, le rétablissement a été défini, de manière consensuelle, comme un mode de vie volontairement maintenu, caractérisé par la sobriété, la santé personnelle et la civilité. Cette définition comprend trois éléments distincts pour saisir le concept global du rétablissement, dont la sobriété qui fait référence à l'abstinence complète de toutes SPA et qui est décrite comme étant primordiale et nécessaire au rétablissement. La santé personnelle désigne l'amélioration de la qualité de vie de la personne alors que la civilité fait référence au fait de vivre dans le respect et la considération de ceux qui nous entourent. Les éléments de santé personnelle et de civilité étendent la définition du rétablissement à un concept plus large que celui de la sobriété. De ce fait, les auteurs considèrent que l'abstinence est nécessaire au rétablissement, mais qu'elle n'est pas suffisante (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007).

D'après une revue de la littérature, Witkiewitz et Tucker (2020) rapportent également que l'abstinence peut être une composante nécessaire du rétablissement pour certaines personnes présentant un TUS. Néanmoins, ils affirment que les recherches sur le sujet indiquent qu'elle n'est pas essentielle pour tous, et que les changements positifs dans le fonctionnement et le bien-être sont souvent des facteurs plus fondamentaux. Witkiewitz et Tucker (2020) critiquent d'ailleurs les études qui se concentrent exclusivement sur les critères diagnostiques du Manuel Diagnostique et

Statistique des Troubles Mentaux 5^e édition (DSM-5) et les habitudes de consommation des participants dans l'évaluation de leur rétablissement. Selon les auteurs, ces études ne tiennent pas compte du fonctionnement, des cognitions, des attitudes, des croyances ou des facteurs contextuels, sociaux et environnementaux qui sont considérés comme importants pour définir le rétablissement. Selon Witkiewitz et Tucker (2020), leur définition offre une vision trop limitée du rétablissement basée uniquement sur les pratiques de consommation et la symptomatologie du DSM-5.

Parallèlement à cette vision selon laquelle l'abstinence est nécessaire au rétablissement, un autre courant de pensée soutient que le rétablissement est un processus unique et personnel qui s'accompagne d'une amélioration de la qualité de vie (Kelly & Hoepfner, 2014 ; Laudet, 2007 ; Mercier & Alarie, 2000). Mercier et Alarie (2000) estiment que le concept de rétablissement réfère à un processus à long terme marqué par des changements dans le mode de vie, les attitudes et les valeurs de la personne aux prises avec une consommation problématique. Dans cette définition, l'accent est mis sur l'amélioration de la situation de la personne et sur sa participation active à son processus de changement. Cette conceptualisation du rétablissement est comparable à celle définie par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA, 2011) qui affirme qu'il s'agit d'un processus de changement par lequel la personne améliore sa santé et son bien-être, prend sa vie en main et s'efforce d'atteindre son plein potentiel. Dans cette perception du rétablissement, la personne réussit à se défaire de sa consommation problématique en prenant une distance par rapport à son ancien mode de vie et en se forgeant une nouvelle image d'elle-même. En somme, ces auteurs estiment que le rétablissement est plus qu'un arrêt de la consommation et qu'il constitue un parcours d'amélioration personnelle et une opportunité d'une meilleure et nouvelle vie.

Caiata Zufferey (2005, 2006) propose une définition du rétablissement qui s'inspire de l'approche de la réduction des méfaits, dont l'objectif n'est pas tant de diminuer la consommation de psychotrope, mais plutôt de minimiser les conséquences néfastes qui en découlent (Brisson, 1997; Quirion, 2002). En ce sens, Caiata Zufferey (2006) affirme qu'il existe trois formes de rétablissement de la toxicomanie. En plus de l'abstinence, elle suggère que la consommation occasionnelle de drogues et la stabilisation par un traitement de substitution constituent des voies possibles de rétablissement d'un TUS. L'auteure soutient que cette diversification des formes de rétablissement permet une meilleure individualisation des objectifs de traitement en fonction des caractéristiques propre à chaque individu (Caiata Zufferey, 2005, 2006). D'après une revue de la littérature, Brunelle et ses collègues (2010) concluent également qu'il existe plusieurs types de trajectoires de rétablissement et que le succès du traitement ne prend pas nécessairement la forme d'une abstinence, et surtout pas d'une abstinence définitive, et que les trajectoires sont sinueuses.

Dans le présent mémoire, la conceptualisation du rétablissement privilégiée est celle basée sur l'approche de réduction des méfaits parce qu'elle offre une avenue flexible et personnalisée à l'individu qui entreprend une démarche de changement. L'individu est donc libre d'identifier les solutions les mieux adaptées à sa situation, de dégager les raisons qui sous-tendent le choix qu'il a fait et de donner sens au parcours qu'il a entrepris. Dans ce mémoire, le rétablissement sera également conçu comme un processus multidimensionnel, tel que défini par plusieurs auteurs en raison des différents indicateurs pouvant définir son succès (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; Caiata Zufferey, 2006; Kaskutas et al., 2014; Mercier & Alarie, 2000; Neale et al., 2014; Witkiewitz & Tucker, 2020; Witkiewitz et al., 2019).

1.2.2 Les facteurs associés au rétablissement

Dans la recherche en dépendance, l'intérêt pour le processus de rétablissement des personnes qui présentent un problème en lien avec l'usage de substances est assez récent. Depuis le début des années 2000, les auteurs dans le domaine cherchent à mieux comprendre ce processus en étudiant les facteurs qui apparaissent comme étant importants pour amorcer des changements et réduire la consommation. Bien que les facteurs qui favorisent le rétablissement chez les adolescents sont peu documentés, quelques recherches se sont penchées sur le processus de changement propre à cette population (Ariail, 2009; Arseneault, 2009; Brunelle & Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010; Hennessy et al., 2019; Ledoux, 2013). À la lumière des résultats obtenus, une multitude de facteurs ont été identifiés comme étant déterminants dans le rétablissement. Dans la littérature, on peut dégager trois thèmes principaux qui tiennent compte des éléments communs rapportés par les adolescents, soit les facteurs liés au traitement, les facteurs individuels et les facteurs sociaux.

1.2.2.1 Les facteurs liés au traitement.

De manière générale, les études démontrent que les traitements en dépendance ont un impact positif sur les habitudes de consommation des adolescents ainsi que sur leur motivation au changement et leur engagement thérapeutique (Anderson et al., 2007; Uliaszek et al., 2019). Dans cette section, il sera donc question des éléments liés au traitement qui contribuent au processus de rétablissement des adolescents. Ces éléments se regroupent selon les thèmes suivants : la persévérance en traitement, la vie de groupe, l'alliance thérapeutique et les apprentissages réalisés.

Les études s'étant intéressées à l'efficacité des traitements en dépendance ont révélé que la persévérance en traitement est associée à une diminution des habitudes de consommation et à la prévention de la rechute chez les adolescents (Brunelle et al., 2010; Kaminer & Godley, 2010). La

persévérance en traitement contribuerait également à l'apparition de changements significatifs dans d'autres sphères de leur vie, soit les sphères scolaire, familiale, légale et psychologique (Arseneault, 2009; Brunelle et al., 2010). De plus, les résultats de l'étude de Bertrand et ses collaborateurs (2009) démontrent que le fait d'avoir complété un traitement et d'avoir participé à un nombre plus élevé de rencontres post-traitement sont des indicateurs d'une diminution plus marquée de la consommation de drogues chez cette population. Dans le même ordre d'idées, l'étude de Simpson et ses collaborateurs (1997) souligne que le principal facteur permettant de prédire des résultats favorables du traitement chez les personnes qui présentent un TUS s'avère être la durée en traitement. Néanmoins, les auteurs rapportent qu'une exposition relativement brève au traitement peut aussi être associée à des améliorations au fil du temps chez certaines personnes. De ce fait, ils considèrent que les niveaux d'intensité de service et la durée optimale du suivi externe favorisant le succès du rétablissement des usagers restent encore à étudier.

En ce qui a trait aux composantes du traitement, les études révèlent que le contexte d'intervention en groupe est porteur de changement pour les adolescents (Arial, 2009; Arseneault, 2009; Bertrand et al., 2009). Il apparaît que ce contexte d'intervention est lié à des prises de conscience chez ceux-ci et à un sentiment de solidarité et d'entraide favorisant leur engagement dans leur processus de rétablissement (Bertrand et al., 2009). Dans le cadre de son mémoire, Arseneault (2009) s'est intéressée à la perception d'adolescents ayant fait un passage dans une unité spécialisée en centre jeunesse offrant des services de réadaptation en dépendance quant aux facteurs thérapeutiques qui leur ont semblé les plus aidants. Parmi les facteurs thérapeutiques identifiés, le processus de groupe s'est avéré être l'un des éléments les plus déterminants dans le cheminement des jeunes. En se basant sur le modèle de Yalom (1995), qui comprend dix facteurs d'aide thérapeutique en groupe, Arseneault (2009) a identifié trois facteurs liés au processus de

groupe dans le discours des adolescents. Le partage d'information est l'un des facteurs ayant été jugés comme importants par les jeunes au cours de leur thérapie. L'espoir que suscite la réussite des autres a aussi été évoqué par les adolescents comme étant un élément contributif au changement. Finalement, l'imitation joue un rôle, soit le fait d'être en contact avec d'autres jeunes tout au long de la thérapie et d'observer les comportements de leurs confrères et les impacts de ceux-ci (Arseneault, 2009). Les témoignages des adolescents rencontrés dans l'étude d'Arial (2009) permettent également de constater l'importance de l'apport et du soutien du groupe dans un programme de traitement résidentiel. Le fait d'être en relation avec d'autres personnes qui vivent des difficultés similaires et qui sont animées par le même désir de changer leur situation est apprécié par les adolescents (Arial, 2009; Demers-Lessard, 2014). Bien que l'intervention en contexte de groupe puisse être vécue difficilement par les adolescents, surtout en début de traitement, il apparaît que le soutien des pairs leur apporte motivation et espoir et leur permet de croire à un rétablissement possible (Arial, 2009; Arseneault, 2009; Brunelle et al., 2010; Von Greiff et al., 2018).

Dans un autre ordre d'idées, l'alliance thérapeutique est reconnue comme étant une composante essentielle et déterminante du traitement dans le processus de rétablissement des adolescents qui présentent un TUS (Arial, 2009; Arseneault, 2009; Brunelle et al., 2010; Hawley & Garland, 2008; Hogue et al., 2006). L'alliance thérapeutique est définie comme un lien affectif entre le client et le thérapeute caractérisé par le respect et la confiance ainsi que par la qualité de leur collaboration dans l'établissement des tâches et des objectifs du traitement (Fitzpatrick & Irannejad, 2008; Hawley & Garland, 2008). Le rôle d'une telle alliance sur les résultats du traitement chez les adultes est bien documenté (Hawley & Garland, 2008; Martin et al., 2000). En revanche, il existe relativement peu d'études sur l'impact de l'alliance thérapeutique chez les

adolescents (Hogue et al., 2006). Considérant que les adolescents présentent un processus de rétablissement différent de celui des adultes, les résultats des études sur les adultes peuvent difficilement être généralisés aux adolescents (Hennessy et al., 2019). Hawley et Garland (2008) affirment que l'alliance thérapeutique des adolescents est susceptible d'être plus complexe que celle des adultes en raison de leur engagement souvent non volontaire dans le traitement et de leur perception singulière face à leur problème. Shirk et Karver (2003) suggèrent également que le développement d'une alliance thérapeutique cliniquement significative prend plus de temps avec les adolescents.

Les études s'étant intéressées à la perspective subjective des adolescents face à leur trajectoire de consommation et à leur processus de rétablissement ont fait ressortir la contribution de l'alliance thérapeutique dans leur démarche de changement (Arial, 2009; Arseneault, 2009; Bertrand et al., 2009; Brunelle & Bertrand, 2010; Brunelle et al., 2010). La présence d'une alliance thérapeutique est une des raisons liées au traitement que les adolescents fournissent pour expliquer la diminution ou l'arrêt de leur consommation à certains moments de leur trajectoire (Brunelle et al., 2010). Du point de vue des adolescents, la qualité de la relation avec leur intervenant constitue l'un des aspects les plus aidants de leur thérapie ainsi que leur plus grande source de satisfaction face au traitement (Arial, 2009; Arseneault, 2009; Brunelle et al., 2010). Le fait que les intervenants fassent preuve de respect, créent un environnement favorable et sécuritaire et qu'ils soient accessibles en tout temps est évoqué par les jeunes comme étant des éléments qu'ils ont apprécié de leur thérapie (Arseneault, 2009). Brunelle et ses collègues (2015) soutiennent que l'attitude chaleureuse des intervenants aide à accroître ou à maintenir la motivation au changement des personnes dépendantes. La motivation au changement est définie comme l'engagement et le maintien de l'engagement de la personne dans un processus (Miller et Rollnick, 1991). Les

résultats de l'étude de Hawley et ses collègues (2008) suggèrent que l'alliance thérapeutique est liée à une diminution des symptômes, à l'amélioration des relations familiales, à l'augmentation de l'estime de soi et du soutien social perçu ainsi qu'à la satisfaction face au traitement. À l'opposé, une relation thérapeutique de faible qualité est un prédicteur de l'abandon du traitement (Avor et al., 2020).

En dernier lieu, les apprentissages réalisés par les adolescents en cours de traitement sont aussi des facteurs qui contribuent à les faire cheminer dans leur processus de rétablissement. Dans l'étude d'Arseneault (2009), les jeunes affirment que la thérapie leur a permis d'acquérir certains outils ou trucs pouvant leur venir en aide dans leur démarche liée à leur consommation. Certains considèrent également avoir fait des apprentissages qu'ils ont su mettre en application une fois sortie de la thérapie. Les activités thérapeutiques sont aussi appréciées des adolescents et sont reconnues comme étant aidantes dans leur cheminement (Arial, 2009; Arseneault, 2009). Les jeunes rapportent qu'elles leur permettent de réaliser des apprentissages, tant sur le plan de la consommation que sur le plan personnel. Entre autres, les activités de gestion du stress et de la colère ainsi que les activités sur les habiletés de communication s'avèrent utiles pour eux une fois de retour dans leur milieu de vie (Arseneault, 2009). De plus, les connaissances acquises sur les drogues et la toxicomanie ont permis aux jeunes d'avoir une meilleure compréhension des répercussions possibles et des effets dommageables, au niveau psychologique et physique, d'une consommation abusive de SPA (Arial, 2009; Avor et al., 2020).

1.2.2.2 Les facteurs individuels.

Les caractéristiques individuelles des adolescents sont des composantes non liées au traitement pouvant affecter leur trajectoire de rétablissement. Souvent combinées à un traitement, ces composantes individuelles jouent un rôle dans le processus de changement des jeunes qui

présentent une problématique de consommation et peuvent expliquer la diminution ou l'arrêt de leur consommation. Les facteurs individuels qui sont particulièrement pertinents dans le processus de rétablissement des adolescents comprennent les caractéristiques internes telles que la confiance en soi ou le sentiment d'efficacité personnelle, la motivation au changement et la régulation des émotions (Hennessy et al., 2019).

Le sentiment d'efficacité personnelle apparaît comme étant un élément efficace pour amorcer des changements et réduire la consommation chez les adolescents (Burlison & Kaminer, 2005; Kaminer & Godley, 2010; Kelly et al., 2012). Burlison et Kaminer (2005) ont mené une étude auprès d'un échantillon d'adolescents engagés dans un traitement basé sur l'approche cognitive-comportementale ou l'approche psychoéducative conceptualisée aux États-Unis afin d'explorer la relation entre le sentiment d'auto-efficacité des adolescents et leur consommation de drogues. Les résultats de l'étude révèlent qu'un sentiment d'auto-efficacité plus élevé est associé à une diminution de la consommation après le traitement. Ainsi, le sentiment d'auto-efficacité est directement lié aux résultats du traitement chez les adolescents, quelle que soit l'approche d'intervention préconisée. Kelly et al. (2012) démontrent également que le sentiment d'efficacité personnelle est étroitement lié à l'abstinence après le traitement et que ce sentiment est renforcé par les changements positifs qui surviennent chez les individus pendant le traitement.

Par ailleurs, la recherche sur les facteurs de changement chez les adolescents en traitement de la toxicomanie suggère que la motivation joue un rôle important dans leur processus de rétablissement (Abdel-Salam, 2011; Black & Chung, 2014; Kaminer & Godley, 2010; Kelly et al., 2012). Un niveau élevé de motivation au changement prédit l'engagement des adolescents dans le traitement, leur rétention ainsi que les résultats du traitement (Black & Chung, 2014; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies [CCLT], 2010; De Leon et al., 2000;

Maisto et al., 2011; Wolfe et al., 2013). À l'inverse, le manque de motivation figure au premier rang des motifs d'absence ou d'abandon d'un traitement en toxicomanie (Kelly et al., 2010). Spinola et ses collègues (2016) ont étudié les effets directs et indirects de la motivation et de l'établissement d'objectifs sur la fréquence de la consommation de drogues des adolescents un an après le traitement. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude démontrent que l'élaboration d'objectifs d'intervention, ou la présence de motivation avant l'établissement d'objectifs sont associées à une diminution de la consommation des adolescents à long terme. Ces résultats illustrent la tendance des jeunes à avoir besoin de motivation pour se fixer des objectifs plus ambitieux afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de consommation (Spinola et al., 2016).

Dans un autre ordre d'idées, la recherche suggère que la plupart des adolescents ont une faible motivation intrinsèque face au traitement (Battjes et al., 2003). Dans le contexte de la dépendance, la motivation intrinsèque réfère à la reconnaissance du problème et à la volonté de recevoir de l'aide afin d'amorcer un changement de comportement (Hiller et al., 2002; Wolfe et al., 2013). Les jeunes seraient plutôt susceptibles de s'engager dans un traitement en raison d'influences externes (Battjes et al., 2003). Les raisons qu'ils évoquent pour recourir aux services sont les démêlés avec la justice, les difficultés académiques et la pression parentale (Arial, 2009; Arseneault, 2009). Certains jeunes expliquent qu'ils se sont impliqués dans une thérapie dans l'espoir d'écourter leur placement en centre jeunesse ou pour éviter certaines conséquences négatives telles qu'un prolongement de sentence ordonné par la Cour (Arseneault, 2009). Les conséquences négatives résultant de la consommation de substances sont donc d'importants prédicteurs de la motivation au changement des adolescents (Arial, 2009; Battjes et al., 2003; Brunelle et al., 2005a; Brunelle et al., 2005b). En effet, les conséquences telles que perçues par les jeunes contribuent parfois à augmenter leur désir de cesser ou de diminuer leur usage de drogues

(Brunelle et al., 2010). Lors d'entretiens auprès d'eux, les adolescents abordent les conséquences psychologiques ou physiques qui découlent de leur consommation et de leur délinquance, telles que la psychose toxique, les symptômes dépressifs, les problèmes de mémoire et l'hospitalisation (Brunelle et al., 2005a). Lorsque les jeunes évaluent que la somme des conséquences de leur consommation dépasse celle des avantages, on parle alors de limite cognitive ou morale. Lorsque cette limite est atteinte, l'adolescent réalise avoir trop à perdre ou rien à gagner sur les plans personnels et interpersonnels s'il maintient le même rythme de consommation (Brunelle & Bertrand, 2010; Brunelle & Cousineau, 2005; Brunelle et al., 2005a). Pour les adolescents, l'atteinte de cette limite est importante dans la mesure où elle les incite à se diriger vers les services, créant ainsi une opportunité de les motiver et de les impliquer dans un traitement (Battjes et al., 2003). Les résultats des études sur l'importance des conséquences de la consommation de substances comme prédicteur de la motivation des adolescents démontrent la nécessité d'aider les jeunes à reconnaître les conséquences néfastes de leur propre consommation de substances afin de faciliter leur processus de rétablissement.

Enfin, la régulation émotionnelle est une dimension importante qui peut être pertinente à l'intervention et à la prévention de la consommation de substances chez les adolescents (Siegel, 2015). Une bonne gestion émotionnelle chez les adolescents est un facteur qui favorise leur adaptation aux changements et le maintien de leur abstinence (Choopan et al., 2016; Fakaruddin & Nor, 2020). Les études révèlent que les personnes qui utilisent des stratégies de régulation des émotions en cours de traitement vivent plus souvent une trajectoire de succès que celles qui ont de la difficulté à contrôler leurs émotions (Choopan et al., 2016; Fakaruddin & Nor, 2020; Hoseiny et al., 2015; Russell et al., 2017). Les émotions négatives et l'incapacité à gérer correctement ces émotions augmentent considérablement le risque de rechute chez les personnes qui présentent un

TUS, car la substance est souvent utilisée pour réduire les affects négatifs et augmenter les affects positifs (Chooan et al., 2016; Dorard et al., 2013). Plusieurs recherches ont associé la consommation de substances à des difficultés de régulation émotionnelle, définie comme les processus conscients et inconscients pour gérer son comportement et ses émotions, contrôler ses impulsions et tendre vers les objectifs souhaités (Vohs & Baumeister, 2016). La consommation de substances est alors perçue comme une stratégie que les individus utilisent pour réguler leurs émotions négatives (Brodbeck et al., 2007; Hutchison, 2017; Paulus et al., 2017; Russell et al., 2017; Sher & Grekin, 2007). Ainsi, le rétablissement en toxicomanie impliquerait l'apprentissage de stratégies mieux adaptées pour gérer la détresse émotionnelle. Russell et ses collègues (2017) supposent que les personnes en rétablissement précoce continuent d'éprouver des difficultés à réguler leurs émotions et continuent de ressentir de l'inconfort alors qu'elles font des efforts pour changer leur mode de vie et apprendre de nouvelles façons de faire face à ces émotions, un objectif auquel la consommation de substances a peut-être servi autrefois. De ce fait, les auteurs soutiennent que le processus de rétablissement est un long processus qui se déroule dans le temps et qui implique souvent une ou plusieurs rechutes avant le changement définitif des habitudes de vie (Laudet & White, 2008; Russell et al., 2017).

À l'aide d'entretiens qualitatifs, Fakaruddin et Nor (2020) ont exploré la façon dont les adolescents vivant avec un TUS perçoivent la régulation de leurs émotions, et ce à travers le partage de leurs expériences de consommation. Dans le récit des adolescents, trois thèmes ont émergé en lien avec leur expérience en matière de consommation et de régulation émotionnelle. Les trois thèmes identifiés sont l'évitement des endroits susceptibles de provoquer la rechute, le contrôle des schémas de pensée et l'évitement des influences négatives (Fakaruddin & Nor, 2020). Ainsi, le fait de rester à l'écart des endroits propices à la consommation est une forme de régulation

des émotions, au sens où ils sont conscients des émotions qui pourraient ressurgir s'ils fréquentaient ces lieux et des impacts que cela pourrait avoir sur leurs comportements de consommation. De plus, les adolescents ont la capacité de contrôler leurs pensées et de réguler leurs émotions lorsqu'ils sont conscients des conséquences d'une possible rechute. Finalement, le fait d'éviter leurs pairs consommateurs aide les jeunes à maintenir leur abstinence. Ainsi, ils affirment que le fait de s'entourer de pairs qui les soutiennent dans leur processus de réadaptation les aide à avoir un meilleur contrôle d'eux-mêmes et de leurs émotions. Dans le même sens, Choopan et ses collègues (2016) soutiennent que l'apprentissage de stratégies pour contrôler leurs émotions et gérer adéquatement leurs pensées réduit considérablement le risque de rechute chez les individus qui présentent un problème de dépendance aux drogues. Néanmoins, les auteurs soulignent également l'importance de l'exposition aux situations antérieures de consommation dans l'apprentissage et la consolidation de ces nouvelles stratégies.

1.2.2.3 Les facteurs sociaux.

Les facteurs associés au rétablissement sont de natures variées et ils agissent sur les différentes étapes de la trajectoire de rétablissement des personnes vivant avec un problème de consommation. Les facteurs sociaux liés aux relations interpersonnelles ont un impact considérable sur leur démarche de changement en raison de leur influence sur le processus de demande d'aide, la persévérance en traitement et le maintien des acquis suite au traitement (Brunelle et al., 2010; Demers-Lessard, 2014). Dans la littérature, les éléments qui se démarquent le plus font référence au soutien social, aux relations familiales, à l'implication des parents dans le traitement et à la modification du cercle social (Bertrand et al., 2013; Black & Chung, 2014; Demers-Lessard, 2014; Gauthier et al., 2010; Winters et al., 2014).

Le soutien social joue un rôle important dans la trajectoire de réadaptation des adolescents et dans le changement de leurs habitudes de consommation (Black & Chung, 2014; Demers-Lessard, 2014; Gauthier et al., 2010; Palmer & Daniluk, 2007; Pivovar, 2014; Williams & Chang, 2000). Le soutien social réfère à l'influence positive qu'exerce le réseau social sur l'individu et il est procuré par les membres de l'entourage vers qui l'individu peut se tourner pour obtenir de l'aide (Demers-Lessard, 2014). Dans le cadre de son mémoire, Demers-Lessard (2014) a montré que le soutien émotionnel est un élément central de l'engagement thérapeutique. Dans les entretiens, les adolescents rapportent que cette forme de soutien les aide à se sentir appréciés, encouragés et soutenus par leur famille, leurs amis et leurs intervenants dans leur démarche de changement (Demers-Lessard, 2014). Dans le même sens, les adolescents rencontrés dans l'étude d'Arseneault (2009) mentionnent que les liens ou les discussions avec leur entourage ont affecté positivement leur implication en cours de thérapie.

En second lieu, les relations familiales sont identifiées par les adolescents comme un élément favorisant l'amélioration de leur situation (Arial, 2009). Certains jeunes disent avoir diminué ou cessé leur consommation d'une ou de plusieurs substances à la demande de leurs parents afin de préserver ou d'améliorer la relation ou parce qu'ils ont compris qu'autrement ils se feraient rejeter (Brunelle et al., 2005b). D'autres jeunes prennent conscience qu'ils ont fait du mal à leur entourage lorsqu'ils étaient intoxiqués, ce qui peut les encourager à modifier leur consommation (Demers-Lessard, 2014). Les études démontrent les répercussions positives du traitement sur les relations sociales des adolescents, particulièrement sur le plan familial (Arial, 2009; Arseneault, 2009; Bertrand et al., 2009; Brunelle et al., 2006; Gauthier et al., 2010; Pivovar, 2014). Les rapprochements familiaux sont évoqués par les adolescents pour expliquer la survenue de changements positifs aux plans de leur consommation de SPA et de leur santé psychologique

(Arial, 2009; Arseneault, 2009). Les jeunes perçoivent une grande différence entre leur situation familiale avant et après le traitement en ce qui a trait à leur communication, leur lien de confiance et leur engagement dans des activités diverses (Arial, 2009; Plourde et al., 2002). Ces changements sur le plan relationnel sont considérables puisqu'ils favorisent la modification du mode de vie et de la consommation des adolescents en plus de leur permettre d'accéder à un profond bien-être familial (Arial, 2009). Les résultats de l'étude de Gauthier et al. (2010) démontrent également l'importance d'effectuer un travail sur la communication familiale lors de la réadaptation en dépendance des adolescents. Les répondants de cette étude ont révélé que les interactions avec leurs parents sont devenues moins agressives et ont laissé place à une plus grande ouverture et à un respect de l'autre, favorisant ainsi des échanges plus constructifs. Cette transition d'un mode de communication réactif vers un mode de communication de soutien a permis aux adolescents d'être plus disposés à mener à terme leur processus de réadaptation (Gauthier et al., 2010). L'amélioration de la communication au sein de la famille et la présence de relations familiales positives sont donc des éléments qui facilitent le rétablissement des adolescents qui présentent un TUS et le maintien de leurs acquis suite au traitement (Brunelle et al., 2010; Gauthier et al., 2010; Pivovar, 2014). En revanche, les problèmes familiaux et les problèmes de santé mentale dans la famille peuvent être associés à une rechute après le traitement (Pivovar, 2014).

Ensuite, les études qui ont documenté l'influence de la famille sur le rétablissement en toxicomanie chez les adolescents soulignent l'importance d'impliquer les parents dans le processus thérapeutique et révèlent les bienfaits de leur implication constante à travers les différentes étapes du traitement (Bertrand et al., 2006; Bertrand et al., 2013; Demers-Lessard, 2014; Gauthier et al., 2010; Plourde et al., 2002; Tremblay et al., 2005). Le concept d'implication parentale réfère à la participation d'un ou des deux parents dans les activités cliniques qui leur sont réservées (Plourde

et al., 2002). L'engagement des parents dans le traitement peut prendre différentes formes. D'une part, ils peuvent apporter une aide concrète à leur enfant en favorisant son accès aux services, par exemple en assurant son transport pour ses rencontres ou en l'accompagnant à ses rendez-vous (Demers-Lessard, 2014). D'autre part, ils peuvent participer conjointement au traitement en assistant à des activités d'information, en participant à des prises de décision tout au long du processus d'intervention, en intégrant des groupes de soutien visant le développement de leurs habiletés parentales ou en entreprenant une démarche thérapeutique plus particulière (Bertrand et al., 2006; Plourde et al., 2002). Bertrand et ses collègues (2006) soutiennent qu'il est pertinent d'impliquer la famille dans le traitement pour favoriser l'engagement et la persistance de l'adolescent au traitement, acquérir une meilleure compréhension des difficultés du jeune, favoriser le soutien familial face aux objectifs de ce dernier, évaluer les besoins de la famille et outiller les parents pour mieux surmonter leurs difficultés. En cours de suivi, l'engagement des parents dans les activités thérapeutiques favorise également une meilleure collaboration entre les acteurs qui gravitent autour de l'adolescent et améliore le sentiment de compétence des parents face aux difficultés vécues par leur enfant. Selon le point de vue des adolescents, l'implication des parents dans le traitement est importante (Plourde et al., 2002). Certains ont constaté que la participation de leurs parents à des groupes de soutien a amélioré leur compréhension face à leur réalité, contribuant ainsi au dialogue entre les parties. De plus, les adolescents pensent qu'il est important que les parents reçoivent de l'information sur les SPA et leurs effets afin de les aider à augmenter leur ouverture et leur tolérance face à la consommation (Plourde et al., 2002). D'autre part, l'utilisation des services par les parents est associée à une diminution de la consommation de SPA et à une plus grande transparence de la part des adolescents envers leurs parents. Les services aident les parents à adopter des pratiques parentales qui améliorent la communication parent-

enfant, ce qui encourage leur enfant à se confier à eux (Bertrand et al., 2013; Plant & Panzarella, 2009). L'implication des parents dans le traitement semble entraîner une reconnaissance mutuelle de leur volonté de changer et favorise la reconstitution du lien de confiance entre l'adolescent et ses parents (Bertrand et al., 2013). Les répondants de l'étude de Plourde et al. (2002) reconnaissent les bienfaits de cette implication sur l'amélioration du climat familial et de leurs méthodes de communications ainsi que sur la diminution des tensions et des confrontations à la maison. Ainsi, la participation des parents au traitement agit à titre de facteur de protection et de réussite dans le traitement de la dépendance des adolescents (Black & Chung, 2014; Muck et al., 2001).

Finalement, la modification du cercle social est un facteur pouvant favoriser le processus de rétablissement des adolescents qui présentent un problème d'utilisation de substances (Arial, 2009; Brunelle et al., 2005b; Brunelle et al., 2005a; Demers-Lessard, 2014). Pour faciliter leur processus de changement, certains adolescents vont se distancer de leurs amitiés nocives pour s'entourer d'amis qu'ils perçoivent comme étant positifs. Ils s'éloignent notamment de leur groupe d'amis consommateurs puisqu'ils ont le sentiment d'être incompris par ces derniers et d'avoir une vision contradictoire face à la consommation (Demers-Lessard, 2014). Selon la perspective des adolescents, le fait de côtoyer des amis ou des proches qui n'ont généralement pas de problème, principalement en lien avec la consommation, les aide à diminuer ou à cesser leur consommation (Anderson et al., 2007; Brunelle et al., 2010). Dans le même ordre d'idées, certains adolescents mentionnent avoir diminué leur consommation de drogues à des périodes de leur vie où ils avaient un amoureux ou une amoureuse qui ne consommait pas (Brunelle et al., 2005b). L'affiliation à un groupe de pairs plus conformiste a des répercussions sur les comportements des jeunes, notamment au niveau de la diminution de leur consommation, mais aussi de leurs activités délictuelles (Brunelle et al., 2005a). La fréquentation de pairs plus conformistes inciterait également les

adolescents à adopter une identité elle aussi plus conformiste (Brunelle et al., 2005b). Cette appartenance à un nouveau réseau de pairs ou à une identité plus conformiste résulte souvent de la formation de nouvelles amitiés ou de la reprise de contact avec des amis de longue date qui n'ont jamais emprunté une trajectoire déviante ou qui sont eux aussi retournés à un mode de vie plus conformiste (Brunelle et al., 2005a). De plus, la reconfiguration du réseau social de l'adolescent en cours de suivi favorise sa persévérance dans le traitement (Demers-Lessard, 2014). Le soutien d'un ami ou d'un amoureux qui est également engagé dans une démarche en lien avec sa consommation donne l'occasion d'un soutien mutuel apprécié par les adolescents les encourageant à ne pas consommer (Demers-Lessard, 2014). Le changement des habitudes de vie avec les pairs, c'est-à-dire le changement des activités entreprises avec les amis, fait aussi partie des éléments qui aident les adolescents à diminuer ou à cesser leur consommation à certains moments de leur trajectoire (Arial, 2009; Brunelle et al., 2005b; Brunelle et al., 2010; Hennessy et al., 2019). Enfin, la nécessité d'occuper le temps libéré par l'arrêt des activités liées à la consommation de façon constructive est étroitement liée à la prévention de la rechute chez les adolescents qui présentent un TUS (Mercier & Alarie, 2000).

1.3 Cadre théorique

Le cadre théorique de ce mémoire repose sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (Prochaska et al., 1992). Cette approche permet de mieux comprendre le processus de changement de comportement et de motivation au changement dans le domaine des dépendances.

1.3.1 Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente

Le modèle transthéorique du changement a été développé par les psychologues James Prochaska et Carlo C. DiClemente au début des années 1980 (Prochaska & DiClemente, 1986). Ce modèle conceptuel décrit le parcours motivationnel des individus souffrant de conduites addictives (Prochaska & DiClemente, 1986). Il permet également d'expliquer le processus de changement et la modification des comportements de dépendance d'un individu selon son passage à travers une série de cinq stades, soit la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien (Prochaska et al., 1992). Le premier stade, celui de la *précontemplation*, réfère à l'étape à laquelle la personne vivant des difficultés n'a pas l'intention de modifier ses comportements dans un avenir rapproché. Elle est généralement inconsciente de sa problématique et des conséquences associées. À ce stade, les changements dans les habitudes de consommation sont souvent le résultat de pressions de la part de l'entourage (Prochaska et al., 1992). Au stade de la *contemplation*, la personne reconnaît l'existence de son problème et envisage sérieusement un changement sans toutefois prendre les mesures nécessaires pour le réaliser. Elle est ambivalente face au changement et idéalise encore les effets bénéfiques de sa consommation. Prochaska et al. (1992) soutiennent que cette phase peut s'étendre sur une longue période de temps, car la personne anticipe négativement les efforts et l'énergie qu'elle devra investir pour surmonter son problème. Le troisième stade est celui de la *préparation*. La personne a l'intention de changer et elle se prépare à l'action en commençant par de petits changements de comportement. La personne à la phase de la préparation a quelque peu réduit ses habitudes de consommation et planifie entamer un véritable changement dans le prochain mois. Cette étape réfère à la prise de décision et aux premiers agissements de la personne sur ses difficultés (Prochaska et al., 1992). C'est au stade suivant, l'*action*, que la personne modifie ses comportements et son environnement afin de

surmonter sa problématique. L'action implique des changements comportementaux considérables et un engagement important en termes de temps et d'énergie. La personne se situe dans cette phase si elle réussit à modifier ses habitudes de consommation pendant une période allant d'un jour à six mois (Prochaska et al., 1992). Au dernier stade, celui du *maintien*, la personne travaille à prévenir la rechute et à consolider les changements acquis au stade précédent. Cette étape n'est pas circonscrite dans le temps, car la stabilisation des changements de comportement peut constituer le travail d'une vie pour les personnes vivant avec une consommation problématique (Prochaska et al., 1992). Ainsi, les stades de changement représentent la façon dont un individu peut progresser vers le rétablissement, et ce, en réalisant graduellement les impacts de sa problématique, en se préparant à prendre action et en utilisant des stratégies qui lui assureront un changement positif et soutenu.

Le modèle transthéorique du changement est pertinent dans la compréhension du processus de rétablissement en dépendance, car il considère le caractère dynamique du comportement. En effet, ce modèle suggère une progression avec régression possible à des stades antérieurs où la personne apprend de ses propres expériences et recommence à avancer dans le processus par la suite (Prochaska et al., 1992). Les stades de changement sont généralement représentés par un schéma cyclique où la rechute et le retour à des stades antérieurs sont reconnus comme faisant partie intégrante du processus de changement. Dans le cas des comportements de dépendance, il est plutôt rare que les personnes parviennent à maintenir leurs acquis dès leur première tentative (Prochaska et al., 1992). Les auteurs suggèrent toutefois que la plupart des individus qui rechutent (c'est-à-dire qui retournent à un stade antérieur) ne se verraient pas impliqués dans un mouvement rotatif qui les ramènerait jusqu'au stade où ils ont commencé leur évolution. Ainsi, selon Prochaska et al. (1992), chaque fois qu'un individu vivrait une rechute, il reprendrait son évolution à travers

les stades, et ce à partir du stade où il était rendu. De cette façon, il apprendrait de ses propres expériences et ses tentatives ultérieures d'adoption du comportement l'amèneraient à expérimenter une nouvelle approche. En tant que processus normal du changement, la rechute doit donc être perçue comme une opportunité d'apprentissage où l'individu apprend à anticiper les obstacles et prévenir les futures récidives (Norcross et al., 2011).

En somme, le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1986) est intéressant pour visualiser le parcours d'un individu dans son processus de rétablissement en tenant compte des rechutes et des facteurs en interaction. Dans ce mémoire, ce modèle est particulièrement utile pour constater, avec le témoignage des adolescents, l'évolution de leur situation et leur volonté à poursuivre les actions menant au rétablissement. Il procure également un système intéressant afin de conceptualiser la manière dont le rétablissement varie aux différents stades de la vie des adolescents et de leur démarche thérapeutique. Dans cette recherche visant à documenter et à explorer l'expérience subjective d'adolescents au cours de leur trajectoire de rétablissement, le modèle transthéorique convient parfaitement pour comprendre les facteurs impliqués dans la motivation au changement et dans le désir de se rétablir, et ce à travers les différents stades de changement.

1.3.2 Énoncé de la problématique

Dans la recherche en dépendance, on remarque une prédominance d'études qui s'intéressent à la population adulte en vue d'améliorer les pratiques d'intervention et l'efficacité des traitements. Néanmoins, la littérature scientifique en dépendance compte également un bon nombre d'études sur la population adolescente. Ces dernières portent principalement sur les trajectoires de consommation de drogues et de délinquance à l'adolescence. Celles qui abordent le processus de rétablissement des adolescents qui présentent un trouble lié à l'usage de substances

s'intéressent majoritairement à l'impact ou à l'efficacité des traitements et à la satisfaction des services reçus. Les autres études qualitatives ou mixtes qui traitent de ce phénomène explorent plus particulièrement l'influence des problèmes concomitants sur la trajectoire de réadaptation des adolescents. Toutefois, rares sont celles qui documentent le cheminement des adolescents tout au long de leur processus de rétablissement dans le but de mieux comprendre leur problématique de consommation dans sa globalité et dans son évolution dans le temps. De plus, la présente étude se démarque des autres recherches, dans le sens où elle s'attarde à la signification que les adolescents ont du rétablissement et à leur positionnement sur leur trajectoire de rétablissement basé sur leur définition du concept. En ayant accès à leur interprétation, on peut mieux comprendre leur perception face à leur propre rétablissement et leur satisfaction par rapport à leur situation actuelle.

1.3.3 Objectifs de la recherche

Ce mémoire vise à favoriser une meilleure connaissance du processus de rétablissement chez les jeunes québécois ayant un TUS. L'objectif est de : 1) documenter leur expérience au cours de leur trajectoire de rétablissement et 2) d'explorer leur perception quant à leur rétablissement depuis leur admission en traitement dans un centre de réadaptation spécialisé en dépendance et les facteurs y ayant contribué.

Chapitre 2 : Méthodologie

2.1 Devis de l'étude

Afin de documenter l'expérience subjective des adolescents quant à leur processus de rétablissement, une méthodologie qualitative type phénoménologique a été retenue. L'utilisation d'une méthodologie de nature qualitative est utile pour décrire et comprendre la manière dont les êtres humains perçoivent leur propre expérience à l'intérieur d'un contexte social particulier (Fortin & Gagnon, 2016). Cette méthode s'avère donc pertinente pour explorer en profondeur l'expérience unique et personnelle de chaque adolescent. La recherche qualitative englobe également plusieurs approches méthodologiques et des perspectives qui se recoupent pour l'étude des phénomènes (Fortin & Gagnon, 2016). Entre autres, la phénoménologie descriptive telle que conceptualisée par Giorgi est une démarche qui vise à comprendre un phénomène selon le point de vue des personnes qui en font l'expérience (Giorgi, 1997). Autrement dit, elle cherche à donner une signification aux phénomènes étudiés et à en ressortir l'essence. La phénoménologie descriptive a également pour but d'étudier les phénomènes humains de la façon dont ils sont vécus par les personnes impliquées en considérant leur réalité subjective. Elle cherche donc à comprendre comment les personnes construisent le sens à travers leurs expériences de vie (Giorgi, 1997; Giorgi et Giorgi, 2008). L'utilisation de cette approche favorisera une compréhension approfondie du processus de rétablissement d'adolescents souffrant d'un problème lié à l'usage de substances qui ont reçu des services résidentiels d'un centre de réadaptation spécialisé en dépendance. Elle permettra également de comprendre leur expérience de rétablissement à travers la lecture qu'ils en font.

2.2 Procédures et collecte des données

2.2.1 Le questionnaire sociodémographique

Dans le but de dresser un portrait détaillé de l'échantillon, un questionnaire sociodémographique a été rempli par les participants (Annexe B). Ce questionnaire comprenant près d'une vingtaine de questions a permis de recueillir des données sur leur âge, leur occupation, leur milieu de vie et les services qu'ils fréquentent. Un autre volet du questionnaire a également permis d'obtenir des informations sur leur expérience de traitement, telles que la durée du séjour, le nombre d'épisodes de service, la durée du suivi en externe et les motifs sous-jacents à la demande de services. Somme toute, cet outil a permis de réaliser des statistiques descriptives des adolescents rencontrés dans le cadre de cette étude.

2.2.2 L'entretien semi-dirigé

Dans le but d'obtenir le point de vue des participants, les données ont été collectées au moyen d'entretiens individuels selon un guide d'entrevue semi-dirigé (Fortin & Gagnon, 2016; Fortin & Gagnon, 2010). En recherche qualitative, l'entretien vise à instaurer un climat d'échanges et de communication entre le chercheur et le répondant en vue de comprendre la signification que ce dernier attribue à un événement ou à un phénomène vécu (Fortin & Gagnon, 2016). Comparativement aux autres types d'entretiens, l'entretien semi-dirigé se démarque par l'ouverture des questions et la flexibilité dans la formulation et l'ordre des questions (Fortin & Gagnon, 2016; Van Campenhoudt et al., 2017). Dans le cadre de ce mémoire, le recours à ce type d'entretien est pertinent, car nous nous intéressons à l'expérience des adolescents telle que vécue par ceux-ci. En effet, les entretiens ont permis aux adolescents d'exprimer librement leurs points de vue en rapport aux thèmes proposés par l'étudiante-chercheuse.

Un guide d'entretien, comprenant une dizaine de questions, a été développé afin d'orienter la discussion lors de la réalisation des entrevues. Le guide d'entretien comprenait des questions portant sur la trajectoire de consommation des adolescents, leur expérience de traitement et leur situation depuis la fin du traitement. Les sujets précis sur lesquels les adolescents ont été questionnés lors de l'entrevue sont présentés dans le protocole d'entretien en Annexe C. La durée moyenne des entretiens était d'environ 75 minutes et ceux-ci ont été menés en visioconférence par le biais de la plateforme Microsoft Teams. Pour faciliter la transcription des entretiens, ces derniers ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal numérique. En début d'entretien, tous les participants ont été informés et assurés que les données obtenues seraient conservées de façon confidentielle et qu'aucune information ne pourrait mener à leur identification. Ils ont ensuite été invités à signer le formulaire de consentement en s'assurant qu'ils avaient bien saisi ce en quoi consistait leur participation et en insistant sur le fait qu'ils étaient libres d'accepter ou non de participer (Annexe A). Les participants ont également été informés de la possibilité de se retirer du projet de recherche ou que leurs données soient retirées du projet à tout moment, et ce, sans préjudice. Lors des entretiens, l'étudiante-chercheuse a joué un rôle de facilitatrice en favorisant chez les adolescents l'exploration des thèmes proposés par des techniques d'écoute active, tels que les questions ouvertes, les synthèses et les reflets.

2.3 L'analyse des données

La méthode d'analyse des données utilisée dans le cadre de ce projet de mémoire est l'analyse de contenu thématique. Cette technique vise à transposer les propos recueillis auprès des participants en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce en rapport avec les objectifs de la recherche. Cette méthode d'analyse permet également de dégager les données narratives qui se démarquent des autres en récurrence ou en importance (Fortin & Gagnon,

2016). Dans ce processus analytique, les grandes tendances du phénomène à l'étude se matérialisent dans un schéma, appelé arbre thématique (Paillé & Mucchielli, 2021).

La thématisation continue a été appliquée pour l'analyse des données. Elle consiste en une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et de construction simultanée de l'arbre thématique. Ainsi, les thèmes sont identifiés et notés pendant la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin, et finalement hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux (Paillé & Mucchielli, 2021). Tout d'abord, une première lecture complète des verbatim a été réalisée afin de s'appropriier le contenu des entretiens et d'avoir une vue d'ensemble du matériel à analyser. Par la suite, les verbatim ont été importés dans le logiciel NVivo 12, un logiciel d'analyse qualitative conçu pour organiser les données sous forme de catégories (Bazeley & Jackson, 2013). À l'aide du logiciel, le contenu des entretiens a été codifié en fonction des thèmes émergents en cours d'analyse. Un thème réfère à un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du texte (Fortin & Gagnon, 2016). À partir des relations entre les thèmes et de la récurrence de certains d'entre eux, ils ont été structurés et organisés en plus grands regroupements thématiques. Au terme de cette étape, un schéma comprenant plusieurs axes thématiques a été obtenu. Une fois les données codifiées, elles ont été analysées et interprétées de façon à en faire ressortir les idées générales. C'est ainsi que les principaux facteurs d'influence dans le processus de rétablissement des adolescents ont été identifiés et que les citations évoquant les propos des participants ont été retenues. Le chapitre 3 présente les résultats qui émergent de cette étape d'analyse.

2.4 Population cible et échantillonnage

2.4.1 Lieu de recrutement

Le service de réadaptation intensive avec hébergement (SRIH) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais est un service spécialisé offert aux adolescents âgés de 13 à 17 ans vivant avec un problème de consommation d'alcool et/ou de drogue ou ayant une utilisation problématique d'internet et des écrans. Ce milieu offre une programmation clinique spécifique construite en fonction de semaines thématiques. Ces activités structurées visent à transmettre de l'information sur différents sujets et thèmes et amènent à développer des habiletés et comportements plus sains que celui de la consommation. En vertu d'une approche psychoéducative appliquée principalement en groupe et basée sur l'entretien motivationnel, la personne progresse, à l'aide d'une réflexion soutenue à l'égard de son style de vie, de ses besoins et de ses désirs face à son avenir (Direction des programmes de santé mentale et dépendance, 2017).

Lors de leur passage au SRIH, les jeunes adhèrent à un horaire régulier conçu spécifiquement pour leur apprendre à développer de nouvelles stratégies pour faire face à la vie sans consommer, réfléchir à leur style de vie et prendre position face à leur dépendance (Direction des programmes de santé mentale et dépendance, 2017). Chaque semaine, 10 heures sont allouées à leur scolarisation et 16 heures aux activités de réadaptation, le tout entrecoupé de leur routine quotidienne. Pour le séjour de huit semaines, des sorties de fin de semaine sont également prévues à partir de la cinquième fin de semaine. Les durées des sorties sont progressives et permettent aux jeunes de réintégrer graduellement leur milieu.

Enfin, le service dispose d'une équipe multidisciplinaire composée d'une psychoéducatrice, d'une agente de relation humaine, d'une spécialiste en activité clinique, d'une

agente de liaison, d'une enseignante, d'infirmières et d'éducateurs. Chacun des membres de l'équipe travaille en complémentarité et communique ensemble quotidiennement. Leur rôle principal est d'aider les usagers à développer des habiletés psychosociales de base qui leur permettront de mieux gérer leur nouveau mode de vie.

2.4.2 Recrutement des participants

Dans le cadre de cette étude, la méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné a été favorisée pour la sélection des participants. L'échantillon non probabiliste vise à représenter le plus fidèlement possible la population ciblée, et ce, en fonction des choix du chercheur (Lamoureux, 2000). Pour ce type d'échantillonnage, les participants sont recrutés en fonction de critères précis afin qu'ils soient représentatifs du phénomène à l'étude (Fortin & Gagnon, 2016; Lamoureux, 2000; Miles & Huberman, 2003). Dans le cadre de ce mémoire, cette méthode d'échantillonnage a permis de choisir un échantillon de cas similaires, favorisant une étude spécifique du processus de rétablissement en dépendance d'un sous-groupe d'adolescents. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient: 1) Être volontaire; 2) S'exprimer couramment en français; 3) Être âgé de 14 à 18 ans et 4) Avoir complété un séjour à l'interne dans un centre de réadaptation spécialisé en dépendance dans la dernière année. Pour assurer une certaine homogénéité entre les participants, les adolescents présentant un diagnostic de déficience intellectuelle ont été exclus de l'échantillon. Pour assurer un consentement libre et éclairé, les adolescents montrant des signes de facultés affaiblies par la prise de substances au moment de l'entretien ont également été exclus du projet de recherche à l'exception de ceux qui ont accepté de reporter l'entretien à une date ultérieure.

La population à l'étude est constituée d'adolescents qui vivent avec un problème lié à l'usage de substances qui ont séjourné au service de réadaptation intensive jeunesse du CISSS de

l'Outaouais pour y suivre une thérapie durant l'année précédant la collecte de données. L'offre de services en dépendance jeunesse se situe sur un continuum de soins allant de la plus faible à la plus forte intensité. Le niveau de service dont il est question dans ce mémoire est celui dont l'intensité de soins est la plus élevée en termes de démarche clinique. Pour être référé au SRIH, les adolescents doivent suivre la trajectoire d'accès du CISSS de l'Outaouais. L'entrée dans les services nécessite que l'adolescent ait obtenu une cote rouge à l'outil de dépistage DEP-ADO, administré par un intervenant œuvrant dans la communauté (intervenants scolaires, intervenants des maisons des jeunes, etc.) ou dans le réseau de la santé et des services sociaux (éducateurs des CRJDA, travailleur social, etc.). Cet intervenant est ensuite responsable de référer l'adolescent au guichet d'accès jeunesse afin qu'il reçoive une évaluation spécialisée en dépendance servant à l'orienter vers les services appropriés. Selon l'estimation de la gravité du problème de l'adolescent, l'intervenant du guichet d'accès réfèrera l'utilisateur au service externe, où il sera pris en charge par un agent de relation humaine (ARH) pivot. L'ARH pivot offre du soutien à l'adolescent et assure, à son tour, une continuité de service en participant à des rencontres de transfert personnalisé entre les différents niveaux de soins ou les différents services. Tout au long de l'épisode de service, l'ARH pivot agit en tant que personne-ressource pour l'adolescent, et ce du moment de la réception de la référence du guichet d'accès jusqu'à la fin du suivi (Bolduc & Grondin, 2021).

Afin de recruter et rejoindre l'échantillon nécessaire à la réalisation de l'étude, un protocole de recrutement a été établi. Tout d'abord, un organisme a été ciblé pour le recrutement des participants à l'étude considérant que le profil des usagers correspondait à notre population cible. La direction du service de réadaptation en dépendance jeunesse a ensuite été contactée en février 2021 afin de lui présenter le projet de recherche, les objectifs et la collaboration recherchée. La direction s'est montrée favorable à la réalisation du projet de recherche au sein de leur organisme

et l'agente de liaison du milieu a été désignée pour établir le premier contact avec les participants potentiels. Lors du premier contact téléphonique, les adolescents correspondant au profil recherché étaient informés du but de ce mémoire et de ce qu'impliquerait leur participation. Si ces derniers étaient intéressés, l'agente de liaison leur demandait leur accord pour être contacté par l'étudiante-chercheuse. Lorsque les adolescents acceptaient, ils étaient à nouveau contactés par l'étudiante-chercheuse afin de leur faire un bref rappel des objectifs de l'étude et de la nature de leur participation. Si l'adolescent manifestait toujours de l'intérêt à participer au projet de recherche, un rendez-vous était fixé avec lui pour la tenue de l'entretien. Des scripts d'appel téléphonique, comprenant toutes les informations à transmettre aux participants, ont été utilisés lors des prises de contact avec les participants. Après la prise de rendez-vous, un courriel contenant le lien URL de la réunion et une copie du formulaire de consentement étaient envoyés à l'adolescent. De cette façon, les participants pouvaient le lire attentivement avant l'entretien, et ainsi le comprendre dans son intégralité. Ces derniers pouvaient également se référer à leur copie du formulaire de consentement pour obtenir les coordonnées des chercheurs.

Notre intention initiale était de recruter quinze participants, toutefois des problèmes de recrutement ont empêché l'atteinte de cet objectif. La fermeture du service de réadaptation intensive pour une période de quelques mois durant la pandémie de Covid-19 et la baisse des références ont limité le nombre d'adolescents éligibles à participer au projet de recherche. Un total de dix adolescents a été rencontré dans le cadre de ce projet de mémoire. La taille de l'échantillon a été considérée comme étant acceptable d'après le principe de saturation empirique, phénomène par lequel le chercheur juge que les dernières données recueillies n'apportent pas d'information nouvelle ou différente justifiant la poursuite de la collecte de données (Careau & Vallée, 2014; Corbière & Larivière, 2020; Fortin & Gagnon, 2016).

2.4.3 Caractéristiques des participants

D'un point de vue sociodémographique, l'échantillon est composé de sept personnes s'identifiant au genre féminin et de trois personnes s'identifiant au genre masculin âgés entre 15 et 18 ans (âge moyen de 16,6 ans). Un peu plus de la moitié des participants (60%) fréquentent l'école et cette même proportion occupe un emploi. Concernant le milieu de vie, près du tiers (30%) des adolescents vivent en garde partagée alors que 20% vivent dans une famille biparentale et 20% sont hébergés en CRJDA. Enfin, 10% des participants vivent respectivement dans une famille monoparentale, en famille d'accueil et en appartement.

En ce qui concerne les expériences de traitement, pour la moitié des adolescents, il s'agissait de leur premier épisode de service dans un centre de réadaptation spécialisé en dépendance. Pour l'autre moitié de l'échantillon, trois adolescents avaient déjà participé à un programme de traitement tandis que les deux autres cumulaient respectivement trois et quatre expériences de traitement. La durée du séjour varie également selon les participants. La moitié d'entre eux ont complété un séjour de six semaines, trois ont complété un séjour de huit semaines et une adolescente a complété un séjour de dix semaines. Un des adolescents a quant à lui complété un séjour de ressourcement d'une durée de deux semaines. Ce type de séjour est offert aux usagers ayant déjà complété le programme auparavant. Par ailleurs, chez 40% des participants, la demande de services a été motivée par la recommandation d'un proche ou d'un professionnel alors que chez 20% des participants elle a été motivée par des incitatifs légaux. Pour la proportion restante, la demande de services a été faite sur une base entièrement volontaire. Par ailleurs, une forte proportion des adolescents (80%) a maintenu un suivi avec leur ARH pivot à la suite du traitement. Enfin, 90% des participants fréquentaient des ressources d'aide au moment de l'entretien, que ce soit dans les services privés, publics ou communautaires.

D'après les informations recueillies dans les entretiens, les adolescents ont commencé à consommer des SPA à un âge assez précoce. La plupart étaient âgés entre 12 et 13 ans lors de leur première expérience avec les SPA. Cependant, un adolescent affirme avoir amorcé une certaine consommation encore plus prématurément, soit à l'âge de huit ans. De plus, le cannabis a été la première substance consommée par la majorité des répondants, suivi des amphétamines (ex : speed, cocaïne, ecstasy) si l'on exclut le tabac et la nicotine. Avant leur entrée en traitement, la majorité des participants présentaient également une polyconsommation de drogues. D'après leur partage, ils consommaient diverses SPA non seulement au cours d'une même journée, mais aussi lors d'une même occasion, dont l'alcool et le cannabis ou l'alcool et la cocaïne. Par ailleurs, tous les adolescents interviewés ont rapporté avoir vécu une ou plusieurs rechutes à la suite du traitement. Quatre adolescents ont également affirmé avoir été hospitalisés en raison d'une surdose, et ce dans les mois ayant suivi la fin de leur traitement.

2.5 Les considérations éthiques

Pour répondre aux exigences éthiques de la recherche, ce projet de mémoire a été soumis au Comité d'éthique et de la recherche (CÉR) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) ainsi qu'à celui du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) en 2020. Les comités se sont montrés favorables à la tenue de cette recherche ainsi qu'à la méthode de collecte de données proposée. Le consentement des parents n'a pas été requis compte tenu de l'âge des participants. Au Québec, le mineur âgé de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins requis ou non par son état. Il peut aussi, compte tenu de son discernement, contracter seul pour satisfaire ses besoins ordinaires et usuels (R.L.R.Q, 1991). À noter que les deux certifications éthiques relatives à ce projet de recherche se retrouvent à l'Annexe D.

Chapitre 3 : Résultats

L'analyse des entretiens a permis de dégager le point de vue des adolescents sur la façon dont ils conçoivent le rétablissement et de documenter leur perception à l'égard des facteurs qui contribuent au rétablissement de leur consommation problématique de SPA. L'analyse a également permis de mettre en évidence les défis évoqués par les adolescents pouvant être rencontrés au cours de leur démarche de changement.

3.1 La signification du rétablissement

Lors des entretiens, les adolescents ont été invités à s'exprimer sur la signification qu'ils attribuent au rétablissement d'un usage problématique de substances. Ces derniers considèrent que le rétablissement est propre à chacun et qu'il est étroitement lié à un mieux-être personnel. Pour les répondants de l'étude, le rétablissement est un concept complexe où la place de la consommation est ambiguë. Les adolescents décrivent également le rétablissement comme un changement d'état marqué par la modification des habitudes de vie et l'amélioration de la connaissance de soi. En lien avec ce changement d'état, quatre répondants font référence à un « avant » et « après » pour situer le rétablissement dans le temps. Un de ceux-ci explique :

Pour moi, le rétablissement c'est juste comment tu te sens en dedans de toi. Est-ce que tu te sens mieux qu'avant? Je pense que c'est de comparer beaucoup le « avant » au « maintenant » (participante 10, 18 ans).

Dans le discours des répondants, trois thèmes émergent de la signification du rétablissement, soit la réalisation de changements dans les habitudes de consommation, la reconnaissance et l'acceptation de la consommation problématique ainsi que l'engagement dans un nouveau départ. Cette section s'attarde à la description de ces thèmes.

3.1.1 La réalisation de changements dans les habitudes de consommation

Pour la totalité des répondants de l'étude, le rétablissement est le résultat de changements dans les habitudes de consommation. Cependant, la nature de ces changements varie selon les participants. Parmi ceux-ci, quatre affirment que l'abstinence fait partie du rétablissement. L'un de ces répondants explique qu'il ne peut pas se permettre d'écarter dans sa consommation. De ce fait, elle soutient que le maintien d'un mode de vie exempt de consommation constitue le sens même du rétablissement:

Pour moi, se rétablir... Comment je peux dire ça? Ton problème de consommation va toujours rester là. Tu vas rester une toxicomane le restant de ta vie ou une alcoolique ou whatever le restant de ta vie, mais un moment donné tu vas apprendre à vivre avec le fait que t'es une toxicomane. Que tu peux pas faire d'exception dans ta consommation pis toute pis tu vas juste te dire : « Ok regarde parfait eux-autres ils fument, eux autres ils boivent, mais moi je peux pas » (participante 5, 16 ans).

La moitié des adolescents ont un autre point de vue et ils rapportent que la diminution ou le contrôle des habitudes de consommation est suffisant pour parler de rétablissement. Ils abordent la notion d'équilibre dans les habitudes de consommation pour décrire le rétablissement et ils soutiennent que la consommation est justifiée tant qu'elle est utilisée à titre de complément et qu'elle est sans conséquence sur la qualité de vie. Une adolescente s'exprime à ce propos :

Être rétabli c'est que la consommation ça nuit plus à ta vie. Tu peux consommer, mais faut pas que ça nuise à ta vie. Tu sais que t'es rétabli quand [...] t'es capable de faire une ligne entre ta consommation pis ta vie normale (participante 3, 16 ans).

Parallèlement, trois répondants soulignent que le contrôle ou la diminution des habitudes de consommation est une forme de rétablissement plus accessible et inclusive que l'abstinence complète. Selon eux, le maintien d'une consommation récréative ou occasionnelle diminue les risques de rechute et entretient la motivation au changement. Une adolescente s'exprime sur la façon dont son expérience personnelle a teinté sa définition du rétablissement :

Il me semble que t'as besoin de diminuer que de tout arrêter one shot. C'est comme les médicaments, tu y vas par diminution et non t'arrêtes one shot là. [...] J'pense que c'est juste le fait que j'ai arrêté one shot qui m'a fait rechuter pis solide, que après ça j'ai diminué pis que là depuis mon dernier séjour j'vais mieux [...]. Je consomme moins qu'avant pis j'pense que ça, ça m'a vraiment aidé (participante 8, 15 ans).

Finalement, un dernier répondant démontre de l'ambivalence dans son discours quant à la place qu'il accorde à la consommation dans le rétablissement. D'une part, il décrit le rétablissement comme étant l'abstinence définitive et la découverte d'activités alternatives à la consommation : « Peut-être que le rétablissement c'est quand t'as réussi à enlever les drogues de ta vie et que t'as réussi à trouver d'autres passe-temps qui sont plus importants pour toi que la consommation » (participant 2, 16 ans). D'autre part, ce même répondant mentionne que la consommation occasionnelle et le contrôle de soi représentent la finalité du rétablissement : « [...] la consommation occasionnelle c'est comme ça que je vais voir que mon problème de consommation est fini, mais en même temps si je retourne là-dedans, je suis encore dans la drogue » (participant 2, 16 ans).

3.1.2 La reconnaissance et l'acceptation de la consommation problématique

Les répondants soutiennent que la reconnaissance et l'acceptation de la consommation problématique font partie du rétablissement. Tout d'abord, l'acceptation de l'identité dépendante est rapportée comme étant importante. Parmi les adolescents rencontrés, quatre d'entre eux définissent le rétablissement d'un problème lié à l'utilisation de substances comme étant l'acceptation de leur condition et de leur vulnérabilité persistante aux SPA. Un répondant mentionne qu'il doit apprendre à vivre avec son étiquette de dépendant et les manifestations associées à sa problématique pour le reste de sa vie:

Je pense qu'après que tu finis un séjour quelque part, t'es pas mal pogné comme un dépendant pour la vie. [...] Je sais pas s'il va y avoir une journée que ça va être possible

que quelqu'un fume à côté de moi sans me donner un « rush ». Je pense que je vais toujours avoir le goût en moi de retourner dans tout ça (participant 2, 16 ans).

Ces mêmes répondants perçoivent aussi le rétablissement comme étant la reconnaissance des motifs de la consommation et l'ouverture face au changement. L'acceptation de l'aide qui est offerte constitue également une composante du rétablissement soulevée par ceux-ci. Les extraits suivants traduisent leur pensée :

[Le rétablissement] c'est de t'aider, de comprendre pourquoi tu consommes pis d'accepter le fait que : « ok ben c'est ça mes problématiques, c'est pour ça que je consomme. Bon ben qu'est-ce que je peux faire pour changer ça pis est-ce que je peux avoir d'autres moyens au lieu de consommer? » C'est de t'aider pis de recevoir l'aide que t'as besoin pour changer tes habitudes de vie (Participante 4, 17 ans).

Je dirais que c'est d'être ouvert d'esprit pis de vraiment accepter l'aide pis d'accepter les réflexions qui vont être [...] lancées à toi (participante 1, 16 ans).

3.1.3 Prendre un nouveau départ

Plus du tiers des adolescents rencontrés affirment que le rétablissement d'une problématique de consommation est synonyme de nouveau départ. Selon eux, se rétablir est la redéfinition de soi et la reconfiguration de toutes leurs sphères de vie. Les répondants soulignent la nécessité de se fixer de nouveaux buts et de nouvelles aspirations pour s'engager dans un processus de rétablissement. Ils racontent également que la distanciation face au mode de vie antérieur est indispensable pour actualiser un changement comme le témoigne cet extrait :

Je vois pas ça comme un rétablissement, mais comme un nouveau départ [...]. Pour moi, un vrai rétablissement, ça va être de repartir à zéro, de trouver une nouvelle routine, une nouvelle vie, une nouvelle job, une nouvelle blonde. Pour moi, c'est ça le rétablissement. Tu peux pas te rétablir avec ce que t'avais avant parce que c'est avec ce que t'avais avant que tu t'es planté (participant 9, 18 ans).

Un autre répondant ajoute que le rétablissement est le résultat d'une série de petits changements. En se basant sur sa propre expérience, il raconte que la passivité entraîne tout individu dans un cercle vicieux duquel il est difficile de se sortir. À l'inverse, il soutient que la

réalisation d'actions concrètes permet d'interrompre le cycle et d'amorcer un processus de changement :

Dans vie, [...] si t'essaies rien de différent, tu peux pas t'attendre à un résultat différent non plus. [...] C'est comme moi qui est là pis qui attends. [...] Si j'fais rien, y'a rien qui va arriver. J'pense que c'est un peu ça pour tout le monde. Juste de poser un geste, que ça soit de faire un appel [à un centre d'aide] ou de prendre un rendez-vous avec quelqu'un, ça part de d'là. Moi [...] c'est comme ça que j'ai eu un début de rétablissement. C'est en posant un petit geste que tu vas peut-être réaliser que t'es pas tout seul [...] là-dedans (participant 6, 18 ans).

3.2 Les facteurs qui contribuent au rétablissement

Au cours des entretiens, les répondants ont parlé des facteurs qui contribuent au rétablissement. À la lumière de leurs témoignages, il apparaît que le rétablissement d'une problématique de consommation est un processus qui relève d'une variété de facteurs. Cette section s'attarde à ces facteurs qui ont été rapportés par les adolescents comme ayant été déterminants dans leur démarche de changement.

3.2.1 Dimension individuelle

3.2.1.1 Prendre conscience de leur problématique et de ses impacts.

La prise de conscience est décrite par les adolescents comme le moment où ils ont reconnu l'existence de leur problématique de consommation : « [...] j'me suis dit j'ai un problème. Je l'ai finalement admis à moi-même parce que j'étais tellement dans le déni pour longtemps » (participant 1, 16 ans). La même répondante soutient que cette prise de conscience s'est faite lorsqu'elle était en traitement et que cela l'a aidé à comprendre le sens de sa démarche :

Je me suis dit : « Je suis pas ici pour rien. Si je suis ici, c'est parce que j'ai un problème, faut que j'travaille dessus ». Pis une fois que j'ai changé ma mentalité [...] ça l'a vraiment aidé à progresser mon séjour (participante 1, 16 ans).

Un autre répondant compare sa problématique de consommation à une relation toxique et il explique que cette métaphore l'aide à rationaliser ses pensées lorsqu'il a une forte envie de consommer. Depuis qu'il reconnaît l'existence de son problème, il nomme avoir une meilleure confiance en ses capacités pour prévenir la rechute :

Je me sens à mon plus fort parce que c'est la première fois que j'ai vraiment vu que le weed c'est un problème. Toutes les autres fois, [...] je disais que le weed c'était un problème, mais je le croyais pas dans ma tête (participant 2, 16 ans).

Ensuite, la perception des impacts négatifs qui résultent d'une consommation abusive a été observée dans le discours de l'ensemble des répondants. Une répondante met en évidence l'ampleur de ces impacts sur les différentes sphères de vie en affirmant que les conséquences négatives excèdent le plaisir ressenti au moment de la prise de substance :

Consommer ça t'amène rien de bon dans vie pis toute ta vie aux alentours se démolie. Ta famille, tes amis, l'école, la job. [...] Toute est de la marde autour de toi. La justice, elle rentre, les centres jeunesse, plein de choses comme ça pis ça arrête pas fait'que la conso oui c'est ben le fun sur le moment, mais après t'as plus de vie saine. T'as plus rien de bon autour de toi. C'est juste du mauvais (participante 5, 16 ans).

Les principaux impacts d'une consommation régulière soulevés par les répondants sont psychologiques. Plus de la moitié des adolescents mentionnent que leur consommation a eu des répercussions sur leur capacité à gérer leurs émotions. Avec l'arrêt ou la diminution de leur consommation, ils expliquent vivre un débalancement émotionnel caractérisé par des sautes d'humeur, un sentiment de déprime ainsi qu'une augmentation de l'anxiété et de la fatigue : « Honnêtement, le Xanax j'ai des séquelles de ça pis mon anxiété ça en fait partie. Je suis tellement plus anxieuse qu'avant je trouve ou peut-être qu'avant j'y pensais juste pas » (participante 10, 18 ans). Néanmoins, la reconnaissance des effets néfastes de leur consommation au plan émotionnel et leur meilleure connaissance d'eux-mêmes les décourage de retourner dans leur ancien mode de vie : « Je suis tellement plus capable de le dire quand je feel pas ou quand je me sens pas moi-

même fait que j'aime vraiment mieux ça être à jeun honnêtement pis je serais vraiment pas capable de retourner dans cette vie-là mettons » (participante 10, 18 ans). Les conséquences physiques associées à la consommation constituent un autre désavantage rapporté par les répondants. La prise ou la perte de poids, les surdoses, les hospitalisations et les pertes de mémoire sont des éléments soulevés par les adolescents (n=7) qui les ont amenés à remettre en question leurs habitudes de consommation. Une répondante raconte avoir décidé d'arrêter les drogues dures après avoir pris conscience de leurs impacts sur sa santé physique et psychologique :

J'ai réalisé que j'faisais plus de psychoses quand que j'prenais du chimique. Je perdais du poids. J'ai eu des problèmes de santé mentale, j'ai eu des propos suicidaires pis plein d'affaires fait qu'un moment donné, j'me suis juste réveillée de ça pis j'ai dit bon ben je vais prendre ça plus relax fait que je vais juste tomber dans le pot (participante 8, 15 ans).

3.2.1.2 Comprendre les motifs de leur consommation.

D'après le témoignage des adolescents, comprendre les motifs de leur consommation a également été important dans leur démarche de rétablissement. L'ensemble des répondants reconnaissent que leur usage de substances était la manifestation de problèmes sous-jacents tels qu'une faible confiance en soi ou la présence d'une détresse significative :

[...] tu consommes pas pour rien au fond. Je pense souvent que les jeunes sont genre : « Ah c'est pour le fun ». C'est pas vraiment pour le fun si tu consommes autant fréquemment. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut que les gens comprennent (participante 10, 18 ans).

Les répondants ont rapporté des motifs de consommation multiples pour expliquer l'évolution et le maintien de leur problème lié à l'utilisation de substances. Entre autres, la recherche de plaisir et le désir d'améliorer leur bien-être étaient au centre de leurs motivations lors de leurs premières expériences de consommation. Une fois leur problématique installée, la majorité des adolescents rencontrés soutiennent que la consommation est devenue pour eux un

moyen de s'évader et de fuir la réalité. Pour la moitié des adolescents, la prise de substances était également un moyen de moduler leurs émotions en fonction de l'état dans lequel ils souhaitent se retrouver : « vu que j'étais toujours stressée ou que j'étais toujours fatiguée [...], je me trouvais toujours une consommation en lien avec le problème que je vivais » (participante 1, 16 ans). L'effet relaxant de la consommation ressort également du discours des répondants pour expliquer son usage compulsif et continu. Ils expliquent que certaines substances les aident à calmer leur anxiété ou leur colère et qu'elles favorisent leur sommeil: « [Je consomme] quand j'deviens anxieuse, quand que je le sais que je vais péter une crise d'anxiété ou quand que j'sens que j'ai un surplus d'émotions » (participante 8, 15 ans). Une autre adolescente ajoute : « Fumer le soir ça m'aide un peu. T'sais mettons après une journée que j'ai vécu beaucoup d'anxiété j'aime ça. On dirait que [...] je relâche la pression » (participante 10, 18 ans). Par ailleurs, l'augmentation de la confiance en soi a été nommée par deux répondantes comme étant l'un de leurs principaux motifs de consommation. L'une d'elles mentionne : « J'ai remarqué que quand je fume, j'ai plus de confiance. Ce qui fait en sorte que je vais plus aller parler à du monde » (participante 4, 17 ans). Pour appuyer ses propos, l'autre adolescente affirme : « Je consommait vraiment parce que j'avais un manque de confiance en moi pis j'me sentais toujours mieux pis j'me sentais plus confiante, plus belle, plus drôle quand j'étais en état de consommation » (participante 1, 16 ans).

Au cours de leur processus de rétablissement, les répondants nomment avoir compris que l'effet des substances est éphémère et que les émotions qu'ils tentent d'oublier finissent toujours par refaire surface : « [...] j'me sentais bien, mais une fois à jeun j'avais besoin tout le temps de plus parce que rendu à jeun, j'étais pas bien justement » (participante 8, 15 ans). Selon leurs propos, ce besoin constant de retrouver l'état de bien-être ressenti au moment de la prise de substance les a incités à maintenir leurs comportements de consommation. Néanmoins, les adolescents racontent

que l'expérimentation d'une période d'abstinence a modifié le rapport qu'ils ont avec leurs émotions. Bien qu'ils les perçoivent comme étant désagréables, ils comprennent mieux leur fonction et les acceptent plus facilement.

Les émotions c'est des informations. On me l'a tellement répété. Oui les émotions sont désagréables, ils font chier pis t'as le goût qui partent, mais sont là pour une raison. C'est pour te dire de quoi, pour t'envoyer un message [...] (participante 5, 16 ans).

3.2.1.3 Apprendre à se connaître.

Le fait d'apprendre à se connaître est un des éléments soulevés par les répondants qui contribuent au rétablissement d'une problématique de consommation. Une répondante affirme que son passage dans un service de réadaptation en dépendance l'a aidé à mieux se connaître : « J'ai appris tellement de choses sur moi. J'ai appris tellement de choses sur ma consommation, du pourquoi, du comment » (participante 10, 18 ans). La connaissance de soi est décrite par les adolescents comme le fait d'être soi-même et d'agir en conformité avec ses valeurs. Une adolescente ajoute que l'authenticité repose sur l'acceptation de son unicité et le respect de ses limites personnelles :

D'être toi-même pis de [...] pas te mettre à un niveau dans ta tête inatteignable ou d'essayer d'être la perfection. Juste être toi-même [...] pis de pas te mettre de pression, de pas [...] suivre des normes ou des choses comme ça. Juste être unique, être ta personne, toi-même pis être heureux avec toi-même (participante 1, 16 ans).

À travers leur trajectoire de consommation, les répondants partagent avoir changé en tant que personne. Ils racontent avoir délaissé les activités qu'ils pratiquaient avant l'apparition de leur problématique et s'être éloignés de leur famille et amis. Près de la moitié des répondants rapportent également s'être engagés dans une trajectoire de délinquance et avoir commis des gestes répréhensibles. De plus, l'ensemble des adolescents rencontrés mentionne avoir été malhonnêtes envers leur entourage dans le but d'obtenir des gains ou de cacher de l'information. Une

adolescente mentionne que la consommation l'a éloignée de la jeune fille studieuse, sportive et sociable qu'elle était :

Même aujourd'hui, je comprends pas comment j'ai tellement changé. À une fille [...] qui avait la vie tellement bien, qui avait des bonnes notes à l'école, qui faisait des petits sports, qui faisait toute qu'est-ce qu'à voulait. Elle avait beaucoup d'amis à une fille qui était rendue en désintox, à une fille qui était rendue en centre avec tout plein de problématiques, avec des contentions. Je comprends pas (participante 4, 17 ans).

Au cours de leur processus de rétablissement, les répondants affirment s'être redécouvert et avoir développé une meilleure confiance en eux et en elles : « [...] j'ai commencé à m'aimer extérieurement, mais aussi intérieurement pis à comprendre comment que je fonctionne psychologiquement pis à cause de ça, vu que [...] je me comprends pis que je sais d'où mes émotions viennent [...] ça l'aide avec ma confiance » (participante 1, 16 ans). En étant dépourvus de pression sociale, les adolescents disent également être parvenus à enlever leurs masques et à se connecter à leurs émotions lorsqu'ils étaient en thérapie : « [...] j'étais vraiment qui j'avais voulu être. J'étais pas la personne avec un masque pis « two face » avec ses amis qui est pas down d'être là parce que c'est pas ma place » (participant 6, 18 ans). En étant honnêtes et fidèles à eux-mêmes, les adolescents soutiennent avoir regagné la confiance de leurs proches et avoir renforcé la qualité de leurs relations interpersonnelles. Ils mentionnent également avoir plus de facilité à s'affirmer auprès des autres et à faire des choix qui correspondent à leurs besoins :

[...] si je vais avec des amis, je vais demander : « Est-ce que tu vas avoir de la consommation? C'est qui qui va être là? » parce que moi je connais ceux, ceux pas les consommateurs pis je demande à mes amis de pas m'en offrir si y'en font, de faire ça dans la salle de bain, pas devant ma face, de pas me le dire (participante 10, 18 ans).

3.2.1.4 Avoir l'ouverture et la motivation de changer.

Les répondants affirment que l'ouverture au changement et la motivation de changer sont des attitudes gagnantes pour une personne qui s'engage dans un traitement pour se rétablir d'une problématique de consommation. Le désir de s'en sortir et de faire des choix différents est rapporté comme un facteur de réussite par les adolescents. Une répondante soutient qu'une personne qui amorce une démarche thérapeutique doit vouloir s'aider pour que s'actualise le changement : « Il faut qu'elle soit ouverte d'esprit à s'aider parce que si elle veut pas s'aider ben elle peut pas. Si tu veux pas t'aider, tu t'aideras pas pis ça marchera pas. Moi je pense qu'une certaine ouverture c'est vraiment important » (participante 10, 18 ans). Une autre répondante souligne que la volonté de changer les comportements de dépendance doit reposer sur des motivations internes : « J pense qu'il faut que tu le veuilles. Si un jeune a ben de l'ambition, il va être capable. J pense que le plus gros ça vient de toi » (participante 3, 16 ans). À l'inverse, cette même répondante stipule qu'un manque de volonté peut faire obstacle à la démarche :

J pense que si t'es prêt à aller en [thérapie] vas-y. Sinon, ça vaut pas la peine parce que tu vas revenir au même point. Si t'as pas le goût, tu vas rien faire, tu vas même pas écouter. [...] tu vas juste penser à quand tu vas pouvoir partir pis faire tes affaires (participante 3, 16 ans).

3.2.1.5 Se prendre en main.

Le fait de se prendre en main est cité comme un facteur clé dans le rétablissement d'une problématique de consommation. Les répondants font notamment référence à la responsabilisation et à l'engagement envers les services offerts. En racontant leur expérience de traitement, trois adolescents mentionnent avoir compris l'importance de s'impliquer sérieusement dans leur thérapie une fois en cours de démarche. Une adolescente soutient qu'une conversation avec un intervenant a suffi à augmenter sa motivation et son engagement vers la fin de son séjour:

Après cette conversation-là, je me sentais vraiment prête à affronter le reste de ma thérapie pis c'est ça que j'ai fait. J'ai essayé de clencher le plus que je pouvais vers la fin même si c'est pas super, mais c'est ça que j'ai fait [...] (participante 1, 16 ans).

Pendant son traitement, une autre adolescente dit avoir avoué à l'équipe d'intervenants qu'elle avait de la drogue en sa possession lors de son admission et qu'elle l'avait consommé dans l'unité. En conséquence à ses actions, elle raconte avoir été suspendue du programme pour une période d'une semaine. Suite à sa suspension, elle nomme s'être libérée de sa culpabilité pour mieux profiter de la fin de son séjour :

Si je l'avais pas dit, j'aurais regretté ça [...] tout mon séjour là-bas pis je pense [...] que j'aurais lâché. [...] je trouve que quand je suis retournée après ça, après ma suspension, j'étais ben plus de bonne humeur, j'aimais plus ça, j'avais plus de fun là-bas (participante 4, 17 ans).

Les adolescents pour qui ce n'était pas le premier épisode de service disent avoir manqué de sérieux lors de leur première expérience de traitement en raison de leur jeune âge et de leur manque de motivation. Selon leurs propos, leur séjour subséquent a été l'occasion d'expérimenter une nouvelle approche. Un adolescent raconte être arrivé avec une plus grande maturité et le désir d'approfondir ses connaissances :

Quand que j'suis retourné après, j'ai vu les choses différemment. J'tais plus là en tant que jeune de quatorze ans : Ah t'sais j'veux avoir du fun. J'tais là vraiment pour apprendre pis j'écoutais pis j'tais là : « J'veux apprendre de quoi » (participant 6, 18 ans).

Les répondants font également référence à l'application de leurs apprentissages lorsqu'ils parlent des efforts qui doivent être investis dans un processus de changement. Parmi les adolescents rencontrés, quatre d'entre eux évoquent l'importance d'utiliser les outils qui leur sont enseignés en thérapie pour prévenir la rechute. Une répondante explique que le maintien d'un horaire structuré à son retour à la maison lui a permis d'entretenir sa motivation au changement :

J'trouve que garder une certaine routine, ça m'a vraiment aidé. En thérapie, on a une routine. Chaque minute est planifiée, y'a pas de laisser-aller pis au retour à la maison, j'ai vraiment essayé de garder une routine similaire. Je me réveillais à une heure similaire, je me faisais à déjeuner tous les matins et c'est quelque chose que je faisais pas avant. J'ai gardé des activités que j'faisais, comme lire. [...] Juste des petites choses que j'ai gardé dans ma routine pour un peu me rappeler d'où ma motivation venait (participante 1, 16 ans).

D'autres répondants reconnaissent la pertinence d'intégrer de nouvelles habitudes à leur quotidien et de pratiquer des loisirs sains pour soutenir leur démarche de changement. Toutefois, certains d'entre eux admettent avoir de la difficulté à le faire pour plusieurs raisons, dont un faible niveau d'énergie, un manque de confiance en eux ou une baisse de motivation. Un répondant partage que l'application des apprentissages qu'il a faits en thérapie représente un défi pour lui et nuit à son rétablissement :

J'ai appris des choses là-bas pis j'ai compris des choses sur moi-même, mais si y'a une chose que j'sais c'est que y'a une grosse différence entre apprendre pis appliquer les choses pis c'est ça que j'ai pas faite. T'sais j'ai... Oui j'ai toute compris honnêtement là-bas pis j'connais toutes mes patterns pis je sais c'que j'fais de mal pis je sais c'que j'devrais faire pour arrêter, mais l'appliquer ben c'est juste ça là j'pense (participant 6, 18 ans).

Par ailleurs, l'engagement dans des activités significatives est soulevé par les répondants comme ayant eu un impact positif dans leur démarche de rétablissement. Plus de la moitié des répondants soutiennent que l'occupation d'un emploi, la fréquentation d'un milieu scolaire ou l'implication dans des loisirs leur offrent une stabilité et un sentiment d'efficacité. Selon eux, ces activités favorisent une meilleure gestion de leur temps et de leur énergie tout en leur permettant de garder une distance face à leur ancien mode de vie de consommateur. Un adolescent raconte que son emploi l'a aidé à traverser une période difficile :

J'ai eu des épreuves difficiles dans les derniers mois, dont mon break up avec ma blonde et le fait que j'ai été... Quand même été capable de travailler. J'ai pas pris congé de rien là. J't'aller travailler pis je braillais devant les clients, je m'en fous. Je suis allé travailler pis ça m'a aidé (participant 9, 18 ans).

3.2.2 Dimension environnementale

3.2.2.1 Être entouré d'un réseau de soutien bienveillant.

Les adolescents ont évoqué l'importance d'avoir un entourage positif et bienveillant dans une démarche de rétablissement. Le soutien des proches et des professionnels a été soulevé par les répondants comme facteur principal de changement :

J'pense que la chose la plus importante c'est d'avoir un système de support. Que ça soit tes parents, des amis, que ça soit des intervenants à l'externe, à ton école, peu importe, je pense qu'être entouré de quelqu'un qui te supporte, c'est vraiment la première chose qui aide vraiment quelqu'un parce que sortir de réadapt pis être tout seul, c'est pas idéal à mon avis. J'ai l'impression que t'as juste besoin de savoir qu'il y a quelqu'un (participante 1, 16 ans).

Selon leurs propos, les personnes qui ont été les plus aidantes dans leur cheminement sont celles dont l'approche était la plus humaine et impartiale. En termes de soutien professionnel, plus de la moitié des adolescents rencontrés mentionnent que l'écoute active des intervenants a été pour eux une grande source de satisfaction et de valorisation personnelles. Une répondante raconte la façon dont elle s'est sentie en thérapie face à l'écoute des intervenants :

Je pense que c'est la première fois que j'me sentais tant écouté pis un moment donné je trouvais plus ça normal (rires). [...] Quand j'allais pas bien, j'allais parler pis ils m'écoutaient. J'parlais, j'parlais, j'parlais pis ils disaient rien. Ils faisaient juste... Ils écoutaient pis ils jugeaient pas rien pis je trouvais ça un peu bizarre, mais j'avais besoin de ça. [...] j'avais jamais ressenti ça avant. Je savais pas c'était quoi pis là j'me suis attachée (participante 8, 15 ans).

Quant au soutien des proches, plus de la moitié des adolescents parlent de l'apport significatif de l'implication de leurs parents, leurs amis, leur fratrie et/ou de leur partenaire amoureux dans leur processus de rétablissement. La majorité d'entre eux disent apprécier les efforts investis par leur entourage pour améliorer leur compréhension de leur problématique. En parlant de son père, un adolescent dit percevoir sa volonté d'apprendre : « Le seul vraiment compréhensif, c'est mon père. Il va essayer d'être compréhensif, mais c'est difficile pour lui. Je

vois qu'il fait des efforts pour essayer de me comprendre [...] (participant 9, 18 ans). » L'implication des parents dans le traitement est également rapportée comme étant importante pour les adolescents. Un répondant déclare que la participation des parents aux groupes de soutien devrait être obligatoire afin de les outiller sur les pratiques parentales à privilégier auprès de leur enfant qui présente une problématique de consommation :

Je pense que le bon soutien à l'extérieur [...] c'est important. Moi, présentement ma mère fait le service pour les parents pis je crois que c'est important. Si un jeune est mandaté par la Cour de faire un séjour en réadapt., je crois que c'est important que le parent soit obligé de faire le même cours [...] pour apprendre comment vivre avec des jeunes avec des problèmes de dépendance (participant 2, 16 ans).

Ce même répondant raconte que l'implication de sa mère aux groupes de parents a amélioré la compréhension de celle-ci face à sa réalité, contribuant par le fait même à une meilleure communication entre eux. Il nomme également avoir perçu des changements au niveau de son ouverture et de sa tolérance face à sa consommation, ce qui l'encourage à être plus transparent à son égard par rapport à ses difficultés. Après leur traitement, deux autres répondants partagent avoir observé un changement d'attitude chez leurs parents se traduisant par une plus grande écoute et indulgence face à leur dépendance. Tous deux affirment que ce changement d'attitude les a incités à se tourner vers leurs parents au moment où ils vivaient une rechute. L'un d'entre eux raconte :

J'ai consommé du Xanax en fin de semaine pour dormir, mais ça m'a fait pas sentir bien pis j'en ai parlé à ma mère pis elle a pas pété une coche. Elle a dit qu'elle comprenait pis je suis vraiment capable d'y dire plus qu'avant. Avant j'avais peur, maintenant j'ai pu peur parce qu'ils [...] sont plus là pour moi que pour me chicaner mettons (participante 10, 18 ans).

Par ailleurs, le soutien et l'encadrement de la part de l'entourage lors de la réintégration dans le milieu de vie après le traitement sont soulevés comme étant importants dans le rétablissement. D'après leur discours, le retour à la maison a été vécu difficilement pour la majorité

des répondants : « Ça été difficile honnêtement. On dirait que c'était comme une autre réadaptation vu que j'avais passé deux mois enfermée » (participante 10, 18 ans). De ce fait, les adolescents rencontrés évoquent l'aspect sécurisant de la présence d'un cadre au sein de leur milieu de vie. En guise d'exemple, une répondante explique :

À mon retour à la maison, [mes parents] m'ont aidé en me donnant plus de règles on peut dire. Y'ont été plus sévères avec moi, mais pour mon bien, pour ma protection parce que j'étais encore dans un état trop vulnérable. Pis moi j'étais à l'aise avec les nouveaux règlements pis les choses comme ça parce que moi aussi j'm'attendais à être plus sévère avec moi-même parce que j'savais que j'étais pas nécessairement prête à aller vivre à l'extérieur (participante 1, 16 ans).

3.2.2.2 Un intervenant disponible et ouvert d'esprit.

Parmi les répondants, trois d'entre eux soulignent également que l'accompagnement des intervenants a été bénéfique pour eux : « Moi ce qui m'a aidé, c'est le fait qu'on m'ait accompagné. Vraiment accompagné. Pas rien d'autre, accompagné » (participant 9, 18 ans). Ils soutiennent que l'accompagnement de leur intervenante spécialisée en toxicomanie a contribué à leur engagement dans leur démarche de changement et leur a possiblement sauvé la vie. L'un d'entre eux admet qu'il n'aurait pas pu réaliser cette démarche seul :

J'aurais pas pu le faire tout seul. Zéro zéro, impossible. Je peux te le dire, je serais encore en train de faire du chimique. Je serais sûrement mort en ce moment parce que si je suis la continuité de mes overdoses, ça ferait longtemps que... Ça ferait au moins un an que je serais parti, au moins. [...] J'avais besoin d'un support humain (participant 9, 18 ans).

Une autre adolescente raconte que son intervenante spécialisée en toxicomanie est une personne significative dans sa vie qui l'a aidée avec sa problématique de consommation et qui l'a orienté vers les services appropriés :

Pour moi, elle a vraiment été une mère qui m'a aidé à grandir. Ça fait trois ans que je la connais fait qu'elle m'a aidé à arrêter de consommer et elle m'a mis dans des services comme je l'avais demandé. [...] Elle a creusé les chemins pour moi (participante 7, 16 ans).

Ensuite, tel qu'évoqué par certains répondants, la disponibilité des intervenants a fait une différence dans l'évolution positive de leur rétablissement. Notamment, ils mentionnent avoir apprécié l'implication et l'accessibilité de leur intervenant : « j'pouvais lui envoyer un courriel pis elle pouvait être là n'importe quand pour moi » (participante 8, 15 ans). Les adolescents rencontrés rapportent également que la disponibilité de leur intervenant les a encouragés à solliciter leur aide sur une base régulière : « [...] moi elle me disait toujours : « Quand tu as besoin, vient cogner à ma porte » [...]. J'allais la voir presque tous les jours » (participante 1, 16 ans). D'autre part, plus de la moitié des répondants ont souligné l'importance du non-jugement dans la relation d'aide : « [...] juste d'être à l'écoute, ça m'a aidé un peu et le fait qu'elle me juge pas avec tout qu'est-ce que j'ai faite » (participante 4, 17 ans). Une autre répondante explique que l'absence de jugement des intervenants qu'elle a côtoyé pendant sa thérapie lui a permis d'accroître son sentiment de confiance et de liberté : « Je pouvais aller voir un éduc n'importe quand pis pas avoir peur ou j'pouvais dire mon point de vue sans peur du jugement, des choses comme ça. Je me sentais plus libre on peut dire » (participante 1, 16 ans). Par ailleurs, un répondant raconte ne pas avoir eu la chance d'avoir des parents présents et à l'écoute de ce qu'il vivait. Toutefois, il nomme avoir bénéficié de la présence et de l'écoute active des intervenants lorsqu'il était en traitement. Avec du recul, il reconnaît que cette forme d'intervention l'a amené à faire une introspection qui lui a permis d'acquérir une meilleure connaissance de soi :

Moi dans vie j'ai pas eu de... C'est cave là, mais un parent qui est là pis qui s'assit pis qui va t'écouter [...]. Tandis qu'[en thérapie], c'était vraiment ça. [Les intervenants] étaient là, [ils] étaient prêts à nous écouter, à nous aider pis peu importe la situation. [...] J'pense que ces années-là, c'est les années dans ma vie que j'ai été capable de plus comprendre sur moi-même qu'en dehors parce qu'en dehors [...] t'es dans l'action pis la réaction, mais j'avais pas le temps de réfléchir parce que j'étais juste tout l'temps dans conso, tandis que là-bas, j'étais vraiment dans un mode d'apprentissage pis de compréhension de moi-même. [...] C'est peut-

être aussi pour ça que j'ai été autant attaché à ça là-bas. C'est que j'avais quelque chose que j'avais pas ailleurs (participant 6, 18 ans).

Enfin, la considération et l'ouverture d'esprit ont été soulevées par trois adolescents comme étant des éléments positifs du soutien qu'ils ont reçu de la part des professionnels. Lors de leur épisode de traitement, les adolescents racontent s'être sentis importants et appréciés par les intervenants en raison de leur attitude amicale et de leur facilité d'approche. Un répondant partage que l'ouverture d'esprit des intervenants était perceptible grâce à leur réceptivité et leur sensibilité pour le vécu des usagers :

« [...] honnêtement j pense c'est juste une question d'approche. [...] Les [intervenants] qu'est-ce qu'[ils avaient] comme point en commun, [ils avaient] toutes l'ouverture d'esprit pis ça c'est quelque chose qui se ressent chez quelqu'un. T'sais quand quelqu'un est fermé à toi pis que tu sais qu'il s'en [fou] pis qu'il veut rien savoir, tu vas pas être down d'aller lui compter tes problèmes parce que tu le sais qu'il veut rien savoir » (participant 6, 18 ans).

3.2.2.3 Fréquenter un environnement sans consommation.

Finalement, les répondants soutiennent qu'un environnement social sans consommation est un élément aidant au rétablissement. La modification du cercle social et la distanciation par rapport aux pairs consommateurs ont fait une différence pour certains adolescents dans la diminution ou l'arrêt de leur consommation : « Y'a beaucoup d'amis que je parle pu. [...] Ça fait du bien pis je remarque vraiment que [...] je consomme quand eux y consomment fait que si je suis avec des amis qui vont pas consommer, je vais pas le faire » (participante 10, 18 ans). D'autres répondants soulignent les risques de maintenir des relations amicales avec des pairs consommateurs en soutenant que l'exposition aux drogues devient inévitable malgré les moyens déployés pour se protéger de la rechute. L'engagement dans une relation de couple avec une personne non-consommatrice est également rapporté par quatre répondants comme ayant une influence positive sur leur rétablissement. Ils affirment que la présence de leur partenaire amoureux leur offre une

stabilité et une présence réconfortante : « On est proche, mais c'est juste sa présence. J'ai une blonde pis ça va bien. Quand j'ai pas de blonde, j'ai tendance à faire des conneries [...] » (participant 9, 18 ans). De plus, le soutien de leur partenaire amoureux dans l'arrêt de leur consommation et l'absence de problématique de consommation chez ce dernier sont soulevés comme des facteurs favorables au rétablissement par les répondants comme le témoigne cet extrait :

Avant d'entrer [en thérapie], j'abusais un peu sur l'alcool, mais j'avais beaucoup moins souvent de consommation à cause que mon chum était comme : « Non non tu consommes pas. Je vais être là pour toi. Viens chez nous n'importe quand, ça me dérange pas ». Il m'a beaucoup aidé (participante 5, 16 ans).

3.3 Les défis rencontrés dans le processus de rétablissement

Lors des entretiens, les répondants ont nommé des éléments qui ont perturbé leur processus de rétablissement à différents moments de leur cheminement. D'après leur discours, ces éléments ont eu un impact négatif sur leur désir et leur motivation de poursuivre leur démarche de changement. Parmi les défis les plus souvent cités par les répondants, on retrouve le retour à la réalité après le traitement, la rechute et le sevrage.

3.3.1 Le retour à la réalité après le traitement

Le retour à la réalité après le traitement a été une importante source de stress pour la majorité des répondants. Lors de cette transition, les adolescents racontent s'être sentis seuls et inaptes à retourner dans leur environnement. Parmi les adolescents rencontrés, trois d'entre eux racontent qu'ils ne sentaient pas prêts à retourner à la maison et qu'ils souhaitaient prolonger la durée de leur traitement : « [...] j'savais que j'étais pas nécessairement prête à aller vivre à l'extérieur. Moi si j'avais pu prolonger mon séjour pour un autre deux mois, je l'aurais fait » (participante 1, 16 ans). Les répondants partagent également avoir vécu difficilement leur départ

de l'unité d'hébergement en dépendance. Pour certains, le fait de dire au revoir aux intervenants et aux autres usagers a été un moment déchirant :

J'pense que je m'étais attachée aux gens pis ça me faisait de quoi de partir [...]. J'pense que je m'attachais trop aux gens en général. [...] Je rencontre du monde pis après ça, du jour au lendemain : « Comme bye ». Pour moi c'est comme non là j'pas capable (participante 8, 15 ans).

Pour d'autres adolescents, leur départ signifiait le retour à leur quotidien et la reprise de leurs occupations. Notamment, la moitié des répondants appréhendaient négativement leur retour à l'école de peur d'avoir pris du retard dans certaines matières et d'être jugé par leurs pairs sur leurs actions du passé :

[...] c'était l'anxiété de retourner à l'école, l'anxiété sociale. La première fois c'était de voir tout le monde autour de moi, j'étais juste stressé que tout le monde va se souvenir du moi de l'année passée (participant 2, 16 ans).

Une autre adolescente raconte que le retour à l'école a été un moment confrontant puisqu'elle a croisé d'anciens amis consommateurs et a été exposé à de la consommation :

Un des plus gros défis que j'ai rencontrés c'était la première journée d'école. [...] tout le monde s'offrait de la consommation [...]. C'était juste de la consommation partout pis là j't'allée voir ma meilleure amie pis j'tais comme : « j'pas capable, on peut pas faire ça » pis [...] elle a pris le temps de s'asseoir avec moi pis j'tais comme : « On peut pas être autour de ces personnes-là aujourd'hui. C'est trop un choc pour moi. J'ai pas vécu ça depuis des mois pis des mois » (participante 1, 16 ans).

Le fait de retrouver leurs amis après le traitement est aussi évoqué par certains répondants comme ayant été un moment anxiogène pour eux. Les adolescents mentionnent qu'ils craignaient que leur relation avec leurs amis ait changé après une longue période sans contact. Une adolescente explique qu'elle avait peur d'être moins aimée par ses amis dû à l'arrêt de sa consommation et d'éprouver moins de plaisir avec eux en étant à jeun :

J'avais peur qu'ils m'aient plus comme avant. J'avais peur que j'avais perdu mon... Mon petit « sparkle » vu qu'avant je consommais, mais c'est tellement dans ma tête. Mon « sparkle » je l'ai ben plus quand je suis à jeun que quand j't'en état de consommation. J'avais

peur que j'aïlle moins de fun avec eux, mais finalement j'ai autant de fun (participante 10, 18 ans).

Par ailleurs, la majorité des adolescents rencontrés ont des réalités familiales difficiles où les conflits, la consommation, la violence, la négligence et les problèmes de santé mentale et physique sont fréquents. En ce sens, ils racontent que leur retour à la maison était associé à des souvenirs négatifs et à la résurgence d'émotions désagréables. À son retour chez sa mère, un répondant rapporte s'être senti incompris et seul tel qu'il l'avait envisagé :

[...] je le savais juste bien trop ce qui allait se passer. Pas parce que j'anticipais ça, mais parce que j'me voyais retourner dans le même milieu, avec les mêmes gens [...]. Oui j'étais plus sevré, mais j'me sentais encore seul. Seul dans tous les sens. Ouin, j'pense c'est ça aussi, vu que j'me revoyais là-dedans, pas que c'était de l'anticipation, c'est que je le savais où j'men retournais pis je savais comment j'allais me sentir là-dedans (participant 6, 18 ans).

3.3.2 La rechute

La rechute a été un obstacle rencontré par l'ensemble des répondants au cours de leur processus de rétablissement. Selon le témoignage des adolescents rencontrés, on constate que la rechute peut prendre une forme différente d'une personne à l'autre. Certains adolescents parlent de rechute alors qu'ils ont consommé leur drogue de choix à une seule occasion après une période d'abstinence. D'autres adolescents parlent aussi de rechute alors qu'ils ont repris ou augmenté leurs habitudes de consommation antérieures :

J'ai fait trois mois à jeun pis j'suis retombée en... Je sais pas en... Ben trois mois après le centre pis je fumais juste du weed. Après j'ai recommencé à faire des Xan, j'ai fait de la speed, j'ai fait de la meth, j'ai fait du crack, j'ai fait plein d'affaires (participante 3, 16 ans).

En cherchant à comprendre pourquoi une rechute s'est produite, les répondants ont identifié différents facteurs qui les ont amenés à reprendre certaines substances ou à retourner dans leurs anciennes habitudes de consommation. La curiosité d'expérimenter à nouveau une substance après

une longue période d'abstinence est rapportée par trois répondants : « [...] j'avais juste réessayé de voir si ça marchait encore ou sinon c'était comme j'veux vraiment plus fumer » (participante 7, 16 ans). L'influence des pairs est également soulevée par la moitié des répondants pour expliquer la reprise de leurs comportements de consommation : « Ça m'a pas aidé vraiment qu'il y ait du monde qui m'attendent à ma sortie pour consommer. Ça pas vraiment aidé j'pense » (participant 6, 18 ans). Une autre répondante ajoute : « J'me suis entourée de monde que ça faisait longtemps que j'avais pas vu qui était pas nécessairement positif pour moi pis ça m'a rembarqué là-dedans » (participante 8, 15 ans). De plus, quatre répondants indiquent que leur détresse émotionnelle a été un élément déclencheur de leur rechute : « Ça m'a prouvé que sans la consommation j'tais pas ben heureuse » (participante 3, 16 ans). Enfin, l'accès à une trop grande liberté après le traitement est évoqué par deux répondants pour justifier qu'ils ont recommencé à consommer :

J'étais enfermée dans une place pendant tellement longtemps avec les centres, avec le CRDO pis comme ils m'ont remis dans la société juste comme ça. Tu comprends? Quand je suis sorti du CRDO, je retournais pas en centre du tout. Je suis partie tout de suite pis je pense que c'est le fait que j'avais tellement beaucoup de liberté tout en même temps que j'étais juste comme m'a en profiter (participante 4, 17 ans).

Les répondants qui ont fait l'expérience de la rechute affirment que cela leur a fait vivre des émotions et des sentiments négatifs. Trois d'entre eux partagent avoir eu de profonds sentiments de culpabilité, de déception et de regret comme l'indique cette adolescente : « Dès que j'ai consommé, je savais que c'était une mauvaise idée pis je me sentais coupable » (participante 1, 16 ans). Une autre ajoute : « La première fois, j'ai vraiment été déçue de moi parce que j'avais [...] fait un bon six mois sans Xanax pis j'étais déçue » (participante 10, 18 ans). Avec du recul, les répondants qui ont repris le contrôle sur leur consommation reconnaissent la force dont ils ont fait preuve pour se relever de cette situation :

[...] avec du recul moi je pense que l'important c'est que j'aie été capable de me sortir de ça pis que ça ait pas été trop long pis que j'ai été capable de me ramener à place de rester dans le trou si j'peux dire ça de même (participante 10, 18 ans).

D'autres répondants soutiennent que leur rechute a été pour eux une occasion d'apprentissage. Pour une adolescente, sa rechute lui a fait réaliser qu'elle était encore vulnérable face à sa consommation et qu'elle devait recourir à l'aide de ses proches :

[...] quand j'ai consommé, j'étais comme oh my god c'est pour ça que je peux plus consommer parce que j'ai aimé ça pis c'est pour ça que j'savais que c'tait un problème pis fallait que j'le dise à quelqu'un parce que j'tais comme j'peux plus recommencer ça, j'ai fait plus de deux mois en réadaptation. Je veux pas gaspiller tout mon temps [...] (participante 1, 16 ans).

3.3.3 Le sevrage

Les répondants soutiennent que le sevrage de drogues et de nicotine a été un défi considérable pour eux pendant leur traitement. Ils expliquent que l'arrêt subit de toutes substances a été difficile autant sur le plan physique que psychologique. Selon les répondants, le fait d'être dans un nouvel environnement et d'avoir peu de distraction a rendu cette expérience encore plus éprouvante. Une adolescente raconte qu'elle garde un mauvais souvenir de son premier épisode de sevrage :

T'es en sevrage, t'as envie de t'arracher la tête, t'es toute seule dans ta chambre, t'as pas ton cell, t'as juste des livres, mais t'es pas capable de te concentrer parce que t'es en sevrage. T'écoutes des films, mais encore une fois tu te sens pas bien, t'es en sevrage, t'es pas bien dans ton corps. Je suais, mes yeux y « shakaient », j'étais pas capable de dormir, je me réveillais tout le temps. Ah j'étais juste pas bien. C'était la pire affaire [...] je souhaite même pas ça à mon pire ennemi (participante 10, 18 ans).

Cette même adolescente ajoute que son inconfort l'a poussé à mettre fin à son traitement prématurément pour retourner à la maison : « [...] j'ai signé un papier pour m'en aller. J'étais plus capable. Moi je voulais juste me sentir bien pis à ce moment-là je me sentais pas bien fait que c'est ça » (participante 10, 18 ans). Pour deux répondants, le manque de nicotine a été vécu plus

difficilement que l'arrêt de la consommation d'alcool ou de drogues. Avant son admission en traitement, un adolescent mentionne qu'il fumait deux paquets et demi de cigarettes par jour en plus de fumer la vapoteuse. Il affirme que la médication de substitution qui lui était offerte en thérapie n'était pas suffisante pour soulager son sentiment de manque :

Mon manque de nicotine parce que comme tu peux voir, je l'ai toujours dans main. Toujours toujours. [...] Oui c'est ben beau des nicorettes, ça l'a aidé pour vrai cinq minutes. Moi, si ça aurait été de moi, ma «puff» ça fait cinq minutes, ok passe-moi l'autre gomme. [...] J'pense que c'est une des seules dépendances que j'suis pas sûr que je vais être capable de me défaire (participant 9, 18 ans).

Enfin, le fait d'avoir traversé cette épreuve a augmenté le sentiment d'efficacité personnelle de certains répondants. Un adolescent raconte que ça lui a permis de croire en ses capacités de réussir : « J'ai eu le plus gros sevrage de ma vie, c'tait le premier pis au moment que j'suis sorti, c'est là que j'ai compris. J'ai fait : « Wah man ! C'est possible de le faire » (participant 6, 18 ans).

3.4 Résumé

Les résultats obtenus par le biais des entretiens avec les adolescents illustrent la façon dont ceux-ci ont vécu leur expérience de rétablissement. Selon leur point de vue, le rétablissement d'un problème lié à l'usage de substances est le travail d'une vie qui exige efforts et motivation. Il est décrit comme une expérience à travers laquelle les adolescents tirent profit de leurs forces et de leur réseau de soutien pour régler leur problématique. Les jeunes soulignent aussi l'importance de l'implication de la famille et des intervenants dans leur processus de rétablissement. De plus, la redéfinition de leurs priorités et l'adoption de comportements qui sont en accord avec leurs valeurs sont des éléments soulevés par les adolescents qui favorisent le processus de rétablissement. Par ailleurs, les résultats permettent de constater que l'issue du rétablissement varie selon les adolescents et que sa réussite repose sur l'atteinte de leurs objectifs personnels et sur la qualité du soutien reçu. Ils montrent également que les trajectoires de rétablissement sont non linéaires et que

certains défis peuvent entraver ou nuire au processus de changement. Cependant, les adolescents qui ont surmonté ces défis rapportent un plus grand sentiment d'efficacité personnelle et une meilleure confiance en soi.

Chapitre 4 : Discussion et analyse des résultats

Dans ce dernier chapitre, les résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire seront discutés en fonction des objectifs qui visaient à documenter l'expérience subjective des adolescents au cours de leur trajectoire de rétablissement, d'explorer leur perception quant à leur rétablissement et les facteurs associés depuis leur admission en traitement dans un centre de réadaptation spécialisé en dépendance. Concrètement, ce projet de recherche a permis de dégager la signification que les adolescents ont du rétablissement d'un usage problématique de substances et de dresser le portrait des facteurs qui ont influencé de près ou de loin leur processus de rétablissement. Cette discussion débutera par la présentation des profils de rétablissement qu'il a été possible de distinguer avec les propos recueillis auprès des participants. Par la suite, les forces et les limites de l'étude seront exposées. Enfin, les retombées de ces résultats pour la pratique seront discutées.

4.1 Les profils de rétablissement

Les résultats obtenus ont permis de discerner trois profils de rétablissement distincts à partir des facteurs décrits par les dix participants de l'étude, soit le profil de rétablissement ancré, le profil de rétablissement amorcé et le profil de rétablissement régressif. La typologie des profils a été basée sur le portrait de la consommation des participants ainsi que sur l'évolution de leur fonctionnement psychosocial et de leur bien-être général. La répartition des adolescents selon les profils de rétablissement repose sur les changements qu'ils ont réalisés au niveau de leur consommation de SPA et sur l'amélioration de leur situation personnelle. Dans l'établissement des trois profils, l'arrêt de toute consommation n'a pas été défini comme un critère de succès. Ainsi, un adolescent qui rapporte une diminution de sa consommation d'une ou plusieurs substances peut correspondre au profil de rétablissement ancré s'il démontre une amélioration de son fonctionnement général. Il est également important de mentionner que tous les participants ont

déclaré avoir vécu au moins une rechute pendant ou après la fin de leur traitement. Ces résultats vont de pair avec ceux de l'étude de Cornelius et ses collègues (2003) qui démontrent que la rechute est la norme chez les adolescents atteints d'un TUS qui viennent de terminer leur traitement en dépendance. De ce fait, la rechute n'a pas été prise en compte dans la classification des adolescents selon les profils.

4.1.1 Le profil de rétablissement ancré

Le profil de rétablissement ancré regroupe les participants qui ont témoigné d'un meilleur équilibre de vie et d'une amélioration de leur situation à plusieurs niveaux. Les trois adolescentes qui correspondent à ce profil ont changé de mode de vie et elles se sont approprié leur nouvelle réalité. Ce profil se caractérise par la consolidation des changements réalisés tout au long de leur cheminement et par la reprise de contrôle sur leur consommation de SPA. Malgré les améliorations vécues, les adolescentes concernées rencontrent encore certaines difficultés et reconnaissent qu'il leur reste du travail à faire sur elles-mêmes.

Tout d'abord, les participantes qui font partie de ce profil ont apporté des changements significatifs en ce qui a trait à leur consommation de SPA. Toutes ont parlé de l'arrêt ou de la diminution de leur consommation d'une ou de plusieurs substances. Celles qui ont décidé de diminuer leur consommation ont cessé leur drogue de choix et maintiennent une consommation régulière de cannabis. Ces résultats suggèrent que la réduction de la consommation est un objectif courant et réalisable et constitue une alternative à l'abstinence. Cela rejoint les résultats obtenus dans les études de Brunelle et Bertrand (2010) et de Hennessy et ses collaborateurs (2017) qui révèlent qu'un rétablissement réussi chez les adolescents n'exige pas nécessairement une abstinence définitive. Les adolescentes racontent qu'elles fument du cannabis tous les soirs pour relâcher la pression et favoriser leur sommeil. Cette habitude leur offre un certain réconfort et son

maintien repose sur l'absence de conséquence néfaste qui en découle. Chauchard et Chabrol (2012) ont observé le même phénomène dans leur étude alors que plus de la moitié des participants ont repris une consommation de cannabis maîtrisée et contrôlée après une période d'abstinence qui n'était plus de type dépendant et qui ni ne causait plus de problème.

La distanciation par rapport au milieu de la consommation et le changement de style de vie sont des facteurs reliés positivement au rétablissement d'une dépendance (Chauchard & Chabrol, 2012; Mercier & Alarie, 2000; Théberge, 2017). Au cours de leur traitement, les adolescentes qui s'inscrivent dans le profil de rétablissement ancré ont pris conscience des conséquences de leur consommation sur l'ensemble des sphères de leur vie. Cette prise de conscience les a amenés à revoir leurs priorités et à modifier leur routine et leur hygiène de vie. L'accumulation de conséquences négatives est donc un élément important qui augmente la motivation au changement chez les personnes qui présentent un TUS (Brunelle et al., 2005a; Brunelle et al., 2010; Laudet et al., 2002). Le maintien et l'engagement dans de bonnes habitudes de vie ont également fait une différence dans le processus de changement des adolescentes rencontrées. Elles expliquent qu'elles respectent un horaire de vie structuré et qu'elles concentrent leurs efforts sur l'école et le travail. Leur engagement dans une occupation pallie le besoin d'être occupées et actives pour éviter de penser ou d'avoir envie de consommer. Dans leur recherche sur la perception subjective des adolescents quant à leur trajectoire déviante et leur trajectoire de rétablissement, Brunelle et Bertrand (2010) soutiennent également que les adolescents qui suivent une trajectoire de succès s'approprient leur démarche thérapeutique et organisent leur vie autour d'un projet concret, tel que les études ou le travail.

En plus de l'importance des habitudes de vie, plusieurs études rapportent que le changement d'environnement et de groupe social contribue au rétablissement d'un TUS (Arial,

2009; Demers-Lessard, 2014; Giletta et al., 2012; Stokes et al., 2018; Théberge, 2017). Théberge (2017) estime que l'environnement joue un rôle majeur sur l'individu à travers son rétablissement et donc, qu'il est indispensable de considérer autant les forces de l'individu que celles de son environnement. Les adolescentes du profil de rétablissement ancré se sont éloignées de leur groupe d'amis consommateurs et ont mis un terme à des relations toxiques ou malsaines. Elles soutiennent que cela leur a permis de s'entourer d'un réseau social plus positif et d'augmenter leur confiance en elles. Dans l'étude d'Arial (2009), la modification du cercle social est aussi perçue par les adolescents comme un élément déterminant dans l'amélioration de leur situation. L'appartenance à un groupe d'amis plus conformistes ou la fréquentation d'un partenaire amoureux non consommateur est aussi associée à des changements positifs dans la vie des adolescentes rencontrées. Tout comme dans l'étude de Brunelle et ses collègues (2005a), les jeunes du stade de rétablissement temporaire ou total ont développé une identité plus conformiste en côtoyant des amis qualifiés de « normaux » ou en s'engageant dans une relation amoureuse saine. Par ailleurs, les adolescentes de ce profil rapportent aussi éviter des situations pouvant déclencher la consommation en restant loin des lieux ou des événements où elles savent qu'il y aura de l'alcool ou de la drogue ou en demandant à leurs amis de ne pas consommer en leur présence. L'affirmation de leurs besoins et de leurs limites auprès de leur groupe de pairs est une autre stratégie utilisée par celles-ci pour diminuer le risque de rechute. Selon Stokes et ses collaborateurs (2018), le contrôle environnemental, c'est-à-dire l'évitement des personnes, des lieux ou des choses qui pourraient déclencher des envies de consommer, constitue un moyen efficace pour maintenir l'abstinence tout au long du processus de rétablissement.

Le soutien des membres de l'entourage apparaît comme étant indispensable dans la démarche de rétablissement. Selon les propos rapportés par les adolescentes, les personnes doivent

non seulement être présentes, mais aussi positives, disponibles et à l'écoute. Le soutien des proches a souvent été signalé comme étant important dans la trajectoire de réadaptation des adolescents vivant avec un TUS (Black & Chung, 2014; Demers-Lessard, 2014; Pivovar, 2014; Théberge, 2017). Les facteurs de rétablissement identifiés par les adolescentes suggèrent que la qualité du lien avec les intervenants contribue à la survenue de changements positifs dans leur vie. D'une part, les discussions et les réflexions formulées par les intervenants ont mené à la redéfinition de leurs objectifs de traitement et au changement de leurs habitudes de consommation. D'autre part, les attitudes de non-jugement, d'ouverture d'esprit et de considération des intervenants ont fait une différence pour les adolescentes dans l'acceptation des services, l'investissement en traitement et l'appropriation de leur démarche. En bref, l'importance accordée à la relation thérapeutique par les participantes correspond à ce qui est avancé dans la littérature, car elle est reconnue pour être une composante déterminante du succès de la démarche de rétablissement des adolescents (Diamond et al., 2006; Hawley & Garland, 2008; Hogue et al., 2006).

Le soutien familial et l'implication parentale jouent également un rôle important dans le processus de changements des adolescents (Arial, 2009; Demers-Lessard, 2014, Gauthier, 2011). Les adolescentes qui correspondent au profil de rétablissement ancré figurent parmi les participants dont les parents les ont encouragés dans leur démarche et leur ont offert une aide concrète à leur retour à la maison. Elles rapportent avoir regagné la confiance de leurs parents et avoir une meilleure communication avec eux, contribuant ainsi aux rapprochements familiaux et à une diminution de l'envie de consommer. Enfin, le soutien des pairs est aussi un élément favorable à la modification des habitudes de consommation de SPA et au maintien de ces changements (Arial, 2009; Demers-Lessard, 2014; Pivovar, 2014; Skogens et al., 2018). Pendant leur trajectoire de réadaptation, les adolescentes déclarent avoir ressenti ou reçu le support de la

part d'une amie ou de leur amoureux qui les a aidés pendant l'arrêt ou la diminution de leur consommation. Ces observations se rapprochent des conclusions de l'étude de Demers-Lessard (2014) qui stipulent que le soutien d'un ami ou d'un amoureux qui est également en démarche d'aide est favorable au processus thérapeutique. Dans le même sens, les jeunes rencontrés dans l'étude d'Arial (2009) rapportent que la compréhension témoignée par leurs amis en lien avec la situation qu'ils traversent favorise leur persévérance en traitement.

4.1.2 Le profil de rétablissement amorcé

Le profil de rétablissement amorcé concerne les participants dont le processus de rétablissement en est à ses tout débuts. Ce profil caractérise quatre adolescents qui rencontrent encore plusieurs difficultés personnelles. Certains d'entre eux reçoivent toujours des services en lien avec leur consommation problématique et d'autres envisagent de reprendre leur suivi ou d'entamer une nouvelle démarche. Ils témoignent d'un manque de contrôle face à l'usage de certaines substances et ils sont ambivalents par rapport aux changements qu'ils souhaitent apporter dans leur vie. Certains vivent difficilement l'arrêt ou la diminution de leur consommation et rapportent une fragilité au niveau psychologique. Les adolescents de ce profil considèrent que leur rétablissement sera complété une fois qu'ils auront travaillé sur leurs blessures profondes et qu'ils pourront être exposés aux drogues sans danger. Tout comme dans l'étude de Brunelle et Bertrand (2010), les adolescents parlent d'un problème qui n'est pas réglé, sur lequel ils souhaitent travailler et qui les empêche de parler d'un succès complet de leur démarche.

En premier lieu, les adolescents de ce profil ont modifié leur consommation de substances à différentes intensités. Certains ont diminué leur consommation d'une ou de plusieurs substances, d'autres sont abstinents en raison de leur présence en thérapie ou en centre jeunesse et d'autres ont complètement arrêté leur consommation depuis peu de temps. Contrairement aux jeunes du profil

de rétablissement ancré, ceux qui ont diminué leur consommation de drogues sont insatisfaits de leur situation et parlent encore de dépendance. Le concept d'automédication est abordé comme principal facteur de maintien des habitudes de consommation. L'arrêt de la consommation n'est pas envisageable pour l'instant, car elle leur permet d'être fonctionnels. L'automédication réfère à une consommation de SPA qui permet d'atténuer la détresse psychologique et les symptômes dépressifs (Brochu & Parent, 2005; Khantzian, 2013). Cela suggère que l'usage problématique chez ces adolescents ne relève pas simplement d'une recherche de plaisir, mais surtout d'une volonté de gérer des émotions devenues trop douloureuses. L'usage de substances à des fins d'automédication conduit généralement à une augmentation du niveau de consommation et du nombre de produits expérimentés ou utilisés régulièrement. Ce type de consommation se traduit également par une utilisation de plus en plus souvent solitaire et de forte intensité, et ce à toute heure de la journée (Cassen & Delile, 2008). L'ensemble des participants du profil de rétablissement amorcé rapportent des traumatismes non résolus qui les encouragent à poursuivre leur consommation et qui font obstacle à leur rétablissement. Ce constat va de pair avec celui observé dans l'étude de Darke (2013) portant sur les adultes usagers d'héroïne. Ses résultats révèlent que la maltraitance infantile joue un rôle important et plausible dans le développement et le maintien de la dépendance aux drogues.

En plus des difficultés vécues sur le plan de la consommation, les adolescents qui s'inscrivent dans ce profil sont confrontés à des problèmes psychologiques et familiaux. Ils font mention d'une faible estime de soi, d'un débalancement émotionnel et d'un faible contrôle de soi se traduisant par une forte impulsivité. Pour gérer leur envie de consommer, certains d'entre eux adoptent des comportements d'automutilation. Ces comportements nuisent à leur processus de rétablissement puisqu'ils ont des répercussions sur leurs relations interpersonnelles et sur leur

démarche thérapeutique. Considérant que leur usage de substances les aide à fuir des émotions difficiles, les adolescents sont démunis sans la consommation puisqu'ils n'ont pas accès à d'autres moyens qui leur offrent le même soulagement. Les actes autodestructeurs deviennent alors un moyen de gérer leur surplus d'émotions afin de rendre leur souffrance tolérable (Fortier, 2007). Sur le plan familial, ces jeunes font souvent partie d'une famille dysfonctionnelle où ils sont exposés à des conflits familiaux et à des parents souffrant d'un trouble de santé mentale (Esposito-Smythers & Goldston, 2008). Les adolescents rencontrés rapportent des difficultés familiales, telles que la négligence, la consommation des parents, l'abus physique et psychologique, la présence de troubles de santé mentale dans la famille et le rejet. Les adolescents expliquent être peu soutenus par leurs parents et faire face à des attentes irréalistes de leur part. Ils disent aussi entretenir un sentiment de culpabilité qui résulte des reproches ou des commentaires négatifs émis par leurs parents. Tel qu'énoncé dans l'étude d'Arial (2009), une communication absente ou déficiente, un encadrement trop serré et l'absence d'un parent dans la vie des jeunes ont une influence négative sur leur trajectoire thérapeutique.

Les adolescents qui correspondent au profil de rétablissement amorcé ont connu une reconfiguration partielle de leur réseau social au cours de leur démarche de réadaptation. Certains se sont distancés de leur groupe de pairs déviants et s'isolent pour éviter de consommer ou de commettre des délits. D'autres ont rompu les liens avec leurs amis consommateurs à leur sortie de thérapie, mais ont rapidement renoué leurs relations avec eux pour éviter de vivre du rejet ou de l'isolement. Il ressort que les adolescents qui vivent avec une consommation problématique ont peu d'amis non consommateurs ou soutenant. Ainsi, lorsqu'ils mettent un terme aux liens avec leurs amis déviants ou consommateurs, ils se retrouvent seuls et ils éprouvent des difficultés à s'intégrer dans un nouveau réseau social (Esposito-Smythers & Goldston, 2008). Les adolescents

rencontrés dans l'étude d'Arial (2009) soutiennent que le fait de conserver le même cercle social ou de retourner auprès de leurs pairs consommateurs contribue au maintien ou à la détérioration de leurs trajectoires de consommation. L'étude de Ramo et al. (2005) montre également que les adolescents sont plus à risque de rechute s'ils maintiennent les liens avec leurs amis consommateurs.

Par ailleurs, l'encadrement étroit apparaît comme étant un facteur qui favorise le rétablissement des adolescents. La présence d'un environnement rigide et structuré leur permet de progresser dans leur cheminement et de profiter d'une stabilité. Les adolescents de ce profil démontrent un besoin d'assistance plus important que ceux du profil de rétablissement ancré et entretiennent un sentiment d'appartenance à l'égard de leur milieu de vie ou de leur milieu de travail. Leur environnement leur permet de développer leur autonomie et leur offre une sorte de famille de remplacement (Arseneault, 2009). Certains adolescents rapportent que leur emploi leur fournit un lieu sécuritaire où ils se sentent valorisés et respectés. Les liens qu'ils développent avec leurs collègues de travail sont parfois plus significatifs que ceux qu'ils ont avec les membres de leur famille. D'autres vivent dans un centre ou une communauté thérapeutique dans lequel ils suivent un horaire et une programmation structurée. Les adolescents évoquent l'aspect rassurant et motivant d'une routine prévisible et rapportent que cela les encourage à limiter leur consommation de SPA et à adopter un mode de vie plus sain.

4.1.3 Le profil de rétablissement régressif

Le profil de rétablissement régressif regroupe les adolescents dont la situation s'est détériorée depuis la fin de leur traitement. Leur processus de rétablissement est caractérisé par une détresse psychologique persistante et un inconfort face au changement. Les trois adolescents qui se classent dans ce profil reconnaissent l'existence de leur problème sans toutefois avoir la force

de réaliser des actions concrètes pour y remédier. Ils rapportent une baisse ou une absence de motivation et un désintérêt pour des choses qui ont déjà été importantes pour eux. Ils affichent une attitude passive et une faible confiance en eux. Leur manque de mobilisation a des conséquences à plusieurs niveaux et les difficultés rencontrées surpassent les réussites. Leur vie est organisée autour de la consommation et ils sont pessimistes face à la vie. La trajectoire appelée « chronique » dans l'étude d'Arial (2009) est comparable sous certains points au profil de rétablissement régressif, car les adolescents perçoivent aussi une détérioration ou le maintien de plusieurs difficultés personnelles.

Le problème lié à l'usage de substances des adolescents de ce profil s'est aggravé. Ce constat diffère de celui ressorti dans l'étude de Brunelle et ses collaborateurs (2010) où les jeunes de la trajectoire marquée par la chronicité démontrent des améliorations en ce qui concerne leur consommation de SPA. Les adolescents de notre étude ont augmenté la fréquence de leur consommation ou ont expérimenté de nouvelles drogues dures. Parmi ceux qui ont essayé de nouvelles drogues, certains ont développé une dépendance à celles-ci et ont tenté de s'en départir en les remplaçant par d'autres stupéfiants dont les effets et les risques pour la santé sont considérables. Dans leurs récits, les adolescents partagent consommer des dérivés de méthamphétamines, de cocaïne, d'opiacés et de GHB. L'élévation du niveau de consommation et du nombre de produits expérimentés ou utilisés régulièrement correspond à la crainte anticipée du sevrage et de la résurgence d'émotions désagréables (Burri, 2014; Cassen & Delile, 2008). La reprise des habitudes de consommation chez les adolescents s'est faite à différents moments de leur parcours respectif. Certains d'entre eux ont consommé du cannabis dès leur première sortie de fin de semaine alors que d'autres sont restés abstinents sur une période allant de deux semaines à trois mois après leur traitement. Les résultats de l'étude de Brown et ses collaborateurs (1989)

abondent dans le même sens. Ils révèlent que les rechutes chez les adolescents surviennent généralement dans les trois premiers mois suivant le traitement et que leur survenue rapide constitue un risque important de retour à une consommation abusive (Brown et al., 1989). Enfin, les perceptions subjectives des adolescents sont divergentes quant à leur cheminement. Un nombre d'entre eux est satisfait de leur situation et des progrès qu'ils ont réalisés alors que d'autres évoquent l'aspect problématique de leur consommation.

L'apathie, soit la perte de motivation et le manque d'initiative, caractérise les adolescents du profil de rétablissement régressif. L'ennui, la solitude et la tristesse persistante sont au cœur de leur discours. Ils mentionnent avoir de la difficulté à oublier les événements marquants du passé et à faire face à leur douleur psychologique. À travers leurs témoignages, on constate qu'ils se sentent prisonniers de leur mal-être et de leur état dépressif. Ils ont perdu intérêt envers la vie en général et vis-à-vis des gens qui les entourent. Ils se renferment sur eux-mêmes et sont peu réceptifs face à l'aide qui est offerte. L'ensemble des adolescents de ce profil affirment avoir eu des idéations suicidaires ou avoir fait au moins une tentative de suicide dans la dernière année. L'étude de Miller et ses collaborateurs (2011) qui s'est intéressée à la prévalence des comportements suicidaires chez les adolescents vivant avec une dépendance à l'alcool et aux drogues a démontré qu'il existe un lien significatif entre ces deux variables même lorsque la contribution des troubles mentaux concomitants est contrôlée. La consommation de substances augmente donc le risque suicidaire chez les adolescents.

Par ailleurs, les jeunes rencontrés gardent un mauvais souvenir de leur dernière période d'abstinence, ce qui les décourage de retenter l'expérience. Il apparaît que les adolescents craignent d'être exposés aux symptômes de sevrage et aux affects négatifs s'ils arrêtent à nouveau. Pour entreprendre un changement, ils disent avoir besoin de tout perdre et d'atteindre leur limite

personnelle. Ce résultat va de pair avec celui de l'étude de Magrinelli et Brochu (2009) sur la « théorie du bas-fond » qui suggère que les individus affirmant avoir vécu le plus de problèmes seraient davantage motivés et prêts à changer. Ainsi, la motivation au changement serait déterminée par la reconnaissance des problèmes récents reliés à la consommation plutôt qu'à ceux vécus au cours de la vie. Dans le même sens, les adolescents rencontrés dans l'étude de Brunelle et ses collaborateurs (2002b) confient avoir envisagé de faire des changements sur le plan de leur consommation lorsque les conséquences vécues sont devenues excessives et trop désavantageuses.

L'usage problématique de substances à l'adolescence est souvent lié à des facteurs de vulnérabilité psychologique ou sociale. Ainsi, le dysfonctionnement attribué à la prise de substances peut être dû à des problèmes antérieurs, tels que des problèmes familiaux et des événements de vie douloureux (Cassen & Delile, 2008). Le vécu difficile des adolescents du profil de rétablissement régressif et leurs conditions de vie fragilisantes apparaissent comme étant liés à leur polyconsommation et au maintien de celle-ci. Dans un premier temps, une dynamique familiale dysfonctionnelle augmente le risque de recourir aux SPA. On parle de dynamique dysfonctionnelle lorsque le niveau de cohésion et d'adaptabilité au sein de la famille est faible, impliquant une distance émotionnelle, des liens d'attachement insécures et un faible partage d'activités ou de loisirs (Bellon-Champel & Varescon, 2017). Les adolescents de notre étude rapportent être soumis à des conflits familiaux récurrents et à des relations distantes avec les membres de leur famille. Les études démontrent qu'un environnement familial conflictuel nuit au bon support parental et à l'apprentissage de stratégies adéquates pour faire face au stress (Bellon-Champel & Varescon, 2017; Brunelle et al., 2002a; Dorard et al., 2013). La présence de stressors quotidiens a également un effet négatif sur la santé psychologique des adolescents et leur intensité est liée à la consommation de substances (Courtois et al., 2007). Les adolescents de ce profil

évoquent également la consommation de leurs parents pour expliquer leur initiation aux substances. Certains adolescents racontent que leurs parents les ont incités à consommer dès un jeune âge en leur donnant de l'alcool ou du cannabis. Les jeunes rencontrés dans l'étude de Brunelle et ses collaborateurs (2002a) adoptent un discours similaire et disent faire usage de substances parce que leurs parents consomment ou pour faire comme eux. Finalement, les adolescents du profil de rétablissement régressif abordent les défis qu'ils ont vécu en lien avec la séparation de leurs parents, un déménagement ou le décès d'un proche et le lien possible entre ces événements et leur consommation actuelle. Cependant, les résultats de l'étude de Tremblay, Tremblay et Simard (2007) révèlent que la présence de ces transitions familiales n'est pas associée à la gravité de la consommation de SPA des adolescents. Cependant, les auteurs nuancent ce résultat en avançant que les jeunes en traitement pour abus de substances affichent des proportions beaucoup plus élevées de transitions familiales vécues que les jeunes de la population générale.

4.2 L'analyse des profils de rétablissement selon le modèle transthéorique du changement

Le cadre théorique de ce mémoire repose sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (1992). En s'appuyant sur ce modèle, il est possible de situer les participants selon leur progression à travers leur processus de changement en fonction du profil de rétablissement auquel ils appartiennent. Rappelons que le processus de changement est représenté par cinq stades, soit la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Ces stades se distinguent par la façon dont l'individu anticipe le changement ainsi que le degré avec lequel il perçoit les impacts de sa problématique et se prépare à prendre action (Norcross et al., 2011).

Tout d'abord, les adolescentes qui se classent dans le profil de rétablissement ancré se situent au stade de l'action ou du maintien. Ce stade convient aux adolescentes de ce profil, car

elles entreprennent des actions concrètes et elles modifient leurs comportements et leur environnement afin de surmonter leurs problèmes. En effet, elles ont intégré de nouvelles habitudes de vie et ont changé d'environnement en évitant les lieux qui les mettent à risque et en fréquentant des influences positives. Elles se situent également à ce stade, car elles parviennent à stabiliser les impacts négatifs de leur problématique depuis quelques semaines à plusieurs mois. Elles ont une consommation contrôlée ou ponctuelle dont la fréquence et l'intensité sont moindres que celles rapportées avant leur admission en traitement. Une petite proportion des adolescents de ce profil se situe au stade du maintien, car ils demeurent loin de leur problématique et n'engagent pas de nouveaux comportements inadéquats depuis plus de huit mois (Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 1992).

Ensuite, le stade de la préparation s'applique à la moitié des adolescents qui s'inscrivent dans le profil de rétablissement amorcé. Ils ont l'intention de modifier leur comportement et planifient entamer un changement. On constate également une amélioration de leur situation suite aux tentatives de changement qu'ils ont réalisées au cours de la dernière année. De plus, les jeunes signalent de petits changements de comportement, notamment par la diminution de leur consommation d'une ou de plusieurs substances. Bien qu'ils aient réduit leurs comportements problématiques, les adolescents au stade de la préparation ne sont pas encore engagés définitivement dans le changement. Toutefois, ils sont prêts et prévoient passer à l'action dans un avenir rapproché. L'autre proportion d'adolescents du profil de rétablissement amorcé se situe au stade de la contemplation puisqu'ils sont conscients de leur problématique, mais vivent une ambivalence importante. Ils expriment le souhait d'un changement, mais aucune démarche n'est entreprise. Entre autres, ces derniers disent vouloir reprendre leur suivi avec leur intervenant en dépendance ou entamer une nouvelle thérapie sans avoir posé d'action concrète. De plus, leurs

motivations sont principalement extrinsèques et leur reconnaissance du besoin de changer relève davantage de processus cognitifs qu'émotifs (Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 1992).

Puis, les adolescents qui correspondent au profil de rétablissement régressif sont répartis entre les stades de contemplation et de précontemplation. Certains d'entre eux se situent au stade de la contemplation, car ils reconnaissent l'existence de leur problème et pensent sérieusement y remédier. Avant d'agir, ils évaluent la quantité d'énergie et d'efforts nécessaire pour surmonter leur problématique. Ainsi, ils sont dans une phase d'ambivalence dans laquelle ils pourront rester pendant plusieurs mois ou plusieurs années (Carbonari et al., 1999; Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 1992). L'autre proportion des adolescents se situe au stade de la précontemplation, car aucune intention de changer n'est présente. Ils nient les difficultés engendrées par leurs habitudes de consommation ou en sont inconscients. La pression de leur entourage et l'appât du gain ont motivé leur dernière demande d'aide (Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 1992).

Dans le modèle transthéorique du changement, la rechute ou le retour à des stades antérieurs est reconnu comme faisant partie intégrante du processus de changement (Prochaska et al., 1992). À un moment de leur processus de changement, tous les participants de notre étude ont expérimenté au moins une rechute. D'après le récit des adolescents, les rechutes sont survenues pour différentes raisons. Certains disent avoir relâché leur vigilance et s'être mis à l'épreuve en s'exposant à l'alcool et aux drogues. D'autres racontent avoir ressenti une envie irrésistible et inattendue de consommer et ne pas avoir réussi à la contrôler avec succès. À la suite de leur rechute, les adolescents ont régressé à des stades antérieurs de changement. Certains ont reculé au stade précédent alors que d'autres sont revenus au début du cycle. Ce constat illustre l'importance d'envisager l'existence de trajectoires complexes et non seulement linéaires dans le contexte du

rétablissement en dépendance. Par ailleurs, les études démontrent que les personnes qui ont rechuté ont plus de chances de vivre un succès lors du cycle suivant. La rechute leur permettrait d'apprendre de leurs erreurs du passé et d'expérimenter de nouvelles façons de gérer leurs anciennes habitudes lors de la prochaine tentative (Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 1994). Selon le modèle élaboré par Witkiewitz et Marlatt (2004), la rechute devrait être vue comme un processus dynamique dans le temps plutôt que statique. Leur modèle soutient que la réaction d'une personne face à une situation à risque de consommation dépend de sa prédisposition à répondre à cette situation. Ainsi, le répertoire des stratégies dont l'individu dispose viendrait modérer les risques de rechute.

4.3 Retombées pour la pratique

Le rétablissement des adolescents vivant avec un problème lié à l'usage de substances représente un défi, car les jeunes sont confrontés à de multiples changements qui peuvent affecter leur motivation et leur engagement. Dans cette étude, l'exploration de la perspective subjective des participants a permis d'accéder à leur expérience personnelle de rétablissement et aux moyens qu'ils ont déployés pour affronter leurs problèmes. Ce savoir issu de l'expérience est reconnu pour apporter des pistes d'intervention adaptées aux besoins et aux capacités des personnes concernées (Poupart, 1998). Nos résultats permettent donc de formuler certaines recommandations pour l'intervention auprès de cette clientèle.

Tout d'abord, les profils de rétablissement élaborés démontrent que les adolescents peuvent se situer à des étapes différentes de leur trajectoire de réadaptation après avoir complété le même traitement. Les constats quant aux particularités de chaque adolescent soutiennent l'importance d'individualiser les objectifs d'intervention et d'adopter des stratégies qui correspondent à leur stade de changement respectif. Les interventions à privilégier selon les profils de rétablissement

des adolescents s'appuient sur le cadre thérapeutique de l'entretien motivationnel (EM) qui bénéficie d'un appui empirique dans l'univers du traitement de la dépendance aux SPA (Tremblay & Simoneau, 2010). L'EM est un modèle d'intervention qui vise à faire réfléchir la personne sur ses ambivalences et ses résistances par rapport au changement de manière à renforcer sa motivation intrinsèque et son engagement vers un processus de rétablissement. Ainsi, l'intervenant doit adapter ses interventions à chaque stade de changement de la personne pour favoriser son évolution. Les stades de changement sur lesquelles l'EM s'appuie sont celles décrites par le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente.

Sur le plan clinique, l'attitude de l'intervenant sera fondamentale dans l'engagement des adolescents du profil de rétablissement régressif. L'attitude adoptée par l'intervenant participera à la mise en place d'une relation thérapeutique avec ces adolescents qui aura pour effet d'augmenter leur motivation et de diminuer leur résistance. Considérant que les adolescents de ce profil se situent au stade de précontemplation ou de contemplation, l'élaboration précipitée des objectifs d'intervention pourrait mener à leur désengagement. Pour les adolescents regroupés dans le profil de rétablissement amorcé, l'identification de la cible de changement serait propice étant donné leur intention de modifier leur comportement et d'entamer un changement. Considérant qu'ils sont prêts et prévoient passer à l'action sans être définitivement engagés dans le changement, l'approche non directive serait à privilégier. Cette approche propose de soutenir l'autonomie de la personne en mettant l'accent sur ses choix. Les adolescents de ce profil tireraient également avantage à ce que l'intervenant les amène à verbaliser leurs propres arguments et motivations à changer de manière à renforcer leur motivation au changement. Enfin, les adolescentes du profil de rétablissement ancré sont disposées à élaborer un plan d'action avec l'intervenant, car elles rapportent être motivées à maintenir leurs acquis et reconnaissent qu'il leur reste du travail à faire

sur elles-mêmes. De plus, la formulation de ce plan consistera à faire émerger chez ces elles leurs capacités et leurs moyens pour évoluer. Dans cette phase, l'intervenant peut proposer différentes stratégies pour guider la personne tout en respectant son autonomie (AFDEM, 2018).

Par ailleurs, les adolescents rencontrés dans le cadre de ce mémoire rapportent des événements de vie difficiles et des défis au niveau de la régulation de leurs émotions. Dans leur récit, l'ensemble des jeunes partagent avoir vécu des expériences douloureuses qui ont teinté leur trajectoire de développement et qui ont laissé des traces. D'ailleurs, les adolescents qui correspondent aux profils de rétablissement amorcé et régressif rapportent un nombre plus élevé de situations de vie potentiellement traumatiques et une exposition prolongée au stress. Cela pourrait expliquer les enjeux de rétablissement rencontrés par ces adolescents. Leur exposition répétée à des traumatismes et leur niveau cliniquement élevé de vulnérabilité ont possiblement contribué au développement d'un trauma complexe (Milot et al., 2018). Ainsi, on peut supposer que les adolescents à l'étude auraient bénéficié de pratiques sensibles aux traumas pendant leur traitement, et plus particulièrement ceux des deux derniers profils de rétablissement.

L'intérêt grandissant pour les traumas complexes a mené à l'émergence de pratiques sensibles aux traumas (Milot et al., 2018; Milot et al., 2021). Les pratiques sensibles aux traumas visent à ce que l'ensemble des institutions sociales soit préoccupé par les traumas psychologiques par le biais de leurs politiques, leurs modes d'organisation, leurs procédures et dans l'offre de leurs services (Harris & Fallot, 2001). Ces pratiques insistent sur l'adoption d'un langage commun et proposent d'accompagner les enfants et les adolescents en difficulté ainsi que leurs familles en portant une attention particulière aux traumatismes vécus (Milot et al., 2021). Pour offrir des services qui s'appuient sur ces pratiques, tous les professionnels qui interviennent de près ou de loin avec cette clientèle bénéficieraient au minimum d'une sensibilisation aux approches sensibles

aux traumatismes complexes par le biais de formations. Ils pourraient ainsi mieux répondre aux besoins des individus exposés aux traumatismes et être attentifs au risque d'activer la réaction traumatique complexe (Milot et al., 2018).

En s'appuyant sur les fondements théoriques du concept de trauma complexe, on peut suggérer aux professionnels qui travaillent dans le secteur de la dépendance de dépister et d'évaluer systématiquement les traumatismes complexes des jeunes avec lesquels ils interviennent. Dans l'accès aux services en dépendance, la plupart des CRD du Québec utilisent l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-ADO) pour évaluer la gravité de la consommation de SPA et des problèmes associés chez les adolescents (MSSS, 2005). Cet instrument évalue différentes échelles qui permettent de recueillir des informations sur l'ensemble des dimensions de la vie des adolescents. On retrouve notamment les échelles psychologique et familiale qui indiquent l'historique d'abus et de mauvais traitements, les événements de vie critiques ainsi que le climat familial (Desjardins & Landry, 2007). Les réponses fournies à ces questions offrent un bon aperçu des traumatismes vécus par les jeunes et de leurs conséquences sur leur développement social, émotionnel et comportemental. Lors de la prise en charge du suivi d'un adolescent, il serait donc pertinent que les intervenants portent une attention particulière aux informations documentées dans ces deux échelles de l'IGT-ADO. De cette façon, ils seraient en mesure d'établir l'ampleur de l'exposition traumatique du jeune et de personnaliser l'intervention en fonction de ses besoins.

4.4 Forces et limites de l'étude

Comme toute recherche, ce projet de mémoire comporte des forces et des limites. Les forces de cette recherche sont principalement au niveau de l'intérêt porté à la population adolescente et à leur perspective subjective. La considération de leur point de vue est essentielle pour comprendre leur situation et pour concevoir des interventions pertinentes et appropriées aux

problèmes qu'ils vivent. Le choix d'un devis qualitatif a permis de leur redonner la parole et de prêter attention à leur vécu et à leur expérience. Grâce aux témoignages des adolescents, il a été possible d'exposer leur réalité et la façon dont ils composent avec leurs difficultés. Les entretiens ont également permis de dégager la diversité de leurs expériences et de cerner les facteurs qui ont contribué ou qui ont fait obstacle à leur trajectoire de réadaptation.

Une autre force de ce projet est la participation elle-même des adolescents considérant les enjeux de recrutement propre à cette population. En effet, la prise en charge sociale des adolescents est difficile au Québec et plus particulièrement pour ceux qui présentent une multiproblématique (Nadeau, 2009). Le nombre d'adolescents rejoint dans le cadre de ce mémoire est donc non négligeable (n=10). Néanmoins, le recrutement des participants a comporté quelques défis. Tout d'abord, le contexte pandémique de la COVID-19 dans lequel s'est déroulée la recherche a eu un impact sur la dispensation des soins de santé auprès de la population. De ce fait, l'unité d'hébergement en dépendance où s'effectuait le recrutement a connu une diminution des références et du nombre d'usagers pouvant être hébergés dans leur service. Cette restructuration des services a donc réduit le nombre de participants potentiels à la recherche. La fermeture du service pendant une période de quelques mois a également influencé la taille de l'échantillon. De plus, nous avons été incapables de rejoindre plusieurs adolescents, car ceux-ci avaient changé de coordonnées depuis la réception des services. Enfin, certains jeunes ont tout simplement refusé de participer au projet de recherche ou se sont désistés avant l'entretien.

Dans un autre ordre d'idées, la situation sanitaire et les mesures gouvernementales en vigueur au moment de la réalisation du projet de recherche ont nécessité d'adapter les modalités des entretiens avec les participants. Le fait d'opter pour des entretiens à distance a nécessité de revoir les méthodes de prise de contact, de passation, d'enregistrement et de conduite des

entretiens. Les entretiens par visioconférence ont également nécessité de repenser la façon d'obtenir le consentement des participants. Selon certaines études, l'entretien à distance en science sociale peut avoir un impact sur la qualité des données recueillies (Pastinelli, 2011; Novick, 2008; Théviot, 2021). Lors des entretiens avec les participants, la plupart d'entre eux se montraient partiellement devant la caméra, ce qui nuisait au contact visuel et à l'observation de leur non verbal. D'autres ont été interrompus ou dérangés par leurs parents ou leurs amis pendant l'entretien, ce qui a coupé la fluidité des échanges. Sur une note plus positive, l'entretien par visioconférence a cependant été une réelle opportunité pour mener à bien ce projet de mémoire dans un contexte aussi particulier.

Finalement, une autre limite de ce projet de mémoire concerne la transférabilité des résultats. Étant donné la petite taille de l'échantillon et la répartition des participants, les résultats ne peuvent pas être transférés à une population plus large. Néanmoins, les propos recueillis auprès des participants pourraient être applicables à d'autres adolescents qui s'investissent dans une démarche de changement. De plus, les résultats proposent des pistes intéressantes pour l'intervention en dépendance auprès des jeunes. Par ailleurs, les adolescents ayant participé à ce projet de recherche peuvent différer de ceux ayant refusé de le faire. Il est donc possible que les adolescents qui se sont désistés ou qui ont refusé de participer à cette étude aient vécu leur trajectoire thérapeutique différemment de celle des participants rencontrés. Ainsi, les résultats de ce projet de mémoire n'excluent pas l'influence d'autres facteurs dans le processus de rétablissement en dépendance chez les adolescents.

Conclusion

Ce projet de mémoire a montré qu'il existe différents profils de rétablissement chez les adolescents qui ont reçu des services spécialisés en dépendance. D'une part, ces profils démontrent les différentes formes que peut prendre le rétablissement chez les adolescents qui présentent une consommation problématique de SPA. D'autre part, ils mettent en évidence les facteurs qui interviennent dans le processus de rétablissement de ces adolescents.

À l'aide d'un devis qualitatif, cette recherche avait comme principal objectif d'explorer le processus de rétablissement des adolescents qui vivent avec un problème lié à l'usage de substances. Plus particulièrement, nous cherchions à documenter l'expérience des adolescents au cours de leur trajectoire de rétablissement, ainsi qu'à explorer leur perception quant à leur rétablissement et les facteurs associés depuis leur admission en traitement dans un centre de réadaptation spécialisé en dépendance. Au total, 10 adolescents ont été rencontrés dans le cadre de ce projet de recherche afin de recueillir leur perspective subjective sur le phénomène à l'étude. Leurs témoignages ont permis d'identifier une variété de facteurs ayant eu une influence positive ou négative sur leur parcours. Leur récit a également permis de constater qu'ils se situent à différentes étapes de leur cheminement.

L'analyse des résultats a ensuite mené à l'identification de trois profils de rétablissement distincts. La typologie des profils a été basée sur le portrait de la consommation des participants ainsi que sur l'évolution de leur fonctionnement psychosocial et de leur bien-être général. Sur le plan de la consommation, certains jeunes sont abstinents depuis quelques mois ou maintiennent une consommation contrôlée alors que d'autres sont en rechute ou démontrent une détérioration de leur consommation. Au niveau de leur fonctionnement et de leur indice de bien-être, une proportion des adolescents démontre une amélioration significative de leur qualité de vie alors que

d'autres présentent une stabilisation ou un déclin de leur situation pouvant être attribuable à des facteurs psychologiques et sociaux.

En somme, cette recherche descriptive permet de mieux comprendre l'expérience de rétablissement en dépendance des adolescents et de saisir la spécificité et la complexité de ce processus selon leur point de vue. Les résultats permettent aussi de dégager des pistes et des orientations intéressantes pour la pratique clinique. Tout d'abord, ils montrent que la rechute est courante chez les adolescents qui terminent un suivi en dépendance et qu'elle ne constitue pas un échec du traitement. Au contraire, on remarque qu'elle fait partie intégrante du processus de changement et qu'elle contribue à l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation. Ensuite, les résultats suggèrent que pour plusieurs, l'usage problématique de substances chez les adolescents relève d'une volonté de gérer des affects négatifs liés à des traumas non résolus. Les intervenants psychosociaux bénéficieraient donc des présents résultats, car ils soutiennent l'importance d'engager le jeune dans son processus d'intervention et de l'accompagner en portant une attention particulière à ses vulnérabilités et à ses expériences potentiellement traumatiques. En adoptant une approche sensible aux traumas, les solutions élaborées par les intervenants seraient certainement plus personnalisées aux besoins spécifiques des adolescents. Finalement, les particularités propres à chaque profil de rétablissement démontrent la pertinence d'adapter les stratégies d'intervention en fonction du stade de changement des adolescents en ce qui concerne leur processus de rétablissement.

Bibliographie

- Abdel-Salam, S. (2011). *Self-control as a predictor of retention in, and recidivism, and relapse following therapeutic community treatment for drug-abusing adolescents* [Thèse de doctorat, Temple University Graduate Board]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivation (AFDEM). (2018). *Les 4 processus de l'EM*. <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/4processus/>
- Agence de la santé publique du Canada. (2018, octobre). *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018 : Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes* (publication n°180303. <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-problematqie-substance-jeunes.pdf>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Anderson, K. G., Ramo, D. E., Schulte, M. T., Cummins, K., & Brown, S. A. (2007). Substance use treatment outcomes for youth: integrating personal and environmental predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(1), 42-48. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.09.014
- Arial, P. (2009). *La réadaptation de jeunes toxicomanes qui présentent un problème de santé mentale*. In: ProQuest Dissertations Publishing.
- Arseneault, C. (2009). *Points de vue de jeunes sur leur passage dans une unité spécialisée en toxicomanie en centre jeunesse*. In: ProQuest Dissertations Publishing.

- Avor, W. M., Naab, F., & Attiogbe, A. (2020). Factors influencing change in behavior among residents with drug addiction in a mental hospital in Ghana. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 19(2), 69-76.
- Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., & Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *Journal of Primary Prevention*, 26(6), 529-551.
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 24(3), 221-232.
- Bazeley, P., & Jackson, K. (2013). *Qualitative data analysis with nvivo*: Sage Publications Limited.
- Bellon-Champel, L., & Varescon, I. (2017). Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence : facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(4), 313-319. doi: 10.1016/j.amp.2015.06.005
- Ben Amar, M. (2006). *Drogues: Savoir plus, risquer moins: Le livre d'information*. Centre québécois de lutte aux dépendances.
- Ben Amar, M. (2007). Les psychotropes criminogènes. *Criminologie*, 40(1), 11-30. doi : <https://doi.org/10.7202/016013ar>
- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G. Massicotte, L., & Blouin, H. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.
- Bertrand, K., Brunelle, N., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A. & Ledoux, C. (2009). *Adolescents et traitement de la toxicomanie*. Rapport de recherche présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, 36 p.

- Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., Beaudoin, I., Lemieux, A., & Menard, J. M. (2013). Substance abuse treatment for adolescents: how are family factors related to substance use change?. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 28-38.
- Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221-228.
- Black, J. J., & Chung, T. (2014). Mechanisms of change in adolescent substance use treatment: How does treatment work? *Substance Abuse*, 35(4), 344-351.
- Boivin, M.-D., & Chamberland, A. (2001). La phase de postréadaptation en toxicomanie ou l'épreuve de l'entrée dans la vie en société. In M. Landry, L. Guyon & Brochu, S (Eds.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : Études québécoises* (p.137-172). Les Presses de l'Université Laval.
- Bolduc, N., & Grondin, S. (2021). *Services de réadaptation spécialisée en dépendance : Offre de services* [document inédit]. Direction des programmes jeunesse, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO).
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brochu, S., Brunelle, N., & Plourde, C. (2016). *Drogue et criminalité : une relation complexe* (Troisième édition revue et augmentée. ed.). Montréal, Québec]: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., & Parent, I. (2005). *Les flambeurs: trajectoires d'usagers de cocaïne*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Brodbeck, J., Matter, M., Page, J., & Moggi, F. (2007). Motives for cannabis use as a moderator variable of distress among young adults. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1537-1545. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.11.012>

- Brook, J. S., Zhang, C., & Brook, D. W. (2011). Developmental trajectories of marijuana use from adolescence to adulthood: Personal predictors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *165*(1), 55-60.
- Brook, J. S., Zhang, C., Koppel, J., & Brook, D. W. (2008). Pathways from earlier marijuana use in the familial and non-familial environments to self-marijuana use in the fourth decade of life. *American Journal on Addictions*, *17*(6), 497-503.
- Brown, S. A., Vik, P. W., & Creamer, V. A. (1989). Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, *14*(3), 291-300. doi:[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(89\)90060-9](https://doi.org/10.1016/0306-4603(89)90060-9)
- Brunelle, N., & Bertrand, K. (2010). Trajectoires déviantes et trajectoires de rétablissement à l'adolescence : typologies et leviers d'intervention. *Criminologie*, *43*(2), 373-399. <https://doi.org/10.7202/1001782ar>
- Brunelle, N., Bertrand, K., Landry, M., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., & Brochu, S. (2015). Recovery from substance use: drug-dependent people's experiences with sources that motivate them to change. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *22*(3), 301-307.
- Brunelle, N., Bertrand, K., Tremblay, J., Arseneault, C., Landry, M., Bergeron, J., & Plourde, C. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société*, *9*(1), 211-247. doi:10.7202/044873ar
- Brunelle, N., Brochu, S., & Cousineau, M.-M. (2000). Drug-crime relation among drug consuming juvenile delinquents: A tripartite model and more. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*, *27*(4), 835-866.

- Brunelle, N., Brochu, S., & Cousineau, M.-M. (2005a). Des jeunes se racontent : Le point sur leurs trajectoires d'usage de drogues et de délinquance. In L. Guyon, S. Brochu & M. Landry (Eds.), *Les jeunes et les drogues : Usages et dépendances* (p.279-325). Les Presses de l'Université Laval.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2002a). La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile. *Drogues, santé et société*, 1(1), 1-21. doi:10.7202/000419ar
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2002b). Trajectoires types de la déviance juvénile : un regard qualitatif. *Revue canadienne de criminologie*, 44(1), 1-31.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2005b). Trajectoires déviantes de garçons et de filles : Points de convergence et de divergence. In N. Brunelle & M.-M. Cousineau (Eds.), *Trajectoires de déviance juvénile : Les éclairages de la recherche qualitative* (p.9-30). Presses de l'Université du Québec.
- Brunelle, N., & Cousineau, M.-M. (2005). *Trajectoires de déviance juvénile: les éclairages de la recherche qualitative*. Presses de l'Université du Québec.
- Brunelle, N., Plourde, C., Gendron, A., Cordeau, D. & Piché, V. (2006). *Évaluation de l'efficacité des unités en centre jeunesse spécialisées dans le traitement des toxicomanies : Le Dôme et La Croisée*. Rapport de recherche remis au Fonds Richelieu de recherche sur l'enfance, 86 p.
- Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1751-1764.
- Burri, P. (2014). Addiction ou la tentation du risque. *Primary Care*, 14(20), 326.
- Byrne, M. M. (2001). Understanding life experiences through a phenomenological approach to research. *AORN journal*, 73(4), 830-830.

- Caiata Zufferey, M. (2005). Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques. Ombres et lumières d'un phénomène en mutation. *Psychotropes*, *11*(1), 55-72. doi:10.3917/psyt.111.0055
- Caiata Zufferey, M. (2006). S'en sortir dans un contexte de réduction des risques : trajectoires multiples, nouveaux défis. *Psychotropes*, *12*(3), 81-92. doi:10.3917/psyt.123.0081
- Carbonari, J. P., DiClemente, C. C., & Sewell, K. B. (1999). Stage transitions and the transtheoretical "stages of change" model of smoking cessation. *Swiss Journal of Psychology*, *58*(2), 134.
- Careau, E., & Vallée, C. (2014). Recherche qualitative et scientificité. *Guide pratique de recherche en réadaptation*, 489-507.
- Cassen, M., & Delile, J.-M. (2008). Les adolescents et leurs familles face aux dangers des consommations multiples de drogues et d'alcool. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, *40*(1), 253. doi:10.3917/ctf.040.0253
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLT). (2010). *Les principes de base du traitement de la toxicomanie chez les jeunes*. Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes.
- Chan, Y.-F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *34*(1), 14-24.
- Chauchard, É., & Chabrol, H. (2012). Les arrêts spontanés de la consommation de cannabis: Une étude qualitative. *Alcoolologie et addictologie*, *34*(4), 273-280.
- Choopan, H., Kalantarkousheh, S. M., Aazami, Y., Doostian, Y., Farhoudian, A., & Massah, O. (2016). Effectiveness of emotion regulation training on the reduction of craving in drug abusers. *Addiction & Health*, *8*(2), 68-75.

Code civil du Québec. R.L.R.Q. (1991), ch. CCQ-1991.

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/CCQ-1991>

Connor, J. P., Gullo, M. J., White, A., & Kelly, A. B. (2014). Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 269-275. doi : 10.1097/YCO.0000000000000069

Corbière, M., & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.

Cornelius, J. R., Maisto, S. A., Pollock, N. K., Martin, C. S., Salloum, I. M., Lynch, K. G., & Clark, D. B. (2003). Rapid relapse generally follows treatment for substance use disorders among adolescents. *Addictive Behaviors*, 28(2), 381-386. doi:10.1016/S0306-4603(01)00247-7

Courtois, R., Réveillère, C., Paüs, A., Berton, L., & Jouint, C. (2007). Liens entre stressseurs, santé psychique et premières consommations de tabac et d'alcool à la préadolescence. *L'Encéphale*, 33(3), 300-309.

Darke, S. (2013). Pathways to heroin dependence: time to re-appraise self-medication. *Addiction*, 108(4), 659-667. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04001.x

De Leon, G., Melnick, G., & Hawke, J. (2000). The motivation-readiness factor in drug treatment implications for research and policy. In *Emergent issues in the field of drug abuse*: Emerald Group Publishing Limited.

Demers-Lessard, G. (2014). *Rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique des adolescents vivant des difficultés liées à leur consommation de substances psychoactives* [mémoire de maîtrise, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/25276>

- Desjardins, L., & Landry, V. (2007). *Mode d'utilisation du guide des pratiques cliniques de l'indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (version 3.1)*. Montréal: Recherche et Intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ).
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 745- 750.
- Diamond, G. S., Liddle, H. A., Wintersteen, M. B., Dennis, M. L., Godley, S. H., & Tims, F. (2006). Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *The American Journal on Addictions*, *15*(Suppl 1), 26-33. doi:10.1080/10550490601003664
- Direction des programmes de santé mentale et dépendance. (2017). *Guide informatif sur les services en hébergement (adulte, DX et jeunesse) : Présentation et code de vie*. Manuscrit non publié.
- Dorard, G., Bungener, C., & Berthoz, S. (2013). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *Psychologie Française*, *58*(2), 107-121. doi: 10.1016/j.psfr.2013.01.003
- Esposito-Smythers, C., & Goldston, D. B. (2008). Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorder and suicidal behavior. *Substance Abuse*, *29*(2), 5-17.
- Fakaruddin, F. N., & Nor, A. M. (2020). Emotion regulation among adolescents with drug abuse: A qualitative study. *Malaysian Online Journal of Educational Sciences*, *8*(3), 23-34.
- Fan, A. Z., Chou, S. P., Zhang, H., Jung, J., & Grant, B. F. (2019). Prevalence and correlates of past-year recovery from DSM-5 alcohol use disorder: results from National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *43*(11), 2406-2420.

- Fitzpatrick, M. R., & Irannejad, S. (2008). Adolescent readiness for change and the working alliance in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 86(4), 438-445. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00532.x>
- Fortier, I. (2007). *L'automutilation, une stratégie d'adaptation? Étude exploratoire auprès de femmes*. Mémoire de maîtrise en travail social. Université du Québec en Outaouais. <http://www.oregand.ca/files/m-1-isabellefortier.pdf>
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
- Frappier, J.-Y., Duchesne, M., & Lambert, Y. (2015). *Santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centres de réadaptation des centres jeunesse au Québec : Rapport de recherche*. Hôpital Sainte-Justine – Le centre hospitalier universitaire mère-enfant. doi : 10.13140/RG.2.1.1264.4965
- Gagnon, H., & Rochefort, L. (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : Conséquences et facteurs associés* (publication n° 978-2-550-59340-9-PDF). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1102>
- Gauthier, B., Bertrand, K., & Nolin, P. (2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. *Enfances, Familles, Générations*(13), 129-150. doi:10.7202/045424ar
- Giletta, M., Scholte, R. H. J., Prinstein, M. J., Engels, R. C. M. E., Rabaglietti, E., & Burk, W. J. (2012). Friendship context matters: Examining the domain specificity of alcohol and depression socialization among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(7), 1027-1043.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2008). Phenomenology. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2e ed., p. 26-52). Sage Publications.

- Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. In M. Harris, R. D. Fallot, M. Harris, & R. D. Fallot (Eds.), *Using trauma theory to design service systems* (p. 3-22). Jossey-Bass/Wiley.
- Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2008). Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. *Child Youth Care Forum, 37*(2), 59–74. <https://doi.org/10.1007/s10566-008-9050-x>
- Hennessy, E. A., Cristello, J. V., & Kelly, J. F. (2019). RCAM: a proposed model of recovery capital for adolescents. *Addiction Research & Theory, 27*(5), 429-436.
- Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C., & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior, 29*(1), 56-75.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 121.
- Hoseiny, H., Jadidi, M., Nataj, L. H., & Saberi-Zafarghandi, M. B. (2015). The effect of methadone-maintenance therapy with and without interactive treatment on improving emotion-regulation strategies and resilience among opiate-dependent clients. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction, 4*(1). <https://doi.org/10.5812/ijhrba.23526>
- Hutchison, M. (2017). *Contextual influences on a coping skills intervention for adolescents in substance use recovery* [mémoire de maîtrise, University of Connecticut]. https://opencommons.uconn.edu/gs_theses/1086
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 : La santé physique et les habitudes de vie des*

- jeunes*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017-resultats-de-la-deuxieme-edition-tome-3-la-sante-physique-et-les-habitudes-de-vie-des-jeunes.pdf>
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2016). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2015: Overview, key findings on adolescent drug use*. Institute for social research, The University of Michigan.
- Kaminer, Y., & Godley, M. (2010). From assessment reactivity to aftercare for adolescent substance abuse: Are we there yet? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *19*(3), 577-590.
- Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M. S., . . . Bond, J. (2014). Elements that define recovery: the experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *75*(6), 999-1010.
- Kelly, J. F., & Hoepfner, B. (2014). A biaxial formulation of the recovery construct. *Addiction Research & Theory*, *23*(1), 5-9. doi: <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.930132>
- Kelly, J. F., Kahler, C. W., & Humphreys, K. (2010). Assessing why substance use disorder patients drop out from or refuse to attend 12-step mutual-help groups: The "REASONS" questionnaire. *Addiction Research & Theory*, *18*(3), 316-325.
- Kelly, J., Urbanoski, K., Hoepfner, B., & Slaymaker, V. (2012). "Ready, willing, and (not) able" to change: Young adults' response to residential treatment. *Drug Alcohol Depend*, *121*(3), 224-230.
- Khantzian, E. J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*, *108*(4), 668-669. doi:10.1111/add.12004
- Lamoureux, A. (2000). *Recherche et méthodologie en sciences humaines* (2e éd.). Éditions Études vivantes.

- Laudet, A.B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 243–256.
- Laudet, A. B., Savage, R., & Mahmood, D. (2002). *Pathways to Long-Term Recovery: A Preliminary Investigation. Journal of Psychoactive Drugs, 34*(3), 305–311. doi:10.1080/02791072.2002.103
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse, 43*(1), 27-54.
- Ledoux, C. (2013). *Le processus de rétablissement des adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires*. In: ProQuest Dissertations Publishing.
- Leung, R. K., Toumbourou, J. W., & Hemphill, S. A. (2014). The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Health Psychology Review, 8*(4), 426-457. doi:10.1080/17437199.2011.587961
- Magrinelli Orsi, M. & Brochu, S. (2009). Du sable dans l’engrenage : la motivation des clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie. *Drogues, santé et société, 8*(2), 141-185. doi :10.7202/044474ar
- Maisto, S. A., Krenek, M., Chung, T., Martin, C. S., Clark, D., & Cornelius, J. (2011). Comparison of the concurrent and predictive validity of three measures of readiness to change marijuana use in a clinical sample of adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*(4), 592-601.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W. A., & Engels, R. C. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine, 33*(6), 474-485.

- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., La Torre-Luque, A. d., & Fernández-Artamendi, S. (2018). Polydrug use trajectories and differences in impulsivity among adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*(3), 235-244. doi:10.1016/j.ijchp.2018.07.003
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438–450.
- Mee-Lee, D. (2001). *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders* (2^e éd). American Society of Addiction Medicine (ASAM).
- Mercier, C., & Alarie, S. (2000). Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. In P. Brisson (Ed.), *L'usage des drogues et la toxicomanie* (Vol. 3, p. 336-349). Gaëtan Morin.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*: De Boeck Supérieur.
- Miller, M., Borges, G., Orozco, R., Mukamal, K., Rimm, E., Benjet, C., & Medina-Mora, M. (2011). Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence, 113*(2-3), 110-117.
- Miller, R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2019). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement* (2^e éd.). InterEditions.
- Milot, T., Bruneau-Bhérier, R., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2021). Le trauma complexe: un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue québécoise de psychologie, 42*(2), 69-90.

- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (1^{er} éd.). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv28683g>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2005). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents* (Version 3.1.ed.). Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec.
- Muck, R., Zempolich, K. A., Titus, J. C., Fishman, M., Godley, M. D., & Schwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth & Society, 33*(2), 143-168.
- Nadeau, D. (2009). Services sociaux, psychiatrie et violence adolescente : explorer l'efficacité des pratiques de réadaptation. *Psychiatrie et violence, 9*(1). doi :10.7202/038868ar
- Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., . . . Wykes, T. (2014). How should we measure addiction recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 21*(4), 310-323.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 143-154.
- Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research?. *Research in Nursing & Health, 31*(4), 391–398. doi:10.1002/nur.20259
- O'Grady, C. P., & Skinner, W. W. (2008). *Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants*. Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd). Armand Colin.
- Palmer, R. S., & Daniluk, J. C. (2007). The perceived role of others in facilitating or impeding healing from substance abuse. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 41*(4).

- Pastinelli, M. (2011). Pour en finir avec l'ethnographie du virtuel! Des enjeux méthodologiques de l'enquête de terrain en ligne. *Anthropologie et sociétés*, 35(1), 35-52. doi:10.7202/1006367ar
- Paulus, D. J., Ditre, J. W., Viana, A. G., Bakhshaie, J., Garza, M., Valdivieso, J., ... Zvolensky, M. J. (2017). Pain and alcohol use among Latinos in primary care: Examining rumination as an explanatory factor. *Substance Use & Misuse*, 53, 686–693. doi: 10.1080/10826084.2017.1361998
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y., Chamberland, C. & Robert, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke: Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Université de Sherbrooke.
- Poupart, J., & Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. (1998). *La recherche qualitative: Diversité des champs et des pratiques au Québec*. Gaetan Morin.
- Pivovar, L. (2014). *Predictors that influence relapse and recovery among adolescent substance abusers post-treatment* [Thèse de doctorat, The Chicago School of Professional Psychology]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Plant, R. W., & Panzarella, P. (2009). Residential treatment of adolescents with substance use disorders: Evidence-based approaches and best practice recommendations. In C.G. Leukefeld; T.P. Gullotta & M. Staton-Tindall (Eds.) *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. Springer.
- Plourde, C., Ménard, J. M., Perreault, M., Mercier, C., & Lecours, M. (2002). Le point de vue des acteurs sur la place de la famille dans les services de réadaptation en toxicomanie pour jeunes et parents. *Drogues, santé et société*, 1(1). <https://doi.org/10.7202/000418ar>

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In *Treating addictive behaviors* (p. 3-27). Springer.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Addictions Nursing Network*, 5(1), 2-16.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*: Avon Books New York.
- 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.
- Ramo, D. E., Anderson, K. G., Tate, S. R., & Brown, S. A. (2005). Characteristics of relapse to substance use in comorbid adolescents. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1811-1823.
- Russell, B. S., Heller, A. T., & Hutchison, M. (2017). Differences in adolescent emotion regulation and impulsivity: A group comparison study of school-based recovery students. *Substance Use & Misuse*, 52(8), 1085-1097. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1272612>
- Santé Canada. (2019). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019* [en ligne]. Document repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html>
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 560–580). The Guilford Press.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.

- Siegel, J. P. (2015). Emotional regulation in adolescent substance use disorders: Rethinking risk. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24(2), 67-79. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.761169>
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend*, 47(3), 227-235.
- Skogens, L., von Greiff, N., & Topor, A. (2018). Initiating and maintaining a recovery process—experiences of persons with dual diagnosis. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(3), 101-113. doi: 10.1108/ADD-09-2017-0016
- Spinola, S., Park, A., Maisto, S. A., & Chung, T. (2017). Motivation precedes goal setting in prediction of cannabis treatment outcomes in adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(2), 132-140.
- Statistique Canada (2014). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Tableau 13-10-0451-01 - Indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003 – 2014. <https://doi.org/10.25318/1310045101-fra>
- Stokes, M., Schultz, P., & Alpaslan, A. (2018). Narrating the journey of sustained recovery from substance use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 13(1), 1-12. doi:10.1186/s13011-018-0167-0
- Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., Conway, K.P., Dierker, L., He, J., & Merikangas, K.R. (2012). Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69, 390–398.
- Théberge, A. (2017). *Les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble concomitant: une étude exploratoire*. Université du Québec à Chicoutimi.

- Theviot, A. (2021). Confinement et entretien à distance: quels enjeux méthodologiques?. *Terminal. Technologie de l'information, culture & société*(129). doi : 10.4000/terminal.7193
- Traoré, I., Simard, M., Camirand, H., Conus, F., & Contreras., G. (2021). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2019 : Principaux résultats de l'enquête et évolution des phénomènes*. Institut de la statistique du Québec.
- Tremblay, J., Bertrand, K., & Ménard, J. M. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanies*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT).
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., & Garceau, P. (2004). *Portrait de consommation de substances psychoactives de jeunes consultant en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du Centre jeunesse de Québec*. Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.
- Tremblay, J., Brunelle, N., & Blanchette-Martin, N. (2007). Portrait des activités délinquantes et de l'usage de substances psychoactives chez des jeunes consultant un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. *Criminologie*, 40, 79-104.
- Tremblay, J., & Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, santé et société*, 9(1), 165-210.
- Tremblay, S., Tremblay, J., & Simard, M. (2007). Gravité de la toxicomanie d'adolescents en traitement : liens avec l'auto-révélation de transitions familiales et de placements. *Drogues, santé et société*, 6(2), 47-82. doi: 10.7202/018040ar
- Uliaszek, A. A., Hamdullahpur, K., & Mills, L. (2019). Examining the effectiveness of residential treatment among adolescents with problem substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 1-8.

- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd.). Dunod.
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (Eds.). (2016). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. The Guilford Press.
- Von Greiff, N., Skogens, L., & Topor, A. (2018). Supporting recovery in social work with persons having co-occurring problems—clients' and professionals' perceptions. *Nordic Social Work Research, 10*(2), 173-185.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical psychology: Science and practice, 7*(2), 138-166.
- Winters, K. C., Lee, S., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Nicholson, A. (2014). One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 28*(2), 464.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist, 39*(4), 224-235.
- Witkiewitz, K., & Tucker, J. A. (2020). Abstinence not required: expanding the definition of recovery from alcohol use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 44*(1), 36-40. doi:10.1111/acer.14235
- Witkiewitz, K., Wilson, A. D., Pearson, M. R., Montes, K. S., Kirouac, M., Roos, C. R., . . . Maisto, S. A. (2019). Profiles of recovery from alcohol use disorder at three years following treatment: can the definition of recovery be extended to include high functioning heavy drinkers? *Addiction, 114*(1), 69-80.

- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2187-2195. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.01.017
- Yalom, Y. I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). Basic Books.

Annexes

Annexe A : Formulaire de consentement



Formulaire d'information et de consentement

Exploration des facteurs associés au rétablissement en toxicomanie d'adolescents ayant reçu des services d'aide

Sarah Bathalon, étudiante à la maîtrise

Amélie Couvrette Ph. D et Annie Bérubé Ph. D

Département de psychoéducation et de psychologie

Nous t'invitons à participer à notre projet de recherche, qui vise à explorer les facteurs associés au rétablissement et à la rechute en toxicomanie chez la clientèle adolescente. Cette recherche est réalisée par Sarah Bathalon, étudiante à la maîtrise en psychoéducation à l'UQO, sous la direction d'Amélie Couvrette et d'Annie Bérubé, professeures au département de psychoéducation et de psychologie de l'UQO.

L'objectif de ce projet de recherche est de mieux comprendre comment les jeunes, qui ont des problèmes de consommation et qui ont reçu de l'aide pour ceux-ci, se rétablissent. Nous voulons identifier et expliquer les facteurs qui aident ou qui nuisent au processus de rétablissement. Nous voulons aussi mieux comprendre comment la rechute survient, si elle survient dans le processus.

Ta participation à ce projet de recherche consiste à participer à **une** rencontre individuelle avec Sarah Bathalon, d'une durée d'environ une heure et demie. La rencontre aura lieu par vidéoconférence via la plateforme Zoom, selon tes disponibilités. Lors de cette rencontre, nous discuterons de ta trajectoire de consommation, de dépendance et de rétablissement. Sarah te demandera aussi des informations sur toi. L'entretien sera enregistré sur bande audio pour faciliter l'analyse des données par la suite. Au total, nous souhaitons rencontrer environ 15 adolescents.

Pour participer, tu dois répondre aux exigences suivantes:

- Être âgé de 14 à 18 ans;
- Parler couramment en français;
- Avoir fait appel aux services d'un centre de réadaptation public spécialisé en dépendance dans la dernière année;
- Être volontaire à participer;

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'UQO¹. Ceci veut dire qu'en aucun cas, les données recueillies ou les résultats

¹ *Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, tes données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

de la recherche pourront mener à ton identification. Ton nom ne sera pas mentionné ni des détails sur toi. Il ne sera donc pas possible de te reconnaître ou de savoir que c'est toi qui as donné ces informations.

Les données recueillies lors de l'entretien ne seront utilisées à d'autres fins que pour la présente recherche. Les documents en format papier, les enregistrements audios et les documents sous forme électronique seront conservés dans un bureau à accès limité ou seront protégés par un code d'accès. Ils seront détruits cinq ans après la dernière publication liée à ce projet de recherche par un service de destruction de documents confidentiels. Les résultats seront diffusés sous la forme de mémoire de maîtrise, d'articles scientifiques et de présentations lors de conférences scientifiques.

Tu es entièrement libre de participer ou non, et de te retirer en tout temps **sans conséquence négative**. Si tu décides de te retirer du projet de recherche, tes données seront détruites et ne seront pas utilisées pour l'analyse des résultats.

Il y a peu de risques liés à ta participation à la recherche. Toutefois, il est possible que les questions d'entrevue suscitent des réflexions sur ta situation personnelle et tes habitudes de consommation qui pourraient faire ressurgir certaines émotions pouvant être désagréables. Si tu ressens le besoin d'en discuter, Sarah Bathalon sera disponible pour le faire. Puisqu'elle étudie en psychoéducation et qu'elle travaille comme éducatrice dans un centre de réadaptation, elle sera en mesure **de t'écouter, de t'aider et de te référer, si cela est nécessaire, à d'autres ressources pour t'aider**.

Aucune compensation n'est accordée pour ta participation au projet de recherche. Cependant, ta participation contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie chez les adolescents et permettra d'élaborer des pistes d'interventions pouvant faciliter le processus de rétablissement en toxicomanie chez les adolescents qui font appel à des services d'aide.

Nous t'invitons à poser toutes les questions que tu crois utiles pour bien comprendre en quoi consiste ta participation à la recherche et les termes du présent formulaire de consentement. Pour toutes questions ou si tu souhaites te retirer, tu peux communiquer avec **Sarah Bathalon, étudiante à la maîtrise en psychoéducation et responsable du projet de recherche** (bats02@uqo.ca). Tu peux aussi communiquer avec les directrices de la recherche : **Amélie Couvrette** (819-595-3900 poste 2294; amelie.couvrette@uqo.ca) ou encore **Annie Bérubé** (819-595-3900 poste 2547; annie.berube@uqo.ca). De plus, si tu as des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, tu peux communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO (819-595-3900 poste 1781; andre.durivage@uqo.ca).

Les comités d'éthique de la recherche de l'UQO et du CISSS de l'Outaouais ont approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si tu désires obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant ta participation à ce projet de recherche, tu peux joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CISSS de l'Outaouais aux coordonnées suivantes :

Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CISSS de l'Outaouais
 124, rue Lois, bureau 214, Gatineau (Québec) J8Y 3R7
 819-770-6528 poste 339199;
 07 csss cer@ssss.gouv.qc.ca;
<https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/partenariats/comite-ethique-de-la-recherche-cer/>.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant de recherche, ou si tu as des plaintes ou des commentaires à formuler, tu peux communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais aux coordonnées suivantes : Tél. 819-771-4179 (sans frais: 1 844-771-4179); Fax: 819 771-7611 ; adresse: 105, boulevard Sacré-Cœur, Gatineau (Québec) J8X 1C5; courriel : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca.

Ta signature confirme que tu as bien compris les renseignements concernant ta participation au projet de recherche et indique que tu acceptes d'y participer. Elle ne signifie pas que tu acceptes d'abandonner tes droits et de libérer les chercheurs de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Puisque ta participation doit être aussi éclairée que ta décision initiale de participer au projet, tu dois en connaître toutes les *conditions et conclusions* au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, tu ne devrais jamais hésiter à demander des *explications* ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Consentement à l'enregistrement audio de l'entrevue

Ta signature atteste que tu acceptes que les renseignements recueillis lors des entrevues soient enregistrés, que les bandes sonores soient conservées numériquement et de façon sécuritaire et qu'elles soient traitées de façon confidentielle.

Signature du participant : _____ Date : _____

Consentement à participer au projet de recherche

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'inscris ma signature signifiant que j'accepte librement de participer à l'étude. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant : _____

Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie que l'on a expliqué au participant dans un langage adapté à son discernement le projet de recherche, qu'il a compris et qu'il ne s'est pas opposé. Je m'engage à respecter tout refus. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Annexe B : Questionnaire sociodémographique



QUESTIONNAIRE SUR LE PROFIL DES PARTICIPANTS

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Code d'identification

2. Date de naissance Jour Mois Année

3. Sexe F M

4. Ville et secteur de résidence

5. La plupart du temps, vous vivez...

(Cochez plus d'une réponse dans le cas d'une garde partagée)

1. avec vos deux parents
2. avec votre mère dans une famille recomposée
3. avec votre père dans une famille recomposée
4. avec votre mère dans une famille monoparentale
5. avec votre père dans une famille monoparentale
6. avec une famille d'accueil
7. avec les Centres jeunesse
8. autre

6. Fréquentez-vous l'école actuellement? Oui Non

7. Quel est votre dernier niveau d'étude complété?

1. Deuxième année du primaire
2. Troisième année du primaire
3. Quatrième année du primaire
4. Cinquième année du primaire
5. Sixième année du primaire
6. Première année du secondaire
7. Deuxième année du secondaire
8. Troisième année du secondaire
9. Quatrième année du secondaire
10. Cinquième année du secondaire

8. Occupez-vous un emploi actuellement ? Oui Non

Si oui, votre emploi est :

1. Temps plein
2. Temps partiel
3. Occasionnel ou saisonnier

9. Considérez-vous avoir grandi dans une famille dont le revenu était suffisant pour subvenir à vos besoins? Oui Non

SERVICES REÇUS

10. Dans quel centre d'aide avez-vous complété votre séjour en réadaptation?

11. Quelle a été la durée de votre séjour?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Deux semaines | 4. <input type="checkbox"/> Plus de deux mois |
| 2. <input type="checkbox"/> Un mois | 5. Autre <input type="text"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> Deux mois | |

12. Sur quelle base êtes-vous allé chercher les services ?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Volontaire (de votre plein gré) | 4. Autre <input type="text"/> |
| 2. <input type="checkbox"/> Suite à la recommandation d'un proche | |
| 3. <input type="checkbox"/> Suite à des incitatifs légaux | |

13. Dans ce centre d'aide, il s'agissait de votre :

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> premier séjour | 4. <input type="checkbox"/> quatrième séjour |
| 2. <input type="checkbox"/> deuxième séjour | 5. autre <input type="text"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> troisième séjour | |

14. Dans le cas où ce n'était pas votre premier séjour, quelle a été la durée de votre séjour précédent?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Deux semaines | 4. <input type="checkbox"/> Plus de deux mois |
| 2. <input type="checkbox"/> Un mois | 5. Autre <input type="text"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> Deux mois | |

15. Avez-vous bénéficié d'un suivi à l'externe avec votre intervenant(e) en toxicomanie à la suite de votre séjour en réadaptation?

Oui Non

Si oui, sur combien de semaines s'est échelonné le suivi?

16. Avez-vous déjà reçu les services d'un autre centre d'aide en dépendance pour adolescents?

Oui Non

Si oui, dans quel établissement?

1. Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais 4. Le Grand Chemin – Montréal
 2. Centre de réadaptation en dépendance d'une autre région 5. Autre
 3. Portage – Centre de réadaptation en toxicomanie

RESSOURCES FRÉQUENTÉES

17. Quelle(s) ressource(s) fréquentez-vous?

Ressources	Fréquence	Depuis quand ?
<input type="checkbox"/> Services sociaux (CSSS) <input type="checkbox"/> Psychoéducation <input type="checkbox"/> Travail social <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Au besoin	
<input type="checkbox"/> Direction de la protection de la jeunesse	<input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Au besoin	
<input type="checkbox"/> Organisme communautaire	<input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Au besoin	
<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation	<input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Au besoin	

<input type="checkbox"/> Services privés <input type="checkbox"/> Psychoéducation <input type="checkbox"/> Travail social <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Au besoin	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Au besoin	

Annexe C : Guide d'entretien semi-dirigé

Exploration des facteurs associés au rétablissement en toxicomanie d'adolescents ayant reçu des services d'aide.

Entrevue auprès des adolescents

Code d'identification: _____ **Date :** _____

Objectif de l'entretien et signature du formulaire de consentement

- Expliquer le contexte de la recherche, lire le formulaire de consentement et le faire signer.
- Demander au participant s'il est à l'aise à ce qu'on le tutoie pour la suite de l'entretien.
- Présenter l'objectif de l'entretien
 - « L'entrevue d'aujourd'hui porte principalement sur votre expérience d'adolescent ayant reçu des services de réadaptation en dépendance dans la dernière année. On s'intéresse beaucoup à la façon dont vous avez vécu et vivez actuellement votre rétablissement. »
- Mettre l'accent sur le fait qu'il n'y a pas de bonnes réponses ou de réponses attendues.

(1) Première partie : Exploration du processus de rétablissement de l'adolescent

« On se rencontre aujourd'hui alors que vous avez complété un séjour dans un centre de réadaptation en dépendance dans la dernière année. J'aimerais d'abord que vous me parliez de la façon dont vous vivez votre retour à la maison (ou en résidence s'il y a lieu). »

1.1. Comment ça se passe avec votre consommation?

1.1.1. Décrivez-moi une journée type (de consommation) dans votre quotidien.

1.2. Parlez-moi des défis que vous avez rencontrés depuis la fin de votre séjour en réadaptation.

1.3. Comment entrevoyez-vous les prochains mois?

(2) Deuxième partie : Exploration du vécu de l'adolescent

2.1. Parlez-moi de votre trajectoire de consommation.

2.1.1. Décrivez-moi les expériences ou les événements importants de votre vie qui vous ont menés vers la consommation.

2.2. Comment expliquez-vous que vous ayez maintenu votre consommation au fil du temps?

(3) Troisième partie : Exploration de son expérience en centre de réadaptation en dépendance

- 3.1. J'aimerais d'abord que vous me parliez de ce qui vous a amené à faire un séjour en centre de réadaptation.
- 3.2. Expliquez-moi comment ça s'est passé en centre de réadaptation.
- 3.3. Parlez-moi de ce que vous avez trouvé le plus difficile.
- 3.4. Décrivez-moi ce qui vous a le plus marqué lors de votre séjour en réadaptation.
- 3.5. Parlez-moi de votre plus beau souvenir.

(4) Quatrième partie : Conclusion

- 4.1. En terminant, dites-moi ce qu'on devrait savoir pour comprendre le processus de rétablissement chez les jeunes qui ont un problème de consommation.
 - 4.1.1. Qu'est-ce qu'on devrait leur dire pour les aider?
 - 4.2.1. Quel est le message que vous voudriez laisser ?

« Merci énormément de votre collaboration »

Annexe D : Certificats éthiques (CISSO, UQO)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DU 18 JANVIER 2021 AU 17 JANVIER 2022

Exploration des facteurs associés au rétablissement en toxicomanie d'adolescents ayant reçu des services d'aide

Référence : Projet 2020-298_164

Soumis par : Annie Bérubé, chercheuse principale, Université du Québec en Outaouais
Sarah Bathalon, chercheuse étudiante, CISSS de l'Outaouais

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) vous accorde cette approbation et vous rappelle également que vous vous engagez à respecter les moyens suivants relatifs au suivi continu:

- ▶ de lui soumettre un rapport annuel faisant état de l'avancement des travaux de recherche et du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter le respect des normes éthiques du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- ▶ de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet; rapport dans lequel vous indiquerez la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les participants de recherche, le cas échéant;
- ▶ de lui soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les participants de recherche. Dans ce dernier cas, le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout incident ou accident lié à une procédure du projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;

...2

2

- ▶ de conserver les dossiers de recherche de façon adéquate pendant la durée déterminée après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le Comité;
- ▶ de tenir à jour et de conserver la liste des participants de recherche recrutés afin de la fournir sur demande;
- ▶ de lui remettre dans les meilleurs délais, un rapport final faisant état des résultats de votre recherche;
- ▶ d'utiliser les formulaires disponibles sur le site Internet de l'établissement pour tout suivi ou communication au CÉR.

La présente décision constitue donc l'approbation finale du projet, valide pour un an, à compter du **18 janvier 2021**. Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

Votre demande de renouvellement de l'approbation éthique de votre projet doit être acheminée un (1) mois à l'avance au CÉR, soit le **17 décembre 2021**, afin de respecter les délais prescrits.

En terminant, le CÉR vous demanderait de bien vouloir mentionner dans vos correspondances, le numéro **2020-298_164** attribué à votre demande par notre institution.



Henri Fournier
Président
Comité d'éthique de la recherche
124, rue Lois
Gatineau (Québec) J8Y 3R7

HF/cr

Le 18 janvier 2021

Date



Le 09 juin 2020

À l'attention de :
Sarah Bathalon
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2021-997

Titre du projet de recherche : Exploration des facteurs associés au rétablissement en toxicomanie d'adolescents ayant reçu des services d'aide

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 09 juin 2020. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

09 juin 2021.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

Le CER de l'UQO



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2021-997

Titre du projet de recherche : Exploration des facteurs associés au rétablissement en toxicomanie d'adolescents ayant reçu des services d'aide

Chercheur principal :

Sarah Bathalon
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Directrice et codirectrice de recherche:

Amélie Couvrette; Annie Bérubé
Professeures, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 09 juin 2020

Date d'entrée en vigueur du certificat : 09 juin 2020

Date d'échéance du certificat : 09 juin 2021

André Durivage
Président du CER de l'UQO