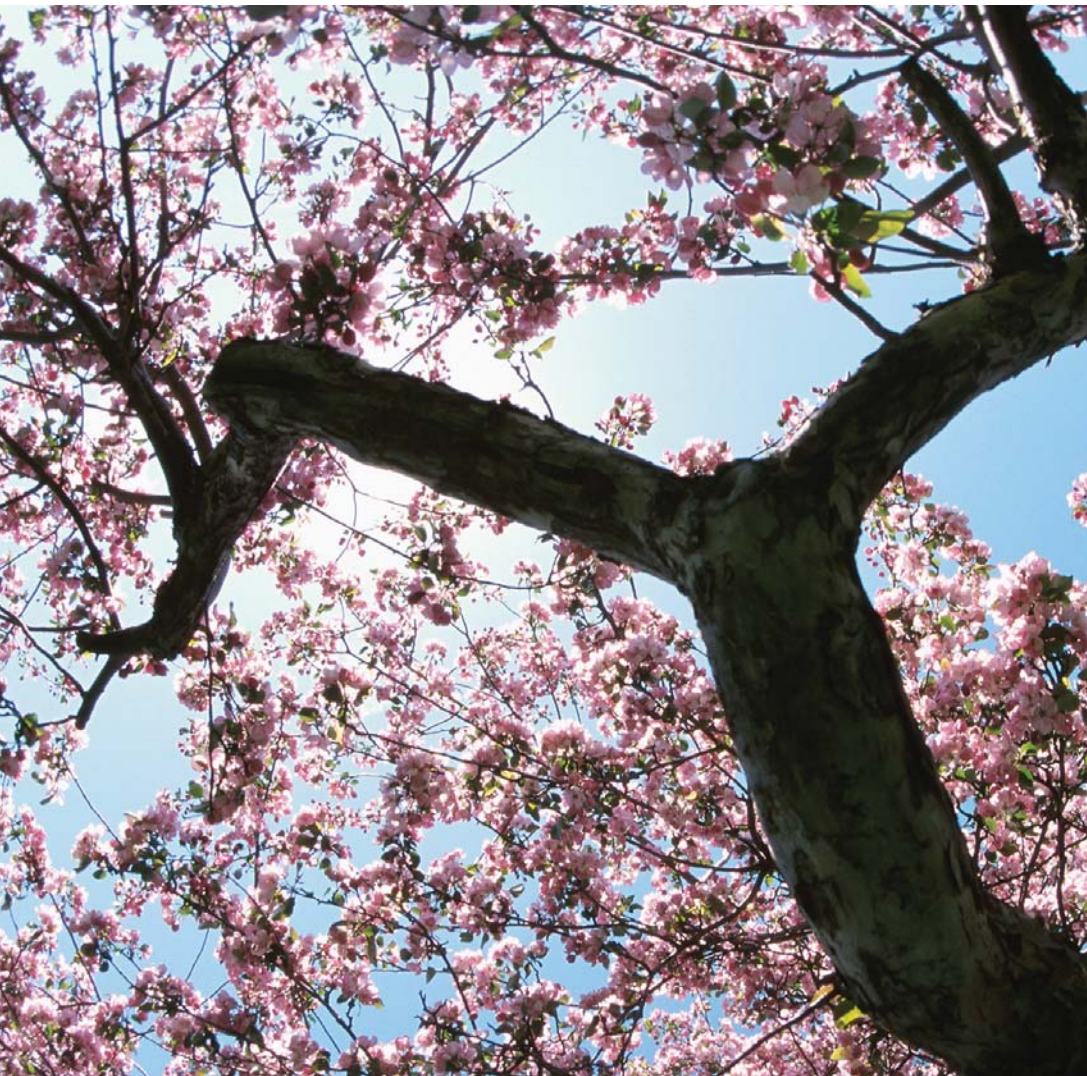




Meilleures pratiques

Intervention précoce, services d'approche
et liens communautaires pour les jeunes
ayant des problèmes attribuables à la
consommation d'alcool et d'autres drogues



Santé Canada est le ministère fédéral qui aide les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, aidons à améliorer la salubrité des aliments et offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces pour nous assurer que notre système de santé répond aux besoins de la population canadienne.

Publication autorisée par le
ministre de la Santé.

Also available in English under the title:
*Best Practices – Early Intervention, Outreach and Community
Linkages for Youth with Substance Use Problems*

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette,
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Tél. : 613-954-5995
Télec.: 613-941-5366
Courriel : info@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2008

La présente publication peut être reproduite sans autorisation dans la mesure où la source est indiquée en entier.

SC Pub. : 4986
Cat. : H128-1/08-531F
ISBN : 978-0-662-08695-6

Remerciements

Le présent rapport est le fruit de la collaboration entre Santé Canada, le Groupe de travail TRAT et W. Morrison & Associates, Inc. Nous remercions le Groupe de travail TRAT et d'autres experts qui ont revu les versions préliminaires du document, les principales personnes-ressources qui ont participé aux entrevues et les participants aux groupes de discussion qui, par le temps qu'ils y ont consacré, ont fait progresser la recherche sur les meilleures pratiques d'intervention précoce, d'approche et de liaison communautaire dans le cas des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues.

Membres de l'équipe du projet de W. Morrison & Associates, Inc.

D^r William Morrison, directeur du projet

D^{re} Cynthia Doucet, coordonnatrice de la recherche

Maurice LeBlanc, spécialiste du contenu et consultant en recherche

Table des matières

Sommaire	1
1. Introduction	11
1.1. Méthodologie	12
1.2. Portée et limites	14
2. Recension de la documentation	15
2.1 Tendances de l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes	15
2.1.1 Prévalence générale	15
2.1.2 Considérations sexospécifiques	17
2.1.3 Âge à l'initiation	19
2.1.4 Alcool	20
2.1.5 Cannabis	21
2.1.6 Substances volatiles/inhalées	22
2.1.7 Usage à des fins non médicales de médicaments d'ordonnance et de médicaments en vente libre	23
2.1.8 Ecstasy et autres amphétamines	23
2.1.9 Usage d'opiacés, de cocaïne et de drogues injectables	24
2.1.10 Abus de l'alcool et dépendance	25
2.2 Caractéristiques liées au client	26
2.2.1 Jeunes femmes enceintes ou jeunes qui ont un enfant	27
2.2.2 Jeunes et orientation sexuelle/sexe social	27
2.2.3 Jeunes polytoxicomanes	28
2.2.4 Jeunes vivant avec des agents pathogènes à transmission hématogène ou exposés à ceux-ci	28
2.2.5 Jeunes itinérants et nomades	30
2.2.6 Jeunes qui ont des troubles concomitants de santé mentale	31
2.2.7 Jeunes Autochtones	32

2.2.8 Jeunes qui font usage de substances inhalées ou volatiles	34
2.2.9 Jeunes en conflit avec la loi	34
2.2.10 Ethnicité et culture diverses	35
2.2.11 Jeunes ruraux	36
2.3 Intervention précoce	37
2.3.1 Introduction à l'intervention précoce	37
2.3.2 Dépistage de l'usage de l'alcool et d'autres drogues	38
2.3.3 Formats de dépistage	39
2.3.4 Dépistage des stades de la consommation et réceptivité au changement	40
2.3.5 Interventions brèves	42
2.3.6 Aspects d'interventions brèves	42
2.3.7 Entrevue motivationnelle	43
2.3.8 Données probantes sur les interventions brèves et l'entrevue motivationnelle	45
2.3.9 Interventions de groupe	48
2.3.10 Efforts d'intervention axés sur les parents/tuteurs et les membres de la famille	50
2.3.11 Programmes d'aide aux étudiants	51
2.3.12 Interventions basées sur Internet	52
2.4 Services d'approche	53
2.4.1 Introduction à l'approche	53
2.4.2 Évaluation du besoin et ciblage des services d'approche	55
2.4.3 Personnel et activités des services d'approche	55
2.4.4 Les aidants pairs dans les activités d'approche	59
2.4.5 Évaluation des programmes d'approche	60
2.5 Liens avec la collectivité	61
2.5.1 Introduction aux liens avec la collectivité	61
2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité	62
2.5.3 Obstacles à l'établissement de liens communautaires	63
2.5.4 Gestion des cas	64
2.5.5 Méthodes de traitement progressif	65

2.5.6	Coordination des services de santé mentale et de traitement de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues	.65
2.5.7	Établissement de liens entre fournisseurs de services	.66
2.5.8	Mise en œuvre de stratégies dans toute la collectivité	.67
3.	Entrevues auprès de personnes-ressources clés	.69
3.1	Sélection des experts clés	.69
3.2	Entrevues auprès d'experts clés - Processus	.71
3.3	Facteurs clés à considérer chez les clients	.72
3.3.1	Circonstances auxquelles font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues	.72
3.3.2	Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues	.73
3.3.3	Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes	.75
3.4	Stratégies d'intervention précoce et d'approche	.78
3.4.1	Orientations théoriques ou appliquées des services d'intervention précoce et d'approche	.78
3.4.2	Structuration de stratégies d'intervention précoce	.78
3.4.3	Mise en œuvre de méthodes d'intervention précoce, de dépistage et d'évaluation	.79
3.4.4	Matériel de soutien des interventions sur Internet	.81
3.4.5	Stratégies d'approche	.81
3.4.6	Travailleurs des services d'approche	.82
3.4.7	Soutien de l'intervention précoce et de l'approche	.84
3.4.8	Évaluation des stratégies d'intervention précoce et d'approche	.85
3.5	Liens communautaires	.86
3.5.1	Services et soutien communautaires essentiels	.86
3.5.2	Défis posés par la prestation de services	.87
3.5.3	Lacunes au niveau des politiques et des services	.87
3.5.4	Stratégies coordonnées et intégrant de prestation de services	.88

4. Groupes de discussion	89
4.1 Introduction	89
4.2 Caractéristiques démographiques des participants	90
4.3 Défis auxquels font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues	91
4.3.1 Sentiments de désespoir et de perte de contrôle	91
4.3.2 Influences des pairs	92
4.3.3 Antécédents de violence, de traumatismes et de problèmes familiaux complexes	92
4.3.4 Désengagement des activités scolaires ou du travail	92
4.3.5 Exposition à l'usage de l'alcool et d'autres drogues par des membres de la famille ou des personnes plus âgées	92
4.3.6 Baisse de l'espoir et de l'estime de soi	92
4.3.7 Stigmate fondé sur le sexe social	93
4.4 Intervention précoce	93
4.4.1 Offrir des possibilités d'échanges ouverts et positifs au sujet de l'usage de l'alcool et d'autres drogues	94
4.4.2 Faire participer les jeunes à des activités récréatives et de loisir très intéressantes	94
4.4.3 Garantir l'accès à des sources positives de soutien social	94
4.4.4 Intervenir auprès des adolescents plus jeunes	94
4.4.5 Concentrer les efforts sur les points forts des jeunes	94
4.5 Stratégies d'approche	95
4.5.1 Manifester un intérêt réel	95
4.5.2 Appuyer les échanges constructifs et qui règlent des problèmes	95
4.5.3 Prendre le temps d'établir une relation	96
4.5.4 Aider les jeunes au bon moment	96
4.5.5 Éviter de recourir aux sanctions seulement	96
4.5.6 Aller où se trouvent les jeunes	96
4.6 Services et liens communautaires	97
4.6.1 Fournir aux jeunes des lieux de rencontre sécuritaires et positifs.	97
4.6.2 Fournir des expériences d'éducation pratiques et significatives.	97
4.6.3 Créer des réseaux de soutien positif de pairs.	98

4.6.4 Fournir des services d'aide à la transition et de traitement axés sur les jeunes.	98
4.6.5 Aider les membres de la communauté à mieux comprendre et apprécier les jeunes.	98
5. Énoncés des meilleures pratiques	99
5.1 Renforcement des orientations de prestation de services	100
5.1.1 Modèle de la réceptivité au changement	100
5.1.2 Méthodes fondées sur les forces	100
5.1.3 Perspectives des jeunes	100
5.1.4 Services spécifiques aux jeunes	100
5.1.5 Politiques inclusives ou exclusives	100
5.2 Considérations axées sur les clients	101
5.2.1 Antécédents de violence et de traumatismes	101
5.2.2 Besoins fondamentaux	101
5.2.3 Influences des pairs	101
5.2.4 Troubles concomitants de santé mentale	101
5.2.5 Sensibilité à la culture	101
5.2.6 Jeunes Autochtones	101
5.2.7 Jeunes en conflit avec la loi	102
5.3 Processus de dépistage	102
5.3.1 Rôle des fournisseurs de services communautaires	102
5.3.2 Domaines de recherche pour le dépistage	102
5.4 Intervention précoce	103
5.4.1 Intervention précoce auprès des jeunes adolescents	103
5.4.2 Brèves interventions	103
5.4.3 Interventions auprès de groupes	103
5.5 Approche	104
5.5.1 Lieux et périodes d'approche	104
5.5.2 Compétences des travailleurs des services d'approche	104
5.5.3 Activités d'approche préliminaires	104
5.5.4 Activités de suivi, d'approche et d'intervention	104

5.6 Moyens de soutien communautaires pertinents	105
5.6.1 Organismes axés sur les jeunes	105
5.6.2 Options et politiques sur le logement	105
5.6.3 Collaboration avec la famille	105
5.6.4 Stratégies scolaires	105
5.6.5 Mentorat des jeunes	105
5.6.6 Activités récréatives et de loisir	106
5.7 Coordination et intégration des approches communautaires	106
5.7.1 Collaboration avec les services scolaires	106
5.7.2 Stratégies d'engagement scolaire	106
5.7.3 Échanges d'information	106
5.7.4 Pratiques de gestion de cas	106
5.7.5 Stratégies de prestation de services axées sur la coordination et la collaboration ...	107
5.7.6 Consultation sur l'usage de l'alcool et des drogues, et sensibilisation de la communauté	107
5.7.7 Évaluation	107
6. Recherches futures	109
Références bibliographiques	111
Annexe A : Stratégies de préparation communautaire	123
Annexe B : Sections du document appuyant les énoncés de meilleures pratiques	127
Liste des Tableaux	
Tableau 1 : Prévalence (%) de l'usage de l'alcool et du cannabis chez les étudiants	17
Tableau 2 : Prévalence (%) de l'usage d'autres drogues au cours de l'année écoulée chez les étudiants	18
Tableau 3 : Stades de l'usage et intervention correspondante	41
Tableau 4 : Répartition géographique des experts clés	69
Tableau 5 : Rôles professionnels des experts clés	70
Tableau 6 : Formation des experts clés	70
Tableau 7 : Caractéristiques démographiques des participants aux groupes de discussion ...	90

Sommaire

Le présent projet vise à établir des lignes directrices sur les meilleures pratiques liées à l'intervention précoce, aux services d'approche et aux liens communautaires à l'intention des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. On veut ainsi offrir à un vaste éventail de professionnels des services de santé et des services communautaires de l'information à jour au sujet de défis particuliers à relever dans ces domaines, et encourager à pousser la recherche sur les meilleures pratiques.

Le rapport final comporte cinq grandes sections :

- Le contexte et la description du projet : le résumé de la méthodologie et des activités de recherche.
- La recension de la documentation : l'analyse critique des recherches pertinentes.
- Les entrevues menées auprès d'experts clés : le résumés des points de vue clés d'experts des administrations provinciales et territoriales du Canada qui représentent les milieux universitaires, les gestionnaires et les professionnels cliniciens.
- Les groupes de discussion avec les jeunes : les points de vue des jeunes qui ont ou ont eu besoin de services d'intervention précoce ou d'approche, ou de liens communautaires, pour lutter contre leur usage problématique de l'alcool et d'autres drogues.
- Les énoncés des meilleures pratiques : les lignes directrices portant sur les services d'intervention précoce et d'approche, et sur les liens communautaires à l'intention des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. L'Annexe B mentionne les sections du document qui appuient chaque énoncé de meilleure pratique.

Jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

Statistique Canada a calculé que les jeunes de 15 à 24 ans représentaient environ 13,6 % de la population en 2005. L'alcool et le cannabis sont les substances dont les jeunes font usage le plus souvent. L'initiation à un jeune âge à l'usage de l'alcool et d'autres drogues est un annonciateur d'un problème d'usage à long terme chez les deux sexes. Dans le cas de la plupart des substances, la recherche indique que les jeunes hommes sont plus susceptibles que les jeunes femmes d'en faire un usage problématique. Toutefois, les jeunes femmes ont un seuil de tolérance inférieur aux effets de l'alcool et d'autres drogues que les hommes.

Les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ont un vécu, un contexte et des préoccupations divers qui dépassent leur problème de consommation.

Pour les aider, il faut être sensibilisé à leur contexte de vie, le comprendre et élaborer des stratégies à l'écoute.

Intervention précoce

On entend par intervention précoce des mesures précises prises à l'égard de populations qui risquent de se livrer à des pratiques ou des comportements nocifs ou qui s'y livrent déjà. En ce qui concerne les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool ou d'autres drogues, le défi à relever pour les familles, les cliniciens et les responsables des politiques consiste à prévenir la consommation ou à l'arrêter avant qu'elle devienne persistante ou plus difficile à modifier. Les théoriciens soutiennent que l'intervention précoce est importante pour atténuer les conséquences psychosociales de l'usage problématique de l'alcool ou d'autres drogues, et qui perturbent le développement éducationnel, professionnel et social des jeunes.

Approche

L'approche s'entend des services qui cherchent activement à « atteindre » et à aider ceux qui ne chercheraient pas autrement ce soutien dans la collectivité. Il est crucial de fournir des services d'approche si l'on veut réduire les problèmes associés à l'usage de l'alcool ou d'autres drogues chez les jeunes qui n'ont pas de contact avec les services ou les moyens de soutien généraux.

Liens communautaires

Il est crucial de créer des liens communautaires positifs pour les jeunes afin d'appuyer leur croissance et leur développement positifs. Les liens communautaires doivent inclure des sources d'appui social et d'interaction qui peuvent faire fonction de facteurs de protection afin de prévenir et d'atténuer les conséquences associées à l'usage problématique de l'alcool ou d'autres drogues. Ces sources comprennent les interactions avec les membres de la famille et les pairs, ainsi que les liens établis dans les milieux scolaire et communautaire. Les liens communautaires s'entendent aussi des services communautaires accessibles, à l'écoute et valables pour les jeunes au début de leur comportement d'accoutumance.

Énoncés des meilleures pratiques

Les présents énoncés reflètent la convergence des principales idées tirées de la recherche et d'entrevues menées par des experts clés auprès de fournisseurs de services ou de groupes de discussion de jeunes qui ont déjà eu des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Pendant que les recherches se poursuivent, il faudra revoir ces énoncés et les modifier pour qu'ils reflètent les nouvelles connaissances réunies. L'Annexe B cite les sections du document qui appuient chaque énoncé de meilleure pratique.

Renforcement des orientations de prestation de services

Modèle de la réceptivité au changement

Le modèle des stades du changement de Prochaska et DiClemente est reconnu comme un cadre pratique qui permet de comprendre et d'évaluer la réceptivité au changement. Ce modèle appuie la création d'échanges fondés sur la collaboration avec les jeunes qui en sont à divers stades de la réceptivité au changement, et est appliqué de concert avec des stratégies de brèves interventions et d'entrevue motivationnelle.

Méthodes fondées sur les forces

Les approches fondées sur les forces visent à promouvoir des orientations vers des changements positifs en reconnaissant et mettant à contribution les forces des jeunes, de leur famille respective et de la collectivité. Les méthodes fondées sur les forces permettent également d'intervenir auprès des populations de jeunes à risque élevé et de favoriser leur participation.

Perspectives des jeunes

Il faut amener les jeunes à s'exprimer et à utiliser leurs techniques de leadership lorsqu'on organise et offre des programmes et des services communautaires axés sur eux. Il faut tenir compte des commentaires de non-usagers, ainsi que de ceux qui sont exposés à faire un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues.

Services spécifiques aux jeunes

Dans certaines administrations, les jeunes ont accès uniquement à des interventions axées sur les adultes. Les fournisseurs de services doivent s'efforcer d'adopter des services d'approche et d'intervention précoce à l'écoute des besoins des jeunes sur le plan du développement. Lorsqu'un jeune demande de l'aide ou se dit réceptif au changement, les fournisseurs de services doivent saisir cette « occasion » et fournir rapidement des services qui s'adressent spécifiquement aux jeunes.

Politiques inclusives ou exclusives

Les stratégies qui convergent sur l'établissement de relations et intègrent l'influence des adultes ou de pairs positifs favoriseront le sentiment d'appartenance et d'attachement à l'école et à la collectivité chez les jeunes. On considère que les politiques exclusives et les sanctions utilisées seules ne réussissent pas à inciter des changements positifs chez les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ou à établir un lien entre eux et les services d'intervention dont ils ont besoin.

Considérations axées sur les clients

Antécédents de violence et de traumatismes

On a établi un lien positif entre des antécédents de violence et de traumatismes sexuels et physiques et l'initiation précoce et l'apparition de tendances à la consommation problématique chez les jeunes. Il faudrait mettre des services de counseling à la disposition des jeunes et des membres de leur famille, le cas échéant, afin d'éviter que des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues fassent leur apparition ou s'aggravent.

Besoins fondamentaux

Il faudrait conjuguer les services d'intervention précoce à des ressources ou des moyens de soutien adéquats pour répondre aux besoins fondamentaux, y compris le besoin de logement, de vêtements, d'aliments et de logement de transition, particulièrement pour les jeunes itinérants et les jeunes de la rue. Sinon, il est probable que les efforts d'intervention seront menottés et que l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues continuera.

Influences des pairs

La consommation moindre d'alcool et d'autres drogues par les pairs peut en réduire la disponibilité, réduire le renforcement social de l'usage et fournir des modèles de comportements plus sains. Même s'il est difficile d'établir des contacts avec de nouveaux pairs, il importe d'offrir aux jeunes des

possibilités de se livrer à des activités sociales avec des pairs qui ne consomment pas et de leur permettre de faire des choix plus sains dans leurs habitudes de vie quotidienne.

Troubles concomitants de santé mentale

Les données actuelles indiquent que les interventions efficaces pour les jeunes doivent prévoir une approche intégrante des problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ces interventions obligent à établir un seul point d'entrée pour l'évaluation et un service coordonné de réponse axé sur l'inclusion des membres de la famille lorsque c'est approprié.

Sensibilité à la culture

Les obstacles aux interventions auprès de jeunes dont les caractéristiques ethnoculturelles sont diverses comprennent le stigmate associé à la divulgation de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, le manque d'ouverture à l'intervention des fournisseurs de services de l'extérieur et les obstacles linguistiques. Pour s'attaquer à ces obstacles, on recommande notamment de faire des efforts pour approcher les jeunes et leur famille, de fournir des services dans la langue du client et de sensibiliser davantage les fournisseurs de services aux valeurs et à la culture de certains groupes ethniques en particulier.

Jeunes Autochtones

Dans l'exécution d'interventions contre l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues auprès de jeunes Autochtones, il importe d'évaluer l'importance des valeurs spirituelles et des traditions pour la population visée afin

d'assurer la convergence culturelle. Les interventions précoces peuvent intégrer les traditions et les pratiques culturelles (les légendes, les contes), conjuguant ainsi des exemples familiaux et communautaires positifs dans le processus de planification, et intégrant les activités artisanales et récréatives afin de présenter des orientations positives pour le changement et de les renforcer.

Jeunes en conflit avec la loi

Il faudrait entreprendre des activités d'intervention précoce « aux premières lignes » du système de justice lorsque les jeunes ont leurs premiers contacts avec les autorités judiciaires. Il faudrait alors entreprendre des activités de dépistage et d'évaluation afin de définir les problèmes d'usage de l'alcool ou d'autres drogues ou de santé mentale comme élément de l'avertissement, de la déjudiciarisation ou de la détermination de la peine dans la collectivité.

Processus de dépistage

Rôle des fournisseurs de services communautaires

Les membres du personnel des services d'urgence, les spécialistes de la santé et d'autres fournisseurs de services communautaires sont dans une position sans pareille pour repérer les tendances problématiques de consommation chez les jeunes. Il faudrait intégrer des questions sur l'usage de l'alcool et d'autres drogues dans les protocoles de dépistage suivis en santé et en réadaptation.

Domaines de recherche pour le dépistage

Les méthodes de dépistage ne doivent pas se limiter à l'étude des tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues. D'autres renseignements portant sur des aspects de la vie du jeune peuvent jouer un rôle crucial lorsqu'il s'agit de comprendre la dynamique qui sous-tend l'usage problématique courant. La recherche peut porter sur le fonctionnement de la famille, les influences des pairs, les résultats scolaires, des domaines de stress et d'adaptation, ainsi que sur la réceptivité aux changements.

Intervention précoce

Intervention précoce auprès des jeunes adolescents

Les efforts d'intervention précoce doivent viser les écoles secondaires intermédiaires et du premier cycle. Les périodes de transition de l'école secondaire intermédiaire ou du premier cycle vers le niveau du deuxième cycle entraînent souvent une exposition accrue aux jeunes plus âgés qui font usage de l'alcool et d'autres drogues et une diminution de la surveillance exercée par le personnel scolaire et les parents.

Brèves interventions

De récentes recherches appuient l'utilisation de stratégies de brèves interventions lorsqu'il s'agit de travailler auprès d'adolescents qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ces méthodes comportent en général un nombre limité de séances d'aide et des approches cognitivocomportementales, les

concepts de l'entrevue motivationnelle et une convergence sur les capacités et les forces des clients.

Interventions auprès de groupes

On améliore les interventions précoces auprès de groupes en y intégrant des activités de nature culturelle, en appliquant des approches axées sur la discussion et en utilisant des incitatifs (les aliments ou les collations gratuits) ou d'autres raisons socialement acceptables de participer à un programme. Même si les approches auprès de petits groupes qui mettent à contribution de jeunes pairs aident à réduire l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, des recherches indiquent que des associations de pairs pourraient aussi contrer de tels efforts. Il faut agir avec prudence lorsqu'on regroupe des jeunes qui ont des comportements très risqués parce que le temps non structuré peut renforcer les tendances existantes à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues.

Approche

Lieux et périodes d'approche

Les activités d'approche devraient viser avant tout à rencontrer les jeunes dans leur environnement naturel et leurs contextes communautaires où ils passent du temps régulièrement avec leurs pairs. Les coins de rue, les cafés, les centres d'accueil, les parcs, les refuges, les hôpitaux, les milieux de garde, les activités et les programmes scolaires sont au nombre des points de contact. Un service mobile (p. ex., la fourgonnette) qui établit des contacts à divers endroits peut atteindre les

jeunes dans les régions rurales ou plus isolées. L'approche est des plus efficaces lorsque les heures de travail peuvent être flexibles et que les activités se déroulent tant le soir qu'en fin de semaine, et lorsqu'elles permettent de multiples contacts.

Compétences des travailleurs des services d'approche

Les travailleurs de services d'approche doivent pouvoir communiquer efficacement avec la population visée de jeunes et démontrer qu'ils comprennent les étapes du développement. Il est aussi avantageux qu'ils aient de l'expérience personnelle dans le contexte ou à l'endroit d'approche visé, ainsi qu'une formation spécialisée en toxicomanie, santé mentale et techniques d'entrevue motivationnelle.

Activités d'approche préliminaires

Les activités d'approche préliminaires doivent viser avant tout à gagner la confiance et à favoriser les échanges positifs entre les jeunes et les travailleurs des services d'approche. Les premiers contacts avec les jeunes doivent être non menaçants, respectueux et comporter de brèves conversations à la bonne franquette étalées sur de fréquentes rencontres.

Activités de suivi, d'approche et d'intervention

À mesure qu'on établit des relations avec les jeunes, les échanges peuvent alors commencer à comporter un plus vaste éventail d'efforts d'intervention précoce et notamment les suivants : chercher à faire mieux connaître les risques que pose l'usage continu de l'alcool et

d'autres drogues; le dépistage de problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de l'alcool et d'autres drogues; l'établissement de liens entre les jeunes et les services qui répondent aux besoins fondamentaux en logement, nourriture et vêtements, par exemple; les soins de santé; et trouver des moyens de soutien communautaires qui aident à appuyer de petits changements positifs.

Moyens de soutien communautaires pertinents

Organismes axés sur les jeunes

Les organismes sans but lucratif et les clubs de bienfaisance de la collectivité qui se concentrent sur la participation des jeunes et de la famille ont un rôle pivot à jouer lorsqu'il s'agit d'organiser des façons efficaces d'atteindre les jeunes. Il est possible de mettre en œuvre des activités d'approche et d'intervention précoce en collaboration avec des organismes communautaires là où les jeunes reçoivent déjà des services.

Options et politiques sur le logement

Beaucoup d'administrations n'ont pas accès à des programmes de refuge d'urgence ou à des options résidentielles de plus longue durée visant à répondre aux besoins des jeunes. Les maisons de chambres disponibles sont souvent non réglementées et peuvent être dangereuses pour les jeunes. Les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues peuvent souvent y être plus fréquents, ce qui expose davantage les jeunes aux toxicomanies et aux problèmes connexes. Les fournisseurs de services et les

dirigeants communautaires doivent collaborer pour s'attaquer aux lacunes sur le plan des politiques ou des services qui ont trait aux possibilités de logement pour les jeunes.

Collaboration avec la famille

Les activités d'intervention précoce devraient mettre à contribution les membres de la famille des jeunes en cause lorsque c'est approprié pour s'attaquer à leur usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Les stratégies à suivre pour aider les familles comprennent les méthodes de communication efficaces, l'éducation sur les tendances, les signes et les caractéristiques fondamentales de l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les adolescents, les stades du changement et la solution de problèmes. Les membres de la famille des jeunes peuvent les aider en les amenant à des rendez-vous, en veillant à ce que l'on réponde à leurs besoins fondamentaux et en surveillant les adolescents plus jeunes. Il faudrait offrir un accès opportun à des services de counseling pour les jeunes et les membres de leur famille.

Stratégies scolaires

Les stratégies scolaires de lutte contre l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes doivent comporter de multiples éléments : l'équipe des membres du personnel et d'étudiants, le counseling individuel, les interventions en petits groupes et les politiques et les procédures d'évaluation, d'aiguillage et de soutien des étudiants.

Mentorat des jeunes

On a établi un lien entre des programmes de mentorat pour les jeunes et des augmentations de la participation aux activités scolaires, une réduction des liens avec des pairs négatifs et une amélioration de la capacité à refuser de faire usage de l'alcool et d'autres drogues. Lorsqu'on établit des relations de mentorat, il est crucial notamment de créer un environnement sécuritaire et confortable tant pour le jeune que pour l'adulte, de trouver des intérêts communs et d'avoir des moyens de résoudre les difficultés ou de relever les défis que pose la solution de problèmes.

Activités récréatives et de loisir

Les activités récréatives offrent des possibilités structurées d'établir des liens avec des jeunes et contribuent à élargir et à renforcer les intérêts que les jeunes portent aux activités communautaires, et des relations qu'il est possible de maintenir avec le temps.

Coordination et intégration des approches communautaires

Collaboration avec les services scolaires

Les établissements scolaires peuvent servir de centres de prestation de services coordonnés à l'intention des jeunes et de leur famille. Les services scolaires peuvent inclure le soutien des services locaux de police et de santé mentale, des conseillers en toxicomanie et d'autres fournisseurs de services qui représentent tout un éventail de programmes de santé et de services sociaux.

Stratégies d'engagement scolaire

Il est important de réintéresser les jeunes à l'école à la suite de problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues lorsqu'on veut resserrer leurs liens avec la collectivité. On peut les inciter davantage à retourner à l'école et à y rester en leur offrant de l'aide scolaire individuelle, de mentorat des activités d'apprentissage pratique, en leur donnant des cours de connaissances pratiques élémentaires et en leur offrant des possibilités de participer à des expériences d'apprentissage (p. ex. les métiers) ou de formation en mode coopératif dans la collectivité.

Échanges d'information

Les échanges d'information entre fournisseurs de services aident à les sensibiliser davantage à la capacité éventuelle de prestation de services et aux possibilités d'établir dans la collectivité des stratégies de prestation de services marqués par la coordination et la collaboration. Ces échanges peuvent inclure la création de répertoires de services régionaux décrivant les services axés sur les jeunes et la famille, l'organisation de foires et de salons communautaires où les fournisseurs de services peuvent présenter leurs services, et l'organisation de séances de planification dans toute la collectivité afin de s'attaquer aux lacunes des politiques ou aux préoccupations.

Pratiques de gestion de cas

On a appliqué des stratégies de gestion de cas afin de réduire les obstacles associés à l'accessibilité aux services, et d'encourager l'établissement de liens positifs avec la collectivité. Les gestionnaires de cas devraient

veiller à ce que les plans communautaires soient coordonnés et personnalisés de façon à répondre aux besoins particuliers des jeunes et à leurs circonstances.

Stratégies de prestation de services axées sur la coordination et la collaboration

L'établissement de méthodes de prestation, à l'intention des jeunes, de services axés sur la coordination et la collaboration peut réduire le double emploi au niveau des services et offrir des possibilités d'intégrer des efforts d'intervention. Les services doivent établir des protocoles d'admission, d'évaluation et d'aiguillage communs; de consultation interagences, de communication et de planification de cas; d'entente pour appuyer la prestation de services uniformes; de coopération entre les membres du personnel des organismes; et de colocalisation et de co-installation des services de premières lignes.

Consultation sur l'usage de l'alcool et des drogues et sensibilisation de la communauté

Des membres du personnel des services de lutte contre les toxicomanies devraient être disponibles pour donner des conseils à d'autres fournisseurs de services qui ont régulièrement des contacts avec des jeunes à risque faisant un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. La consultation peut inclure des séances structurées de perfectionnement professionnel ou des consultations individuelles portant sur tout un éventail de sujets, y compris les tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes, les méthodes de dépistage et les problèmes concomitants de

santé mentale. Dans les activités communautaires d'approche et d'intervention précoce, il importe d'informer les fournisseurs de services et d'autres membres de la collectivité au sujet des besoins des jeunes qui font un usage problématique de l'alcool et des drogues afin de dissiper les stéréotypes et de préparer davantage les membres de la collectivité à chercher à communiquer avec eux.

Évaluation

Il faut revoir périodiquement les programmes d'intervention précoce et d'approche afin d'en déterminer l'efficacité et l'efficacités.

Limitations et recherches futures

Les résultats de ce projet ont mis en évidence des lacunes précises au niveau de la recherche et des connaissances sur l'intervention précoce, l'approche et les liens avec la collectivité pour les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Voici un résumé de ces aspects :

Jeunes et orientation sexuelle

On estime que 10 % de la population peut être constituée de personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles, transgenres ou en questionnement (LGBTQT) (CCLAT, 2006). Il y a très peu de recherches qui ont porté avant tout sur les besoins des jeunes de ces populations ou sur des façons efficaces de répondre aux besoins de ceux qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues (Noell et Ochs, 2001).

Stratégies d'intervention précoce basées sur Internet

Des théoriciens ont insisté sur les avantages que pourrait offrir l'intégration d'un contenu motivationnel à des approches basées sur

Internet afin d'intervenir tôt auprès des jeunes. D'autres recherches s'imposent pour explorer plus à fond l'efficacité possible de stratégies d'intervention précoce qui utilisent des applications basées sur Internet.

Introduction

Le présent projet visait à établir des lignes directrices sur les meilleures pratiques d'approche, d'intervention précoce et d'établissement de liens communautaires pour les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool ou d'autres drogues, à fournir aux professionnels des services de santé et des services communautaires de l'information à jour au sujet de défis particuliers à relever dans ces domaines, et à encourager à pousser la recherche sur les meilleures pratiques.

Santé Canada a lancé le projet dans le contexte du programme de recherche établi par le Groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur le traitement et la réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (Groupe de travail TRAT). Le mandat du groupe de travail consiste en partie à surveiller l'élaboration et l'exécution d'études de recherche qui contribuent à des programmes efficaces et innovateurs de traitement et de réadaptation de l'alcoolisme et des toxicomanies en définissant des meilleures pratiques, en évaluant des programmes types de traitement et de réadaptation, en définissant les enjeux émergents et en diffusant le savoir d'un bout à l'autre du Canada.

Le présent projet s'appuie sur une série de publications sur les meilleures pratiques, y compris les suivantes : *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et*

réadaptation (Santé Canada, 1999); *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* (Santé Canada, 2001a); *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse* (Santé Canada, 2001b); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2001c); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2001d); *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone* (Santé Canada, 2002a); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2002b); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des contrevenants dans le cas de conduite avec facultés affaiblies* (Santé Canada, 2004); et *Meilleures pratiques – Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2006a).

Le projet vise à mettre des lignes directrices sur les meilleures pratiques à la disposition des fournisseurs de services, des planificateurs de programmes et des responsables des politiques

qui interviennent dans l'exécution de programmes ou de services sur l'abus de l'alcool et d'autres drogues qui s'adressent aux jeunes. Cette publication constituera aussi un document de référence pour les clients de ces services, les membres de leur famille et les collectivités. On a défini les lignes directrices sur les meilleures pratiques en recensant des publications récentes, en interviewant des personnes-ressources clés au sujet des pratiques courantes et recommandées et en interviewant des jeunes qui ont eu ou ont présentement des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues.

Le rapport comporte cinq grandes sections :

- Le contexte et la description du projet : le résumé de la méthodologie et des activités de recherche.
- La recension de la documentation : l'analyse critique des recherches pertinentes.

1.1 Méthodologie

Recension de la documentation

La recension de la documentation a produit une analyse critique des enjeux clés liés à l'intervention précoce, à l'approche et aux liens communautaires chez les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Les documents provenaient de sources canadiennes et étrangères d'information, d'articles publiés dans des publications reconnues, ainsi que de récentes critiques non publiées d'experts clés. La portée de cette

- Les entrevues menées auprès d'experts clés : le résumé des points de vue clés d'experts des administrations provinciales et territoriales du Canada qui représentent les milieux universitaires, les gestionnaires et les professionnels cliniciens.
- Les groupes de discussion avec des jeunes : les points de vue des jeunes qui ont ou ont eu besoin de services d'intervention précoce ou d'approche, ou de liens communautaires, pour lutter contre un problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues.
- Les énoncés des meilleures pratiques : les lignes directrices portant sur les services d'intervention précoce et d'approche et sur les liens communautaires à l'intention des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. L'Annexe B mentionne les sections du document qui appuient chaque énoncé de meilleure pratique.

recherche a été limitée aux documents pertinents publiés ou rédigés entre 2000 et 2006, y compris les suivants :

- les documents de recherche critiqués par des professionnels ou évalués par des experts;
- les sommaires et la documentation et les articles de recension;
- les études comparatives portant sur des approches ou des méthodes différentes;
- les essais contrôlés ou recherches quasi-expérimentales;

- les rapports d'évaluation de programmes;
- les documents théoriques traitant de la recherche sur les meilleures pratiques;
- les publications d'avant 2000 lorsque c'était justifié par une recherche unique.

Nous avons consulté les bases de données suivantes :

- Medline (études médicales);
- CINAHL (publications sur les soins infirmiers et les sciences de la santé connexes);
- les bases de données sur les toxicomanies du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT);
- les articles EBM – Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews;
- ETOH (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism);
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – US Department of Health and Human Services);
- PsycInfo (études psychologiques).

Experts clés

En consultation avec les membres du Groupe de travail TRAT, nous avons trouvé partout au Canada des experts clés qui œuvrent dans des services d'intervention précoce et d'approche ou facilitent les liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (voir Tableau 4). Les 18 experts clés, qui ont participé, avaient divers rôles et des antécédents variés (Tableaux 5 et 6). Tous les répondants

ont eu le temps et l'occasion de répondre en détail à chaque question. Les entrevues se sont déroulées par téléphone, en français ou en anglais, compte tenu de la préférence de la personne interviewée.

Groupes de discussion

Huit groupes de discussion ont siégé dans quatre régions du Canada. Le premier contact avec les participants a été établi en collaboration avec les agences locales et régionales de services à la jeunesse. Quarante-six jeunes ont participé aux séances (voir Tableau 7).

Meilleure pratique - Définition

En ce qui concerne la prestation de programmes dans les secteurs des services de santé et des services communautaires, le concept des pratiques « les meilleures » ou « meilleures » a été abordé avec une rigueur variable (Association des centres de santé de l'Ontario [ACSO], 1999; Santé Canada, 2002b). Des approches récentes ont mis l'accent sur l'importance d'analyser systématiquement la convergence des documents publiés et des leçons tirées des praticiens, des responsables des politiques et des bénéficiaires de services. Les résultats servent ensuite à formuler des énoncés qui guident les gestionnaires de programmes et les praticiens participant à l'élaboration de systèmes de prestation de services communautaires (ACSO, 1999; Murnaghan, 2006).

Dans le cadre du présent projet, les meilleures pratiques sont des lignes directrices nouvelles tirées des points de vue de clients et d'experts clés, ainsi que de documents. Comme dans le cas des autres documents de Santé Canada, il

faut revoir périodiquement les lignes directrices sur les meilleures pratiques présentées dans le présent rapport à mesure que les recherches dans ce domaine se poursuivent.

1.2 Portée et limites

Le présent rapport porte avant tout sur les services d'intervention précoce et d'approche, ainsi que sur les liens communautaires à l'intention des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les jeunes s'entendent des adolescents et des jeunes adultes de 12 à 24 ans. On a considéré que la recherche portant sur les adultes ou les enfants de moins de 12 ans échappait à la portée du présent projet. L'expression « alcool et autres drogues » s'entend de l'alcool, des solvants, des médicaments d'ordonnance et des drogues illicites.

Durant chaque phase du projet, les chercheurs se sont efforcés d'étudier les différences fondées sur le sexe chez les jeunes. Lorsque des différences particulières sont indiquées, elles sont décrites. On traite aussi des risques et des facteurs de protection tout au long du document.

Recension de la documentation

2.1 Tendances de l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes

POINTS CLÉS

- Statistique Canada a calculé que les jeunes de 15 à 24 ans représentaient quelque 13,6 % de la population en 2005.
- L'alcool et le cannabis sont les substances consommées le plus souvent. Les taux d'initiation à l'usage de substances illicites ont tendance à atteindre leur zénith au cours de l'adolescence.
- On établit un lien entre l'initiation à l'usage de l'alcool et d'autres drogues à un jeune âge et un usage problématique à long terme chez les deux sexes.
- Des taux plus élevés d'usage de drogues injectables sont évidents chez les itinérants et les jeunes de la rue.

7,0 %). Le groupe des 10 à 14 ans représente une autre tranche de 6,5 % de la population (Statistique Canada, 2006a). Les recherches effectuées au cours des dernières décennies indiquent que l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes a diminué entre la fin des années 1970 et le début des années 1990. On a toutefois constaté plus récemment une reprise de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues qui atteint les niveaux élevés du début et du milieu des années 1970 (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies [CCLAT], n.d.(b)); Santé Canada, 2001f). L'alcool et le cannabis sont les substances dont les jeunes font usage le plus souvent (Santé Canada, 2001d). Les autodéclarations au sujet de l'usage au cours de l'année précédente montrent qu'environ les deux tiers des répondants ont fait l'essai de l'alcool et le tiers, du cannabis (CCLAT, n.d.(b)).

2.1.1 Prévalence générale

Statistique Canada a calculé qu'il y avait en 2005 environ 4,4 millions de jeunes de 15 à 24 ans, ce qui représente 13,6 % de la population (15 à 19 ans : 6,6 %; 20 à 24 ans :

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (2004) (Adlaf, Begin et Sawka, 2005) (chez les 15 ans et plus) indique que l'usage de l'alcool et du cannabis a augmenté considérablement depuis 1994 et que les moins de 25 ans sont à l'origine de la majeure partie de l'augmentation

(Adlaf *et al.*, 2005). La consommation d'alcool au cours de l'année précédente est la plus élevée (90 %) chez les jeunes de 18 à 24 ans (Adlaf *et al.*, 2005). L'usage du cannabis au cours de l'année précédente s'établit à 30 % chez les 15 à 17 ans et à 47 % chez les 18 à 19 ans, mais il diminue considérablement après 24 ans (Adlaf *et al.*, 2005). Les estimations relatives à l'usage d'une des cinq drogues illicites (cocaïne, speed, ecstasy, hallucinogènes, héroïne) sont basses (3 %) pour la population en général, mais plus élevées chez les 18 à 19 ans (18 %) et chez les 20 à 24 ans (12 %) (Adlaf *et al.*, 2005). Le volet Santé mentale et bien-être de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2002) montre que la prévalence d'un usage important de l'alcool et de drogues illicites au cours de l'année écoulée atteint son point culminant au début de la vingtaine (60 % et 47 % respectivement) et que les épisodes fréquents (au moins une fois par mois) de forte consommation d'alcool sont courants chez les 20 à 24 ans (Tjepkema, 2004).

Les taux d'initiation à l'usage de substances illicites ont tendance à atteindre leur maximum au cours de l'adolescence (Clark, 2004). Pour beaucoup de jeunes, la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues diminue ou cesse au début de l'âge adulte (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2005). Des observations longitudinales révèlent que la plupart des jeunes qui commencent à faire usage de substances le font souvent avec l'alcool. Ils passent ensuite à la marijuana, et un pourcentage plus restreint gradue ensuite aux drogues plus dures (AACAP, 2005; Brown et D'Amico, 2001; Santé Canada, 2001f). L'usage chronique porte habituellement sur de multiples substances (Deas, Riggs,

Langenbucher, Goldman et Brown, 2000). Plusieurs provinces canadiennes ont signalé que l'usage simultané de multiples substances a augmenté au cours des années 1990 (Santé Canada, 2001f). On a signalé que les adolescents de sexe masculin en particulier sont usage d'un plus vaste éventail de drogues que les adultes du même sexe (Deas *et al.*, 2000).

L'édition 2004 de l'Enquête sur les campus canadiens menée auprès des étudiants à temps plein du premier cycle a indiqué que 77 % déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours. Presque le tiers ont signalé aussi avoir beaucoup bu (cinq consommations ou plus par épisode), ce qui était plus courant chez les étudiants vivant loin de chez eux. Le cannabis venait au deuxième rang des substances consommées le plus souvent. Trente-deux pour cent des répondants ont indiqué avoir fait usage de cannabis au cours de l'année écoulée et 17 %, au cours du dernier mois. Après le cannabis, 6 % des étudiants du premier cycle ont déclaré avoir fait usage d'hallucinogènes au cours de l'année écoulée et 5 %, d'opiacés (ACSM, 2005).

Les Tableaux 1 et 2 résument les résultats d'enquête sur l'usage de l'alcool et d'autres drogues tirés de divers documents des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les estimations de la prévalence de la consommation d'alcool au cours de l'année écoulée ont varié de 49 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 69 % au Québec (Tableau 1). Les taux de consommation importante ou de calage au cours du dernier mois ont varié de 23 % en Ontario à 31 % en Alberta (Tableau 1). Le cannabis venait au deuxième rang des substances dont les jeunes font usage le plus

souvent et les estimations relatives à la consommation au cours de l'année écoulée variaient de 24 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 39 % au Québec. On a signalé aussi, dans divers rapports, que l'usage du cannabis au Canada a varié de 3 % chez des élèves de l'Ontario (de la 7^e à la 12^e année) à 9 % chez ceux du Yukon (de la 8^e à la 12^e année) (Tableau 1).

Le LSD, la psilocybine (champignons), la mescaline, les substances inhalées et la cocaïne sont au nombre des substances dont les jeunes font usage moins souvent. Les résultats d'enquête montrent que l'usage d'hallucinogènes a atteint en moyenne presque 10 % tandis que celui des autres substances n'atteignait habituellement pas 6 % (Tableau 2). Les enquêtes sur l'usage des drogues chez les étudiants comportent une limitation, soit leur capacité limitée de montrer la prévalence chez les jeunes « marginaux » (Santé Canada, 1996, 2001f).

2.1.2 Considérations sexospécifiques

Le seuil de tolérance aux effets de l'alcool est souvent plus bas chez les jeunes femmes que chez les hommes (Santé Canada, 2001f). Les jeunes femmes ont en outre tendance à ressentir les symptômes de dépendance plus rapidement et sont souvent plus vulnérables que les hommes aux problèmes de santé liés à l'usage de l'alcool et d'autres drogues (Poole et Dell, 2005).

Il y a un lien positif entre la violence sexuelle et physique et la consommation accrue d'alcool et d'autres drogues, et ces antécédents sont plus fréquents chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (Ballon *et al.*, 2001; Poole et Dell, 2005). Les recherches indiquent que des jeunes femmes font usage de l'alcool et d'autres drogues pour améliorer leur humeur, avoir davantage confiance en elles, faire face à des problèmes, atténuer des inhibitions, perdre du poids ou améliorer leurs expériences sexuelles (Poole et Dell, 2005).

Tableau 1 : Prévalence (%) de l'usage de l'alcool et du cannabis chez les étudiants

Province	Alcool			Cannabis		
	Année écoulée ^A	Consommation importante ^B	Ivresse ^C	Année écoulée ^A	Mensuelle ou plus	Tous les jours
T.-N.-L. 2003 ¹	58		36	35	21	5
N.-É. 2002 ²	52	29	28	37	16	5
Î.-P.-É. 2002 ³	49			24		
N.-B. 2002 ⁴	53			35		
Qc 2002 ⁵	69			39	25	4
Ont. 2005 ⁶	62	23	22	27		3
Man. 2004 ⁷	59	25		33	11	4
Alb. 2005 ⁸	63	31		27		
C.-B. 2003 ⁹	57*	26		37*		
Yn 2001 ¹⁰					17	9

Tableau 2 : Prévalence (%) de l'usage d'autres drogues au cours de l'année écoulée chez les étudiants

Province	LSD	Tranquillisants	Hallucinogènes**	Substances inhalées	Amphétamine	Ecstasy	Cocaïne	Héroïne
T.-N.-L. 2003 ¹	5	3	8	6	5	2	4	1
N.-É. 2002 ²	6		12	5	9	4	4	2
Î.-P.-É. 2002 ³	4	4	7	6		4	2	2
N.-B. 2002 ⁴	5	5	12	5	11	4	4	2
Qc 2002 ⁵			13	2			5	1
Ont. 2005 ⁶	2	2	7	5	2	5	4	1
Man. 2004 ⁷				3	3	3		
Alb. 2005 ⁸	2	2	9	3		6	4	1
C.-B. 2003 ⁹			13*	4*	4*		5*	1*
Yn 2001 ¹⁰	5*		24*	4*		7*	5*	

A Étudiants déclarant avoir fait usage au cours de l'année écoulée

B Définie comme calage ou consommation de cinq consommations ou plus au cours du même épisode pendant le mois écoulé

C A bu jusqu'à l'ivresse au cours du mois écoulé.

* Prévalence fondée sur le fait d'avoir « déjà » fait usage de la substance

** Les hallucinogènes comprenaient habituellement la psilocybine (champignons) et la mescaline.

1 Poulin, Martin et Murray. (2005). Newfoundland and Labrador (Island Portion Only) Student Drug Use Survey 2003 Summary Report.

2 Poulin. (2002). Nova Scotia Student Drug Use 2002 Technical Report. Province of Nova Scotia.

3 Van Til et Poulin. (2002). Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves de l'Île-du-Prince-Édouard. Faits saillants.

4 Liu, Jones, Grobe, Balram et Poulin. (2002). Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick. Points saillants.

5 Perron et Loisel. (2003). Alcool et drogues : portrait de la situation en 2002 et principales comparaisons avec 2000 : résultats sommaires, l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002 (Résultats sommaires), Québec, Institut de la statistique du Québec.

6 Adlaf et Paglia-Boak. (2005). Ontario Student Drug Use Survey Highlights: Drug Use Among Ontario Students—1977–2005. Centre de toxicomanie et de santé mentale.

7 Patton, Mackay et Broszeit. (2005). Alcohol and Other Drug Use by Manitoba Students. Manitoba High School Survey 2004. Fondation manitobaine contre les dépendances.

8 AADAC. (2006). The Alberta Youth Experience Survey (TAYES) 2005 Summary Report.

9 McCreary Centre Society. (2004). Healthy Youth Development: Highlights from the 2003 Adolescent Health Survey III.

10 Bureau de promotion des intérêts de la femme et ministère de l'Éducation du Yukon. (2002). A Capella North 2 (ACN2) 2001. Bulletin 5 Alcohol and Drugs.

Dans le cas de la plupart des substances, la recherche indique que les jeunes hommes sont plus susceptibles que les jeunes femmes d'en faire un usage problématique (Poole et Dell, 2005). Les enquêtes axées sur la consommation de drogues chez les étudiants révèlent que l'usage de drogues chez les hommes est supérieur pour la plupart des drogues étudiées. Les exceptions à cette tendance comprennent les stimulants non médicaux comme les pilules amaigrissantes (Santé Canada, 2001f). Une étude australienne portant sur les visites à l'urgence des hôpitaux a révélé que la consommation d'alcool était plus prévalente chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes, tandis que celles-ci prenaient plus souvent des médicaments d'ordonnance (Hulse, Robertson et Tait, 2001).

Des études sur l'usage de drogues injectables chez les jeunes de la rue ont révélé des constatations contradictoires : dans certains cas, on signale des taux plus élevés chez les femmes que chez les hommes et dans d'autres, des taux moins élevés (Santé Canada, 2001f; Montgomery *et al.*, 2002). On a signalé dans le cadre d'une étude que les jeunes femmes étaient plus aptes à avoir des comportements protecteurs notamment en ayant recours aux programmes d'échange d'aiguilles et en gardant des aiguilles propres. Les auteurs ont indiqué que les jeunes femmes pourraient être plus réceptives aux interventions visant à réduire leur propre risque et ceux de leurs réseaux sociaux (Montgomery *et al.*, 2002).

2.1.3 Âge à l'initiation

L'initiation précoce à l'usage de l'alcool et d'autres drogues est un annonciateur de consommation problématique à long terme

autant chez les hommes que chez les femmes (D'Amico *et al.*, 2001; Santé Canada, 2001f; Manning *et al.*, 2001; Simkin, 2002; Sung, Erkanli, Angold et Costello, 2004; Usher, Jackson et O'Brien, 2005). L'établissement précoce et la montée rapide des tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues constituent aussi des facteurs de risque de toxicomanie subséquente (AACAP, 2005). Dans un échantillon communautaire de jeunes interviewés à 12 ans et de nouveau à plusieurs reprises avant l'âge de 30 ans, ceux qui ont bu plus jeunes étaient plus susceptibles d'avoir des problèmes d'usage de l'alcool. Une forte consommation initiale était un annonciateur de problèmes plus graves avec l'alcool (Warner et White, 2003).

Les personnes qui commencent à boire jeunes sont aussi plus susceptibles d'avoir des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues (Brown et D'Amico, 2001; Grant, Stinson et Harford, 2001; Stueve et O'Donnell, 2005). Des études indiquent qu'on établit un lien entre l'initiation à l'usage de drogues à un jeune âge (avant 14 ans) et un plus grand risque de consommation d'alcool et de poly-toxicomanie subséquentes, ainsi que d'usage de drogues injectables (Ellickson, Tucker, Klein et Saner, 2004; Grant *et al.*, 2001; Storr, Westergaard et Anthony, 2005; Sung *et al.*, 2004). Une étude longitudinale a indiqué que lorsqu'on retarde le début de l'usage de l'alcool, la dépendance diminue de façon correspondante (Grant *et al.*, 2001). L'initiation retardée à l'usage du cannabis et du tabac réduit aussi la probabilité d'apparition de problèmes subséquents d'usage de substances (Ellickson et Morton, 1999; Gil, Wagner et Tubman, 2004; Grant *et al.*, 2001).

2.1.4 Alcool

L'alcool est souvent la première substance que les jeunes Canadiens consomment pour la première fois et celle qu'ils consomment le plus souvent (gouvernement du Yukon, 2002; Santé Canada, 2001f; Stice, Myers et Brown, 1998). Environ les deux tiers des élèves du niveau secondaire, intermédiaire et de deuxième cycle déclarent avoir bu au moins une fois au cours de l'année écoulée (Santé Canada, 2001f). Les sujets de sexe masculin étaient plus susceptibles que ceux de sexe féminin de boire (Adlaf et Paglia, 2003). La recherche indique que la consommation d'alcool peut avoir un effet désinhibiteur chez les jeunes et les encourager à faire l'essai d'autres substances (Stice *et al.*, 1998).

Dans un échantillon américain, on a constaté que les jeunes étaient plus susceptibles de goûter à l'alcool pour la première fois dans le contexte de réunions familiales. Les jeunes qui ont commencé à boire en dehors de la famille risquent davantage d'avoir plus tard des problèmes de consommation d'alcool. On a aussi signalé que la sensation « d'ivresse » produite par la première consommation constituait un important annonciateur de consommation problématique future d'alcool (Warner et White, 2003).

On a aussi établi des liens positifs entre les niveaux de consommation chez les pairs et les taux d'escalade et de diminution de la consommation. Lorsque leurs pairs consomment, beaucoup de jeunes sont plus enclins à faire de même à cause de l'accessibilité accrue de l'alcool et d'autres drogues et de l'acceptation sociale. En revanche, une consommation moindre chez les pairs réduit la

disponibilité, entraîne moins de renforcement social et constitue un exemple de stratégies d'adaptation et d'habitudes de vie qui conviennent davantage (Stice *et al.*, 1998). On a aussi établi un lien entre l'escalade de la consommation d'alcool et le faible soutien des parents, un effet négatif (p. ex. l'anxiété et la dépression) et des symptômes d'internalisation (p. ex. les comportements renfermés, les plaintes somatiques) (Stice *et al.*, 1998).

On considère que la consommation occasionnelle excessive d'alcool ou les épisodes de consommation excessive, habituellement définis comme cinq consommations ou plus au cours de la même occasion chez les hommes ou quatre ou plus chez les femmes, constituent une tendance courante chez beaucoup d'adolescents. Dans un échantillon du niveau secondaire de la Californie, la moitié des participants ont été caractérisés comme buveurs irréguliers à un moment donné (D'Amico *et al.*, 2001). Les chercheurs ont signalé que pour beaucoup de jeunes, le calage est une tendance passagère et que les jeunes adoptent et abandonnent des habitudes de consommation occasionnelle excessive d'alcool en quelques années (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight et Marlatt, 2001; D'Amico *et al.*, 2001).

On a établi un lien entre le calage chez les élèves du secondaire et une baisse des résultats scolaires et d'autres comportements risqués (D'Amico *et al.*, 2001). Une étude longitudinale réalisée en Australie a indiqué que le calage chez les adolescents constituait un solide annonciateur de problèmes ultérieurs de consommation d'alcool à l'âge adulte (Masterman et Kelly, 2003).

Chez les adultes, on établit parfois un lien entre les troubles de consommation d'alcool et des baisses du rendement des fonctions visuospatiales, de locomotion et d'exécution (l'inhibition d'actions, les réponses limitées et en retard, l'attention sélective, la planification, l'organisation) et du fonctionnement de la mémoire (Brown, Tapert, Granholm et Delis, 2000). On a observé plus particulièrement que les fonctions d'exécution se rétablissent lentement après une exposition du système nerveux central à l'alcool. Au cours d'une étude portant sur des adolescents de 15 à 16 ans, des jeunes asservis à l'alcool avaient des déficits neurocognitifs au niveau des aspects visuo-spatiaux et de la mémorisation de l'information acquise récemment. Les chercheurs ont signalé que de tels déficits exacerbent les problèmes scolaires qui catalysent en retour le risque de problèmes sociaux (Brown *et al.*, 2000).

2.1.5 Cannabis

Parmi les enquêtes menées par les provinces canadiennes sur l'usage de drogues chez les étudiants, l'usage déclaré du cannabis au cours de l'année précédente a varié de 24 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 39 % en Colombie-Britannique (voir Tableau 1). Beaucoup commencent à faire usage du cannabis vers la fin du niveau intermédiaire ou au début du niveau secondaire (AADAC, 2006; Patton, Mackay et Broszeit, 2005; von Sydow *et al.*, 2001). Une enquête longitudinale a révélé qu'environ la moitié de tous les usagers de cannabis avaient cessé spontanément d'en faire usage au début de la vingtaine. On a toutefois établi un lien entre l'usage du cannabis et l'initiation à d'autres substances illicites (von Sydow *et al.*, 2001).

Les effets psychoactifs de l'inhalation ou de l'ingestion de cannabis comprennent une sensation de mieux-être, une baisse des inhibitions, la difficulté à se concentrer et une augmentation de l'intensité perçue des sensations (Roberts, 2003). Certains ressentent de l'anxiété, de la dépression ou de la paranoïa. Des doses élevées peuvent provoquer des crises de panique et des hallucinations (Roberts, 2003). Les facteurs annonciateurs du premier essai du cannabis comprennent les suivants :

- l'accessibilité;
- le sexe masculin;
- le statut socioéconomique faible;
- les événements indésirables survenus dans la vie;
- les troubles concomitants de santé mentale;
- le faible attachement aux parents et les relations familiales marquées par les conflits;
- les problèmes d'usage de substances chez les parents (von Sydow *et al.*, 2002b);
- les mauvais résultats scolaires (Ellickson *et al.*, 2004).

Les recherches indiquent qu'environ 66 % des 14 à 16 ans à qui l'on offre du cannabis en feront usage. Parmi ceux qui ont déjà consommé, environ 34 % finiront par le faire régulièrement (Manning *et al.*, 2001). On a signalé des taux plus élevés d'usage du cannabis chez les jeunes de la rue ou les jeunes itinérants (66 % à 88 %) (CCLAT, n.d.(a)). Les facteurs annonciateurs de l'évolution vers l'abus du cannabis et la dépendance comprennent le sexe masculin, l'âge plus jeune, l'abus d'autres substances ou la dépendance et la perte des parents à un jeune âge (von Sydow *et al.*, 2002b).

2.1.6 Substances volatiles/inhalées

L'usage problématique de substances comprend l'inhalation d'émanations ou de vapeurs de solvants et d'autres substances volatiles comme les diluants à peinture, la colle, l'essence, la peinture, le liquide correcteur, les marqueurs et les aérosols contenant des gaz propulseurs. Il est possible d'inhaler les vapeurs en les reniflant à partir d'un contenant, en les respirant à travers des matériaux imbibés ou en inhalant des vapeurs concentrées à partir d'un sac qui recouvre la bouche. Les effets psychoactifs comprennent l'étourdissement, les hallucinations, l'impulsivité et une brève euphorie. On a observé des taux plus élevés d'usage de substances inhalées chez les jeunes de la rue, les jeunes du centre-ville et des jeunes Inuits et des Premières nations qui vivent dans des régions rurales et éloignées. Des enquêtes menées dans des écoles secondaires du Canada indiquent que la plupart des élèves qui font usage de substances volatiles ont de 10 à 17 ans et que l'usage atteint son point culminant entre 12 et 15 ans (Dell et Beauchamp, 2006).

Les substances inhalées sont souvent les premières que l'on utilise au cours de la préadolescence (Santé Canada, 2001f). Au cours d'une étude réalisée en Grande-Bretagne chez des jeunes de 14 à 16 ans, environ 44 % de ceux à qui l'on a offert des solvants ont commencé par la suite à en faire usage (Manning *et al.*, 2001). Des recherches indiquent que l'usage des substances inhalées est plus répandu chez les hommes que chez les femmes (MacLean et d'Abbs, 2002).

Le Sondage sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario a signalé qu'entre 1977 et 2001, la prévalence de l'abus de solvants au cours d'une période de 12 mois chez les élèves de la 7^e à la 13^e année s'établissait à 2,5 % en moyenne (Dell et Garabedian, 2003). Dans l'édition 1998–1999 de l'Enquête longitudinale nationale chez les enfants et les jeunes, on a demandé à des jeunes de 12 et 13 ans si leurs amis avaient fait l'essai de la colle ou de solvants. Environ 90 % ont indiqué qu'aucun de leurs pairs ou amis n'avait fait usage de solvant, mais les 10 % restants ont signalé que quelques-uns, la plupart ou la totalité de leurs amis en avaient fait l'essai (Dell et Garabedian, 2003). Même si l'on a soulevé des préoccupations dans les médias au sujet de l'abus de solvants chez les Autochtones du Canada, on n'en connaît pas la prévalence actuelle. Au cours d'un sondage réalisé auprès de collectivités inuites et des Premières nations, environ la moitié des participants qui avaient fait abus de solvants avaient commencé à en faire usage lorsqu'ils avaient 11 ans ou moins. Environ 43 % des répondants se sont décrits comme des usagers expérimentaux, 38 % se sont dits consommateurs sociaux et 19 % se considéraient comme des usagers chroniques. Environ 76 % de ceux qui avaient fait usage de solvants consommaient aussi de l'alcool (Dell et Garabedian, 2003).

2.1.7 Usage à des fins non médicales de médicaments d'ordonnance et de médicaments en vente libre

Les enquêtes sur l'usage des drogues chez les élèves de la 7^e à la 12^e année indiquent qu'environ 7 % des élèves de sexe féminin et 5 % de ceux de sexe masculin en Ontario ont déclaré avoir fait usage à des fins non médicales de stimulants comme des pilules amaigrissantes au cours de l'année écoulée (Adlaf et Paglia, 2003). Dans le cas de l'usage des amphétamines ou du méthylphénidate (Ritalin) à des fins non médicales, 2 % des jeunes de l'Alberta ont déclaré en avoir fait usage (AADAC, 2006), 3 % des élèves des deux sexes en Ontario (Adlaf et Paglia, 2003) et 12 % des élèves de sexe féminin et 14 % des élèves de sexe masculin des 7^e, 9^e, 10^e et 12^e années en Nouvelle-Écosse l'ont fait (Poulin, 2002). Au Manitoba, les sondages auprès des élèves ont révélé que la prévalence de l'utilisation d'ordonnances de tiers augmentait de la 7^e année jusqu'à la 11^e pour passer de 2 à 8 % chez les élèves de sexe féminin et de 2 à 5 % chez ceux de sexe masculin (Patton *et al.*, 2005).

2.1.8 Ecstasy et autres amphétamines

Les jeunes qui font usage d'ecstasy et d'autres amphétamines ont tendance à être polytoxicomanes et ont souvent des problèmes concomitants de santé mentale (Saskatchewan Health, n.d.; von Sydow *et al.*, 2002a). La consommation chronique de méthamphétamine comporte en général une tendance à « la consommation excessive et à l'effondrement » accompagnée d'une augmentation des doses et de la fréquence de l'usage (Deguire, 2005). Les effets possibles à

long terme de la méthamphétamine comprennent la perte de mémoire, la difficulté à terminer des tâches complexes, l'inflammation de la membrane cardiaque, des problèmes de santé dentaire et des symptômes psychotiques persistants (Deguire, 2005; Saskatchewan Health, n.d.).

Des études épidémiologiques indiquent que la prévalence de l'usage de l'ectasy s'établissait à environ 1 % chez les élèves du secondaire de l'Ontario en 1996 (Smart et Ogborne, 2000). Une enquête sur l'usage des drogues chez les étudiants de l'Ontario menée en 1999 a indiqué que moins de 1 % des élèves de 7^e année jusqu'à environ 10 % de ceux de 11^e année avaient fait l'essai de l'ectasy (Santé Canada, 2001f). Des enquêtes réalisées en 2001 au Manitoba et en 2003 en Ontario ont indiqué qu'environ 3 % des élèves finissants du secondaire (Manitoba) et 3 % de ceux de la 7^e à la 12^e année (Ontario) ont déclaré avoir fait usage de méthamphétamine au cours de l'année écoulée (Adlaf et Paglia, 2003; Patton, Brown, Broszeit et Dhaliwal, 2001). Des enquêtes réalisées plus récemment en Alberta, au Manitoba et en Ontario ont signalé que de 2 % à 3 % des élèves de l'Ontario ont déclaré avoir fait usage de méthamphétamine au cours de l'année écoulée (AADAC, 2006; Adlaf et Paglia-Boak, 2005; Patton *et al.*, 2005).

Les enquêtes réalisées auprès de jeunes itinérants ou de jeunes de la rue signalent souvent des taux plus élevés de prévalence de l'usage de méthamphétamine. Au cours d'une étude réalisée à Vancouver, 71 % d'un échantillon non aléatoire de jeunes de la rue et de jeunes adultes (de 14 à 30 ans) ont déclaré faire usage de méthamphétamine. De même,

une étude réalisée à Toronto a indiqué que 37 % des jeunes itinérants faisaient usage de méthamphétamine au moins une fois par mois (Deguire, 2005). Au cours d'une enquête récente menée auprès des jeunes de la rue à Winnipeg, 41 % des hommes et 33 % des femmes ont signalé faire usage de méthamphétamine une fois par mois ou plus. Quelque 18% des jeunes hommes et 21 % des jeunes femmes ont signalé consommer des méthamphétamines tous les jours (Bodnarchuk, Patton et Rieck, 2006).

Des rapports régionaux de certaines administrations du Canada indiquent que l'usage d'amphétamines est à la hausse chez les jeunes. Plusieurs provinces ont publié des plans provinciaux pour s'attaquer à l'usage problématique de crystal meth et d'autres amphétamines. Ces stratégies ont désigné des populations cibles d'intérêt spécial, y compris les jeunes de la rue, ceux qui participent à des « rave » et les jeunes qui prennent de la méthamphétamine pour contrôler leur poids (AADAC, 2004; ministère des Services de la C.-B., Santé mentale et toxicomanie, 2004; Saskatchewan Health, n.d.).

2.1.9 Usage d'opiacés, de cocaïne et de drogues injectables

Un pourcentage important des usagers de drogues injectables se trouvent dans les grands centres urbains, mais des rapports régionaux sur l'accoutumance indiquent toutefois des augmentations de l'usage des opiacés, en particulier chez les jeunes, en milieu rural (Ploem, 2000). L'héroïne, la morphine, la codéine, la méthadone, le dilaudid, le démerol et l'OxyContin sont au nombre des opiacés

dont il est fait usage. La plupart de ceux qui font usage d'opiacés utilisent aussi des drogues injectables. Les usagers d'opiacés s'injectent aussi souvent de la cocaïne ou du crack, des amphétamines ou d'autres stimulants et des pourcentages plus faibles s'injectent des stéroïdes, des hallucinogènes et d'autres substances (Santé Canada, 2001e; Ploem, 2000).

Même si des enquêtes récentes réalisées auprès des étudiants indiquent qu'un faible pourcentage de jeunes s'injectent des opiacés, de la cocaïne ou d'autres substances, les efforts en cours de collecte des données n'atteignent pas efficacement ceux qui n'ont pas de liens avec des systèmes ou des services communautaires structurés. La prévalence de l'usage de drogues injectables au cours de la dernière année chez les élèves à l'école s'établit à environ 1 % (Liu *et al.*, 2002; McCreary Centre Society, 2004; Poulin, 2002; Poulin *et al.*, 2005). Des études individuelles portant sur les jeunes itinérants et de la rue signalent en général des taux plus élevés (Bodnarchuk *et al.*, 2006; Santé Canada, 1996, 2001f). Le document intitulé *Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada*, 2003 indique que la prévalence de l'usage de drogues injectables chez les jeunes de la rue s'établit à 22 % (Agence de la santé publique du Canada, 2006). Une enquête menée auprès des jeunes de la rue à Winnipeg a démontré une prévalence globale de 35 % chez les femmes et de 37 % chez les hommes (Bodnarchuk *et al.*, 2006). Les méthamphétamines, la cocaïne, les opiacés, l'héroïne et la morphine, le speedball (mélange de cocaïne et d'opiacés, habituellement de l'héroïne) et les hallucinogènes constituent les substances que

l'on s'injecte le plus couramment (Bodnarchuk *et al.*, 2006; Agence de la santé publique du Canada, 2006).

2.1.10 Abus de l'alcool et dépendance

Environ 8 % des jeunes de 15 à 24 ans et 3 % des adultes de 25 à 44 ans ont une dépendance (Statistique Canada, 2003a). Les décisions relatives au diagnostic portant sur l'« abus » et la « dépendance » de l'alcool et d'autres drogues sont en général basées sur les lignes directrices et les critères pour adultes décrits dans la classification DSM-IV et DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 1994; 2001). Les critères relatifs à l'« abus » reflètent une tendance mésadaptée à l'usage de l'alcool et d'autres drogues qui entraîne un déficit important du fonctionnement (APA, 1994; 2001). Les indicateurs comprennent un déficit du rôle, l'usage dangereux sur le plan physique et les problèmes légaux, sociaux et interpersonnels répétitifs liés à l'alcool et aux autres drogues (Clark, 2004). Parmi ces domaines, les symptômes d'abus se manifestent le plus couramment dans l'usage dangereux et dans les relations interpersonnelles (Clark, 2004). Les critères de la « dépendance » comprennent l'usage continu de l'alcool et d'autres drogues en dépit des importants problèmes qui en découlent, ainsi que des caractéristiques telles que le voile noir, le sevrage, la tolérance et la perte de contrôle de l'usage prévu (APA, 1994; 2001).

L'applicabilité des critères DSM aux adolescents a soulevé des préoccupations (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2005; Brown et D'Amico, 2001; Lopez, Turner et Saavedra, 2005). Des

chercheurs signalent que comparativement aux adultes qui montrent en général une évolution de l'abus jusqu'à la dépendance, les symptômes d'abus chez les adolescents ne précèdent pas toujours ceux de la dépendance (Bonomo, Bowes, Coffey, Carlin et Patton, 2004; Brown et D'Amico, 2001; Clark, 2004). Il se peut que les adolescents qui montrent des problèmes cliniquement importants de consommation d'alcool ne soient pas admissibles à un diagnostic de trouble de l'usage d'alcool.

Les adolescents ont tendance à avoir moins souvent des symptômes de sevrage alcoolique qui se manifestent seulement vers la fin de leur trouble d'usage d'alcool (Clark, 2004). La tolérance est un annonciateur de la dépendance chez les adultes, mais cet annonciateur s'applique moins chez les jeunes (Bonomo *et al.*, 2004; Brown et D'Amico, 2001). La tolérance chez eux peut se manifester différemment chez eux que chez les adultes (Brown et D'Amico, 2001). Les complications sur le plan de la santé sont souvent de nature chronique et sont plus fréquentes chez les adultes que chez les adolescents (Bonomo *et al.*, 2004). Les jeunes ont toutefois souvent un déficit important au niveau du fonctionnement dans la famille et des relations interpersonnelles, ainsi que des troubles de l'assiduité et du rendement scolaire (AACAP, 2005).

2.2 Caractéristiques liées au client

POINTS CLÉS

- Il est reconnu que les services d'intervention précoce à l'intention des jeunes femmes enceintes jouent un rôle crucial dans l'atténuation des effets psychosociaux et psychologiques des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues à la fois pour la jeune femme et pour l'enfant qui se développe.
- On a établi un lien entre l'usage de drogues injectables et le grand nombre de situations et de comportements à risque élevé possibles, y compris la toxicomanie, la surdose accidentelle, les pratiques sexuelles et l'injection non sécuritaires, la prostitution et la transmission d'agents pathogènes à diffusion hématogène.
- Les interventions efficaces à l'intention des jeunes doivent prévoir une stratégie d'intégration à suivre pour s'attaquer à la fois à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et aux problèmes concomitants de santé mentale.
- La sensibilité aux aspects culturels est importante lorsqu'on travaille avec des jeunes et des membres de leur famille d'origines ethniques diverses.

Les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues constituent un groupe diversifié dont les préoccupations et les caractéristiques qui varient dépassent leur problème de consommation. Dans la section qui suit, nous décrivons des caractéristiques importantes des jeunes Canadiens qui ont besoin de services pour traiter leur problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Il faut comprendre cette diversité et y être sensible lorsqu'on élabore des stratégies d'intervention précoce, des services d'approche et des liens communautaires qui sont à l'écoute. Nous présentons des profils des jeunes suivants :

- les jeunes femmes enceintes ou les jeunes qui ont un enfant,
- les jeunes et l'orientation sexuelle/sexe social,
- les jeunes polytoxicomanes,
- les jeunes vivant avec des agents pathogènes à diffusion hématogène ou exposés à ceux-ci,
- les jeunes itinérants et les nomades,
- les jeunes qui ont des troubles concomitants de santé mentale,
- les jeunes Autochtones,
- les jeunes qui font usage de substances inhalées ou volatiles,
- les jeunes en conflit avec la loi,
- les jeunes d'origine ethnique et de culture diverses,
- les jeunes ruraux.

2.2.1 Jeunes femmes enceintes ou jeunes qui ont un enfant

On considère que les services d'intervention précoce à l'intention des jeunes femmes enceintes jouent un rôle crucial lorsqu'il s'agit d'atténuer les effets psychosociaux et psychologiques de problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues autant chez les jeunes femmes que chez le fœtus ou l'enfant qui se développe (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 2005). La grossesse offre une occasion d'approcher les jeunes, étant donné leur préoccupation pour la santé et le mieux-être de l'enfant à naître (Zilberman, Tavares, Blume et El-Guebaly, 2002). Les jeunes femmes enceintes et les jeunes qui sont parents et ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues doivent relever de nombreux défis associés à leurs propres besoins en traitement, ainsi qu'aux préoccupations liées au soin de la famille et aux responsabilités familiales. Ils peuvent reporter leur décision de recourir à des services à cause de l'absence de moyens de soutien nécessaires ou parce qu'ils n'ont pas les moyens financiers de se procurer des services de garderie (Santé Canada, 2001b).

Une étude portant sur l'usage de l'alcool et d'autres drogues et les comportements sexuels risqués chez les femmes a révélé que le quart des femmes qui suivaient des traitements pour des problèmes de consommation ont signalé avoir été enceintes au cours de l'adolescence. Ces taux plus élevés de grossesse ont persisté jusqu'au début de l'âge adulte et beaucoup de répondantes ont indiqué ne pas avoir de relation stable et de soutien dans leur contexte actuel (Tapert, Aarons, Sedlar et Brown, 2001).

2.2.2 Jeunes et orientation sexuelle/sexé social

On estime que la population est constituée à 10 % de personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles, transgenres ou en questionnement (LGBTQT) (CCLAT, 2006). La marginalisation des personnes LGBTQT et la discrimination à leur endroit sont généralisées et se manifestent sous toutes sortes de formes, qui varient de l'insensibilité jusqu'à la violence. Ces expériences peuvent pousser davantage les intéressés à faire usage de substances. Cela préoccupe particulièrement les jeunes qui font face à leur orientation sexuelle émergente et aux défis associés au partage de leurs préoccupations avec des membres de leur famille et des amis. Le recours aux groupes d'entraide, l'aide d'organismes de soutien, la diffusion d'information exacte sur la santé et la promotion de liens communautaires efficaces sont des moyens efficaces de chercher à atteindre ces jeunes (CCLAT, 2006; Gleghorn, Clements et Sabin, 1998; Noell et Ochs, 2001; Woods *et al.*, 2002).

Au cours d'une étude portant sur l'orientation sexuelle d'un échantillon de 141 adolescents itinérants, Noell et Ochs (2001) ont constaté que les lesbiennes et bisexuelles étaient plus susceptibles que leurs homologues hétérosexuelles d'avoir fait usage de drogues injectables, d'amphétamines, de marijuana et de LSD. Les chercheurs ont en outre établi un lien entre la dépression et les idées suicidaires et les jeunes gais, lesbiennes ou bisexuels itinérants. Il faut pousser les recherches pour comprendre les besoins de ces jeunes et les stratégies clés à suivre pour aborder leurs problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues (Noell et Ochs, 2001).

2.2.3 Jeunes polytoxicomanes

On associe la polytoxicomanie et l'usage de drogues injectables à de nombreux résultats indésirables, y compris une dépendance des drogues, la surdose accidentelle, l'injection non sécuritaire, les pratiques sexuelles non sécuritaires, la prostitution et la perturbation de l'éducation. Les jeunes polytoxicomanes ont souvent des comorbidités psychiatriques et des comportements antisociaux (Hopfer, Khuri, Crowley et Hooks, 2002; Mills, Teeson, Darke, Ross et Lynskey, 2004; Tait, Hulse, Robertson et Spirvulis, 2002).

Les jeunes qui commencent à faire usage de l'héroïne ou d'autres opiacés ont tendance à être polytoxicomanes. Ils passent rapidement à la consommation problématique et le font plus rapidement que les adultes. Il existe donc un créneau étroit de possibilités d'intervention précoce (Hopfer *et al.*, 2002; Mills *et al.*, 2004). La polytoxicomanie contribue à la toxicité et aux interactions biochimiques, ce qui entraîne une augmentation de l'utilisation des ressources et des services hospitaliers (Tait *et al.*, 2002). Au cours d'une étude portant sur des visites répétées à l'hôpital effectuées par des jeunes, les polytoxicomanes ont produit un pourcentage important de visites multiples (Tait *et al.*, 2002).

Beaucoup de jeunes reconnus comme polytoxicomanes ont fait l'essai de drogues souvent administrées par injection (p. ex., la cocaïne, les amphétamines, les opiacés) ou en ont consommé (Ellickson et Morton, 1999). Une revue d'études descriptives portant sur des jeunes usagers de l'héroïne a révélé qu'un pourcentage important d'entre eux étaient polytoxicomanes (Hopfer *et al.*, 2002). La

décision prise par les jeunes de commencer à s'injecter des drogues est considérée comme différente sur le plan qualitatif de celle de faire usage de substances telles que l'alcool et le cannabis. Contrairement au nombre important de jeunes qui font l'essai de la marijuana, de l'alcool et de la cigarette, ceux qui décident de s'injecter des drogues rejettent d'emblée les risques pour la santé et la sécurité, ainsi que les risques légaux, qu'évitent généralement la plupart des autres adolescents (Ellickson et Morton, 1999).

2.2.4 Jeunes vivant avec des agents pathogènes à transmission hématogène ou exposés à ceux-ci

Les usagers de drogues injectables, les travailleurs du sexe et les jeunes itinérants sont les cohortes plus jeunes exposées au risque de transmission d'agents pathogènes à diffusion hématogène tels que le VIH et le virus de l'hépatite B et C (Boivin, Roy, Haley et Galbaud du Fort, 2005; Santé Canada, 2001e). Les recherches indiquent qu'il se peut que le quart des personnes qui s'injectent des drogues aient moins de 20 ans (Santé Canada, 2001e). Les jeunes qui partagent du matériel d'usage de drogues tels que des seringues, de l'eau de rinçage, des pailles intranasales et des pipes, s'exposent aux infections. Les objets personnels partagés (p. ex., les lames de rasoir, les brosses à dents) constituent un risque de transmission. Le tatouage et le perçage qui ne sont pas conformes aux lignes directrices recommandées posent aussi des risques pour la santé (Santé Canada, 2001e).

Les jeunes qui font usage de cocaïne peuvent risquer davantage d'entrer en contact avec des

agents pathogènes à diffusion hématogène parce qu'ils s'injectent la drogue de nombreuses fois par jour. Les exigences imposées à l'égard du matériel d'usage de drogues (par injection ou inhalation) augmentent la tendance chez les usagers à le partager (Santé Canada, 2001e).

Dans le cadre d'une étude portant sur les tendances de la consommation d'héroïne, Mills *et al.* (2004) ont signalé que les jeunes (de 18 à 24 ans) s'initient à l'héroïne à 16 ans en moyenne et se l'injectent par la suite à 17 ans. Quarante et un pour cent des membres de cette cohorte ont déjà été victimes d'une surdose et dans 24 % des cas, c'était au cours des 12 mois précédents. Environ un usager sur cinq avait emprunté des aiguilles déjà utilisées, tandis qu'un autre tiers ont déclaré avoir remis des aiguilles à quelqu'un d'autre. Les femmes étaient deux fois plus susceptibles que les hommes d'avoir emprunté des aiguilles utilisées (Mills *et al.*, 2004).

Dans le contexte d'une surveillance améliorée des jeunes de la rue au Canada, presque 30 % des jeunes qui s'injectaient des drogues ont déclaré ne pas avoir toujours utilisé du matériel d'injection propre. Environ 31 % ont signalé qu'ils avaient déjà emprunté du matériel usagé de quelqu'un d'autre au moins une fois (Agence de la santé publique du Canada, 2006).

Dans le cadre d'une description de la santé et des comportements à risque chez des jeunes vivant avec le VIH qui participaient à un programme de soins résidentiels, les participants bénéficiant de services ont amélioré leurs habitudes de nutrition et d'hygiène, mais non leurs comportements à risque face à la sexualité et à l'usage de l'alcool ou d'autres drogues. Les

chercheurs ont laissé entendre que les jeunes vivant avec le VIH pourraient bénéficier d'un traitement de plus longue durée pour usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, mais qu'ils ont de la difficulté à avoir accès aux services ou à terminer le traitement. Les problèmes concomitants de santé mentale et les tendances comportementales poussent souvent ces jeunes à quitter le programme avant le temps (Rotheram-Borus, Murphy, Kennedy, Stanton et Kuklinski, 2001).

Les stratégies d'intervention auprès des jeunes qui s'injectent des drogues devraient inclure des politiques flexibles et des programmes d'accès facile conçus pour attirer les jeunes dans les services de soutien et de traitement dont ils ont besoin et pour les y garder (Santé Canada, 2002a; Agence de la santé publique du Canada, 2006). Ces efforts devraient aussi comprendre des services supplémentaires qui portent sur les services de santé, de soutien et de satisfaction de besoins fondamentaux précis. Les techniques d'approche constituent souvent un élément critique du lancement de stratégies d'intervention précoce (Santé Canada, 2002a).

Les stratégies d'approche et de soutien jouent un rôle crucial lorsqu'il s'agit d'attirer des jeunes vivant avec des agents pathogènes à diffusion hématogène ou qui sont à risque d'infection. Parmi ces initiatives, mentionnons les cliniques populaires, les programmes d'échange d'aiguilles et d'autres programmes qui fournissent aussi des services répondant aux besoins fondamentaux (la nourriture, le refuge, les vêtements). La formation spécialisée des fournisseurs de services et l'information au sujet des préoccupations sanitaires liées aux agents pathogènes à diffusion hématogène peuvent

aussi aider considérablement à atteindre ce groupe de clients (Martinez *et al.*, 2003; Woods *et al.*, 2002).

2.2.5 Jeunes itinérants et nomades

Les populations d'adolescents considérés comme itinérants ou à risque d'itinérance comprennent ceux qui n'ont pas de résidence permanente et ceux qui changent souvent de milieu de vie (p. ex., ceux vivant avec des amis ou des membres de la famille, ceux habitant des refuges ou d'autres logements à court terme accessibles) (Kurtz, Lindsey, Jarvis et Nackerud, 2000). DeMatteo *et al.* (1999) ont calculé qu'environ 150 000 jeunes vivent dans la rue au Canada. Une récente synthèse de 52 études épidémiologiques portant sur les jeunes itinérants dans les pays industrialisés a indiqué que les problèmes de santé mentale étaient plus courants chez eux que chez ceux qui ont une adresse stable. De même, des taux accrus d'agression et de violence, les grossesses plus fréquentes et la prévalence accrue des infections à transmission hématogène étaient évidents chez les jeunes itinérants (McMorris, Tyler, Whitbeck et Hoyt, 2001). Beaucoup de jeunes itinérants ont souvent été placés en dehors du foyer et ont souvent fait l'objet d'interventions des services de protection de l'enfance (les jeunes du système). Au cours d'une étude, on a constaté que les services de protection de l'enfance étaient intervenus auparavant auprès d'environ la moitié des jeunes qui abusaient de l'alcool et d'autres drogues et vivaient dans des refuges. Ces jeunes ont indiqué qu'ils utilisaient des médicaments d'ordonnance pour des problèmes de santé mentale plus souvent que les jeunes n'appartenant pas au système (Slesnick et Meade, 2001).

Les taux de consommation d'alcool et d'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues sont beaucoup plus élevés chez les adolescents que dans la population en général (Bodnarchuk *et al.*, 2006; McMorris *et al.*, 2001). Les jeunes itinérants ont souvent quitté leur foyer et leur collectivité à cause de la violence et de la victimisation (Bodnarchuk *et al.*, 2006; McMorris *et al.*, 2001). Ils font usage de l'alcool et d'autres drogues pour faire face à leurs sentiments d'isolement et de solitude, ainsi qu'aux événements négatifs du passé (Bodnarchuk *et al.*, 2006; McMorris *et al.*, 2001). Les jeunes de la rue nouent souvent des liens solides avec une « famille » de pairs dans la rue et peuvent adopter des comportements risqués pour s'intégrer au groupe (Bodnarchuk *et al.*, 2006). Chez les jeunes itinérants, un usage problématique de substances qui n'est pas traité contribue souvent à une chimiodépendance et à la persistance de l'itinérance jusque l'âge adulte (McMorris *et al.*, 2001).

Une enquête d'une journée réalisée aux États-Unis par van Leeuwen *et al.* (2004) a porté sur l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues chez 168 jeunes itinérants (de 16 à 25 ans) dans un centre urbain. Au cours des neuf mois précédents, 69 % ont déclaré avoir fait usage d'alcool, 75 %, de marijuana, 30 %, d'hallucinogènes et 25 % d'ectasy. Les taux d'usage de cocaïne, de méthamphétamines et d'héroïne s'établissaient à 19 %, 18 % et 12 % respectivement. Environ 11 % des participants des échantillons ont déclaré avoir échangé du sexe contre des drogues ou de l'argent, tandis que 13 % ont signalé avoir partagé des aiguilles. Les chercheurs ont indiqué que les refuges destinés à ces jeunes devraient inclure un programme complet de dépistage de

l'usage de l'alcool et d'autres drogues et des problèmes de santé, en plus de services d'intervention ou de traitement de suivi (van Leeuwen *et al.*, 2004).

Beaucoup d'adolescents itinérants hésitent à faire appel aux services d'agences traditionnelles de traitement et de services communautaires. C'est pourquoi on considère que l'approche est critique. Les travailleurs des services d'approche doivent démontrer leur acceptation sans condition et leur volonté d'écouter, et aussi formuler des commentaires authentiques au sujet de leur contexte, de leurs comportements et des façons possibles d'avoir accès aux services ou aux mesures de soutien nécessaires. L'approche peut aussi consister à offrir de l'aide concrète, telle que le refuge temporaire, la nourriture ou les services de transport (Kurtz *et al.*, 2000).

Il faut stabiliser la situation de vie des jeunes dans le contexte des services d'intervention précoce. Les services de soutien et de counseling individuels devraient porter sur un vaste éventail d'enjeux en plus de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, y compris les sentiments de rejet, la gestion de la colère et les questions de confiance (McMorris *et al.*, 2001).

2.2.6 Jeunes qui ont des troubles concomitants de santé mentale

Les jeunes qui ont un problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues ont souvent des problèmes concomitants de santé mentale (Martinez *et al.*, 2003; Mills *et al.*, 2004). Les troubles de santé mentale de l'enfance peuvent être des annonciateurs de problèmes subséquents d'usage de l'alcool et d'autres

drogues et aggraver des problèmes affectifs et comportementaux existants (Armstrong et Costello, 2002; Chung et Martin, 2001; Kuperman *et al.*, 2001; Zimmermann *et al.*, 2003). Comparativement aux jeunes qui n'en ont pas, ceux qui ont des problèmes concomitants d'usage de l'alcool et d'autres drogues et de santé mentale ont tendance à avoir commencé à consommer plus tôt et à le faire plus souvent et à un niveau plus chronique (Rowe, Liddle, Greenbaum et Henderson, 2004).

Les troubles de santé mentale concomitants que l'on constate le plus souvent avec les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues comprennent le trouble de conduite, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), la dépression majeure, les troubles anxieux et le trouble d'adaptation (Brown et D'Amico, 2001; Crome et Bloor, 2005; Simkin, 2002; Turner, Muck, Muck, Stephens et Sukumar, 2004; Zimmermann *et al.*, 2003). On a aussi identifié l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues conjugué au syndrome de stress posttraumatique (SSPT). La prévalence d'une comorbidité liée au SSPT varie de 25 % chez les hommes à 75 % chez les femmes (Turner *et al.*, 2004). Une récente étude portant sur des jeunes de 18 à 23 ans au cours de laquelle on a examiné les troubles anxieux et l'usage problématique concomitant de l'alcool et d'autres drogues a révélé que le risque accru était en grande partie attribuable au SSPT (Lopez *et al.*, 2005).

On a associé l'usage du cannabis à des épisodes d'anxiété, de dépression et de psychose (Raphael, Wooding, Stevens et Connor, 2005).

La consommation problématique d'alcool conjuguée à une dépression majeure est considérée comme un facteur de risque d'idées suicidaires chez les jeunes (Kelly, Cornelius et Clark, 2004). En ce qui concerne le sexe social, on a étudié dans un échantillon d'adolescents américains des variations de liens entre la santé mentale et les tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues. Dans cette cohorte, on a associé plus souvent les caractéristiques affectives internalisantes (p. ex., les problèmes affectifs associés à des comportements de repli sur soi, les plaintes somatiques, l'anxiété et la dépression) à des participantes qui avaient des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. En revanche, on a lié les symptômes comportementaux externalisants (p. ex., les problèmes flagrants de comportement dans le domaine de l'agression ou de la délinquance) à l'usage de l'alcool et d'autres drogues tant chez les hommes que chez les femmes (Wu, Schlenger et Galvin, 2003).

Les jeunes qui ont des caractéristiques de santé mentale à la fois internalisantes et externalisantes ont souvent des problèmes plus importants liés à la polytoxicomanie et c'est pourquoi il se peut qu'ils ne commencent pas le traitement ou ne le complètent pas. Par contre, des théoriciens croient qu'il est possible de retarder l'apparition de troubles d'usage de l'alcool et d'autres drogues par un traitement efficace précoce des problèmes de santé mentale (Turner *et al.*, 2004). À la suite d'une méta-analyse récente portant sur le traitement du THADA, on a signalé que le traitement précoce avec des stimulants réduisait le risque d'usage problématique subséquent de l'alcool et d'autres drogues (Crome et Bloor, 2005).

Les données empiriques et les perspectives cliniques courantes indiquent que les interventions efficaces pour des problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes passent par une approche intégrée où les services sont coordonnés et mettent à contribution à la fois le jeune et les membres de sa famille (Rowe, Liddle, Greenbaum et Henderson, 2004). Des approches intégrées peuvent comporter un seul point d'accès pour l'évaluation et devraient inclure un plan communautaire individuel coordonné (Turner *et al.*, 2004). Les fournisseurs de services de traitement de l'abus de l'alcool et d'autres drogues et de services de santé mentale bénéficient d'une formation spécialisée portant sur les principaux aspects des problèmes concomitants et sur des stratégies à suivre pour convaincre les jeunes de se faire traiter (Raphael *et al.*, 2005).

2.2.7 Jeunes Autochtones

La population autochtone du Canada (les Métis, les Premières nations et les Inuits) représentait 3 % du total des recensements de 1996 et de 2001. En 1996, 44 % des Autochtones avaient moins de 20 ans, ce qui représentait quelque 5 % du total des jeunes au Canada (Erickson et Butters, 2005; Statistique Canada, 2003b). Des études récentes et des documents du gouvernement du Canada signalent que les jeunes Autochtones sont surreprésentés dans plusieurs sous-populations à risque élevé de jeunes au Canada. Ces cohortes comprennent celles qui :

- ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues (Collaborative Community

Health Research Centre, 2002; Erickson et Butters, 2005; Santé Canada, 2001d);

- font usage de drogues illicites (Collaborative Community Health Research Centre, 2002) et de solvants (Erickson et Butters, 2005);
- commencent jeunes à faire usage de l'alcool et d'autres drogues (Collaborative Community Health Research Centre, 2002);
- vivent en milieu de garde (Erickson et Butters, 2005; Santé Canada, 2001d; Statistique Canada, 2006b);
- sont itinérantes (Santé Canada, 2001d);
- sont à risque d'être infectées par des agents pathogènes à diffusion hématogène (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Santé Canada, 2001d).

Les enfants et les jeunes Autochtones ont plus de problèmes de santé tels que le diabète sucré de type 2 et l'obésité (Trumper, 2004). Les jeunes Autochtones sont en outre plus susceptibles que les non-Autochtones de consulter un médecin pour des problèmes de santé mentale. Le suicide est reconnu comme un problème important chez les jeunes Autochtones, où le taux est de cinq à six fois plus élevé que chez les jeunes non-Autochtones (Trumper, 2004).

Dans le contexte d'interventions portant sur l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, beaucoup de théoriciens et de praticiens ont souligné l'importance d'intégrer les valeurs spirituelles et les traditions (Stewart *et al.*, 2005). Afin de garantir la convergence culturelle avec les jeunes Autochtones, les chercheurs recommandent de mettre l'accent sur les traditions et les pratiques culturelles (les

légendes, les contes), de réunir les membres de la collectivité et les aînés pour qu'ils participent au processus de planification et d'intégrer les activités artisanales et récréatives (Hurdle, Okamoto et Miles, 2003; Stewart *et al.*, 2005). Au Canada, plusieurs collectivités autochtones ont lancé des programmes innovateurs de lutte contre l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues chez les adolescents (Stewart *et al.*, 2005). Le contenu du programme met notamment l'accent sur le développement des talents personnels et l'utilisation du symbolisme afin de présenter et de renforcer les orientations à suivre pour instaurer des changements positifs et à les appliquer dans la vie quotidienne. Le symbolisme convergent sur le plan culturel contribue à un environnement où les leçons de vie sont appliquées d'une façon qui respecte les traditions et les modes de vie auxquels on attache de la valeur (Stewart *et al.*, 2005).

Il est possible de renforcer les interventions en y incluant des modèles positifs tirés de la famille immédiate et élargie ou de la collectivité (Hurdle *et al.* 2003; Waller, Okamoto, Miles et Hurdle, 2003). Au cours d'une étude réalisée sous forme de groupes de discussion réunissant des élèves autochtones du niveau secondaire intermédiaire, les participants ont exploré les facteurs de risque et de protection associés à l'usage de l'alcool et d'autres drogues. L'étude a révélé que les échanges avec les cousins et les frères et sœurs de réseaux familiaux exerçaient une influence particulière en ce qui a trait à l'usage de l'alcool et d'autres drogues. Il faut donc considérer le soutien positif des pairs du même âge membres de la famille comme un facteur important lorsque l'on planifie des programmes d'intervention à l'intention des jeunes Autochtones (Waller *et al.*, 2003).

2.2.8 Jeunes qui font usage de substances inhalées ou volatiles

L'abus de substances inhalées au Canada est évident dans de nombreux groupes culturels, mais on a constaté des taux plus élevés dans certaines collectivités autochtones, en particulier chez les jeunes hommes (Coleman, Charles et Collins, 2001; Landau, 1996). L'usage de substances inhalées est souvent plus répandu dans les collectivités isolées où les taux de chômage, de pauvreté et de violence sont plus élevés. Les états affectifs négatifs tels que la colère, l'ennui, la tristesse et la solitude peuvent être des déclencheurs clés. Les jeunes qui font usage de substances inhalées ont de solides liens avec leurs pairs (Coleman *et al.*, 2001).

Les jeunes qui font usage de substances volatiles depuis longtemps sont moins susceptibles de cesser de le faire que ceux qui en sont encore au début de leur comportement « inhalateur » (Dell et Beauchamp, 2006; MacLean et d'Abbs, 2002). On a établi des programmes d'intervention dans diverses collectivités autochtones du Canada. Ces stratégies comportent les éléments suivants, notamment : la désintoxication, l'évaluation des effets psychologiques et cognitifs de l'usage, le renforcement des points forts (p. ex., la sensibilisation culturelle, les aptitudes sociales), la solution des problèmes familiaux et l'élaboration de plans de réinsertion dans la collectivité (Dell et Beauchamp, 2006).

2.2.9 Jeunes en conflit avec la loi

Les jeunes en conflit avec la loi et ceux qui vivent en milieu de garde protégée ont souvent des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Les membres de cette catégorie ont

tendance à commencer plus jeunes à faire usage de substances (Jenson et Potter, 2003; Murray et Belenko, 2005), à en utiliser une plus grande variété, à le faire plus souvent et à des doses plus fortes que leurs pairs du même âge (Erickson et Butters, 2005). Des données longitudinales indiquent que les jeunes qui commettent des crimes plus graves et violents ont d'importants antécédents d'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues (Molidor, Nissen et Watkins, 2002). Dans nombre de cas, ces jeunes ne reconnaissent pas que leur usage pose un problème. Leurs groupes de pairs peuvent considérer de tels comportements comme normaux et il se peut aussi qu'on y consacre une attention minimale pour ce qui est d'étudier les conséquences de l'usage de l'alcool et d'autres drogues (ministère de la Sécurité publique du N.-B., 2004).

Pour les jeunes en conflit avec la loi, l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues est souvent conjugué aussi avec des problèmes concomitants de santé mentale (Elgar, Knight, Worrall et Sherman, 2003; Erickson et Butters, 2005; Letters et Stathis, 2004; Ulzen et Hamilton, 1998). Les problèmes de santé mentale signalés comprennent souvent des troubles de conduite, le trouble oppositionnel avec provocation, la dépression et l'anxiété (Molidor *et al.*, 2002). Les caractéristiques de personnalité des jeunes délinquants ou qui sont visés par un jugement comprennent des problèmes de contrôle des impulsions et la recherche de sensations. Les troubles de l'humeur et les traits de personnalité antisociaux ont aussi tendance à se manifester avec des troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres drogues (Murray et Belenko, 2005).

Les jeunes en conflit avec la loi peuvent avoir des contacts minimaux avec des services communautaires organisés ou des options d'intervention, ou y avoir très peu accès (Dembo et Walters, 2003). Les obstacles à l'intervention peuvent inclure la résistance des jeunes au traitement imposé, à la participation à des plans établis de réadaptation ou au soutien familial (Santé Canada, 2001d). Il se peut que les jeunes qui sont « mis sous garde » et qui n'ont pas encore fait l'objet d'une décision doivent attendre pour avoir accès à des services et des moyens de soutien en temps opportun (Santé Canada, 2001d). Un rapport récent indique que même si les établissements de détention pour adultes au Canada ont des stratégies normalisées d'évaluation et d'admission, lorsqu'il s'agit d'offrir des services d'intervention, ces stratégies varient selon la province et l'établissement dans le cas des jeunes (Erickson et Butters, 2005). Les changements fréquents de placement en résidence et sous garde nuisent à leurs possibilités d'établir des liens positifs avec la collectivité. Les jeunes qui n'ont pas de liens avec la collectivité recherchent souvent le soutien et l'acceptation de groupes de pairs faciles d'accès pour eux, et ils établissent souvent ces contacts avec des jeunes qui ont des problèmes semblables (ministère de la Sécurité publique du N.-B., 2004).

Il faudrait prévoir les activités d'intervention précoce à « l'entrée » du jeune dans le système judiciaire, lorsqu'il a ses premiers contacts avec celui-ci. Il faudrait utiliser alors des méthodes de dépistage pour repérer les problèmes possibles d'usage de l'alcool et d'autres drogues et de santé mentale. Une fois le dépistage terminé, il faudrait personnaliser les plans du

cas afin de répondre aux besoins particuliers du jeune en cause et de garantir un accès en temps opportun à des services clés de traitement et de soutien (Dembo et Walters, 2003). Les activités d'intervention précoce devraient comporter des stratégies axées sur la famille qui atténuent l'anxiété et les conflits qui contribuent aux tendances à la mauvaise conduite et à l'usage de l'alcool et d'autres drogues (Cook, 2001). Les stratégies fondées sur les points forts et sexospécifiques peuvent porter fruit lorsqu'il s'agit de mobiliser des jeunes en conflit avec la loi et d'intervenir auprès d'eux (Molidor *et al.*, 2002). Il est possible de « faciliter les stratégies fondées sur les points forts en reconnaissant les points forts des individus et des groupes et en les mettant à contribution au lieu de les définir et délimiter par une perspective pathologique » (Molidor *et al.*, 2002, p. 220).

2.2.10 Ethnicité et culture diverses

La sensibilité culturelle est considérée comme un élément clé lorsqu'il s'agit de travailler avec des jeunes et les membres de leur famille d'origines ethniques diverses. Les fournisseurs de services doivent être conscients des différences culturelles qui reflètent les variations aux niveaux des cultures, des croyances et des valeurs, connaître l'effet qu'elles peuvent avoir sur les efforts d'intervention précoce et d'approche et savoir adapter les services aux besoins et antécédents particuliers des jeunes de groupes minoritaires (Nissen, Hunt, Bullman, Marmo et Smith, 2004).

Les obstacles qui empêchent les jeunes d'origines ethnoculturelles diverses de chercher à se faire traiter peuvent inclure le stigmatisme associé à la divulgation d'un problème d'usage

de l'alcool et d'autres drogues, un manque de réceptivité à l'intervention des fournisseurs de services ou d'intervenants en dehors de la famille, ainsi que les obstacles linguistiques (Santé Canada, 2001d). Pour s'attaquer à ces obstacles, on recommande notamment d'entreprendre des démarches d'approche auprès des jeunes et des membres de leur famille, de fournir des services dans la langue des clients et de sensibiliser davantage les fournisseurs de services aux valeurs et aux cultures de groupes ethniques en particulier. On a insisté sur l'importance de la formation transculturelle pour les fournisseurs de services de traitement et les travailleurs des services communautaires (Santé Canada, 2001d).

2.2.11 Jeunes ruraux

Dans le cadre d'une étude réalisée à Terre-Neuve-et-Labrador, des jeunes ruraux ont signalé moins de problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues et de comportement que les jeunes urbains (Elgar *et al.*, 2003). Les chercheurs ont noté que comparativement aux jeunes ruraux, les jeunes urbains avaient probablement plus de possibilités d'avoir des contacts avec des groupes de pairs faisant usage de l'alcool et d'autres drogues (Elgar *et al.*, 2003).

Les profils démographiques des jeunes de la rue des milieux urbains et ruraux étaient différents en Colombie-Britannique : plus de 50 % des jeunes ruraux avaient 16 ans ou moins. Les jeunes de la rue en milieu rural avaient en outre davantage accès à un logement permanent que leurs homologues en milieu urbain (Stockburger, Parsa-Pajouh, de Leeuw et Greenwood, 2005). Les chercheurs ont

remarqué que la plupart des jeunes de la rue en milieu urbain sont en réalité de jeunes ruraux et ont posé en hypothèse que les jeunes ruraux qui commencent à vivre dans la rue jeunes déménagent en milieu urbain lorsqu'ils vieillissent (Stockburger *et al.*, 2005).

Il manque souvent de fournisseurs de services qui travaillent avec les jeunes marginalisés en région rurale (Anderson et Glitter, 2005; Elgar *et al.*, 2003; Self et Peters, 2005). Le moins grand nombre de clients peut avoir un effet sur la possibilité de fournir des services d'intervention spécialisés (Self et Peters, 2005). Les jeunes des régions rurales ont souvent de la difficulté à trouver un transport régulier vers les services ou le soutien dont ils ont besoin (Anderson et Glitter, 2005). Le maintien des effectifs constitue un obstacle pour les jeunes qui cherchent à avoir des contacts avec des services en milieu rural (Stockburger *et al.*, 2005). Des chercheurs ont indiqué que le manque de ressources pour les jeunes ruraux accroît la probabilité que la première intervention consiste à placer les jeunes en milieu de détention (Elgar *et al.*, 2003).

Les résidents affirment souvent que la confidentialité est difficile à garantir dans les régions rurales (Self et Peters, 2005). À cause du stigmate et de la possibilité de rencontrer quelqu'un qu'on connaît bien pendant que l'on a recours aux services de santé mentale et de traitement des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues, on hésite davantage à chercher des interventions et du soutien nécessaires, ou à y recourir (Anderson et Glitter, 2005; Self et Peters, 2005). Les travailleurs du sexe et les usagers de drogues injectables sont peut-être moins visibles en région rurale qu'en milieu

urbain, ce qui alourdit le défi qui consiste à leur fournir des services d'intervention précoce (Self et Peters, 2005). Des praticiens insistent sur l'importance de fournir des services d'approche dans le contexte rural autant qu'en région

urbaine. Les services consistent à rencontrer les clients dans leur environnement naturel et à établir une relation avec eux par de multiples contacts (Self et Peters, 2005).

2.3 Intervention précoce

POINTS CLÉS

- On entend par intervention précoce des mesures prises ou des interventions entreprises auprès de populations jugées à risque de comportements ou de pratiques nuisibles, ou qui s'y livrent déjà.
- Il est essentiel d'intervenir rapidement afin de réduire les conséquences psychologiques qui découlent de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et qui peuvent finir par perturber le développement éducationnel, professionnel et social des jeunes.
- L'intervention précoce passe obligatoirement par le repérage ou le dépistage précoces de comportements problématiques d'usage de l'alcool et d'autres drogues et de caractéristiques de risque comorbides.
- Les brèves interventions sont reconnues comme rentables et bénéfiques lorsqu'il s'agit d'intervenir rapidement pour aider les jeunes qui ont un problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues.
- Les stratégies d'intervention précoce consistent souvent à collaborer avec les systèmes sociaux influents du jeune en cause (p. ex., la famille, l'école, les pairs) et à renforcer les facteurs de protection ou de résilience.

2.3.1 Introduction à l'intervention précoce

Dans le cas de problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues, l'intervention précoce s'entend de mesures prises ou d'interventions entreprises auprès de populations à risque de comportements nuisibles, ou qui les pratiquent déjà. Pour les familles, les cliniciens et les responsables des politiques, le défi consiste à casser l'évolution de tendances à l'usage qui peuvent persister et devenir plus difficiles à modifier avec le temps (Kendall et Kessler, 2002; Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro et Henderson, 2004). L'intervention précoce est une stratégie clé à suivre pour ralentir l'évolution et réduire la gravité des comportements d'usage de l'alcool et d'autres drogues, et pour atténuer ou éliminer les conséquences psychosociales qui peuvent perturber le développement éducationnel, professionnel et social des jeunes (Kirby et Keon, 2004). L'intervention précoce peut aussi atténuer les caractéristiques de l'état mental comorbide qu'entraîne souvent un problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues (Koposov, Ruchkin, Eisemann et Sidorov, 2005).

Lorsqu'on a défini un problème par le dépistage des substances en cause et ses caractéristiques comorbides par le dépistage (Kirby et Keon, 2004), les stratégies d'intervention précoce consistent à œuvrer dans le contexte des

systèmes sociaux influents du jeune en cause (p. ex., la famille, l'école, les pairs) (Liddle *et al.*, 2004) et à renforcer les facteurs de protection et de résilience.

Dans le cas des jeunes qui font un usage très risqué de l'alcool et d'autres drogues (p. ex., l'usage de drogues injectables), l'intervention plus précoce peut accroître la probabilité de réduire l'usage problématique (Steensma, Boivin, Blais et Roy, 2005). On a déterminé que certaines sous-populations de jeunes risquent beaucoup d'avoir des résultats médiocres au traitement. Le dépistage et l'intervention précoce sont particulièrement importants pour les groupes suivants :

- les jeunes qui ont des problèmes comorbides de santé mentale (Kirby et Keon, 2004; Kuposov *et al.*, 2005; Riggs, Rukstalis, Volpicelli, Kalmanson et Foa, 2003);
- les jeunes qui ont des contacts avec le système de justice des jeunes (Dembo et Walters, 2003; Erickson et Butters, 2005);
- les jeunes itinérants et les jeunes de la rue qui sont particulièrement vulnérables à la victimisation (Whitbeck, Hoyt et Bao, 2000);
- les jeunes qui font usage de substances inhalées, étant donné que ceux qui cessent d'en faire usage le feront probablement au début du comportement plutôt qu'après un usage de longue date (MacLean et d'Abbs, 2002);
- les jeunes qui s'injectent des drogues, étant donné que les taux d'abandon diminuent à mesure qu'augmente la durée de la période d'injection (Steensma *et al.*, 2005);

- les jeunes qui font usage de l'héroïne, car ils ont tendance à évoluer vers l'usage problématique plus rapidement que les usagers plus âgés (Hopfer *et al.*, 2002; Mills *et al.*, 2004).

2.3.2 Dépistage de l'usage de l'alcool et d'autres drogues

Les services d'intervention précoce doivent d'abord dépister les problèmes d'usage. Lorsque les adolescents sont sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues, ils sont plus vulnérables aux traumatismes, aux rapports sexuels non protégés ou aux altercations physiques avec d'autres personnes. L'usage de l'alcool et d'autres drogues peut contribuer à des accidents de la circulation, des homicides et des suicides. Compte tenu des risques sanitaires et physiques associés aux traumatismes et aux surdoses liés à l'alcool et à d'autres drogues, les membres du personnel des services d'urgence, les spécialistes de la santé et d'autres fournisseurs de services communautaires se trouvent dans une position sans pareille pour repérer les tendances à l'usage problématique (Burke, O'Sullivan et Vaughan, 2005; Maio *et al.*, 2000). Il faudrait intégrer des questions sur l'usage de l'alcool et d'autres drogues dans les protocoles de dépistage en santé et en réadaptation (Levy, Vaughan et Knight, 2002). Les examens médicaux sont une occasion de chercher à détecter des problèmes d'usage, tout comme le filtrage des jeunes lorsqu'ils ont leur premier contact avec des programmes judiciaires de réadaptation ou de résidence (Erickson et Butters, 2005).

2.3.3 Formats de dépistage

Lorsque le dépistage révèle qu'il y a usage de l'alcool ou d'autres drogues, les fournisseurs de services de santé et de services communautaires peuvent passer à des questions plus pointues portant sur le type et l'étendue de l'usage. Les questions devraient inclure les suivantes, sans en exclure d'autres, notamment :

- Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool ou faites-vous usage de drogues?
- Combien buvez-vous ou utilisez-vous habituellement?
- Quelle est la plus grande quantité que vous avez bue ou utilisée (dans le cas des drogues) d'un seul coup au cours des trois derniers mois?
- Avez-vous déjà demandé de l'aide pour un problème d'alcool ou de drogue? (Burke *et al.*, 2005)

D'autres façons de procéder comprennent l'utilisation de mesures d'évaluation normalisées ou d'entrevues structurées. L'outil de dépistage CRAFFT est un outil validé conçu pour évaluer les problèmes d'usage de l'alcool ou d'autres drogues chez les jeunes (Knight, Sherritt, Harris, Gates et Chang, 2003; Knight, Shrier, Bravender, Farrell, VanderBilt et Shaffer, 1999). Deux réponses affirmatives ou plus aux questions suivantes indiquent qu'il y a un problème possible d'usage de l'alcool ou d'autres drogues :

- C** – Es-tu déjà monté(e) dans un **véhicule** conduit par quelqu'un (toi y compris) qui « planait », avait bu ou pris de la drogue?
- R** – Utilises-tu de l'alcool ou d'autres drogues pour te **détendre**, te sentir mieux ou tenir le coup?
- A** – Consommes-tu de l'alcool ou d'autres drogues quand tu es **seul(e)**?
- F** – As-tu déjà **oublié** ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues?
- F** – Tes **amis** ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues?
- T** – As-tu déjà eu des **problèmes** en consommant de l'alcool ou d'autres drogues?

Au cours de récentes études de validation basée sur des critères standards de l'outil CRAFFT, on en a comparé les résultats simultanément à ceux de l'instrument de dépistage axé sur le problème pour l'échelle de consommation ou d'abus de substances pour les ados (POSIT), de l'entrevue diagnostique auprès des adolescents (ADI), du questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool (AUDIT) et du questionnaire CAGE. Les participants à cette étude de validation étaient des adolescents de 14 à 18 ans qui se sont présentés à des rendez-vous de routine en soins de santé. Les résultats ont appuyé l'instrument CRAFFT comme instrument valide de dépistage de problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues chez les adolescents (Knight *et al.*, 2003; Knight, Sherritt, Shrier, Harris et Chang, 2002).

Diverses stratégies de dépistage comprennent des questions qui invitent les clients à énumérer les types de substances consommées au cours des 30 jours précédents et à préciser la fréquence de l'usage. Il ne faut pas limiter les stratégies de dépistage uniquement à l'exploration de tendances de l'usage de l'alcool et d'autres drogues. D'autres données liées à la vie du client et à son contexte peuvent jouer un rôle critique lorsqu'il s'agit de comprendre la dynamique qui sous-tend l'usage de l'alcool et d'autres drogues. Il faut enquêter notamment sur le fonctionnement de la famille, les influences des pairs, les résultats scolaires et des aspects du stress et de l'adaptation (Wagner, Brown, Monti, Myers et Waldron, 1999).

Dans le contexte de certaines stratégies, on préconise d'entreprendre le dépistage sans les parents ou les tuteurs. Ces méthodes appuient la nécessité de garantir la confidentialité du patient-client et de créer un environnement confortable qui facilite les discussions ouvertes et franches avec les professionnels des soins primaires au sujet des tendances à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. D'autres formats mettent en évidence les avantages d'inclure les parents ou les aidants naturels des adolescents. Ces stratégies insistent sur la nécessité d'obtenir le consentement du jeune et ses commentaires sur la façon d'informer ses parents ou ses tuteurs au sujet de problèmes particuliers d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Quel que soit le format utilisé, il faut donner un renforcement positif aux jeunes qui révèlent qu'ils font usage de l'alcool ou d'autres drogues pendant les exercices de dépistage parce qu'ils ont reconnu leur tendance à l'usage et souhaitent changer (Burke *et al.*, 2005).

Une étude américaine a porté sur les méthodes de dépistage de l'usage de l'alcool chez les adolescents de plus de 1 800 professionnels de la santé provenant d'un échantillon stratifié national de pédiatres et de médecins de famille. La plupart ont indiqué qu'ils suivaient des stratégies de dépistage auprès de leurs clients adolescents, mais les adolescents plus jeunes n'étaient pas aussi susceptibles que les adolescents plus âgés de bénéficier de services de dépistage. On a pris note de ce résultat comme préoccupation parce que beaucoup de jeunes commencent à faire l'essai de l'alcool tôt au début de l'adolescence. En général, les médecins qui ont déclaré des taux plus élevés de dépistage et de counseling ont aussi signalé qu'il y avait des ressources pour s'attaquer aux problèmes de prise en charge de l'alcool. L'étude indique qu'il faut normaliser les stratégies de dépistage. Il faut en outre inclure les compétences de base nécessaires pour administrer des évaluations de base dans un programme de formation de base en santé et dans les séances d'éducation permanente qui s'adressent aux professionnels de la santé actifs (Millstein et Marcell, 2003).

2.3.4 Dépistage des stades de la consommation et réceptivité au changement

Les domaines de recherche comprennent l'exploration des « stades de l'usage » et de la « réceptivité au changement » (Levy *et al.*, 2002). Knight *et al.* (1999) ont produit un modèle d'analyse des stades de l'usage : l'abstinence, l'expérimentation et l'usage régulier, l'usage problématique et l'abus, et les tendances à la dépendance. La détermination du stade de l'usage dans le contexte du processus de dépistage peut aider à structurer les interventions subséquentes. Le Tableau 3 résume les stades de l'usage et les interventions correspondantes.

Tableau 3 : Stades de l'usage et intervention correspondante

Stade de l'usage	Intervention
Abstinence	Renforcement positif
Expérimentation/Usage régulier	Réduction du risque
Usage problématique/Abus	Brève intervention
Dépendance	Entrevue motivationnelle, aiguillage vers un spécialiste du traitement

Prochaska et DiClemente (1986) ont mis au point un modèle très utilisé pour comprendre et évaluer la réceptivité au traitement. Ils ont imaginé une série de stades du changement que les clients franchissent lorsqu'ils cherchent à résoudre leurs problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues.

Précontemplation : À ce stade, il se peut que le jeune ne considère pas que ses habitudes d'usage posent un problème ou sont à modifier. Les approches d'intervention préliminaire visent donc avant tout à sensibiliser davantage le jeune aux risques et aux conséquences de l'usage continu de l'alcool et d'autres drogues (Burke *et al.*, 2005; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

Contemplation : À ce stade, les clients se sentent ambivalents. Ils commencent à s'interroger sur le pour et le contre de la réduction de l'usage. Les interventions consistent notamment à évaluer les risques et les avantages, à reconnaître l'ambivalence et à évoquer des raisons de changer (Burke *et al.*, 2005; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

Préparation : À ce stade, le jeune commence à déterminer des mesures précises à prendre pour effectuer des changements positifs. Les

interventions consistent notamment à établir des plans, à fixer des buts et à déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions subséquentes (Burke *et al.*, 2005; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

Intervention : À ce stade on prend les mesures précises qui visent à modifier les habitudes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Les interventions consistent à fournir le soutien et l'encouragement nécessaires pour aider le jeune à aller de l'avant (Burke *et al.*, 2005; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

Entretien : À ce stade, les mesures prises visent à amener le jeune à persévérer dans ses efforts positifs. Les interventions comportent des stratégies de prévention des rechutes et de renforcement positif (Burke *et al.*, 2005; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

Rechute : À ce stade, il faut renouveler les processus de réflexion, de préparation et d'intervention. Les interventions correspondantes consistent notamment à éviter que le jeune se démoralise, à favoriser le retour aux interventions et à définir les leçons apprises (Burke *et al.*, 2005; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

On considère que ce modèle est bénéfique parce qu'il n'oblige pas ceux qui ont besoin d'aide à admettre ou à reconnaître au départ qu'ils ont un problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Il est donc possible de structurer les interventions de façon à tenir compte du niveau de réceptivité au changement des jeunes (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

2.3.5 Interventions brèves

Les interventions brèves sont reconnues comme rentables et bénéfiques lorsqu'il s'agit d'intervenir rapidement auprès des jeunes. Les interventions brèves comportent souvent de un à cinq contacts ou séances d'aide qui s'étalent sur de brèves périodes (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004) et peuvent comporter des stratégies cognitivocomportementales, des entrevues motivationnelles et une convergence des efforts sur les points forts du client. Ces interventions comportent souvent une série d'éléments communs : l'évaluation et la rétroaction directe, la négociation et l'établissement de buts, les techniques de modification du comportement, la bibliothérapie à l'orientation autodidactique, le suivi et le renforcement (Levy *et al.*, 2002). On considère aussi qu'elles sont flexibles et applicables dans divers contextes, y compris les suivants :

- les services d'urgence (Monti *et al.*, 1999);
- les cabinets de médecins (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004);
- les établissements correctionnels en résidence (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004);
- les bureaux de counseling (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004);

- les programmes scolaires (D'Amico, McCarthy, Metrik et Brown, 2004);
- les milieux de travail à temps partiel ou à temps plein (Wu, Schlenger et Galvin, 2003).

Les jeunes peuvent demander l'aide de n'importe lequel de ces organismes afin de s'attaquer à des problèmes d'usage de l'alcool ou d'autres drogues, et ces points de contact peuvent servir de « moment propice à l'apprentissage » lorsqu'on veut intervenir rapidement (Monti *et al.*, 1999).

2.3.6 Aspects d'interventions brèves

Il est possible de structurer des interventions brèves en suivant le modèle FRAMES, qui décrit six phases : les commentaires, la responsabilité, les conseils, la palette de choix, l'empathie et l'efficacité personnelle (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

Les commentaires : Cette phase consiste à faire comprendre au jeune, sans utiliser le jargon professionnel, que son problème courant d'usage de l'alcool et d'autres drogues préoccupe. Elle comprend des commentaires sur les causes et les effets immédiats de l'usage en termes que les jeunes comprennent (Levy *et al.*, 2002; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

La responsabilité : Cette phase consiste à faire passer des messages qui mettent l'accent sur la « responsabilité personnelle du client à l'égard du changement ». Encourager cette prise de responsabilité peut aussi consister à fournir des ressources autodidactiques et à apprendre aux clients à les utiliser eux-mêmes (Levy *et al.*, 2002; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

Les conseils : Cette phase consiste à formuler de brèves recommandations qui mettent en évidence les avantages possibles de l'interruption des tendances courantes à l'usage. On conjugue souvent les suggestions à des manifestations de préoccupation ou d'attention (Levy *et al.*, 2002; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

La palette de choix : Cette phase consiste à offrir au jeune un éventail de moyens possibles d'instaurer des changements positifs, en insistant d'abord sur les plus avantageux sur le plan thérapeutique. Si le jeune ne veut pas choisir une option et en faire l'essai, les fournisseurs de services doivent l'encourager à réfléchir aux diverses options avant leur prochaine rencontre. Cette invitation à « réfléchir aux choix possibles » est considérée comme une stratégie qui vise à faire passer le jeune du stade de la précontemplation à celui de la contemplation (Levy *et al.*, 2002; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

L'empathie : Il faut exprimer de l'empathie à divers stades de la conversation et l'attitude générale du fournisseur de service doit en être empreinte. Cette attitude démontre que l'aidant accepte inconditionnellement le client et veut sincèrement le comprendre dans son contexte à lui (Levy *et al.*, 2002; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

L'efficacité personnelle : Ce stade consiste à hausser l'optimisme du client dans la recherche du changement en explorant ses forces ou les ressources disponibles. Les ressources peuvent inclure les points forts mêmes du jeune ou ses compétences, ou des sources externes de soutien chez des pairs, des membres de la famille ou

dans la collectivité (Levy *et al.*, 2002; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

2.3.7 *Entrevue motivationnelle*

L'entrevue motivationnelle (EM) est une technique de conseil de courte durée que l'on juge prometteuse lorsqu'il s'agit de travailler avec des adolescents. Cette intervention axée sur le client consiste à utiliser des processus de prise de décision fondés sur la collaboration, à suivre des stratégies afin de faire mieux connaître le problème d'usage de l'alcool ou d'autres drogues et à appliquer des stratégies motivationnelles qui visent à aider le client à s'engager à prendre des mesures afin de réduire l'usage qu'il fait de l'alcool et d'autres drogues et d'y mettre fin. Les hypothèses clés qui sont implicites en EM sont les suivantes :

- La motivation n'est pas un trait de caractère inné.
- La motivation est le fruit d'échanges interpersonnels.
- L'ambivalence face au changement est normale et acceptable (Burke *et al.*, 2005).

Chez les adolescents, l'acquisition de l'autonomie consiste à remettre l'autorité en question et à la défier. Comme l'EM adopte le choix du client, son ambivalence et sa résistance, cette stratégie offre aux travailleurs et conseillers qui œuvrent auprès des jeunes un moyen respectueux et attentif de les faire participer (Baer et Peterson, 2002). Pour les jeunes, l'ambivalence est l'expérience qui consiste à être aux prises avec des sentiments mixtes face au changement. Dans le contexte de l'EM, on invite les jeunes à discuter ouvertement de leurs

sentiments d'ambivalence. Leur fournisseur de service montre qu'il respecte leur autonomie et leur libre choix. La tâche principale de l'aidant consiste à faciliter l'analyse des avantages et des conséquences — on veut ainsi orienter le jeune vers une « solution acceptable qui déclenche le changement » (Burke *et al.*, 2005, p. 775). Les membres du personnel qui utilisent l'EM ont reçu une formation sur des stratégies basées sur la force, peuvent répondre aux questions que les jeunes pourraient avoir au sujet de l'usage de l'alcool et des drogues et échanger sans poser de jugement. En EM, les aidants ont d'autres caractéristiques comme celles qui consistent à « rouler avec résistance », à appuyer l'autoefficacité et à promouvoir les techniques de solution de problème (Nyamathi *et al.* 2005; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004). Ces approches autodirigées peuvent aider à établir des liens avec des jeunes qui ont une attitude distante ou oppositionnelle (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004). Chez les aidants, les techniques clés associées à l'EM comprennent les suivantes :

- reformuler;
- poser des questions ouvertes;
- récapituler;
- repérer les écarts entre les buts personnels et les comportements;
- affirmer les forces;
- encourager les plans et les comportements à étapes modestes (Burke *et al.*, 2005; Dunn, Deroo et Rivara, 2001).

L'entrevue motivationnelle est particulièrement utile avec les adolescents qui s'identifient fortement à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et résistent aux adultes qui essaient de diriger ou d'orienter leur comportement (Dunn *et al.*, 2001; Masterman et Kelly, 2003). Les avantages de l'EM sont les suivants :

- L'EM ne repose pas sur la reconnaissance des problèmes d'usage de l'alcool ou d'autres drogues.
- Il est possible d'appliquer l'EM dans le contexte de tout un éventail de réceptivités aux changements.
- L'EM évite l'argumentation et l'affrontement hostile.
- L'EM favorise un environnement de changement autodirigé (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

Des théoriciens ont mis en doute l'avantage des approches EM avec les adolescents plus jeunes. Certains se demandent si certains jeunes sont prêts, sur le plan du développement, à saisir réellement le lien entre l'usage qu'ils font de l'alcool et d'autres drogues et leurs circonstances courantes. Des adolescents plus jeunes peuvent être de mauvais candidats à des techniques EM qui reposent uniquement sur le raisonnement abstrait comme la planification de la façon d'intégrer les commentaires ou le fait d'imaginer les conséquences futures de l'usage de l'alcool et d'autres drogues (Levy *et al.*, 2002; O'Leary Tevyaw et Monti, 2004). Lorsqu'on utilise l'EM avec des cohortes plus jeunes, il faut tenir compte des facteurs suivants :

- Les travailleurs qui œuvrent auprès des jeunes doivent savoir que le jeune doute de l'utilité de rencontrer un conseiller ou un aidant. Il faut aborder ces préoccupations ouvertement afin d'établir un but commun pour la séance.
- Des jeunes peuvent trouver les questions ouvertes et les techniques de reformulation exigeantes compte tenu du niveau de leurs techniques de communication orale. Les questions fermées peuvent parfois être plus utiles pour orienter la discussion.
- En structurant l'échange dès le départ, on peut faciliter les premiers contacts avec certains jeunes. On décrit à cette fin le but de l'entrevue, la durée prévue de la séance, en précisant que l'on a l'intention de comprendre leurs points de vue et leurs perceptions.
- Les travailleurs qui œuvrent auprès des jeunes doivent faire un effort concerté pour utiliser un langage qui ne véhicule pas la critique ou le jugement. Au lieu de mots comme « problèmes ou questions » au début de la conversation, il est plus avantageux de parler aux jeunes de « choix ou comportements ».
- Les échanges doivent tenir compte des buts personnels du jeune. Les buts cliniques peuvent varier considérablement en fonction de ses préoccupations (Baer et Peterson, 2002).

2.3.8 Données probantes sur les interventions brèves et l'entrevue motivationnelle

De plus en plus de données appuient depuis plusieurs années l'utilisation de brèves interventions dans le cas des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les adultes. Il y a moins d'études qui ont porté sur l'utilité possible de ces stratégies auprès de cohortes plus jeunes, mais des recherches récentes indiquent qu'elles pourraient aussi être avantageuses pour travailler auprès des jeunes (Levy *et al.*, 2002). Voici un résumé d'études récentes :

Brève intervention d'une seule séance étudiée pendant quatre ans

On a étudié pendant quatre ans une brève intervention d'une seule séance auprès d'étudiants de première année d'université qui buvaient beaucoup. Les sujets qui avouaient boire beaucoup ont été affectés de façon aléatoire à des groupes de traitement (n=145) ou à des groupes témoins à risque élevé (n=143). Le suivi sur quatre ans a porté sur 84 % de l'échantillon. On a constaté que chez les participants qui avaient fait l'objet d'une brève intervention, les conséquences négatives diminuaient plus que chez les sujets témoins à risque élevé. La fréquence de la consommation d'alcool et la quantité consommée n'ont toutefois pas diminué au cours des quatre ans dans aucun des deux groupes. Les auteurs ont posé en hypothèse que les commentaires et les conseils inhérents aux brèves interventions ont réussi à réduire les problèmes associés à la consommation d'alcool, même en tenant compte des tendances liées à la maturation de la réduction de la consommation chez un sujet tout au long de ses années d'université (Baer *et al.*, 2001).

Brève intervention dans un service d'urgence, aiguillage vers le traitement et participation

Au cours de cette étude, on a affecté de façon aléatoire à un groupe visé par une brève intervention (n=60) et à un groupe témoin (n=67) 127 adolescents (de 12 à 19 ans) qui se sont présentés à un service d'urgence avec des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues. On a inclus un groupe normatif de 122 non-usagers pour les besoins de la comparaison. Cette brève intervention a consisté à déterminer les obstacles à l'aiguillage et à la participation au traitement, ainsi que des moyens d'appui pour faciliter la présentation à un service de traitement donné. Un suivi effectué à quatre mois a révélé qu'un pourcentage beaucoup plus important d'usagers quotidiens et occasionnels d'alcool et d'autres drogues tirés du groupe visé par la brève intervention s'étaient présentés par la suite à des services de traitement. En outre, qu'ils aient participé ou non au traitement, l'état de santé général des membres du groupe visé par l'intervention s'est beaucoup plus amélioré que celui des sujets témoins. Les chercheurs ont conclu que la brève intervention aide à encourager les adolescents à se présenter à leurs rendez-vous pour traitement et que l'on pourrait tirer des retombées sur la santé de brèves interventions, même si l'on ne cherche pas à suivre un traitement plus structuré (Tait, Hulse et Robertson, 2004).

Brève intervention chez les clients des services d'urgence – perception d'utilité et consommation d'alcool

Au cours d'une enquête conçue pour évaluer une brève intervention d'un service d'urgence, on a soumis environ 2 000 étudiants d'âge

universitaire à un dépistage de l'usage problématique de l'alcool. On a déterminé que 54 % d'entre eux avaient des problèmes d'alcool. Quatre-vingt-seize pour cent des étudiants qui ont obtenu un résultat positif au dépistage ont consenti à participer à la brève séance d'intervention dans le contexte de leur visite. Au suivi à trois mois, les trois quarts des participants ont indiqué que la brève intervention avait été bénéfique et qu'elle avait réduit leur consommation d'alcool (Helmkamp *et al.*, 2003).

Brève intervention, satisfaction des jeunes et consommation d'alcool

Dans le cadre d'une autre étude, on a affecté au hasard des étudiants d'université qui avaient déclaré avoir pris cinq consommations ou plus deux fois ou plus au cours du mois écoulé à un groupe visé par une intervention (n=29) et à un groupe témoin (n=31). Les membres du groupe visé par la brève intervention ont déclaré être très satisfaits du contenu de la séance et ils ont indiqué qu'ils recommanderaient ces services à leurs pairs. Le suivi effectué six semaines plus tard a révélé que les membres du groupe visé par la brève intervention avaient réduit leur consommation d'alcool (de 18 à 11 consommations par semaine), mais la réduction était moins importante (de 19 à 16 consommations par semaine) chez les membres du groupe témoin. Les problèmes liés à l'alcool n'ont pas diminué dans les deux groupes. Les chercheurs ont posé en hypothèse qu'il est possible d'attribuer l'absence de réduction des problèmes connexes à la brièveté de l'étude et que pour concrétiser des différences possibles, les participants devront peut-être apporter à leurs habitudes de vie des modifications de plus longue durée. On a constaté des réductions

comparables de la consommation d'alcool chez les participants des deux sexes du groupe visé par la brève intervention (Borsari et Carey, 2000).

Entrevues motivationnelles et problèmes liés à l'alcool

On a utilisé une brève entrevue motivationnelle pour réduire les problèmes associés à la consommation d'alcool chez les adolescents urbains de 18 à 19 ans qui se présentent à l'urgence après un événement lié à l'alcool. Les participants ont été affectés de façon aléatoire à un concept à deux groupes : 52 ont fait l'objet d'une intervention et 42 ont reçu les soins d'urgence habituels. Les deux groupes ont réduit considérablement leur consommation d'alcool, en particulier au cours des trois premiers mois. Comparativement aux bénéficiaires de soins habituels, les jeunes qui ont fait l'objet de l'intervention ont signalé des réductions plus importantes de leurs problèmes liés à l'alcool avec leurs amis, leurs parents, la police et à l'école, et ils étaient aussi moins susceptibles d'être victimes d'un traumatisme lié à l'alcool ou de violer le code de la route six mois après la visite à l'urgence (Monti *et al.*, 1999).

Entrevue motivationnelle, usage de l'alcool et d'autres drogues, et détérioration des effets

Au cours d'une étude réalisée en Grande-Bretagne, des membres du personnel de l'université ont trouvé des étudiants disposés à recruter leurs pairs pour le projet de recherche. Les intervieweurs pairs ont recruté 200 étudiants de 16 à 20 ans que l'on a ensuite affectés au hasard à un groupe participant à une

entrevue motivationnelle (n=105) ou à un groupe qui n'a fait l'objet d'aucune intervention (n=95). Tous les jeunes participant à l'étude ont signalé faire usage de substances illicites (le cannabis ou un stimulant). Dans le cas de l'intervention, on a procédé à des entrevues motivationnelles et individuelles auprès des participants pour déterminer les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues et les encourager à réfléchir aux moyens possibles à utiliser pour changer. Chez les 200 participants du début, 179 étaient disponibles trois mois plus tard pour le suivi. Les participants du groupe visé par l'intervention étaient alors plus susceptibles que les membres du groupe témoin d'avoir réduit leur consommation d'alcool et de cannabis ou d'avoir cessé d'en faire usage (McCambridge et Strang, 2004).

Au cours d'une étude de suivi portant sur les mêmes participants, 158 étaient disponibles pour le suivi après 12 mois. La différence entre les jeunes du groupe participant à l'entrevue motivationnelle et ceux du groupe témoin s'était alors détériorée. Plus précisément, les membres du groupe visé par l'intervention n'ont pas maintenu les réductions importantes de l'usage de l'alcool et du cannabis et ceux du groupe témoin ont inversé l'augmentation initiale de leur consommation. Les chercheurs ont discuté de la possibilité d'un « effet Hawthorne » non intentionnel à cause duquel l'évaluation de suivi à trois mois a peut-être eu un effet bénéfique sur le groupe témoin. Ils ont aussi laissé entendre que des séances de renforcement de l'entrevue motivationnelle pourraient être importantes pour maintenir l'effet des brèves interventions (McCambridge et Strang, 2005).

Brèves interventions et maturation accélérée

Les résumés de publications récentes au sujet des brèves interventions auprès des jeunes en appuient l'utilisation dans ce cas. Même si l'usage dangereux de l'alcool et d'autres drogues fait souvent « mûrir » les jeunes personnes, des stratégies fondées sur les entrevues motivationnelles et les brèves interventions peuvent « accélérer cette maturation » (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

2.3.9 Interventions de groupe

Au cours d'une étude portant sur les interventions préférées chez les élèves du secondaire, des jeunes identifiés comme gros buveurs ont indiqué qu'ils seraient plus réceptifs à des interventions en petits groupes en compagnie d'autres adolescents. Les caractéristiques clés de cette intervention comprennent les suivantes :

- la confidentialité;
- les heures de réunion commodes;
- l'absence d'engagement à long terme;
- la participation d'un chef de file/facilitateur avec qui ils peuvent établir un contact (D'Amico *et al.*, 2004).

Les étudiants qui buvaient plus ont aussi déclaré être disposés à participer à des interventions scolaires basées sur les discussions en petits groupes avec des conseillers scolaires. Les constatations indiquent en outre que des incitatifs comme de la nourriture et des collations gratuites donnent aux adolescents une « raison socialement acceptable » de

participer au programme. Des chercheurs ont souligné l'importance d'adopter le format d'intervention en groupe socialement acceptable pour les jeunes et qui atténue le stigmate qui pourrait découler du fait de demander de l'aide pour des « problèmes personnels » (D'Amico *et al.*, 2004). Les activités d'intervention précoce en petits groupes peuvent marier tout un éventail de méthodes différentes, y compris les suivantes :

- les stratégies d'éducation ou de discussion (D'Amico *et al.*, 2004);
- la brève intervention et les perspectives motivationnelles (Bailey, Baker, Webster et Lewin, 2004);
- les stratégies cognitivocomportementales (Bailey *et al.*, 2004);
- les méthodes de prise de décision fondées sur les connaissances techniques (Sussman, Dent et Stacy, 2002);
- l'acquisition de techniques sociales et interpersonnelles (Friedman, Terras et Glassman, 2002);
- le contenu adapté sur le plan culturel (Stewart *et al.*, 2005).

Brèves interventions en petits groupes, consommation d'alcool et réceptivité au changement

Dans le contexte d'une étude australienne conçue pour mesurer l'efficacité d'une brève intervention en petits groupes pour un problème de consommation d'alcool, on a affecté au hasard des jeunes de 12 à 19 ans à un

groupe de sujets traités (n=17) et non traités (n=17). On a recruté les participants dans un centre de jeunes d'une région qui présentait un risque plus élevé de problèmes liés à la consommation d'alcool. L'intervention a consisté à organiser quatre séances en petits groupes au cours desquelles on a appliqué les concepts de l'entrevue cognitivocomportementale et de l'entrevue motivationnelle. La plupart des participants au traitement (76,5 %) ont assisté à trois ou quatre séances. On a recueilli des données avant et après le programme et au cours de suivis effectués un et deux mois après l'intervention. L'évaluation postprogramme et la première évaluation de suivi ont révélé que les participants traités buvaient moins souvent et qu'ils étaient plus réceptifs à une réduction de leur consommation d'alcool. Par contre, les membres du groupe témoin ont signalé au deuxième suivi qu'ils buvaient dangereusement et pratiquaient le calage plus souvent. Les auteurs ont conclu que cette intervention avait été particulièrement utile pour répondre aux besoins des jeunes qui étaient ambivalents au sujet de leur consommation d'alcool et qu'elle les avait rendus plus réceptifs à l'adoption de changements positifs (Bailey *et al.*, 2004).

Séances de groupe en résidence avec des jeunes en conflit avec la loi

Dans le cadre d'une autre recherche sur l'intervention précoce en petits groupes, on a évalué l'efficacité d'un programme d'apprentissage social chez des jeunes de sexe masculin âgés de 13 à 18 ans affectés par le tribunal dans un centre de traitement résidentiel. Les jeunes ont été affectés au hasard au contexte de l'intervention ou au contexte témoin. Les deux groupes ont suivi le

programme de traitement résidentiel de base qui donnait accès à des établissements d'enseignement, des travailleurs sociaux, des services d'évaluation psychologique et des activités récréatives. Les participants du groupe visé par l'intervention ont assisté en moyenne à 34 des 55 séances prévues en classe qui comportaient trois aspects : un modèle d'apprentissage social cognitivocomportemental afin de comprendre l'usage de l'alcool et d'autres drogues et d'apprendre à contrôler les comportements, un modèle d'apprentissage social visant à réorienter les tendances à la violence dans des optiques acceptables sur les plans social et personnel, ainsi qu'une procédure de clarification des valeurs permettant de clarifier et d'explorer des valeurs prosociales, de les acquérir et de s'y conformer. Six mois après avoir reçu leur congé de leur programme de traitement résidentiel, 84 % (n=201) des membres de l'échantillon original étaient disponibles pour le suivi, y compris 110 dans le groupe d'intervention et 91 dans le groupe témoin. Les résultats ont indiqué que comparativement aux membres du groupe témoin, ceux du groupe visé par une intervention ont signalé qu'ils consommaient et vendaient beaucoup moins de drogue. On a aussi noté une tendance non significative semblable en ce qui a trait à l'usage de l'alcool et aux comportements illicites (Friedman *et al.*, 2002).

Approches de groupe adaptées sur le plan culturel

Dans un groupe d'intervention précoce conçu à l'intention de jeunes Autochtones de 13 à 19 ans, on a intégré les traditions et le symbolisme autochtones (p. ex., le voyage en canot, le cercle d'influence) dans un programme de dynamique

de la vie comportant huit séances. On a sondé les participants au sujet de leur consommation d'alcool au niveau de référence (n=122), ainsi que trois mois (n=50) et six mois (n=21) après le programme. Lorsque l'on a comparé les mesures de référence à la moyenne des résultats de suivi, les résultats ont montré des réductions de l'usage de l'alcool et de la marijuana, ainsi que des problèmes liés à l'usage de l'alcool (Stewart *et al.*, 2005).

Avertissements associés aux interventions de groupe fondées sur les pairs

Même si les stratégies en petits groupes mettant à contribution de jeunes pairs ont été jugées bénéfiques lorsqu'il s'agit de réduire l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, des recherches ont indiqué que des liens avec des pairs peuvent contrer de tels efforts. Dans le contexte d'une étude de neuf mois portant sur les tendances de l'usage dans un échantillon communautaire d'adolescents (n=390) de 16 à 19 ans, l'usage de l'alcool et d'autres drogues par les pairs était un annonciateur d'escalade de la consommation. Les auteurs ont posé en hypothèse que l'exposition à l'usage de l'alcool et d'autres drogues par des pairs peut en promouvoir la consommation parce qu'elle renforce les perceptions portant sur « l'acceptabilité de l'usage », et qu'elle en facilite l'accès (Stice *et al.*, 1998). En guise de comparaison, des données probantes indiquent que des pressions moindres exercées par les pairs peuvent fournir moins de renforcement social et limiter l'accès à l'alcool et à d'autres drogues (Stice *et al.*, 1998). Dans le contexte d'une étude portant sur les points de vue de plus de 4 000 jeunes adolescents de 12 à 14 ans, on a

constaté l'existence de liens positifs entre l'usage de l'alcool et l'interaction sociale avec des amis qui avaient des comportements problèmes (Simons-Morton, Haynie, Crump, Eitel et Saylor, 2001). Divers théoriciens affirment que les approches de pairs peuvent faciliter par inadvertance « l'entraînement à la déviance » et contribuer à une augmentation de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. L'entraînement à la déviance s'entend de « réactions positives éventuelles aux discussions sur la violation des règles » entre pairs (Dishion, McCord et Poulin, 1999, p. 776). Il faudrait ainsi faire preuve de prudence lorsqu'on regroupe des jeunes qui ont des comportements à risque élevé dans des contextes non structurés où « le rire, l'attention sociale et l'intérêt » renforcent les tendances existantes à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues (Dishion *et al.*, 1999).

2.3.10 Efforts d'intervention axés sur les parents/tuteurs et les membres de la famille

Les influences de la famille peuvent encourager ou dissuader l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. On a établi un lien entre les augmentations de l'usage de l'alcool chez les adolescents et une augmentation des conflits familiaux, ainsi que de l'autonomie des adolescents (c.-à-d. la séparation, l'indépendance ou le détachement) (Bray, Adams, Getz et Baer, 2001). Au cours d'une étude des facteurs de risque liés à l'environnement familial, on a constaté que l'exposition à des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les parents était un annonciateur de troubles de l'usage chez leurs

enfants (Biederman, Faraone, Monuteaux et Feighner, 2000). D'autres facteurs des interactions familiales qui ont contribué comportaient le peu de communication entre les parents et les enfants, le manque de surveillance, les attentes mal définies et communiquées et des mesures disciplinaires sans uniformité et rigoureuses. Une récente étude portant sur les perceptions de 4 263 élèves de la 6^e à la 8^e année a révélé que l'intervention importante des parents, leurs attentes élevées et les perceptions de respect et de haute estime constituaient des facteurs de protection contre l'usage de l'alcool. Les résultats de l'étude concordaient avec l'hypothèse selon laquelle des comportements autoritaires des parents qui comprennent une communication ouverte et fréquente et une attitude d'acceptation à l'égard de l'adolescent peuvent jouer un rôle de protection contre l'usage de l'alcool chez les adolescents plus jeunes (Simons-Morton *et al.*, 2001).

D'autres stratégies ont préconisé une orientation familiale. Au cours d'un essai d'efficacité, on a affecté au hasard 80 adolescents âgés de 11 à 15 ans provenant de milieux à faible revenu et diversifiés sur le plan ethnique à une thérapie familiale multidimensionnelle ou à une thérapie de groupe de pairs. Les patients avaient été aiguillés à un service externe de traitement pour un problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues. On a réévalué les jeunes après six semaines dans le programme et de nouveau au moment du congé. On a mis au point la thérapie familiale spécifiquement à l'intention des jeunes et elle visait quatre domaines de vie – la vie personnelle, la vie familiale, les pairs et l'école. Elle visait aussi à accroître la cohérence et les communications dans la famille, ainsi

qu'à améliorer les techniques de parentage. La thérapie de groupe fondée sur les pairs a porté avant tout sur l'individu et les pairs, car des pairs prosociaux peuvent protéger de jeunes adolescents contre les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues, et les groupes de pairs offrent un contexte sécuritaire où exprimer ses sentiments et acquérir de nouvelles habiletés sociales. Les résultats ont indiqué que les adolescents qui faisaient partie du groupe visé par la thérapie familiale s'amélioraient plus rapidement dans les quatre domaines de la vie que ceux qui suivaient une thérapie de groupe fondée sur des pairs et qu'ils ont aussi réduit leur usage de l'alcool et d'autres drogues plus que le groupe de pairs (Liddle *et al.*, 2004).

2.3.11 Programmes d'aide aux étudiants

Comme parallèle aux programmes d'aide aux employés axés sur les adultes, on a mis sur pied des programmes d'aide aux étudiants (PAE) dans des systèmes scolaires d'un bout à l'autre des États-Unis. Ces programmes comportent de multiples éléments, y compris des membres du personnel et des équipes étudiantes, des interventions ou conseils individuels et en petits groupes, ainsi que des politiques et des procédures établies pour l'évaluation des étudiants, l'aiguillage et le soutien pour des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Même si ces programmes sont mis en œuvre dans divers contextes, une recherche minimale visait à en déterminer l'effet ou à définir les éléments spécifiques qui contribuent à réduire l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Au cours d'une étude, les chercheurs se sont penchés sur les commentaires de 144 élèves du secondaire à la suite d'une initiative PAE. Les éléments clés de ce programme de groupes

d'intervention comportaient un vaste éventail de sujets et de connaissances spécialisées : l'éducation sur l'usage de l'alcool et d'autres drogues; la reconnaissance des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues; l'autosurveillance et l'engagement de réduire l'usage ou d'y mettre fin; l'identification de situations à risque élevé; l'élaboration de solutions de rechange à l'usage de l'alcool et d'autres drogues et les méthodes d'adaptation; l'établissement de relations et les résolutions de conflits familiaux; la prévention de la rechute et la pratique du refus; et le soutien social. Les résultats ont montré des réductions importantes de l'usage de l'alcool, du cannabis et d'autres drogues et la plupart des participants ont signalé que le programme constituait une expérience positive. Dans le cadre de cette étude, les chercheurs ont insisté sur la nécessité de poursuivre les recherches sur les programmes PAE et sur l'importance d'inclure des groupes témoins ou de comparaison dans les évaluations subséquentes (Wagner *et al.*, 1999).

2.3.12 Interventions basées sur Internet

Les stratégies basées sur Internet constituent une approche prometteuse de l'intervention précoce et offrent des possibilités de rayonnement plus étendu auprès des jeunes. Des chercheurs ont signalé qu'Internet avait facilité l'accès à l'information et à la création de groupes d'entraide en ligne et de serveurs de listes, mais ils ont aussi lancé un avertissement au sujet du manque de qualification de ceux qui fournissent l'information, en ce qui concerne particulièrement les interventions visant l'usage de l'alcool et d'autres drogues (Monahan et Colthurst, 2001).

À la suite d'une enquête récente, on a signalé que 90 % des participants adolescents se disaient disposés à utiliser Internet pour réunir de l'information sur l'usage de l'alcool et d'autres drogues. Dans le cadre de cette enquête, plus des trois quarts des participants ont déclaré qu'ils avaient accès directement à Internet à l'école, à la maison ou dans la collectivité (Skinner, Maley, Smith, Chirrey et Morrison, 2001).

Des théoriciens ont insisté sur les avantages qui pourraient découler de l'intégration d'un contenu portant sur l'amélioration de la motivation à des stratégies Internet d'intervention précoce auprès des jeunes. D'autres recherches s'imposent afin d'explorer plus à fond l'efficacité éventuelle des méthodes d'intervention précoce fondées sur des applications Internet (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004).

2.4 Services d'approche

POINTS CLÉS

- Les services d'approche doivent chercher activement à « approcher » ceux qui ne recevraient pas autrement ce soutien dans la collectivité ou qui n'y auraient pas accès, pour les aider. La prestation de services d'approche joue un rôle crucial lorsqu'il s'agit d'atténuer les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes qui n'ont pas de contacts avec les services ou les moyens de soutien généraux.
- Cette démarche doit viser avant tout à rencontrer les jeunes dans leurs environnements naturels et leur milieu communautaire.
- Les travailleurs des services d'approche doivent pouvoir établir un lien avec la population cible et communiquer efficacement avec elle.
- Les premiers contacts d'approche peuvent être très brefs et se faire par de multiples conversations d'une durée limitée. À mesure que les liens se tissent avec les jeunes, les échanges peuvent alors devenir plus complexes pour intégrer un plus vaste éventail d'efforts d'intervention précoce.
- Les échanges entrepris dans le contexte de services d'approche doivent être « axés sur le client » et mobiliser les jeunes comme principaux participants dans la définition des besoins et la prise de décisions au sujet de plans d'action ou de changement éventuels.
- Il faut revoir régulièrement les programmes d'approche pour en déterminer l'efficacité et l'efficacéité.

2.4.1 Introduction à l'approche

L'approche sous-entend que les services doivent chercher activement à « approcher » ceux qui ne recevraient pas autrement d'aide de la collectivité ou qui n'y auraient pas accès afin de les aider (Rhodes, 1996; Self et Peters, 2005). On décrit l'approche comme une méthode d'éducation en santé et de prestation de services qui vise à :

- faire mieux connaître les risques pour la santé;
- encourager les changements de comportement;
- maintenir des changements positifs des habitudes de vie (Rhodes, 1996).

Il est crucial d'offrir des services d'approche pour réduire l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes qui n'ont pas de liens avec les services ou les moyens de soutien généraux. Au cours d'une étude portant sur les premiers contacts avec des jeunes à risque, on a décrit ceux que l'on a atteints par des services d'approche (plutôt que par des centres de santé communautaires ou des hôpitaux) comme particulièrement vulnérables : les jeunes itinérants et fumeurs étaient plus nombreux et les jeunes avaient plus de contacts avec le système de santé mentale (Woods *et al.*, 2002). Beaucoup de jeunes qui bénéficieraient de services d'approche hésitent à demander l'aide d'organismes communautaires après avoir vécu des expériences négatives avec des fournisseurs de services ou parce qu'ils étaient victimes de violence ou d'abus. C'est pourquoi

les premiers efforts devraient viser à établir la confiance et à favoriser les échanges positifs entre les jeunes et les travailleurs des services d'approche (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Santé Canada, 1996).

L'approche devrait viser avant tout à rencontrer les jeunes dans leurs contextes naturels et leurs milieux communautaires. Les coins de rue, les cafés, les organismes populaires, les parcs, les refuges, les hôpitaux, les milieux de garde, les activités et les programmes scolaires, ou n'importe quel endroit où les jeunes se réunissent, peuvent être des points de rencontre (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Gleghorn *et al.*, 1998; Rhodes, 1996). L'approche peut se faire en collaboration avec des organismes communautaires où les jeunes reçoivent déjà des services (Rhodes, 1996). On peut aussi utiliser des services mobiles (p. ex., la fourgonnette) pour établir des contacts à divers endroits ou pour atteindre les jeunes dans des régions rurales ou plus isolés (Santé Canada, 1996; Self et Peters, 2005).

Les premiers contacts avec les jeunes peuvent être très brefs et comporter de multiples conversations d'une durée limitée. Les échanges préliminaires entre le travailleur et le jeune peuvent consister notamment à faire les présentations, demander comment va le jeune, donner de l'information sur les services locaux (p. ex., les services disponibles à un « centre des jeunes » ou le centre d'échange d'aiguilles) et à distribuer du matériel comme des condoms ou des trousses de javellisant (Gleghorn *et al.*, 1998; Rhodes, 1996). À mesure que les relations évoluent, les échanges peuvent

comporter un plus vaste éventail d'efforts d'intervention précoce (Rhodes, 1996). Ces efforts peuvent viser notamment à faire mieux connaître les risques associés à l'usage continu de l'alcool et d'autres drogues, explorer des façons possibles de réduire l'usage et trouver des moyens d'appui afin d'aider à tenir les changements positifs par petites étapes (Rhodes, 1996). Les échanges doivent être « axés sur le client » et mobiliser le jeune comme principal participant dans la définition des besoins et la prise de décisions sur les plans d'action ou de changement (Collaborative Community Health Research Centre, 2002). Les services d'approche consistent notamment à fournir au besoin du soutien direct afin d'aider les jeunes à avoir accès aux moyens de soutien social et aux services de santé. Ils doivent ainsi maintenir les liens et des alliances de collaboration avec d'autres organismes de services communautaires (Santé Canada, 1996; Rhodes, 1996).

Dans la plupart des cas, l'adoption d'activités d'approche oblige les organismes à repousser les frontières traditionnelles de leurs programmes afin de mettre à contribution des jeunes qui ne recourraient habituellement pas à leurs services. Il faut considérer l'approche non pas comme un moyen de remplacer des services d'intervention existants ou de faire double emploi avec eux, mais plutôt comme une activité essentielle et complémentaire qui vise à aider d'autres programmes communautaires de santé et de traitement (Rhodes, 1996).

2.4.2 Évaluation du besoin et ciblage des services d'approche

Lorsqu'on établit les plans préliminaires de services d'approche, il faut évaluer les besoins à deux niveaux fondamentaux. Il faut d'abord étudier les préoccupations qui ont trait à l'ampleur et à la nature de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Il y a ensuite l'étendue et la nature des services accessibles aux consommateurs. Les sources d'information sur les deux aspects devraient inclure les suivantes :

Données quantitatives sur les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues :

Données de surveillance réunies par des services de santé et d'application de la loi; recherche épidémiologique qui décrit l'ampleur et la nature du problème local d'usage de l'alcool et d'autres drogues (Rhodes, 1996).

Données quantitatives sur l'utilisation des services : Données de surveillance réunies par des organismes communautaires, des établissements de traitement et des services aux jeunes qui décrivent l'étendue et les types de service auxquels les usagers ont accès (Rhodes, 1996).

Données d'observation sur l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et les services utilisés : Information fournie par des personnes-ressources au sujet des tendances de l'usage de drogues et des comportements de recherche d'aide. Les personnes-ressources comprennent les usagers, les fournisseurs de services en contact avec les usagers, ou les services de police, les professionnels des soins de santé et les chercheurs en toxicomanie (Rhodes, 1996).

Les évaluations des besoins devraient fournir les données nécessaires pour organiser et implanter efficacement des activités d'approche et déterminer :

- les populations de jeunes que les services n'atteignent pas efficacement;
- des changements clés des tendances locales de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues;
- les endroits où les usagers se réunissent et socialisent;
- les endroits où l'on échange ou achète de l'alcool ou d'autres drogues;
- la disponibilité et l'organisation des programmes actuels de prestation de services et des moyens possibles de soutien;
- les domaines où le besoin de service est le plus nécessaire (Rhodes, 1996).

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

Les travailleurs des services d'approche doivent pouvoir établir des contacts et communiquer efficacement avec la population de jeunes visée (Gleghorn *et al.*, 1998; Rhodes, 1996). Les travailleurs efficaces des services d'approche ont les caractéristiques suivantes, notamment :

- ils ont de la crédibilité auprès des jeunes (Rhodes, 1996);
- ils ont des attitudes authentiques et d'acceptation (Collaborative Community Health Research Centre, 2002);
- ils abordent les normes, la culture et les comportements relatifs à l'usage des drogues sans poser de jugement (Collaborative

Community Health Research Centre, 2002; Santé Canada, 1996; Rhodes, 1996; Self et Peters, 2005);

- ils comprennent les réalités de la vie dans le contexte social de la consommation pour les jeunes (p. ex., ils ont le sens de la rue) (Self et Peters, 2005);
- ils font preuve de flexibilité et leurs attentes sont réalistes (Collaborative Community Health Research Centre, 2002).

La formation et la surveillance des travailleurs doit faire partie de la conception et de l'élaboration des services d'approches. Les programmes d'admission varient d'une seule semaine à plusieurs semaines de formation et le contenu doit inclure les éléments suivants, notamment :

- l'établissement de contacts d'approche;
- les techniques de communication;
- les compétences en counseling;
- la connaissance de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et des enjeux liés à la santé, à la loi et au bien-être social;
- les politiques sur la prestation des programmes et protocoles de production de rapports;
- les procédures d'aiguillage et de suivi;
- les façons de collaborer avec d'autres fournisseurs de services;
- la gestion du stress et la capacité d'autonomie;
- l'éthique, la confidentialité et l'obligation de divulguer des renseignements;
- les frontières de la profession (Santé Canada, 1996; Rhodes, 1996).

Sans compter qu'ils doivent établir le premier contact avec les jeunes, les travailleurs des services d'approche doivent intervenir dans un vaste éventail d'activités connexes comme les suivantes :

Établir des contacts le plus tôt possible : Il est crucial que les services d'approche fassent un effort concerté pour établir des contacts avec les jeunes qui sont « non desservis ou mal desservis » par les organismes communautaires, et en particulier ceux qui viennent tout juste d'arriver « dans la rue » ou qui sont partis de chez eux sans avoir d'endroit permanent où vivre (Collaborative Community Health Research Centre, 2002). Les premiers contacts consistent souvent à « bavarder » sans avoir de « programme » officiel. Les premiers contacts visent avant tout à établir la confiance et à présenter une attitude qui ne pose pas de jugement (Self et Peters, 2005). Les premiers contacts peuvent inclure les contacts à froid (entreprendre une conversation avec quelqu'un qu'on n'a jamais rencontré), les contacts naturels (ceux qui s'établissent naturellement lorsque l'on passe suffisamment de temps à un endroit) et les contacts qui font boule de neige (nouveaux contacts établis avec des personnes grâce à des efforts antérieurs d'approche) (Rhodes, 1996).

Chercher à atteindre les jeunes et se trouver aux endroits où ils se réunissent : Les efforts d'approche doivent viser les endroits où les jeunes se réunissent et passent du temps, ce qui inclut un vaste éventail d'endroits dans la collectivité : les parcs, les centres commerciaux et les installations récréatives, par exemple. Les travailleurs des services d'approche doivent aussi s'efforcer de maintenir des liens solides avec les écoles et y être présents au cours du déjeuner ou des autres pauses (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Gleghorn *et al.*, 1998; Self et Peters, 2005).

Organiser des activités de mobilisation : Les programmes d'approche doivent comporter des éléments qui aident à établir avec les jeunes des contacts et des relations de travail fondées sur la collaboration. Comme stratégies de mobilisation, on peut notamment organiser des activités récréatives afin de rencontrer des jeunes et d'apprendre à les connaître (Collaborative Community Health Research Centre, 2002), partager des intérêts communs, intégrer des intérêts pour la musique et les arts, offrir des incitatifs (la pizza, p. ex.) (Gleghorn *et al.*, 1998), discuter des leçons présentées dans de brèves vidéos (Gleghorn *et al.*, 1998), employer de jeunes travailleurs en approche et offrir des services de courte durée dans un format non structuré (Collaborative Community Health Research Centre, 2002).

Procéder à des évaluations de dépistage : Les travailleurs des services d'approche se retrouvent dans une position sans pareille de pouvoir procéder à des entrevues de dépistage afin d'évaluer l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, ainsi que d'autres besoins sanitaires et fondamentaux. Ces activités se

déroulent souvent dans un climat de rencontre flexible et informel et s'étendent sur plusieurs contacts individuels. Ce format peut aider à déterminer des situations qui pourraient mettre la vie en danger et auxquelles il faut donner suite sur-le-champ (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Santé Canada 1996).

Répondre à des besoins concomitants : Outre l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, les jeunes peuvent avoir tout un éventail d'autres besoins fondamentaux auxquels il faut répondre : les problèmes de santé mentale ou de soins de santé, l'insuffisance de l'aide financière et le besoin de refuge d'urgence, d'aliments ou d'un logement provisoire, par exemple. Dans nombre de cas, il faut répondre à ces besoins d'abord ou dans le contexte de services de traitement si l'on veut réduire l'usage de l'alcool et d'autres drogues. C'est pourquoi des services d'approche qui offrent des interventions précoces pour l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues doivent tenir compte de l'éventail des circonstances dans lesquelles vivent les jeunes et de leurs besoins (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Gleghorn *et al.*, 1998; Martinez *et al.*, 2003).

Faire mieux connaître les services et les moyens d'appui : Les travailleurs des services d'approche doivent aussi connaître des services de soutien clés qui peuvent être bénéfiques pour les jeunes et savoir comment y accéder (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Self et Peters, 2005). Il faudrait remettre aux jeunes, au cours de conversations à bâtons rompus ou de contacts d'approche, des « cartes de ressources » portant des numéros de

téléphone et les renseignements nécessaires pour communiquer avec des services spécifiques axés sur les jeunes (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Gleghorn *et al.*, 1998).

Établir des alliances de collaboration avec des organismes axés sur les jeunes et les responsables de l'application de la loi : Les travailleurs des services d'approche peuvent aider les jeunes à établir des contacts avec des services fondamentaux et essentiels. Il est essentiel d'établir des alliances de collaboration entre les programmes d'approche et les organismes communautaires pour mettre en œuvre des plans de cas coordonnés et garantir un accès aux services en temps opportun (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Rhodes, 1996; Self et Peters, 2005). Il faudrait s'efforcer d'établir des relations de travail positives avec les services d'application de la loi. Il faut informer les dirigeants des services locaux de police et de justice au sujet des activités d'approche proposées avant de les mettre en œuvre, et il faut solliciter leurs commentaires et les intégrer dans les plans préliminaires. La collaboration est cruciale si l'on veut garantir que le travail d'approche ne nuit pas aux routines policières et que les personnes chargées de l'application de la loi appuient les buts et les activités du programme d'approche (Rhodes, 1996).

Informers les membres de la collectivité : Les activités d'approche doivent consister aussi à informer les fournisseurs de services et d'autres membres de la collectivité au sujet des besoins des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues et de leur contexte, ce qui peut réduire les stéréotypes ou les

stigmates que l'on pourrait attacher aux jeunes, et inciter davantage les membres de la collectivité à chercher à les approcher (Santé Canada, 1996).

Établir des contacts de suivi : Au moment où les jeunes font les premiers pas pour s'attaquer à leur usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et pour répondre à d'autres besoins, il importe que les services d'approche assurent un suivi. Ces contacts doivent viser avant tout à suivre les progrès réalisés et à aider les intéressés à maintenir les gains positifs qu'ils ont réalisés (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Martinez *et al.*, 2003). Le besoin de services d'approche de suivi peut varier considérablement : tout dépend des besoins et des circonstances de la personne en cause. Dans le cadre d'une étude, le nombre de contacts d'approche nécessaires pour aider les jeunes à effectuer des virages vers des services de soutien ou de traitement en particulier a varié d'à peine cinq jusqu'à 55 (Martinez *et al.*, 2003).

Respecter les protocoles de sécurité : Afin de garantir la sécurité des travailleurs, les programmes d'approche ont des lignes directrices précises qui consistent notamment à limiter les contacts avec les jeunes impliqués dans des transactions de drogues ou la violence, qui ont des démêlés avec la police, ou qui se trouvent dans toute autre situation que les travailleurs jugent inconfortable ou non sécuritaire (Gleghorn *et al.*, 1998).

2.4.4 Les aidants pairs dans les activités d'approche

Les services d'approche peuvent aider d'anciens clients à travailler aux côtés de membres de leur personnel ou à accompagner des travailleurs comme pairs éducateurs ou aidants (Santé Canada, 1996; Rhodes, 1996). Les avantages de recourir à des pairs qui ont des antécédents et des historiques semblables à ceux que visent les services d'approche sont en général bien reconnus (Gleghorn *et al.*, 1998; Santé Canada, 1996; Rhodes, 1996; Woods *et al.*, 2002). Le recours à des pairs offre plusieurs avantages possibles :

- Les pairs peuvent souvent s'attaquer à des obstacles associés à la méfiance à l'égard des adultes ou des fournisseurs de services professionnels (Collaborative Community Health Research Centre, 2002).
- Les pairs connaissent souvent des réseaux de jeunes et des normes sociales qui existent déjà (Rhodes, 1996).
- Les pairs qui connaissent la rue peuvent être acceptés plus facilement par les jeunes itinérants ou marginalisés (Santé Canada, 1996).
- Les pairs peuvent avoir des idées innovatrices au sujet de la conception et de la mise en œuvre d'activités et d'opérations d'approche (Collaborative Community Health Research Centre, 2002).

Un aspect qui préoccupe au sujet du recours à d'anciens clients comme pairs aidants, c'est la possibilité pour les pairs de recommencer à faire un usage problématique de l'alcool ou d'autres drogues. Le risque peut s'alourdir lorsqu'ils sont exposés à des situations où ils se sentent vulnérables (Imagine Canada, 2006; Rhodes, 1996). Les pairs peuvent aussi retarder le virage vers la vie communautaire générale si l'on retient leurs services comme pairs aidants (Santé Canada, 1996). Les initiatives d'approche auxquelles participent des travailleurs ou des bénévoles pairs devraient faire en sorte qu'ils ont accès à une surveillance et à un soutien continu dans le contexte des activités régulières du programme. Ces mesures sont essentielles si l'on veut assurer un service efficace de pairs aidants et réduire le risque de rechute pour eux (Santé Canada, 1996; Imagine Canada, 2006; Rhodes, 1996; ONUSIDA, 1999).

Outre les pairs, des membres de la collectivité qui ont déjà eu des liens positifs avec les jeunes peuvent être des points de contact lorsqu'on cherche à approcher des jeunes. Ils peuvent être d'importantes sources d'encouragement pour les jeunes à la fois sur le plan de l'accès aux services communautaires de soutien ou de traitement et sur celui de l'établissement de liens avec ces services (Nissen *et al.*, 2004).

2.4.5 Évaluation des programmes d'approche

Il faut revoir les programmes d'approche périodiquement pour en déterminer l'efficacité et l'efficacité. On peut envisager trois types d'évaluations de programme : la surveillance du programme, les évaluations des processus et les évaluations des résultats.

Surveillance du programme : Cette méthode d'évaluation consiste à revoir le fonctionnement interne associé aux activités quotidiennes et aux routines du personnel. Ces examens reposent sur des données tirées des registres des activités quotidiennes remplis par les membres du personnel du programme, telles que les premiers contacts, les renouvellement de contact et le type des activités d'approche mises en œuvre, ainsi que leurs résultats (Rhodes, 1996).

Évaluation des processus : Tout comme la surveillance du programme, l'évaluation des processus porte avant tout sur l'efficacité de la mise en œuvre du programme et sa concordance avec le but établi de l'initiative et son concept. Les évaluations de processus comportent souvent des procédures de collecte des données qui dépassent l'examen des dossiers des activités quotidiennes. Les méthodes de collecte des données devraient inclure, sans en exclure d'autres, notamment des observations des membres de la direction et des entrevues menées auprès d'eux, ainsi que des entrevues réalisées avec des clients que le programme d'approche a atteints ou n'a pas atteints (Rhodes, 1996).

Évaluation des résultats : Les évaluations des résultats visent avant tout à mesurer l'effet réel du programme d'approche sur les comportements des clients et leur contexte. Ces évaluations exigent souvent de l'expertise et des ressources financières importantes qui comportent des concepts avant et après le programme. La mesure de l'impact peut inclure le suivi mené auprès de clients au sujet d'un éventail de comportements et de variables de leur situation personnelle, tels que les tendances à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et les problèmes connexes, le fonctionnement physique, et mental et la participation à des activités de traitement entreprises à la suite d'efforts d'approche (Rhodes, 1996).

2.5 Liens avec la collectivité

POINTS CLÉS

- Les liens avec la collectivité sont des sources de soutien social et d'échange qui ont du potentiel comme facteurs de protection afin de prévenir et d'atténuer les conséquences associées à l'usage problématique de l'alcool et des drogues.
- Les premiers efforts d'évaluation et de dépistage d'organismes communautaires devraient faciliter l'aiguillage rapide des jeunes vers des services essentiels.
- Il faudrait structurer les efforts communautaires de planification de cas de façon à ce qu'ils reflètent les stades du développement des jeunes et comprennent l'utilisation des méthodes basées sur les points forts.
- Les liens communautaires pour les jeunes peuvent inclure le fait d'avoir un endroit sécuritaire où vivre, de recevoir de l'aide de la famille ou d'autres membres de la collectivité, de participer à un programme d'éducation ou de carrière, ainsi qu'à des services récréatifs.
- Pour créer des alliances de prestation de services entre fournisseurs de services de santé mentale et de toxicomanie, il faut instaurer une perspective multidisciplinaire et coordonner des programmes entre organismes de façon à garantir un continuum de soins planifiés.

2.5.1 Introduction aux liens avec la collectivité

Les liens avec la collectivité pour les jeunes contribuent à l'épanouissement et au développement positifs, et ils peuvent protéger contre l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Les liens positifs sont une source de soutien social, qu'il provienne de la famille, des pairs ou de l'école (Murray et Belenko, 2005). Les liens avec les collectivités s'entendent aussi des services communautaires à l'écoute des jeunes et accessibles pour eux au début de leur comportement d'accoutumance (Dembo et Walters, 2003).

L'établissement de liens positifs avec la collectivité pour les jeunes devrait viser avant tout à :

- resserrer l'attachement des jeunes à l'égard des relations prosociales, des activités, des organismes et des programmes;
- réduire l'exposition à des normes et des groupes antisociaux et les liens avec eux;
- améliorer l'assiduité et les résultats scolaires;
- accroître la possibilité d'apprendre et de mettre en pratique des compétences spécialisées qui aident à atteindre des objectifs personnels sur le plan de l'éducation et du cheminement de carrière;
- faire participer les jeunes et les membres de leur famille à la planification;

- encourager des réponses fondées sur la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé, les membres de la collectivité et les services de police lorsqu'il s'agit de s'attaquer à des problèmes particuliers d'usage de l'alcool et d'autres drogues dans la collectivité;
- créer entre des organismes des réseaux de services qui répondent efficacement aux besoins des jeunes à risque (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Murray et Belenko, 2005).

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

Les efforts d'intervention précoce sont renforcés lorsque les jeunes ont des liens réels avec tout un éventail d'activités dans la collectivité et de liens avec celle-ci. Sans ces liens, les efforts visant à réduire l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues peuvent être menottés considérablement (MacLean et d'Abbs, 2002). Les liens avec la collectivité consistent notamment à avoir un endroit sécuritaire où vivre, à recevoir de l'aide de membres de la famille ou de la collectivité, à participer à un programme d'éducation ou de carrière, ainsi qu'à des services de loisirs.

Options résidentielles

Beaucoup d'administrations n'ont pas de programme de refuges d'urgence ou de possibilités résidentielles à plus long terme conçus pour répondre aux besoins des jeunes. Les maisons de chambres sont souvent non réglementées et peuvent être dangereuses pour les jeunes. On y fait souvent un usage plus fréquent de l'alcool et d'autres drogues, et c'est pourquoi, les jeunes y risquent davantage de

commencer à en faire un usage problématique. Il est crucial que les fournisseurs de services et les dirigeants communautaires collaborent pour combler les lacunes des services de base dans le contexte des interventions de lutte contre l'usage de l'alcool et d'autres drogues (Collaborative Community Health Research Centre, 2002; Développement des ressources humaines Canada, 2006; Nyamathi *et al.*, 2005).

Liens avec l'école

Les écoles sont un lieu où il est possible de fournir des moyens d'intervention précoce pour lutter contre les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes (Kirby et Keon, 2004; Welsh, Domitrovich, Bierman et Lang, 2003). Les efforts d'intervention précoce doivent mettre l'accent sur les résultats scolaires et comporter des stratégies pour amener les jeunes à participer davantage à des activités d'éducation et de préparation professionnelle (Collaborative Community Health Research Centre, 2002). Les stratégies peuvent inclure des services d'aide scolaire, l'établissement de programmes de transition scolaire et la fourniture de services de soutien de santé mentale et de toxicomanie à l'école. Les écoles peuvent être un endroit central où offrir des services coordonnés aux jeunes et aux membres de leur famille, avec l'appui des services de police locaux, des services de santé mentale, des conseillers en toxicomanie et d'autres fournisseurs qui représentent tout un éventail de programmes de services de santé et de services sociaux (Welsh *et al.*, 2003).

Activités récréatives

Les activités récréatives offrent aux jeunes une occasion d'établir des liens positifs avec des pairs et d'accroître leur sentiment d'appartenance dans la collectivité. Les stratégies d'intervention qui comprennent des services intégrés d'une durée limitée doivent mettre l'accent sur la participation des jeunes à des programmes récréatifs durables (Eckstein, 2005; ministère de la Sécurité publique du N.-B., 2000). La participation à des activités récréatives communautaires et structurées peut avoir un effet protecteur contre l'abus de l'alcool et d'autres drogues chez les étudiants (AADAC, 2003).

Moyens de soutien familiaux et sociaux

Les moyens de soutien familiaux et communautaires positifs qui visent à encourager les jeunes à chercher à instaurer et à maintenir des changements positifs dans leur vie améliorent les plans d'intervention et les résultats. Le soutien est particulièrement crucial pour les jeunes en transition de milieu de traitement ou de garde en résidence vers la collectivité. Pour organiser du soutien communautaire, il faut inviter les membres de la famille et de la collectivité à jouer des rôles clés qui font savoir aux jeunes qu'ils « seront là pour eux » pendant qu'ils relèvent des défis et vivent les réussites associées à la réduction d'un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues (Boyd-Ball, 2003).

Le soutien de la collectivité peut aussi inclure des programmes de mentorat de jeunes dans le cadre desquels on établit des contacts entre les jeunes et un adulte qui comprend leurs besoins

et leur inspire une autonomie fonctionnelle positive. Les mentors donnent du soutien social et de l'amitié. On a constaté que les programmes de mentorat exercent une influence positive, particulièrement lorsque les jeunes sont jumelés à des mentors qui ont vécu des problèmes semblables et respectent vraiment les jeunes. Les recherches portant sur ces programmes ont démontré une participation accrue aux activités scolaires, une diminution des contacts avec des groupes de pairs négatifs, et une amélioration des moyens de refuser de faire usage de l'alcool et d'autres drogues. Le jumelage de mentors adultes à des jeunes est particulièrement important. Les aspects clés dont il faut tenir compte dans les relations de mentorat comprennent notamment la création d'un environnement où les jeunes et les adultes se sentent à l'aise, la découverte d'intérêts communs, et l'élaboration de stratégies à suivre pour faire face aux difficultés ou relever les défis (Collaborative Community Health Research Centre, 2002).

2.5.3 Obstacles à l'établissement de liens communautaires

Dans certains cas, les jeunes ont de la difficulté à établir des liens réels pour avoir accès à des moyens de soutien. Les obstacles peuvent inclure les suivants :

- les protocoles de programmes ou conditions d'admission rigides et inflexibles qui entravent la participation dans les services de soutien essentiels;
- l'expérience antérieure négative de services structurés, qui fait que les intéressés hésitent à s'engager dans des programmes communautaires structurés;

- les mandats contradictoires et la rivalité entre les organismes qui lèvent par inadvertance des obstacles à la coordination des services;
- le manque de moyens de transport, qui nuit à l'accès aux services (Caputo, Weiler et Green, 1996; Nissen *et al.*, 2004).

Lorsque les jeunes font face à de longues périodes d'attente, leur motivation à chercher à instaurer des changements peut en outre s'éteindre et ils peuvent continuer par conséquent à faire un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et à participer à des activités illicites. L'évaluation et le dépistage précoces assurés par les organismes communautaires devraient faciliter l'aiguillage rapide aux services essentiels (Dembo et Walters, 2003).

2.5.4 Gestion des cas

On utilise des stratégies de gestion des cas afin d'abaisser les obstacles associés à l'accessibilité aux services et de faciliter l'établissement de liens avec la collectivité. Cette stratégie oblige à affecter un travailleur auprès des jeunes ou un professionnel à l'évaluation, en collaboration avec le jeune ou des membres de sa famille, de ses besoins et préoccupations, et pour lui donner accès aux services et aux moyens de soutien. Les gestionnaires de cas doivent veiller à ce que les plans de traitement soient coordonnés et personnalisés de façon à répondre aux besoins particuliers du jeune en cause (Murray et Belenko, 2005). Tout au long du processus de planification, les gestionnaires de cas doivent encourager les jeunes à explorer et évaluer des solutions de rechange, à fixer des buts et à prévoir les conséquences de leurs actes.

Ils devraient être à l'aise avec les techniques d'entrevue motivationnelle, connaître les antécédents culturels et pouvoir discuter « des pour et des contre » de certains comportements d'une façon respectueuse et bienveillante (Nyamathi *et al.*, 2005).

Il faudrait structurer la planification des cas de façon à ce qu'elle reflète les stades du développement des jeunes et y intégrer l'utilisation de méthodes basées sur les points forts (Nissen *et al.*, 2004). La gestion des cas consiste à :

- rencontrer individuellement le jeune et les membres de sa famille afin de les faire participer au processus de planification du cas;
- organiser des réunions entre le jeune, ses parents et des fournisseurs de services clés;
- organiser des conférences sur le cas entre des organismes de services communautaires et des professionnels afin d'assurer la coordination des services essentiels (Murray et Belenko, 2005).

Il est possible de relier étroitement la gestion du cas à des programmes d'approche ou de les y intégrer afin d'améliorer les contacts positifs des jeunes dans la collectivité et de les aider à avoir accès par la suite aux services dont ils ont besoin (Martinez *et al.*, 2003). On inclut souvent les membres de la famille comme participants clés au processus de gestion du cas. Ils jouent un rôle important en définissant les obstacles qui peuvent nuire aux efforts déployés par le jeune pour réduire son problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues, et peuvent constituer une source clé d'appui et de motivation pour le jeune. La planification du

cas peut aussi intégrer des traditions ou des pratiques pertinentes sur le plan culturel qui renforcent ou appuient l'intervention précoce (Boyd-Ball, 2003).

2.5.5 Méthodes de traitement progressif

La gestion des cas peut inclure des stratégies de traitement progressif dans le contexte du processus de planification communautaire. Il s'agit d'une approche graduée de l'intensité des interventions qui est jumelée aux besoins du jeune et à sa réceptivité au changement. L'étape préliminaire consiste à inviter le jeune à réduire l'usage qu'il fait de l'alcool et des autres drogues sans lui fournir de moyens de soutien ou de traitement de l'extérieur. Si l'intéressé ne commence pas à changer de lui-même, une réponse « plus énergique » pourrait alors consister notamment à faire participer le jeune à une entrevue motivationnelle pour raffermir sa détermination d'agir ou de chercher l'aide de tiers. Si cette intervention ne réussit pas, il peut alors être nécessaire de recourir à une solution plus intense, notamment en convainquant le jeune de participer à un groupe d'entraide ou de prétraitement. Le point fort de la stratégie de traitement progressif, c'est qu'il est possible de la personnaliser aux besoins de l'intéressé et qu'elle utilise de façon rentable des ressources existantes. Dans une optique de planification communautaire, cette démarche est utile pour cibler et utiliser des liens avec les services communautaires afin d'appliquer des stratégies d'intervention précoce (Hawkins, Cummins et Marlatt, 2004).

2.5.6 Coordination des services de santé mentale et de traitement de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues

Les interventions communautaires doivent souvent s'attaquer à la fois à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et à des problèmes de santé mentale (Collaborative Community Health Research Centre, 2002). La prestation de services simultanés de santé mentale et de traitement de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues pose des défis clés comme les suivants :

- les stratégies fragmentées et non coordonnées de prestation de services;
- la longueur des temps d'attente pour obtenir des services;
- le manque de services conçus particulièrement pour les jeunes;
- la nécessité d'aider les professionnels à suivre une formation portant à la fois sur les toxicomanies et les problèmes de santé mentale (Kirby et Keon, 2004).

Des théoriciens ont noté les avantages que pourrait offrir l'établissement d'installations centralisées d'admission où l'on trie et évalue les jeunes pour déterminer leurs problèmes comorbides de santé mentale et d'usage de l'alcool et d'autres drogues (Dembo et Walters, 2003). Il faut à cette fin conjuguer les efforts de divers organismes communautaires et gouvernementaux qui représentent les milieux de la justice, de la santé mentale, des services sociaux et des toxicomanies. On veut ainsi faciliter l'accès à des services clés pour les jeunes

et veiller à ce que les interventions soient coordonnées et exécutées en temps opportun (Dembo et Walters, 2003; Jenson et Potter, 2003; Kirby et Keon, 2004), particulièrement dans le cas des jeunes à risque élevé comme ceux qui sont itinérants ou risquent de l'être. Un centre multiservices à guichet unique peut offrir tout un éventail de soins de santé primaires en plus de services de traitement des maladies mentales et des toxicomanies (Nyamathi *et al.*, 2005).

Les services communautaires et transsystémiques de santé mentale et de traitement des toxicomanies peuvent être particulièrement bénéfiques pour les jeunes qui ont des démêlés avec le système de justice. Au cours d'une étude réalisée aux États-Unis, on a analysé les effets d'une stratégie coordonnée d'intervention en santé mentale et usage de l'alcool et d'autres drogues chez 154 jeunes qui avaient des démêlés avec le système de justice. Au cours de leur détention, ces jeunes ont participé aux travaux d'un groupe psychoéducatif sur les problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ils ont aussi rencontré un pédopsychiatre et des gestionnaires de cas afin de planifier le soutien coordonné postprogramme en santé mentale et toxicomanies dans la collectivité. On a continué de fournir aux intéressés des services individualisés de planification de cas pendant trois mois après leur libération. On a trouvé 69 % des membres de l'échantillon original pour le suivi. À six mois, les jeunes ont signalé des réductions importantes de la gravité de leurs symptômes de santé mentale, une diminution de leur consommation d'alcool, de cannabis, d'hallucinogènes et de cocaïne et des réductions des comportements irréguliers à l'endroit des

biens et des services liés aux drogues. Même si ces résultats donnent une idée de l'efficacité d'une approche intégrée des interventions en santé mentale et en toxicomanie, les auteurs préviennent que l'exclusion de jeunes qu'on n'avait pas retrouvés au moment du suivi a pu avoir un effet sur leurs résultats (Jenson et Potter, 2003).

Pour établir des alliances de prestation de services entre fournisseurs de services de santé mentale et de toxicomanie, il faut établir une perspective multidisciplinaire et coordonner des programmes entre organismes afin de garantir un continuum de soins planifiés. Il faut à cette fin que les parties se comprennent, reconnaissent les approches transsectorielles et soient disposées à collaborer (Letters et Stathis, 2004).

2.5.7 Établissement de liens entre fournisseurs de services

Les fournisseurs de services doivent connaître suffisamment l'éventail des programmes et des ressources disponibles dans la collectivité pour intervenir efficacement auprès des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Les stratégies permettant de sensibiliser davantage les fournisseurs de services aux capacités qui existent dans la collectivité consistent notamment à :

- créer des répertoires de ressources régionales ou communautaires décrivant les services axés sur les jeunes et la famille;
- organiser des foires et des salons communautaires où les fournisseurs peuvent promouvoir leurs services et échanger de l'information sur leurs programmes;

- organiser des séances de planification dans toute la collectivité afin de renforcer les efforts de collaboration et d'élaborer des stratégies portant sur les lacunes des politiques ou sur les préoccupations (Gleghorn *et al.*, 1998; Murray et Belenko, 2005).

On peut aussi prendre d'autres mesures pour élaborer dans la collectivité des stratégies de prestation de services fondées sur la coordination et la collaboration. Ces stratégies consistent notamment à appliquer des protocoles communs d'admission, d'évaluation et d'aiguillage, à élaborer des politiques de prestation de services complémentaires entre les fournisseurs de services et à créer des mécanismes visant à combler les lacunes des politiques, et à s'attaquer aux obstacles à l'accessibilité des services (Nissen *et al.*, 2004). Idéalement, la mise sur pied de réseaux de prestation coordonnée de services de soins à l'intention des jeunes réduit le double emploi au niveau des services et offre des possibilités d'intégrer des efforts d'intervention complémentaires (Woods *et al.*, 2002).

2.5.8 Mise en œuvre de stratégies dans toute la collectivité

L'établissement de liens avec la collectivité contribue à y créer des stratégies ou des plans de lutte contre l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Les approches sont souvent générales et visent un vaste éventail de facteurs de risque familiaux et communautaires. Dans le modèle de responsabilisation communautaire, par exemple, on utilise des stratégies de sensibilisation sociale et de promotion afin de faire mieux connaître et de modifier les normes relatives à l'usage problématique de l'alcool et

d'autres drogues chez les jeunes. La mise en œuvre de cette approche pivote sur la participation directe des dirigeants communautaires, des sources d'inspiration et des décideurs (Hawkins *et al.*, 2004).

Lorsqu'il est question d'approches communautaires, des théoriciens affirment qu'il importe d'évaluer la réceptivité de la collectivité au changement. Le modèle de la réceptivité communautaire fournit un cadre bénéfique à des dirigeants communautaires qui planifient des stratégies régionales afin de réduire l'usage problématique de l'alcool et des drogues et ses conséquences chez les jeunes. Le modèle sert à guider l'évaluation de la mesure dans laquelle la collectivité est prête à adopter et maintenir des programmes d'intervention précoce pour les jeunes. Selon la théorie qui sous-tend le modèle, si la collectivité n'est pas « prête » à lancer un programme, il est concevable qu'il ne se réalisera pas ou ne réussira pas. Les principes qui le sous-tendent sont les suivants :

- Les collectivités sont à divers stades de la réceptivité en ce qui a trait à des enjeux ou des problèmes en particulier.
- Il est possible d'évaluer et de documenter le stade de la réceptivité.
- Les collectivités peuvent franchir une série de stades pour formuler, mettre en œuvre et maintenir des changements positifs au niveau de la santé et du comportement.
- Il est essentiel de structurer des approches interventionnelles précises fondées sur le niveau de réceptivité de la collectivité (Edwards *et al.*, 2000).

Le modèle de réceptivité de la collectivité comporte un processus de sensibilisation à neuf stades (Edwards *et al.*, 2000; Hawkins *et al.*, 2004), dont voici un résumé adapté :

1. Aucune conscience : Les membres ou les dirigeants de la collectivité ne reconnaissent pas qu'il y a un problème. Le climat communautaire peut encourager par inadvertance les comportements problématiques dans certains groupes.

2. Déni : On reconnaît un peu qu'il y a un problème, mais on a très peu confiance dans la capacité locale de se pencher sur les préoccupations définies.

3. Vague conscience : Il y a un consensus général sur des préoccupations, mais le manque de leadership ou de motivation empêche d'élaborer des stratégies d'intervention.

4. Planification préliminaire : On reconnaît clairement l'enjeu ou le problème local. Il y a aussi des dirigeants communautaires ou des groupes de travail reconnus qui avouent qu'il faut se pencher sur la question.

5. Préparation : Au cours de cette phase, la planification se poursuit et l'on arrête les détails des interventions.

6. Lancement : On a réuni suffisamment d'information pour justifier la mise en œuvre d'interventions ou de réponses clés.

7. Stabilisation : On lance une ou deux initiatives qui ont l'appui de la collectivité locale et des fournisseurs de services.

8. Confirmation et expansion : On évalue les interventions et l'on utilise les leçons apprises pour modifier les approches existantes. On applique des efforts innovateurs et de plus grande envergure.

9. Professionnalisation : Les interventions peuvent inclure des approches communautaires et des efforts précis qui visent à réduire certains facteurs de risque en particulier. Des membres du personnel chevronnés coordonnent les services qui mettent à contribution des membres de la collectivité et qu'on évalue de façon routinière afin de garantir que des pratiques factuelles sont mises en œuvre.

On peut élaborer des interventions conçues pour faciliter l'évolution des collectivités dans le continuum de la réceptivité de concert avec ce cadre théorique. L'Annexe A présente un résumé de stratégies types qui correspondent à chaque stade du processus de la réceptivité de la collectivité. D'autres recherches s'imposent pour documenter l'efficacité de ces interventions communautaires et comprendre avec exactitude les aspects des programmes les plus bénéfiques.

Entrevues auprès de personnes-ressources clés

3

3.1 Sélection des experts clés

On a trouvé des experts clés en consultation avec les membres du Groupe de travail TRAT de Santé Canada. La liste comprenait ceux qui avaient de l'expertise de la prestation de services d'approche et d'intervention précoce ou de la facilité de l'établissement de liens avec la collectivité pour les jeunes faisant un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues.

Les participants interviewés avaient en moyenne 15 ans d'expérience clinique ou du travail direct dans le domaine des toxicomanies en général ou chez les jeunes. Les Tableaux 4, 5 et 6 respectivement indiquent l'endroit où se trouvent les personnes interviewées, leur rôle professionnel et leur formation.

Tableau 4 : Répartition géographique des experts clés

Endroit géographique (nombre)	Nombre d'experts clés
Nord Yukon (1)	1
Ouest Colombie-Britannique (4)	4
Prairies Alberta (2) Saskatchewan (2) Manitoba (2)	6
Centre Ontario (3) Québec (1)	4
Est Terre-Neuve-et-Labrador (2) Nouvelle-Écosse (1)	3

Tableau 5 : Rôles professionnels des experts clés

Rôles professionnels	Nombre d'experts clés
Gestionnaires chargés de la prestation de services ou cliniciens	11
Directeurs principaux de ministères ou d'organismes	4
Chercheurs	3

Tableau 6 : Formation des experts clés

Formation	Nombre d'experts clés*
Psychologie, counseling, soins infirmiers psychiatriques	7
Travail social	5
Philosophie, sociologie, criminologie	3
Politiques publiques, administration, leadership	3
Métiers/collège communautaire	1

* Des experts clés avaient des antécédents dans plus d'un domaine.

3.2 Entrevues auprès d'experts clés - Processus

On a communiqué au cours de l'été et de l'automne 2006 avec les experts clés qui représentaient chaque province et territoire du Canada. On a réalisé, d'un bout à l'autre du Canada, 18 entrevues qui ont porté principalement sur les domaines thématiques suivants :

- les circonstances auxquelles font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues;
- les mesures clés à prendre pour travailler avec les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues;
- les facteurs importants dont il faut tenir compte dans le cas de certaines populations de jeunes en particulier;
- les stratégies d'intervention précoce et d'approche;

- les rôles des individus à l'appui des interventions précoces et de l'approche;
- l'évaluation de stratégies d'intervention précoce et d'approche;
- les liens avec la collectivité.

On a réuni les données tirées des 18 entrevues pour produire un ensemble de données unifié. L'analyse du contenu a servi à dégager des catégories thématiques émergentes. On a inclus des catégories thématiques précises fondées sur l'approbation d'au moins trois personnes-ressources. Les sections qui suivent présentent les principales constatations dans chaque domaine de recherche.

3.3 Facteurs clés à considérer chez les clients

3.3.1 Circonstances auxquelles font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

Au début, on a demandé aux participants de décrire les circonstances particulières auxquelles font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ils ont décrit tout un éventail de défis clés et de besoins liés aux contextes de vie actuels de beaucoup de jeunes, dont les suivants :

Problèmes familiaux complexes

Les participants ont mis en évidence divers problèmes familiaux de longue date, y compris l'exposition à la violence, des événements traumatisants, la violence physique ou sexuelle, la discorde entre les parents, les mesures disciplinaires incohérentes ou dures, l'absence de communication positive entre parents et jeunes, l'apparition de nouveaux adultes et des changements d'adultes à la maison.

Instabilité des conditions de vie

On a mentionné que beaucoup de jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ont vécu de fréquents déménagements ou changements de relations au niveau des soins primaires. Ces événements ont souvent déclenché des changements importants dans la routine tant familiale que scolaire, ainsi qu'une perte de continuité du soutien ou des services nécessaires.

Problèmes concomitants de santé mentale

Beaucoup de jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ont des problèmes concomitants de santé mentale. La dépression, l'anxiété et le deuil liés à une perte ou à une douleur attribuable à des circonstances ou des relations familiales sont au nombre des préoccupations.

Manque de liens positifs avec la collectivité

On a dit que les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues participaient très peu ou pas du tout aux activités communautaires structurées. Les participants ont signalé que beaucoup n'étaient pas actifs à l'école, dans les loisirs ou au travail. On considérait que le manque de liens positifs avec la collectivité augmentait la probabilité de nouer des liens négatifs avec des pairs, d'avoir des démêlés avec la justice et d'avoir des problèmes continus d'usage de l'alcool et d'autres drogues.

Réussite scolaire minimale

Les participants ont indiqué que l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues empêche souvent les jeunes de réussir à l'école. On considère le manque d'assiduité, les mauvais résultats scolaires et le décrochage précoce comme des conséquences associées à l'usage prolongé de l'alcool et d'autres drogues.

Préoccupations relatives aux besoins fondamentaux

On a établi un lien entre la non-satisfaction des besoins fondamentaux et l'apparition, chez certains jeunes, de comportements d'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Les besoins en refuge, un logement stable à long terme, les aliments et vêtements préoccupent notamment.

Politiques de programmes qui excluent les jeunes

Dans certaines administrations, les restrictions liées à l'âge que comportent certains programmes ou services de soutien peuvent limiter pour les jeunes l'accès à des services de soutien essentiels, y compris les possibilités résidentielles, l'aide financière et d'autres moyens d'avancer sur le plan scolaire.

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

On a aussi demandé aux participants de définir des facteurs importants dont il faut tenir compte lorsqu'on veut travailler avec des jeunes pour s'attaquer à des préoccupations liées à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Ils ont défini tout un éventail d'interventions clés dont les fournisseurs de services devraient tenir compte dans leurs stratégies d'approche ou d'intervention précoce :

Reconnaître que les motifs à l'origine de l'usage de l'alcool et d'autres drogues peuvent varier

Les experts ont souligné que l'essai que les jeunes font des substances peut être le reflet de

leur curiosité, un moyen d'exprimer leur autonomie ou même de résister aux règles établies par les adultes. On a signalé que ces motifs concordaient avec les stades du développement liés à l'apparition de l'indépendance et à la formation de l'identité chez les adolescents. D'autres ont signalé qu'il peut y avoir un lien entre l'usage de l'alcool et d'autres drogues et des interactions sociales avec d'autres jeunes, ou qu'il peut s'agir d'un moyen de faire face à des circonstances personnelles ou familiales difficiles. Les participants ont insisté sur l'importance d'écouter les jeunes et de leur faire dire ce qu'ils pensent de leurs besoins courants, de leur situation et de l'usage qu'ils font de l'alcool et d'autres drogues.

Évoquer la compréhension et l'acceptation

On considère qu'une approche qui s'abstient de tout jugement et démontre de l'acceptation, joue un rôle crucial lorsqu'il s'agit d'établir une relation solide. Par contre, l'utilisation d'étiquettes ou de « jargon » professionnel et les « approches prescriptives » sont inefficaces lorsqu'on veut attirer des jeunes.

Mobiliser des jeunes comme collaborateurs

Même si beaucoup de jeunes dépendent de l'appui des adultes, de leur famille ou de services communautaires particuliers pour satisfaire à leurs besoins fondamentaux, les fournisseurs de services devraient être conscients du fait que les jeunes ont besoin d'autonomie et s'efforcer de les amener à collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'activités communautaires.

Faire preuve de flexibilité et de créativité dans les réunions et la planification

Les participants ont insisté sur le fait que les activités de planification doivent être appropriées au stade du développement et flexibles pour ce qui est des lieux de rencontre et de la démarche, inclure du contenu lié aux intérêts et aux forces des jeunes, et être personnalisées de façon à répondre à leurs besoins individuels.

Intégrer et exploiter des liens positifs avec la famille ou la collectivité

On a jugé important de travailler dans le contexte de la famille et d'utiliser des sources positives de soutien provenant de membres de la famille ou de la collectivité pour renforcer et maintenir les efforts d'intervention dans la collectivité.

S'intéresser à la santé et au mieux-être des jeunes

Outre la prestation des services ou du soutien nécessaires, on a jugé qu'il était crucial de montrer son intérêt si l'on veut créer et maintenir un lien avec les jeunes.

Maintenir un lien positif au cours du changement

On a considéré l'importance de demeurer ouvert aux jeunes même lorsqu'ils repoussent toute relation ou prennent des décisions qui les empêchent de fonctionner positivement dans la collectivité comme un facteur de protection crucial et un moyen de maintenir des sources d'influence positive dans leur vie. Le maintien de l'ouverture envers les jeunes durant et après de telles périodes offre des possibilités accrues de les amener à participer de nouveau à des

activités qui pourraient finalement réduire l'usage soutenu qu'ils font de l'alcool et d'autres drogues et contribuer à leur épanouissement et à leur développement positifs.

Approcher les jeunes au moyen de formats médiatiques axés sur eux

Les participants ont mis en évidence les avantages possibles de l'utilisation de stratégies médiatiques courantes pour approcher les jeunes (la musique, les sites Web, les forums de discussion ou les babillards en ligne). Ces formats peuvent aider à faire mieux connaître les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues et faciliter la participation à des services d'intervention précoce.

Choisir des approches appropriées au stade du développement

Des personnes-ressources ont signalé qu'il faudrait concevoir les stratégies d'intervention de façon à ce qu'elles correspondent aux besoins sur le plan du développement et au contexte des jeunes. Des approches fondées sur les activités pourraient, par exemple, être utiles à tous les stades de l'adolescence, mais elles pourraient être particulièrement importantes chez les adolescents plus jeunes.

Tenir compte des préoccupations liées aux relations familiales dans le contexte des efforts d'intervention précoce

Les personnes interviewées ont insisté sur l'importance de tenir compte des problèmes de relations familiales ou des préoccupations en la matière lorsqu'on intervient auprès des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ces interventions peuvent

consister notamment à collaborer avec les parents/tuteurs et les membres de la famille élargie, ou avec d'autres intervenants qui servent d'exemples aux jeunes. Les efforts devraient mettre l'accent sur l'établissement d'échanges fondés sur la collaboration avec des membres de leur famille et bâtir sur leurs forces et leurs capacités d'adaptation reconnues.

Sensibiliser davantage les fournisseurs de services aux obstacles à l'accès pour les jeunes

Les participants ont insisté sur l'importance pour les fournisseurs de services d'être sensibilisés aux activités de programme ou aux approches qui empêchent les jeunes d'avoir accès aux services de soutien dont ils ont besoin ou de continuer d'y participer. Ces obstacles pourraient inclure des processus d'aiguillage qui prennent trop de temps, le manque de moyens de transport, le risque de stigmatisation ou le manque de soutien positif des adultes dans leur vie.

Inclure des activités récréatives dans le contexte des activités d'approche et d'intervention précoce

Des experts clés ont insisté sur l'importance d'inclure des éléments agréables et récréatifs dans les activités d'approche et d'intervention. Ces activités offrent des possibilités structurées d'établir des contacts avec les jeunes et contribuent à étendre et à renforcer les intérêts que les jeunes portent aux activités et aux relations communautaires qu'il est possible de maintenir avec le temps.

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

On a demandé à des experts clés de déterminer les principaux facteurs à considérer dans la prestation de services d'intervention précoce et d'approche. Ils ont aussi formulé des idées sur l'amélioration des liens avec les collectivités dans le cas des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. On a réuni suffisamment de données des participants pour définir des répercussions clés pour huit populations de jeunes en particulier.

Usagers de l'alcool et d'autres drogues en début d'adolescence

Les participants ont insisté sur l'importance de collaborer avec les parents/tuteurs, les membres de leur famille et les membres du personnel scolaire afin de déterminer les préoccupations des jeunes adolescents à risque de faire un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et d'y donner suite. Les aspects clés d'approches efficaces lorsqu'il s'agit de travailler avec de jeunes adolescents consistent notamment à mettre à contribution des conseillers qui ont reçu une formation en soin des enfants et des adolescents, à tenir compte des forces et des intérêts des jeunes, à éviter le langage technique ou le jargon, et à créer un environnement confortable moins structuré.

Jeunes Autochtones

L'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues est généralement reconnu comme une préoccupation pour beaucoup de collectivités

autochtones. Les experts ont insisté sur l'importance pour les membres de la collectivité de participer à l'élaboration de leurs propres solutions pour s'attaquer aux aspects liés à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Ils ont insisté aussi sur le fait que lorsqu'on met en œuvre des services de sensibilisation à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, ou d'interventions en la matière, la démarche doit être sensibilisée sur le plan culturel et peut profiter de l'inclusion d'activités ou de contenu précis qui reflètent les valeurs ou les traditions de la collectivité. L'influence et la participation des membres de la famille immédiate et élargie, ainsi que des aînés de la collectivité, doivent jouer un rôle important dans la planification et l'exécution d'activités d'approche ou d'intervention précoce.

Jeunes itinérants et nomades

Des participants ont signalé que les jeunes itinérants et nomades ont souvent vécu des pertes importantes, y compris de liens avec le foyer et la collectivité. Les jeunes nouent souvent de solides liens avec d'autres pairs qui ont un vécu semblable. Ils ont aussi indiqué que la prévalence plus élevée de l'usage de l'alcool et d'autres drogues est évidente dans cette population. Outre l'usage de l'alcool et d'autres drogues, les jeunes font face à un vaste éventail de problèmes, y compris le besoin de logement, de nourriture, de vêtements, de sécurité et de logement de transition. On a aussi affirmé qu'il faudrait conjuguer aux services d'approche et d'intervention précoce à l'intention de ces jeunes des ressources ou des moyens de soutien adéquats pour répondre à leurs besoins fondamentaux. Sinon, les efforts

d'intervention seront probablement entravés et l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues continuera.

Jeunes qui ont des problèmes concomitants de santé mentale

Des participants ont indiqué que les jeunes qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues peuvent aussi avoir des problèmes concomitants de santé mentale. Des personnes-ressources ont signalé que l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes peut aussi intensifier des problèmes de santé mentale qui existent déjà. C'est pourquoi on a considéré que le dépistage à la fois de l'usage de l'alcool et d'autres drogues et de problèmes de santé mentale joue un rôle important dans la prestation de services d'intervention précoce aux jeunes. Les participants ont jugé qu'il était crucial pour la prestation de services d'intervention précoce qu'il y ait collaboration entre fournisseurs de services axés sur les jeunes, y compris les membres du personnel des écoles et des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. D'autres répondants ont insisté sur l'importance d'offrir aux fournisseurs de services des possibilités de formation qui leur permettront de mieux connaître et comprendre l'usage de l'alcool et d'autres drogues et les problèmes de santé mentale chez les jeunes.

Jeunes qui s'injectent des drogues

Les participants ont insisté sur le fait que les jeunes qui s'injectent des drogues ne forment pas un groupe homogène et que les fournisseurs de services doivent s'attendre à des variations aux niveaux de l'âge, de la culture, de l'origine géographique et de la situation

socioéconomique. On a recommandé de concentrer les efforts sur les petites réussites lorsqu'il s'agit de mobiliser ces jeunes et de travailler avec eux. D'autres répondants ont indiqué qu'il fallait sensibiliser et informer davantage les jeunes au sujet des risques associés à l'usage de drogues par voie intraveineuse, y compris la transmission des agents pathogènes à diffusion hémotogène. On a signalé aussi qu'il se peut que les jeunes qui s'injectent des drogues ne soient pas de bons participants à des séances d'intervention en groupes réunissant des pairs qui n'ont jamais été initiés aux drogues injectables.

Jeunes en conflit avec la loi

Des participants ont indiqué que la plupart des jeunes qui ont des démêlés avec le système de justice ont aussi fait l'essai de l'alcool et d'autres drogues ou en font usage régulièrement. Beaucoup sont marginalisés par rapport à la fois aux programmes scolaires structurés et aux programmes communautaires, et ont créé des groupes de pairs qui font usage de l'alcool et d'autres drogues et qui se livrent à des activités criminelles. Lorsque les jeunes entrent en conflit avec la loi pour la première fois, il est impératif que le dépistage de l'usage de l'alcool et d'autres drogues fasse partie des avertissements, de la déjudiciarisation et de la détermination de la peine dans la collectivité. Beaucoup de jeunes en conflit avec la loi ont depuis longtemps des problèmes comportementaux et scolaires qui deviennent évidents au cours des premières années scolaires. La prestation de services d'intervention précoce à l'école peut aussi permettre de s'attaquer à des

facteurs de risque déterminés qu'on associe à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et renforcer l'attachement des jeunes à l'école.

Jeunes ruraux

Il se peut que beaucoup de jeunes habitant en milieu rural n'aient pas accès à des services d'intervention contre l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Les services d'approche et de transport jouent un rôle important lorsqu'il s'agit d'établir des contacts avec des jeunes qui vivent dans des endroits plus éloignés. Des participants ont insisté sur les avantages que pourrait offrir la collaboration avec les autorités de l'éducation et les écoles des régions lorsqu'il s'agit de fournir des efforts d'intervention précoce.

Jeunes sous garde

Les participants ont indiqué que beaucoup de jeunes sous garde changent souvent de circonstances de vie et de relations. Leur passé inclut souvent des traumatismes, une perte importante, des problèmes d'attachement et des problèmes familiaux complexes. Pour ceux qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, les participants ont jugé important de veiller à ce que les services d'intervention précoce contre l'usage soient mis en œuvre de concert avec des placements en résidence et des services de counseling en santé mentale.

3.4 Stratégies d'intervention précoce et d'approche

3.4.1 Orientations théoriques ou appliquées des services d'intervention précoce et d'approche

On a demandé aux participants de déterminer les orientations théoriques sur lesquelles reposent l'organisation et la prestation de services d'intervention précoce et d'approche aux jeunes qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. La plupart des participants ont insisté sur les avantages possibles de l'application des concepts de l'entrevue motivationnelle de concert avec le modèle des stades du changement de Prochaska et DiClemente. Les participants ont indiqué que les méthodes d'entrevue motivationnelle sont faciles à adapter aux divers stades de la réceptivité au changement. Les caractéristiques positives associées à ce cadre comprennent les suivantes :

- une façon marquée par l'empathie et le respect d'approcher les jeunes pour les mettre à contribution;
- une approche à étapes modestes pour instaurer un changement positif;
- une convergence axée sur les points forts conçue pour accentuer le désir de changer chez les jeunes.

De concert avec des stratégies de brèves interventions comme l'entrevue motivationnelle, les experts ont insisté sur l'importance d'établir des échanges positifs avec les jeunes. Les jeunes doivent participer activement à l'établissement de leurs propres

but et plans qui ont trait à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Il est impératif de recourir aux techniques d'écoute active et aux approches axées sur les solutions, et non aux méthodes plus directives qui consistent à « prêcher/dire », si l'on veut que les jeunes soient davantage réceptifs à participer à des activités d'intervention en collaboration avec des aidants communautaires ou professionnels. Les approches fondées sur les relations doivent aussi tenir compte du niveau de développement des jeunes et des avantages que pourrait offrir la conception d'activités axées sur leurs intérêts et leur besoin de participation active.

Les participants ont aussi insisté sur les approches systémiques qui consistent notamment à établir des alliances de collaboration avec des adultes importants et influents dans la vie des jeunes à la maison, à l'école et dans la collectivité. Il importe de déterminer et d'utiliser la capacité des membres de la famille, des membres du personnel scolaire et de ceux de la collectivité en général lorsqu'on établit des services intégrés afin de répondre aux besoins complets de certains jeunes.

3.4.2 Structuration de stratégies d'intervention précoce

Des experts de premier plan ont insisté sur le fait que les stratégies d'intervention précoce doivent être informelles, confortables et invitantes. Il faut idéalement les concevoir de façon à offrir aux jeunes des possibilités interactives :

- de se pencher sur des enjeux clés et sur leurs perceptions et raisons de réduire ou non l'usage qu'ils font de l'alcool et d'autres drogues;
- de faire connaître leurs points de vue et leurs préoccupations ou facteurs de stress personnels qui ont trait à la famille, à l'école ou à la collectivité;
- d'explorer des stratégies de maintien et d'amélioration de leurs liens avec l'école;
- d'élaborer des approches ou stratégies précises pour répondre à des besoins personnels déterminés;
- de trouver et de mettre à contribution des sources de soutien positif de pairs dans leurs contextes scolaires ou communautaires actuels.

On a décrit l'intervention précoce comme des approches axées sur l'individu ou sur de petits groupes, réalisées dans des contextes où les jeunes passent du temps avec leurs pairs. On a mis particulièrement l'accent sur les efforts à faire en collaboration avec des organismes de services aux jeunes ou dans des contextes tels que l'école, les établissements récréatifs, les clubs de garçons et de filles et les groupes de jeunes communautaires. Les centres d'accueil, les cliniques d'approche et d'autres contextes de la rue où les jeunes se réunissent en groupe ou individuellement sont d'autres endroits où l'on peut mettre en œuvre des initiatives d'intervention précoce.

Dans la conception et la mise en œuvre de programmes d'intervention précoce, les participants ont insisté sur l'importance de

collaborer avec les fournisseurs de services, les gestionnaires d'organismes et les bénévoles de la collectivité. Dans le cas des jeunes déjà en contact avec des services de soutien gouvernementaux tels que l'appareil judiciaire, les services de protection de l'enfance ou les services de santé mentale, il faut coordonner les activités d'intervention précoce avec les plans de soins existants. Même s'il faut collaborer avec des professionnels et des organismes communautaires précis lorsqu'on élabore des stratégies d'intervention précoce, ce sont des personnes qui ont les qualités et les connaissances techniques nécessaires pour échanger efficacement avec les jeunes et établir un rapport avec eux qui doivent se charger de ces activités. Des participants ont affirmé que les travailleurs des services d'intervention précoce doivent avoir des connaissances et des compétences dans le domaine des méthodes de soin des enfants et des adolescents ou dans celui des méthodes de travail social, et maîtriser des techniques de conception d'approches interactives afin de mobiliser les jeunes qui en sont à divers stades du développement. Des participants ont aussi parlé des avantages d'offrir aux fournisseurs de services communautaires et aux travailleurs auprès des jeunes des possibilités de formation sur l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et sur les méthodes d'intervention précoce.

3.4.3 Mise en œuvre de méthodes d'intervention précoce, de dépistage et d'évaluation

Les processus de dépistage de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues sont considérés comme un aspect clé des

activités d'intervention précoce. Selon les participants, les processus de dépistage sont utiles pour :

- commencer à échanger avec les jeunes et à établir un rapport avec eux;
- définir les tendances ou facteurs de risque d'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues;
- explorer d'autres besoins ou préoccupations qui ont trait aux relations et aux routines avec la famille, avec l'école ou avec les pairs;
- explorer les forces, les intérêts et les préférences des jeunes;
- repérer des réseaux de soutien et des stratégies d'adaptation possibles;
- jumeler les besoins aux ressources ou aux sources de soutien disponibles.

On a décrit des approches non structurées du dépistage comme un format semi-structuré qui permet d'obtenir de l'information des jeunes par une technique d'entrevue qui ressemble à une conversation. D'autres personnes qui savent directement comment les jeunes fonctionnent, telles que les parents/tuteurs, les conseillers ou d'autres fournisseurs de services, peuvent aussi faire du dépistage. Les participants ont insisté sur le fait qu'il faut entreprendre ces échanges sans poser de jugement et d'une façon à faire sentir aux jeunes et aux adultes interviewés qu'on les respecte.

Les participants ont aussi défini des aspects clés de la démarche d'enquête que l'on pourrait inclure dans les protocoles de dépistage :

- les antécédents d'usage de l'alcool et d'autres drogues (les drogues utilisées, la quantité et la fréquence, les voies d'administration, l'âge à l'initiation, les expériences négatives);
- la perception que les jeunes ont des tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues et de leur effet sur les principaux aspects de la vie;
- ce que les membres de leur famille pensent de l'usage de l'alcool et d'autres drogues;
- l'état actuel de la santé mentale et les antécédents en la matière;
- le risque de suicide et les antécédents d'auto-mutilation;
- les autres fournisseurs de services qui travaillent avec le jeune ou sa famille;
- les résultats scolaires, le niveau d'instruction et les intérêts professionnels;
- la nature des relations familiales, des échanges et des facteurs de stress possibles;
- les liens avec des pairs et l'influence qu'ils exercent;
- les domaines d'implication communautaire;
- les forces, les relations importantes et les sources de soutien du jeune et de sa famille.

Idéalement, le dépistage devrait produire un profil détaillé du fonctionnement courant des jeunes, ainsi que des aspects prioritaires que doivent viser des activités d'intervention subséquentes.

3.4.4 Matériel de soutien des interventions sur Internet

Il est possible de compléter les approches en personne par des ressources d'intervention précoce écrites ou présentées sur Internet. Les participants ont insisté sur le fait que les jeunes sont à l'aise avec la technologie émergente et que les sites Web offrent des occasions de les faire participer en utilisant un langage et des styles de présentation conviviaux pour eux.

Les ressources Internet peuvent catalyser des échanges avec des jeunes ou servir à lancer des discussions pour des interventions en petits groupes. Les participants ont insisté sur le fait que les formats Web devraient être attrayants pour les jeunes et comporter du matériel visuel graphique qui capte leur attention et transmet efficacement les messages d'intervention prévus. Ils ont aussi insisté sur le fait qu'il faudrait diriger les jeunes vers des sites hébergés par des organismes de bonne réputation qui sont dotés de caractéristiques de sécurité Web afin de protéger les utilisateurs.

Les participants ont aussi signalé des limites des approches en ligne, qui comprennent les suivantes :

- le manque de fiabilité de l'information présentée sur certains sites Web;
- le temps nécessaire pour surveiller et guider les jeunes afin de les aider à trouver des sites Web crédibles et utiles;
- le niveau technique du contenu de certains sites Web et les défis qu'ils peuvent poser aux jeunes qui ont du retard ou des incapacités au niveau de la lecture;

- les risques particuliers que posent les discussions ou forums en ligne non protégés.

Les participants ont insisté sur le fait qu'en tant que moyen autonome d'intervention précoce, Internet ne suffit pas pour s'attaquer efficacement à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. On renforce toutefois la capacité de ce médium en l'utilisant dans le contexte de l'établissement de liens positifs entre jeunes et travailleurs en intervention précoce.

3.4.5 Stratégies d'approche

Partenariats

Les participants ont indiqué que les partenariats communautaires jouent un rôle important dans la planification et la prestation des services d'approche. Les échanges organisés entre les organismes communautaires produisent des occasions précises d'amener les fournisseurs à mieux comprendre les besoins complexes des jeunes à risque, et l'éventail des services axés sur les jeunes qui sont disponibles dans la collectivité.

Les organismes sans but lucratif et les clubs philanthropiques communautaires qui se concentrent sur la participation des jeunes et des membres de leur famille peuvent jouer un rôle pivot dans l'organisation de façons efficaces d'approcher les jeunes. Les jeunes peuvent avoir des contacts réguliers et plus fréquents avec de tels organismes qu'avec des services de santé qui imposent des rendez-vous fixes. Les participants ont souligné la valeur des membres du personnel des services de toxicomanie qui donnent une formation spécialisée au personnel d'organismes communautaires afin d'améliorer

leurs connaissances générales et spécialisées pour travailler auprès des jeunes qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues.

Contextes et périodes de prestation

Les participants ont insisté sur le fait que les services d'approche doivent s'efforcer de chercher à contacter les jeunes dans leur « espace propre » — comme les endroits où ils passent régulièrement du temps avec leurs pairs. Ces endroits peuvent inclure des contextes officiels et structurés où les jeunes participent à des activités, tels que l'école, les installations récréatives, les programmes parascolaires ou des activités communautaires, ou des endroits non structurés qu'ils fréquentent tels que les lieux de rencontre dans la rue, les parcs, les refuges, les centres d'accueil et les centres commerciaux. Le troisième type de méthode d'approche incluait le recours à des services mobiles qui peuvent atteindre de multiples endroits et comprennent souvent la satisfaction de besoins fondamentaux et la prestation de services de santé parallèlement aux efforts d'intervention précoce.

Les experts ont insisté sur le fait que contrairement aux contextes structurés basés dans des bureaux, les démarches d'approche devraient se dérouler dans l'environnement social des jeunes et devraient être propices à l'établissement de rapports. Les premiers contacts avec les jeunes doivent être non menaçants, respectueux et comporter de brèves conversations à bâtons rompus qui s'étalent

sur de fréquentes rencontres. En contextes structurés, les services d'approche doivent s'adapter aux heures fixes des programmes. Par ailleurs, l'approche en contexte informel est des plus efficaces lorsque les heures de rencontre sont flexibles et permettent d'établir de multiples contacts avec les jeunes. Les activités d'approche doivent se dérouler aussi le soir et en fin de semaine.

3.4.6 Travailleurs des services d'approche

Qualités des travailleurs des services d'approche

Les participants ont indiqué que les travailleurs des services d'approche doivent démontrer qu'ils ne posent pas de jugement lorsqu'ils répondent aux points de vue et aux choix des jeunes, aimer travailler avec eux et comprendre les étapes du développement et les questions d'attachement. En ce qui a trait aux compétences professionnelles, les travailleurs des services d'approche des jeunes doivent pouvoir :

- établir et maintenir un rapport avec les jeunes qui se méfient de l'autorité ou la contestent;
- écouter activement et amener les jeunes à s'exprimer;
- établir des limites personnelles et consulter au besoin;
- collaborer avec d'autres fournisseurs de services sans compromettre leur alliance avec les jeunes;

- faire face efficacement à des événements stressants et désamorcer des situations qui peuvent dégénérer en conflit;
- déterminer les forces des jeunes et les intégrer dans des activités d'intervention.

Les travailleurs des services d'approche peuvent avoir une formation théorique en soins des enfants et des adolescents, en psychologie, en éducation, en travail social et en counseling, notamment. On a aussi jugé importante une formation spécialisée sur les toxicomanies, la santé mentale et les techniques d'entrevue motivationnelle. Outre la formation et l'éducation, les participants ont insisté sur l'importance pour les travailleurs des services d'approche d'avoir une importante expérience personnelle du groupe visé par l'approche.

Activités et tâches

La première tâche des travailleurs des services d'approche consiste à établir avec les jeunes un point de contact qui facilite le dialogue et les interventions éventuelles. Les participants ont dégagé un éventail d'activités clés que les travailleurs des services d'approche peuvent entreprendre, y compris les suivantes :

- rencontrer les jeunes et échanger avec eux dans leurs contextes;
- informer les jeunes au sujet de risques particuliers pour la santé associés à l'usage de l'alcool et d'autres drogues et aux pratiques sexuelles;

- dépister des problèmes possibles d'usage de l'alcool et d'autres drogues et des préoccupations sur le plan de la santé mentale;
- établir un lien entre les jeunes et les services qui répondent à leurs besoins fondamentaux tels que le logement, la nourriture et les vêtements ou les soins de santé;
- aider les jeunes à s'y retrouver dans le système et à comprendre les processus d'aiguillage;
- collaborer avec les jeunes afin de planifier des interventions à étapes précises pour s'attaquer à des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ou à des besoins concomitants;
- aiguiller les jeunes vers des services de traitement ou de réadaptation;
- accompagner les jeunes à des rendez-vous préliminaires avec des fournisseurs de soins de santé;
- mobiliser de nouveau les jeunes avec des sources positives de soutien familial et communautaire;
- fournir des services de counseling positifs.

Les participants ont aussi insisté sur l'importance de la responsabilisation et de la surveillance des travailleurs. Le fait d'être membre d'une équipe du personnel offre des possibilités de débriefage, de perfectionnement professionnel continu et d'utilisation de la rétroaction afin d'améliorer les pratiques courantes.

3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche

Les participants clés ont décrit les rôles que pourraient jouer diverses personnes pour soutenir des services d'approche aux jeunes et d'intervention précoce auprès d'eux. Ils ont formulé des commentaires sur les contributions que pourraient apporter des membres de leur famille, des membres du personnel scolaire, des fournisseurs de services communautaires et des membres du personnel des services de toxicomanie et de santé mentale.

Membres de la famille

Les participants ont insisté sur le fait que les membres de la famille ont un rôle crucial à jouer en appuyant les efforts d'intervention précoce, mais qu'on peut avoir besoin d'appui pour aider les familles à élaborer et à appliquer des stratégies efficaces afin de donner suite aux préoccupations liées à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues par les jeunes. Pour aider les familles, on peut notamment leur fournir de l'information sur les tendances à l'expérimentation chez les adolescents, les signes ou les caractéristiques de base de l'usage des drogues, les stades de la réceptivité au changement, des stratégies de brèves interventions et des méthodes efficaces de communication et de solution de problèmes. Il est possible d'effectuer l'aiguillage à des organismes de counseling familial. Dans certains cas, l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues n'est pas limité aux jeunes, mais il peut mettre en cause d'autres membres de la famille. C'est pourquoi les façons de chercher à changer ou d'entreprendre des interventions familiales en collaboration peuvent varier. Des membres de leur famille peuvent souvent aider les jeunes en

les amenant à des rendez-vous ou en veillant à ce que l'on réponde à leurs besoins fondamentaux. Dans le cas des adolescents plus jeunes, les membres de leur famille doivent intervenir davantage dans leur supervision et l'organisation de leurs activités quotidiennes, ainsi que dans la surveillance de leurs contacts avec leurs pairs.

Personnel scolaire

Les membres du personnel scolaire sont dans une position incomparable pour repérer les premiers essais et les tendances à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Les participants ont insisté sur le fait que le personnel scolaire doit savoir comment faire participer les jeunes et établir des liens entre eux et des services appropriés d'intervention précoce. Le personnel scolaire doit collaborer avec d'autres organismes axés sur les jeunes, y compris les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, ainsi que l'appareil judiciaire. Les efforts d'approche doivent aussi essayer d'amener les membres de la famille à appuyer les activités d'intervention. Idéalement, les efforts d'approche et d'intervention précoce doivent non seulement viser l'usage problématique de l'alcool et des drogues, mais aussi resserrer les liens entre le jeune et l'école et appuyer la réussite scolaire et le cheminement de carrière.

Fournisseurs de services communautaires

Les fournisseurs de services communautaires sont aussi en mesure de repérer les premières tendances à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Les participants ont insisté sur les avantages que

l'on pourrait tirer d'une formation donnée aux fournisseurs de services qui porterait sur les stratégies de dépistage de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et d'intervention précoce. Les fournisseurs de services communautaires peuvent aussi diriger les jeunes et leur famille vers des services qui pourront répondre à leurs besoins fondamentaux ou à des services de traitement.

Personnel des services de toxicomanie et de santé mentale

Les membres du personnel des services de toxicomanie et de santé mentale sont en mesure de conseiller d'autres fournisseurs de services qui rencontrent régulièrement des jeunes à risque de faire éventuellement un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. La consultation peut inclure des séances structurées de perfectionnement professionnel ou des consultations individuelles portant sur tout un éventail de sujets, y compris les tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues, les méthodes de dépistage, les problèmes concomitants de santé mentale, les protocoles d'accès aux services communautaires de santé mentale et de toxicomanie, les techniques d'entrevue motivationnelle, et les stades de la réceptivité au changement.

3.4.8 Évaluation des stratégies d'intervention précoce et d'approche

Les participants ont insisté sur le fait qu'il faudrait élaborer des processus d'évaluation dans le cadre de la planification et de la conception initiales des services d'approche et d'intervention précoce. Les plans d'évaluation devraient tenir compte des approches de

l'examen de programme fondé à la fois sur le processus et les résultats. Les composantes du processus portent avant tout sur l'évaluation de la façon dont le programme est mis en œuvre. L'évaluation des résultats mesure l'effet positif du programme sur le fonctionnement des clients ou d'autres aspects que l'on veut changer. On a affirmé que la création de modèles logiques aidait à guider la conception du programme, sa mise en œuvre et son évaluation subséquente.

Les participants ont considéré comme bénéfiques les évaluations de projets pilotes que l'on a jugées utiles pour fournir de l'information constructive et pratique afin d'améliorer les programmes d'intervention. Dans la conception de l'évaluation de programmes, les participants ont mentionné l'importance des aspects suivants :

- les mesures d'intervention avant et après;
- les comparaisons avec des groupes témoins;
- la collecte des données de suivi à plus long terme;
- les données quantitatives et qualitatives;
- les approches participatives qui incluent les commentaires/perspectives du personnel, des jeunes et de leur famille;
- les indicateurs du fonctionnement des jeunes à l'école, dans la famille ou dans la collectivité;
- les indicateurs de la réduction des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues.

Les participants ont indiqué que les examens de programme devraient inclure la production obligatoire de rapports opérationnels quotidiens ou périodiques. Les indicateurs de responsabilité devraient inclure un éventail de produits comme le nombre de contacts, la charge de travail, les tendances de l'aiguillage, la participation à des réunions, le type d'activités

d'approche ou d'intervention mises en œuvre. Les participants ont insisté sur l'importance d'attacher de la valeur au point de vue des jeunes dans le processus d'évaluation. Ils ont recommandé de confier aux jeunes « un rôle » lorsqu'il s'agit de déterminer la convergence des activités d'évaluation et de définir les indicateurs de succès.

3.5 Liens communautaires

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

On a demandé à des personnes-ressources clés d'indiquer les types de services ou de programmes communautaires qui devraient appuyer les stratégies d'intervention précoce auprès des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Les liens communautaires importants pour les jeunes comprennent les écoles, les activités récréatives, les programmes de mentorat, les moyens de répondre aux besoins fondamentaux et le counseling axé sur les jeunes et la famille. Les participants ont insisté sur la valeur d'inviter les jeunes à participer à la conception et à l'évaluation de services et de moyens de soutien communautaires.

Participation à des programmes communautaires structurés pour les jeunes

Les programmes récréatifs ou clubs axés sur les jeunes sont considérés comme des tribunes où les jeunes peuvent participer à des activités axées sur le mieux-être avec l'appui positif de pairs et d'adultes. On considère que la participation à ces programmes aide à favoriser

à la fois l'acquisition de compétences spécialisées et un intérêt durable envers des passe-temps significatifs. Il peut être nécessaire de fournir de l'aide financière ou des bourses à certains jeunes afin de les aider à participer à long terme à des programmes communautaires.

Resserrement des liens avec l'école

Les participants ont insisté sur l'importance de renforcer l'attachement des jeunes envers leur école et leur engagement à poursuivre leur éducation. Ces stratégies d'amélioration des liens comprenaient des programmes de mentorat de pairs, la participation à des activités physiques ou sociales organisées à l'école, des activités d'intervention précoce et du counseling sur place, la participation à des programmes de théâtre/musique/art, l'aide scolaire et les possibilités d'expérience de travail professionnel ou supervisé.

Participation à des programmes de mentorat

Les participants ont insisté sur l'importance d'organiser des possibilités de mentorat pour les jeunes avec des adultes qui sont un exemple positif dans la collectivité. On considère que de

telles relations fournissent aux jeunes des sources de soutien qu'il serait possible de maintenir à long terme.

Satisfaction des besoins fondamentaux

Dans le cas de certains jeunes, il faut répondre à leurs besoins fondamentaux dans le contexte de stratégies d'intervention précoce. Il peut être nécessaire à cette fin d'établir une collaboration entre des organismes communautaires et gouvernementaux, d'établir des plans coordonnés sur le cas et d'avoir accès à des services de soutien du revenu ou de logement de transition.

Accès aux services de counseling axés sur les jeunes et la famille

Les jeunes et leur famille devraient avoir accès en temps opportun à des services de counseling assurés par des conseillers qui se sentent à l'aise d'aborder un vaste éventail d'enjeux liés aux facteurs de stress familial, aux problèmes de santé mentale et à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues.

3.5.2 Défis posés par la prestation de services

On a demandé aux participants de décrire les défis que les fournisseurs de services communautaires doivent relever dans leurs efforts de collaboration afin de fournir des services aux jeunes qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Les principaux obstacles décrits ont été les suivants :

- la concurrence relative aux ressources limitées;

- les différences au niveau des orientations de la prestation des services;
- les listes d'attente et les processus d'admission complexes;
- la lourdeur des charges de travail et le manque de temps;
- le manque de protocoles établis sur l'échange et la communication d'information entre les secteurs de service ou les organismes;
- les politiques et les mandats de programmes rigoureux;
- les services possibles inadéquats dans les régions rurales ou éloignées.

Il sera possible de relever un grand nombre des défis posés par la prestation de services en resserrant la collaboration et la consultation interagences chez les fournisseurs de services. Les participants ont toutefois jugé que l'engagement des dirigeants et des administrateurs d'organismes était aussi important pour trouver et appliquer des solutions à long terme.

3.5.3 Lacunes au niveau des politiques et des services

Les participants ont indiqué qu'au niveau des politiques et des services offerts aux jeunes de 16 à 18 ans, il existe dans certaines administrations d'importantes lacunes qui ont trait au manque de logement et de services répondant aux besoins fondamentaux. D'autres préoccupations portant sur les pratiques et les politiques visaient le manque de stratégies scolaires efficaces afin de rengager les jeunes qui

ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues et qui ne fréquentent plus l'école, les listes d'attente pour les services de toxicomanie et de santé mentale pour les jeunes et le manque de coordination ou d'intégration entre les services de santé mentale et de toxicomanie. Pour combler les lacunes au niveau des politiques ou des services, les participants ont insisté sur l'importance de maintenir la convergence sur les jeunes au lieu de se laisser pousser par les programmes.

3.5.4 Stratégies coordonnées et intégrantes de prestation de services

Les jeunes qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues ont souvent un éventail de besoins psychosociaux simultanés. Pour fournir des services d'intervention précoce, il faut souvent mettre en œuvre un plan communautaire à volets multiples qui met à contribution tout un éventail de fournisseurs de services communautaires. Les participants ont souligné les avantages associés à l'élaboration de stratégies intégrantes de prestation de services qui s'appuient sur les ressources et les capacités partagées d'organismes communautaires existants. Les principales interventions qui appuient l'instauration de la collaboration entre les organismes consistent à :

- amener les cadres supérieurs des secteurs administratif et opérationnel à appuyer la coopération en prestation de services;
- amener les travailleurs des premières lignes à mieux comprendre leur mandat respectif et les protocoles d'aiguillage;

- créer des mécanismes d'échange d'information en temps opportun;
- offrir des possibilités de formation interorganismes et multidisciplinaire, y compris des ateliers et des conférences pour mettre en commun des meilleures pratiques;
- établir des protocoles sur la consultation interorganismes, la communication et la planification des cas;
- mettre en œuvre des protocoles d'entente afin d'appuyer la coopération constante en prestation de services entre les membres du personnel des organismes;
- colocaliser et cohéberger des services de première ligne.

Des participants ont signalé les avantages que pourraient offrir des mécanismes précis pour repérer les lacunes des politiques et de la pratique qui peuvent faire leur apparition à mesure que l'on coordonne ou intègre les services. La définition de ces problèmes pourrait permettre de mettre en œuvre des réponses plus opportunes afin d'appuyer la collaboration entre les organismes et d'améliorer les résultats. Les participants étaient d'avis que l'évaluation des efforts de prestation de services axés sur l'intégration posait un défi. Ils ont indiqué qu'il valait la peine de solliciter les commentaires des clients et des fournisseurs de services lorsqu'on évalue des projets pilotes ou régionaux. Ils ont suggéré de recourir à des entrevues auprès de personnes-ressources clés, à des groupes de discussion ou à des sondages distribués pour documenter les points de vue des intervenants clés.

Groupes de discussion

4.1 Introduction

Les groupes de discussion visaient à réunir les points de vue de jeunes qui avaient déjà connu l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. On a recueilli des données dans le Nord, l'Ouest, le Centre et l'Est du Canada. Dans chaque région, on a organisé un groupe de discussion de femmes et un autre d'hommes. Le premier contact avec des participants éventuels s'est fait en collaboration avec des fournisseurs de services de traitement locaux et régionaux afin d'expliquer les séances aux participants éventuels et de leur demander d'y contribuer.

Chaque groupe de discussion a suivi un format semi-structuré. Les participants ont aussi pu revoir leurs réponses à la fin de chaque séance et mettre en évidence des thèmes particuliers qu'ils jugeaient les plus cruciaux. Les discussions ont porté sur quatre questions clés :

- Quels sont les principaux défis auxquels font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues?
- Quels services ou moyens de soutien pourraient faire une différence pour les jeunes au début lorsque des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues commencent à faire leur apparition?

- Comment les services de votre collectivité pourraient-ils approcher plus efficacement les jeunes qui ont un problème d'usage de l'alcool et d'autres drogues ou qui risquent d'en avoir un et établir des contacts avec eux?
- Quels services communautaires seraient les plus nécessaires ou utiles pour les jeunes qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues?

Les notes de séance descriptives ont servi de base à la rédaction d'un résumé des échanges de chaque groupe de discussion. À la fin des huit séances, on a regroupé les sommaires individuels pour produire un ensemble de données unifié. L'analyse du contenu a permis de dégager des grands thèmes et des tendances des données. Le regroupement des principaux thèmes a servi par la suite de base à la définition de catégories pour les divers domaines de recherche. On a inclus des catégories thématiques approuvées par au moins deux groupes de discussion. À moins d'indication contraire, les thèmes résumés reflètent les contributions des groupes de jeunes des deux sexes. Les sections qui suivent présentent les principales constatations portant sur chaque domaine de recherche.

4.2 Caractéristiques démographiques des participants

Au total, 46 jeunes ont participé aux groupes de discussion, qui en comptaient en moyenne six. Leur âge variait de 16 à 28 ans et la moyenne

s'établissait à 18 ans pour les deux sexes. Le Tableau 7 présente les données démographiques obtenues des participants.

Tableau 7 : Caractéristiques démographiques des participants aux groupes de discussion

Variable des participants	Pourcentage de l'échantillon (%)
Sexe	
Homme	54
Femme	46
Résidence	
Milieu urbain	59
Petite ville	21
Milieu rural	20
Origine ethnique	
Blanc	37
Membre des Premières nations	30
Noir	15
Latine	11
Non indiquée	7

4.3 Défis auxquels font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

« Ça se produit tellement vite. »

« ...pour décrocher des drogues, il faut laisser tomber ses amis. »

« ...pas de travail... pas d'espoir d'en avoir un à cause du manque d'éducation... pas d'endroit où vivre. »

« Vendre peu importe ce qu'on a, tout ce qu'on a, pour des drogues. »

« Voler... ça fait mal à la famille et ça démolit la confiance. »

« Ça fait mal en dedans. »

Au début, on a demandé aux participants de décrire les défis auxquels font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues et d'indiquer les problèmes qui préoccupent le plus. La liste qui suit indique les défis et le nombre de groupes de discussion qui ont approuvé le thème en cause :

- les sentiments de désespoir et de perte de contrôle (8);
- les influences des pairs (8);
- les antécédents de violence, de traumatismes et de problèmes familiaux complexes (6);
- le désengagement des activités scolaires ou du travail (5);

- l'exposition à l'usage de l'alcool et d'autres drogues par des membres de la famille ou des personnes plus âgées (4);
- la baisse de l'espoir et de l'estime de soi (4);
- le stigmate fondé sur le sexe social (2).

4.3.1 Sentiments de désespoir et de perte de contrôle

Les participants aux groupes de discussion ont indiqué que les problèmes posés par les tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues ont été caractérisés par la « recherche de ce premier sentiment d'euphorie » et la concentration des efforts sur la possibilité suivante de consommer. Les raisons liées à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues reflètent souvent des efforts déployés pour échapper à des émotions négatives, à l'insatisfaction à l'égard de soi-même ou à d'autres facteurs de stress liés à des problèmes familiaux complexes, à des problèmes de besoins fondamentaux ou à d'autres facteurs sociaux. On considère souvent le fait « d'avoir de l'argent » comme une raison de continuer à consommer puisqu'on associe le fait de ne « pas en avoir » à un sentiment de désespoir et à la volonté de « faire n'importe quoi » pour se procurer de l'alcool et d'autres drogues. Afin de trouver de l'argent pour continuer de consommer, les jeunes volent habituellement des amis, des membres de leur famille et d'autres personnes, vendent de la drogue et se prostituent. De tels comportements aboutissent

souvent à la perte du soutien personnel de tiers, au rejet par leurs amis et les membres de leur famille et à la marginalisation.

4.3.2 Influences des pairs

L'influence des pairs est considérée comme un défi majeur auquel font face les jeunes qui essaient de moins consommer. Les participants ont insisté sur le fait que l'usage de l'alcool et d'autres drogues est un style de vie que partagent des amis et que la réduction de la consommation ou l'abstinence obligent l'intéressé à se dissocier de ses pairs actuels. On a souvent établi un lien entre la décision de ne pas consommer et le rejet par les pairs, voire des menaces à la sécurité personnelle. L'établissement de liens avec des pairs qui ne consomment pas est considéré comme un défi majeur, reconnu comme une étape importante à franchir pour adopter d'autres habitudes de vie et faire d'autres choix.

4.3.3 Antécédents de violence, de traumatismes et de problèmes familiaux complexes

Les participants ont révélé que beaucoup de jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ont été victimes de violence physique, affective ou sexuelle. On a mentionné les traumatismes, une perte importante et le deuil comme des facteurs qui contribuent à l'initiation à l'usage de l'alcool et d'autres drogues et à l'apparition de problèmes avec l'usage. Dans beaucoup de cas, on a établi un lien entre des expériences traumatisantes et tout un éventail de relations familiales stressantes et complexes qui ont pu exacerber ces expériences.

4.3.4 Désengagement des activités scolaires ou du travail

Les participants ont signalé que l'intoxication et l'usage de l'alcool et d'autres drogues empêchent souvent de réussir à l'école et au travail. L'usage prolongé peut nuire à la participation aux routines quotidiennes structurées et entraîner par la suite le retrait de l'école ou du travail. Les autorités scolaires ou des employeurs peuvent aussi demander à l'intéressé de partir. La réintégration à l'école après des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues était considérée comme particulièrement difficile.

4.3.5 Exposition à l'usage de l'alcool et d'autres drogues par des membres de la famille ou des personnes plus âgées

Les participants ont signalé que les jeunes sont souvent influencés par des personnes plus âgées, y compris des frères et sœurs, des parents et d'autres jeunes. Les périodes de transition du niveau secondaire intermédiaire ou du premier cycle à celui du deuxième cycle entraînent souvent une exposition accrue à des jeunes plus âgés qui font usage de l'alcool et d'autres drogues, de même qu'une diminution de la surveillance assurée par le personnel scolaire et les parents.

4.3.6 Baisse de l'espoir et de l'estime de soi

À cause de la complexité des enjeux auxquels font face les personnes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues, les participants ont insisté sur le fait que beaucoup de jeunes ne croient pas que des changements positifs soient possibles dans leur vie actuelle.

Le sentiment de désespoir est souvent conjugué à des sentiments de dépression et à une diminution de la valeur de soi et du respect de soi.

4.3.7 Stigmate fondé sur le sexe social

Des jeunes femmes qui ont participé aux discussions ont signalé que le stigmate rattaché à l'usage de l'alcool et d'autres drogues est plus

lourd pour les femmes que pour les hommes. Elles ont mentionné des expériences au cours desquelles des professionnels de la santé et du droit ont manqué de respect à l'égard de jeunes femmes. Elles ont insisté sur le fait que les jugements et les présomptions à leur endroit ou à celui de leurs pairs étaient souvent injustifiés ou sans raison d'être.

4.4 Intervention précoce

« Il n'y a rien à faire pour les enfants le jour, après l'école ou le soir. C'est tellement ennuyant qu'ils commencent à prendre de la drogue et les jeunes suivent les plus âgés. »

« Lancer de nouvelles activités, essayer de nouvelles choses. Élargir l'expérience des jeunes au-delà de la collectivité (qui fait usage de drogues). »

« Nous avons besoin de règles flexibles et d'espace pour bouger. »

« Les personnes à qui je faisais confiance, avec qui je me tenais, ont déclaré que j'en faisais trop. »

« Retarder le début de l'usage. Intervenir tôt. »

« Déterminer leurs talents. Même s'ils consomment, ils ont un talent. Il suffit de le trouver. De signaler ce qu'ils font de bien. De remarquer ce qui est bon. »

« La force est un moyen antidrogue... utiliser ses forces pour « planer » naturellement.

On a demandé aux participants d'indiquer les principaux services, moyens de soutien ou interventions qui pourraient aider à intervenir plus rapidement pour aider les jeunes et à éviter l'apparition d'un problème durable d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Nous résumons ici les principaux thèmes et indiquons combien de groupes de discussion ont approuvé chacun d'entre eux :

- offrir des possibilités d'échanges ouverts et positifs au sujet de l'usage de l'alcool et d'autres drogues (6);
- faire participer les jeunes à des activités récréatives et de loisir très intéressantes (6);
- garantir l'accès à des sources positives de soutien social (5);
- intervenir auprès des adolescents plus jeunes (5);
- concentrer les efforts sur les points forts des jeunes (4).

4.4.1 Offrir des possibilités d'échanges ouverts et positifs au sujet de l'usage de l'alcool et d'autres drogues

Les participants ont insisté sur la valeur des échanges honnêtes d'information avec les éducateurs et les membres de la famille au sujet des conséquences de l'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ils considéraient le recours aux « tactiques d'effarouchement » et aux « mesures punitives » comme des moyens inefficaces d'amener les jeunes à dialoguer et considéraient souvent que ces méthodes contribuaient à alourdir les tensions et à accentuer l'aliénation dans les relations entre jeunes et adultes. Les participants ont aussi insisté sur le fait que ces échanges devraient inclure des possibilités pour les jeunes de faire entendre et respecter leurs points de vue en dépit de leurs choix et comportements courants.

4.4.2 Faire participer les jeunes à des activités récréatives et de loisir très intéressantes

Les participants ont affirmé que l'ennui et le manque d'activités récréatives ou de loisir intéressantes contribuent à la fois à l'initiation ou au maintien de l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Ils ont décrit des activités auxquelles les jeunes pourraient participer, telles que le camping, les aventures en milieu sauvage, les sports de plein air organisés, des activités à l'intérieur telles que le billard et le ping-pong, les arts et la musique, ainsi que des excursions communautaires ou des occasions de bénévolat. Les participants considèrent que la participation des jeunes à des activités sociales structurées avec d'autres jeunes aide à fournir un soutien social positif et à promouvoir les comportements prosociaux.

4.4.3 Garantir l'accès à des sources positives de soutien social

Pour prévenir l'apparition de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues ou pour le réduire, les participants ont insisté sur l'importance d'avoir accès au soutien social positif. Chez les jeunes femmes, on a mis l'accent sur l'existence de points positifs de contact avec la famille immédiate ou élargie. Le fait d'avoir des adultes attentifs en contexte scolaire ou communautaire aide à appuyer des changements positifs de comportements ou d'habitudes de vie. De telles relations constituent aussi des sources de commentaires et de conseils auxquels on fait confiance.

4.4.4 Intervenir auprès des adolescents plus jeunes

Les participants ont insisté sur l'importance d'intervenir plus tôt auprès des jeunes, et en particulier des adolescents qui ont commencé à faire l'essai de l'alcool et d'autres drogues au niveau secondaire intermédiaire ou du premier cycle. Les politiques d'exclusion et leurs conséquences sont considérées comme des moyens inefficaces de susciter des changements positifs des comportements de consommation chez les jeunes. Les participants ont souligné qu'il vaut la peine de prendre le temps d'écouter les jeunes, de communiquer et d'établir un rapport avec eux.

4.4.5 Concentrer les efforts sur les points forts des jeunes

Les interventions précoces auprès des jeunes devraient viser avant tout à déterminer et à utiliser leurs compétences, ce qui peut obliger à explorer leurs préférences, leurs intérêts, leurs

forces et leurs aspirations. Les participants ont insisté sur le fait que la convergence sur les

points forts aide à établir des échanges positifs avec les jeunes et sert à accroître leur confiance en soi et leur estime de soi.

4.5 Stratégies d'approche

« Le personnel doit être réel pour nous aider. Les membres du personnel sont des personnes réelles : ils se mettent à notre place... ils se mettent à notre niveau pour parler. »

« L'approche légale est entièrement erronée. Il ne faut pas s'en tenir au livre. La police devrait nous parler au lieu de nous accuser. »

« Il faut beaucoup de temps pour avoir confiance dans quelqu'un et s'y habituer. »

« Parlez-moi, intéressez-vous à ce que j'ai à dire. »

« Ils ne nous imposent aucune pression... ils seront là lorsque nous serons prêts. »

On a demandé aux participants de décrire des façons efficaces d'approcher les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ou d'établir un contact avec eux. Voici les principales réponses et le nombre de groupes de discussion où l'on a abordé chaque thème :

- manifester un intérêt réel (7);
- maintenir des échanges constructifs et qui règlent des problèmes (6);
- prendre le temps d'établir une relation (5);
- aider les jeunes au bon moment (5);

- éviter de recourir aux sanctions seulement (3);
- aller où se trouvent les jeunes (2).

4.5.1 Manifester un intérêt réel

Les participants ont insisté sur le fait que les jeunes sont en général réceptifs aux approches dans le cadre desquelles ils jugent que les travailleurs des services d'approche sont sincères. L'authenticité en particulier est considérée comme un élément crucial dans l'établissement de la confiance avec les jeunes. Ils ont aussi indiqué que les membres du personnel de services d'approche qui ont vécu des circonstances semblables sont crédibles et sont plus acceptés par les jeunes.

4.5.2 Appuyer les échanges constructifs et qui règlent des problèmes

Les participants ont souligné l'importance pour les jeunes d'avoir accès à des sources de soutien social et de compréhension lorsqu'ils recommencent à faire usage de l'alcool et d'autres drogues ou consomment davantage. On considère que le fait d'avoir accès à des personnes avec lesquelles ils peuvent échanger en période de difficulté favorise la solution de problèmes.

4.5.3 Prendre le temps d'établir une relation

Les participants ont insisté sur le fait qu'il faut du temps pour établir une relation avec les jeunes. Il peut être nécessaire d'avoir des contacts fréquents avec les jeunes pendant des périodes prolongées pour gagner leur confiance. La nature de ces échanges doit reposer sur le respect mutuel et la bienveillance.

4.5.4 Aider les jeunes au bon moment

Les participants ont indiqué que les fournisseurs de services communautaires devraient être à l'écoute des besoins des jeunes, en particulier lorsque ceux-ci demandent de l'aide ou se disent prêts à essayer de changer. Les fournisseurs doivent profiter du « créneau » qui s'offre ainsi à eux pour aider les jeunes à effectuer des changements positifs.

4.5.5 Éviter de recourir aux sanctions seulement

Le recours aux sanctions seulement pour régler les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ne réussit pas à amener les jeunes à changer. Les participants ont insisté sur le fait que le personnel scolaire, les services de police et les fournisseurs de services communautaires devraient adopter des stratégies qui favorisent l'établissement de liens personnels et positifs avec les jeunes.

4.5.6 Aller où se trouvent les jeunes

On a insisté sur l'importance d'apprendre à connaître les jeunes dans leur « propre milieu » et leurs lieux de rencontre dans la collectivité.

4.6 Services et liens communautaires

« La collectivité désapprouve les drogues — on se sent comme le mouton noir. Elle nous fait sentir coupable. »

« Regardez-moi comme si vous voulez me connaître, comme si vous vous intéressez à moi. Entendez ce que j'ai à dire. Je ne suis pas un monstre, je suis tout comme vous. »

« Nous commettons tous des erreurs et nous avons tous besoin d'aide — nous avons tous besoin de gens autour de nous. »

« Demandez aux jeunes ce qu'ils pensent. »

« Il faut que ce soit un endroit sécuritaire... Un endroit où l'on peut passer du temps. »

On a demandé aux participants d'indiquer des services et des moyens de soutien communautaires précis qu'il faudrait mettre à la disposition des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ils ont mis en évidence tout un éventail d'interventions clés qui pourraient renforcer les liens avec les jeunes dans leur collectivité, les voici :

- fournir aux jeunes des lieux de rencontre sécuritaires et positifs (7);
- fournir des expériences d'éducation pratiques et significatives (5);
- créer des réseaux de soutien positif de pairs (5);
- fournir des services d'aide à la transition et de traitement axés sur les jeunes (4);
- aider les membres de la collectivité à mieux comprendre et apprécier les jeunes (4);

4.6.1 Fournir aux jeunes des lieux de rencontre sécuritaires et positifs

Le manque d'accès aux centres locaux de loisirs ou des jeunes, en particulier pour ceux qui vivent en région rurale, a soulevé des préoccupations. Les participants ont indiqué que les installations des agglomérations urbaines ont souvent des politiques et des règles qui ne permettent pas aux jeunes de se rassembler ou de se réunir. Pour être à l'écoute des besoins des jeunes, ils ont insisté sur l'importance de leur permettre de s'exprimer et de faire preuve de leadership dans l'organisation et l'exécution de programmes communautaires d'activités récréatives. Les lieux où se déroulent ces programmes devraient offrir des activités le jour et le soir, et être reconnus comme des endroits sécuritaires pour tous les jeunes.

4.6.2 Fournir des expériences d'éducation pratiques et significatives

Les participants ont insisté sur l'importance d'offrir aux jeunes des expériences d'éducation qui les encouragent à rester à l'école. Les programmes scolaires devraient inclure de l'aide scolaire individuelle, des activités d'apprentissage pratique, des connaissances pratiques élémentaires et des possibilités de participer à des programmes d'apprentissage (les métiers) ou à des expériences d'apprentissage en mode coopératif. Idéalement, ces programmes devraient être personnalisés de façon à répondre aux besoins individuels des jeunes, et viser à bâtir sur leurs intérêts et leurs points forts.

4.6.3 Créer des réseaux de soutien positif de pairs

Pour appuyer les changements positifs de comportement, les participants ont reconnu l'importance pour les jeunes d'avoir des relations réelles avec des pairs qui ne consomment pas. Le sentiment de « ne pas être seul » et le fait d'avoir des amis qui ont des intérêts communs sont des facteurs importants.

4.6.4 Fournir des services d'aide à la transition et de traitement axés sur les jeunes

Les participants ont mentionné des exemples de jeunes qui avaient des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues et avaient suivi, dans la collectivité ou en résidence, des programmes de réadaptation conçus pour les adultes. Ils ont insisté sur l'importance d'élaborer des programmes de lutte contre l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et des problèmes connexes axés spécifiquement sur les jeunes, tels que des programmes de désintoxication, des services de traitement en résidence, des refuges et des services d'hébergement de transition.

4.6.5 Aider les membres de la communauté à mieux comprendre et apprécier les jeunes

Des participants ont insisté sur le fait que les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues se sentent souvent jugés et mal compris par les membres de la collectivité en général. Ils ont affirmé que les membres de la collectivité devaient attacher de la valeur aux jeunes et favoriser leurs possibilités de réussir et d'apporter des contributions positives à d'autres personnes.

Énoncés des meilleures pratiques

La présente section expose les énoncés des meilleures pratiques associées à la prestation aux jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues de services d'intervention précoce, d'approche et d'établissement de liens avec la collectivité. Ces énoncés reflètent la convergence des principales idées tirées de la recherche et d'entrevues menées par des experts clés auprès de fournisseurs de services ou de groupes de discussion de jeunes qui ont déjà eu des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Pendant que les recherches se poursuivent, il faudra revoir ces énoncés et les modifier pour qu'ils reflètent les nouvelles connaissances réunies. L'Annexe B cite les sections du document qui appuient chaque énoncé de meilleure pratique. Les énoncés des meilleures pratiques sont classés en fonction des enjeux suivants de la prestation des services :

- le renforcement des orientations de prestation de services;
- les considérations axées sur les clients;
- les processus de dépistage;
- l'intervention précoce;
- l'approche;
- les moyens de soutien communautaires pertinents;
- la coordination et intégration des approches communautaires.

5.1 Renforcement des orientations de prestation de services

5.1.1 Modèle de la réceptivité au changement

Le modèle des stades du changement de Prochaska et DiClemente est reconnu comme un cadre pratique qui permet de comprendre et d'évaluer la réceptivité au changement. Ce modèle appuie la création d'échanges fondés sur la collaboration avec les jeunes qui en sont à divers stades de la réceptivité au changement, et est appliqué de concert avec des stratégies de brèves interventions et d'entrevue motivationnelle.

5.1.2 Méthodes fondées sur les forces

Les approches fondées sur les forces visent à promouvoir des orientations vers des changements positifs en reconnaissant et mettant à contribution les forces des jeunes, de leur famille respective et de la collectivité. Les méthodes fondées sur les forces aident à faire participer et interviewer des populations de jeunes à risque élevé.

5.1.3 Perspectives des jeunes

Il faut amener les jeunes à s'exprimer et à utiliser leurs techniques de leadership lorsqu'on organise et offre des programmes et des services communautaires axés sur eux. Il faut tenir compte des commentaires de non-usagers, ainsi que de ceux qui sont exposés à faire un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues.

5.1.4 Services spécifiques aux jeunes

Dans certaines administrations, les jeunes ont accès uniquement à des interventions axées sur les adultes. Les fournisseurs de services doivent s'efforcer d'adopter des services d'approche et d'intervention précoce à l'écoute des besoins des jeunes sur le plan du développement. Lorsqu'un jeune demande de l'aide ou se dit réceptif au changement, les fournisseurs de services doivent saisir cette « occasion » et fournir rapidement des services qui s'adressent spécifiquement aux jeunes.

5.1.5 Politiques inclusives ou exclusives

Les stratégies inclusives qui convergent sur l'établissement de relations et qui intègrent l'influence des adultes ou de pairs positifs favoriseront le sentiment d'appartenance et d'attachement à l'école et à la collectivité chez les jeunes. Les politiques exclusives et les sanctions utilisées seules ne réussissent pas à inciter des changements positifs chez les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues ou à établir un lien entre eux et des services d'intervention dont ils ont besoin.

5.2 Considérations axées sur les clients

5.2.1 Antécédents de violence et de traumatismes

On a établi un lien positif entre des antécédents de violence et de traumatismes sexuels et physiques et l'initiation précoce et l'apparition de tendances à la consommation problématique chez les jeunes. Il faudrait mettre des services de counseling à la disposition des jeunes et des membres de leur famille, le cas échéant, afin d'éviter que des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues fassent leur apparition ou s'aggravent.

5.2.2 Besoins fondamentaux

Il faudrait conjuguer les services d'intervention précoce à des ressources ou des moyens de soutien adéquats pour répondre aux besoins fondamentaux, y compris le besoin de logement, de vêtements, d'aliments et de logement de transition, particulièrement pour les jeunes itinérants et les jeunes de la rue. Sinon, il est probable que les efforts d'intervention seront menottés et que l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues continuera.

5.2.3 Influences des pairs

La consommation moindre d'alcool et d'autres drogues par les pairs peut en réduire la disponibilité, réduire le renforcement social de l'usage et fournir des modèles de comportements plus sains. Même s'il est difficile d'établir des contacts avec de nouveaux pairs, il importe d'offrir aux jeunes des possibilités de se livrer à des activités sociales

avec des pairs qui ne consomment pas et de leur permettre de faire des choix plus sains dans leurs habitudes de vie quotidienne.

5.2.4 Troubles concomitants de santé mentale

Les données actuelles indiquent que les interventions efficaces pour les jeunes doivent prévoir une approche intégrante des problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ces interventions obligent à établir un seul point d'entrée pour l'évaluation et un service coordonné de réponse axé sur l'inclusion des membres de la famille lorsque c'est approprié.

5.2.5 Sensibilité à la culture

Les obstacles aux interventions auprès de jeunes dont les caractéristiques ethnoculturelles sont diverses comprennent le stigmatisme associé à la divulgation de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, le manque d'ouverture à l'intervention des fournisseurs de services de l'extérieur et les obstacles linguistiques. Pour s'attaquer à ces obstacles, on recommande notamment de faire des efforts pour approcher les jeunes et leur famille, de fournir des services dans la langue du client et de sensibiliser davantage les fournisseurs de services aux valeurs et à la culture de certains groupes ethniques en particulier.

5.2.6 Jeunes Autochtones

Dans l'exécution d'interventions contre l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues

auprès de jeunes Autochtones, il importe d'évaluer l'importance des valeurs spirituelles et des traditions pour la population visée afin d'assurer la convergence culturelle. Les interventions précoces peuvent intégrer les traditions et les pratiques culturelles (les légendes, les contes), conjuguant ainsi des exemples familiaux et communautaires positifs dans le processus de planification, et intégrant les activités artisanales et récréatives afin de présenter des orientations positives pour le changement et de les renforcer.

5.2.7 Jeunes en conflit avec la loi

Il faudrait entreprendre des activités d'intervention précoce « aux premières lignes » du système de justice lorsque les jeunes ont leurs premiers contacts avec les autorités judiciaires. Il faudrait alors entreprendre des activités de dépistage et d'évaluation afin de définir les problèmes d'usage de l'alcool ou d'autres drogues ou de santé mentale comme élément de l'avertissement, de la déjudiciarisation ou de la détermination de la peine dans la collectivité.

5.3 Processus de dépistage

5.3.1 Rôle des fournisseurs de services communautaires

Les membres du personnel des services d'urgence, les spécialistes de la santé et d'autres fournisseurs de services communautaires sont dans une position sans pareille pour repérer les tendances problématiques de consommation chez les jeunes. Il faudrait intégrer des questions sur l'usage de l'alcool et d'autres drogues dans les protocoles de dépistage suivis en santé et en réadaptation.

5.3.2 Domaines de recherche pour le dépistage

Les méthodes de dépistage ne doivent pas se limiter à l'étude des tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues. D'autres renseignements portant sur des aspects de la vie du jeune peuvent jouer un rôle crucial lorsqu'il s'agit de comprendre la dynamique qui sous-tend l'usage problématique courant. La recherche peut porter sur le fonctionnement de la famille, les influences des pairs, les résultats scolaires, les domaines de stress et d'adaptation, ainsi que sur la réceptivité aux changements.

5.4 Intervention précoce

5.4.1 Intervention précoce auprès des jeunes adolescents

Les efforts d'intervention précoce doivent viser les écoles secondaires intermédiaires et du premier cycle. Les périodes de transition de l'école secondaire intermédiaire ou du premier cycle vers le niveau du deuxième cycle entraînent souvent une exposition accrue aux jeunes plus âgés qui font usage de l'alcool et d'autres drogues et une diminution de la surveillance exercée par le personnel scolaire et les parents.

5.4.2 Brèves interventions

De récentes recherches appuient l'utilisation de stratégies de brèves interventions lorsqu'il s'agit de travailler auprès d'adolescents qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Ces méthodes comportent en général un nombre limité de séances d'aide et des approches cognitivocomportementales, les concepts de l'entrevue motivationnelle et une convergence sur les capacités et les forces des clients.

5.4.3 Interventions auprès de groupes

On améliore les interventions précoces auprès de groupes en y intégrant des activités de nature culturelle, en appliquant des approches axées sur la discussion et en utilisant des incitatifs (les aliments ou les collations gratuits) ou d'autres raisons socialement acceptables de participer à un programme. Même si les approches auprès de petits groupes qui mettent à contribution de jeunes pairs aident à réduire l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues, des recherches indiquent que des associations de pairs pourraient aussi contrer de tels efforts. Il faut agir avec prudence lorsqu'on regroupe des jeunes qui ont des comportements très risqués parce que le temps non structuré peut renforcer les tendances existantes à l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues.

5.5 Approche

5.5.1 Lieux et périodes d'approche

Les activités d'approche devraient viser avant tout à rencontrer les jeunes dans leur environnement naturel et leurs contextes communautaires où ils passent du temps régulièrement avec leurs pairs. Les coins de rue, les cafés, les centres d'accueil, les parcs, les refuges, les hôpitaux, les milieux de garde, les activités et les programmes scolaires sont au nombre des points de contact. Un service mobile (p. ex., la fourgonnette) qui établit des contacts à divers endroits peut atteindre les jeunes dans les régions rurales ou plus isolées. L'approche est des plus efficaces lorsque les heures de travail peuvent être flexibles et que les activités se déroulent tant le soir qu'en fin de semaine, et lorsqu'elles permettent de multiples contacts.

5.5.2 Compétences des travailleurs des services d'approche

Les travailleurs des services d'approche doivent pouvoir communiquer efficacement avec la population visée de jeunes et démontrer qu'ils comprennent les étapes du développement. Il est aussi avantageux qu'ils aient de l'expérience personnelle dans le contexte ou à l'endroit d'approche visé, ainsi qu'une formation spécialisée en toxicomanie, en santé mentale et en techniques d'entrevue motivationnelle.

5.5.3 Activités d'approche préliminaires

Les activités d'approche préliminaires doivent viser avant tout à gagner la confiance et à favoriser les échanges positifs entre les jeunes et les travailleurs des services d'approche. Les premiers contacts avec les jeunes doivent être non menaçants, respectueux et comporter de brèves conversations à la bonne franquette étalées sur de fréquentes rencontres.

5.5.4 Activités de suivi, d'approche et d'intervention

À mesure qu'on établit des relations avec les jeunes, les échanges peuvent alors commencer à comporter un plus vaste éventail d'efforts d'intervention précoce et notamment les suivants : chercher à faire mieux connaître les risques que pose l'usage continu de l'alcool et d'autres drogues; le dépistage de problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de l'alcool et d'autres drogues; l'établissement de liens entre les jeunes et les services qui répondent aux besoins fondamentaux en logement, nourriture et vêtements, et en soins de santé; et trouver des moyens de soutien communautaires qui aident à appuyer de petits changements positifs.

5.6 Moyens de soutien communautaires pertinents

5.6.1 Organismes axés sur les jeunes

Les organismes sans but lucratif et les clubs de bienfaisance de la collectivité qui se concentrent sur la participation des jeunes et de la famille ont un rôle pivot à jouer lorsqu'il s'agit d'organiser des façons efficaces d'atteindre les jeunes. Il est possible de mettre en œuvre des activités d'approche et d'intervention précoce en collaboration avec des organismes communautaires là où les jeunes reçoivent déjà des services.

5.6.2 Options et politiques sur le logement

Beaucoup d'administrations n'ont pas accès à des programmes de refuge d'urgence ou à des options résidentielles de plus longue durée visant à répondre aux besoins des jeunes. Les maisons de chambres disponibles sont souvent non réglementées et peuvent être dangereuses pour les jeunes. Les problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues peuvent souvent y être plus fréquents, ce qui expose davantage les jeunes aux toxicomanies et aux problèmes connexes. Les fournisseurs de services et les dirigeants communautaires doivent collaborer pour s'attaquer aux lacunes sur le plan des politiques ou des services qui ont trait aux possibilités de logement sécuritaires pour les jeunes.

5.6.3 Collaboration avec la famille

Les activités d'intervention précoce devraient mettre à contribution les membres de la famille des jeunes en cause lorsque c'est approprié pour

s'attaquer à leur usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. Les stratégies à suivre pour aider les familles comprennent les méthodes de communication efficaces, l'éducation sur les tendances, les signes et les caractéristiques fondamentales de l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les adolescents, les stades du changement et la solution de problèmes. Les membres de la famille des jeunes peuvent les aider en les amenant à des rendez-vous, en veillant à ce que l'on réponde à leurs besoins fondamentaux et en surveillant les adolescents plus jeunes. Il faudrait offrir un accès opportun à des services de counseling pour les jeunes et les membres de leur famille.

5.6.4 Stratégies scolaires

Les stratégies scolaires de lutte contre l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes doivent comporter de multiples éléments y compris les membres du personnel et les étudiants, le counseling individuel, les interventions en petits groupes et les politiques et procédures d'évaluation, d'aiguillage et de soutien des étudiants.

5.6.5 Mentorat des jeunes

On a établi un lien entre des programmes de mentorat pour les jeunes et des augmentations de la participation aux activités scolaires, une réduction des liens avec des pairs négatifs et une amélioration de la capacité à refuser de faire usage de l'alcool et d'autres drogues. Lorsqu'on établit des relations de mentorat, il est crucial notamment de créer un environnement

sécuritaire et confortable tant pour le jeune que pour l'adulte, de trouver des intérêts communs et d'avoir des moyens de résoudre les difficultés ou de relever les défis que pose la solution de problèmes.

5.6.6 Activités récréatives et de loisir

Les activités récréatives offrent des possibilités structurées d'établir des liens avec des jeunes, et contribuent à élargir et à renforcer les intérêts que les jeunes portent aux activités communautaires, et des relations qu'il est possible de maintenir avec le temps.

5.7 Coordination et intégration des approches communautaires

5.7.1 Collaboration avec les services scolaires

Les établissements scolaires peuvent servir de centres de prestation de services coordonnés à l'intention des jeunes et de leur famille. Les services scolaires peuvent inclure le soutien des services locaux de police et de santé mentale, des conseillers en toxicomanie et d'autres fournisseurs de services qui représentent tout un éventail de programmes de santé et de services sociaux.

5.7.2 Stratégies d'engagement scolaire

Il est important de réintéresser les jeunes à l'école à la suite de problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues lorsqu'on veut resserrer leurs liens avec la collectivité et répondre à leurs besoins d'apprentissage. On peut les inciter davantage à retourner à l'école et à y rester en leur offrant de l'aide scolaire individuelle, du mentorat, des activités d'apprentissage pratique, en leur donnant des cours de connaissances pratiques élémentaires et en leur offrant des possibilités de participer à des expériences d'apprentissage (p. ex., les métiers) ou de formation en mode coopératif dans la collectivité.

5.7.3 Échanges d'information

Les échanges d'information entre fournisseurs de services aident à les sensibiliser davantage à la capacité éventuelle de prestation de services et aux possibilités d'établir dans la collectivité des stratégies de prestation de services marqués par la coordination et la collaboration. Ces échanges peuvent inclure la création de répertoires de services régionaux décrivant les services axés sur les jeunes et la famille, l'organisation de foires et de salons communautaires où les fournisseurs de services peuvent présenter leurs services, et l'organisation de séances de planification dans toute la collectivité afin de s'attaquer aux lacunes des politiques ou aux préoccupations.

5.7.4 Pratiques de gestion de cas

On a appliqué des stratégies de gestion de cas afin de réduire les obstacles associés à l'accessibilité aux services, et d'encourager l'établissement de liens positifs avec la collectivité. Les gestionnaires de cas devraient veiller à ce que les plans communautaires soient coordonnés et personnalisés de façon à répondre aux besoins particuliers des jeunes et à leurs circonstances.

5.7.5 Stratégies de prestation de services axées sur la coordination et la collaboration

L'établissement de méthodes de prestation, à l'intention des jeunes, de services axés sur la coordination et la collaboration peut réduire le double emploi au niveau des services, et offrir des possibilités d'intégrer des efforts d'intervention. Les services doivent établir des protocoles d'admission, d'évaluation et d'aiguillage communs; de consultation interagences, de communication et de planification de cas; d'entente pour appuyer la prestation de services uniformes; de coopération entre les membres du personnel des organismes; et de colocalisation et de co-installation des services des premières lignes.

5.7.6 Consultation sur l'usage de l'alcool et des drogues, et sensibilisation de la communauté

Des membres du personnel des services de lutte contre les toxicomanies devraient être disponibles pour donner des conseils à d'autres fournisseurs de services qui ont régulièrement des contacts avec des jeunes à risque de faire un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues. La consultation peut inclure des séances structurées de perfectionnement professionnel ou des consultations individuelles portant sur tout un éventail de sujets, y compris les tendances à l'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes, les méthodes de dépistage et les problèmes concomitants de santé mentale. Dans les activités communautaires d'approche et d'intervention précoce, il importe d'informer les fournisseurs de services et d'autres membres de la collectivité au sujet des besoins des jeunes qui font un usage problématique de l'alcool et des drogues afin de dissiper les stéréotypes et de préparer davantage les membres de la collectivité à chercher à communiquer avec eux.

5.7.7 Évaluation

Il faut revoir périodiquement les programmes d'intervention précoce et d'approche afin d'en déterminer l'efficience et l'efficacité.

Recherches futures

Les résultats du présent projet ont mis en évidence des lacunes précises aux niveaux de la recherche et des connaissances sur l'intervention précoce, l'approche et les liens avec la collectivité pour les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues. Voici un résumé de ces aspects :

Jeunes et orientation sexuelle

On estime que 10 % de la population peut être constituée de personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles, transgenres ou en questionnement (LGBTQT) (CCLAT, 2006). Il y a très peu de recherches qui ont porté avant tout sur les besoins des jeunes de ces populations ou sur des façons efficaces de répondre aux besoins de ceux qui font un usage problématique de l'alcool et d'autres drogues (Noell et Ochs, 2001).

Stratégies d'intervention précoce basées sur Internet

Des théoriciens ont insisté sur les avantages que pourrait offrir l'intégration d'un contenu motivationnel à des approches basées sur Internet afin d'intervenir tôt auprès des jeunes. D'autres recherches s'imposent pour explorer plus à fond l'efficacité possible de stratégies d'intervention précoce qui utilisent des applications basées sur Internet.

Références bibliographiques

- AADAC. (2003). Adolescent substance and gambling use. The Alberta Youth Experience Survey (TAYES) 2002 summary report. Edmonton Alb. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/StudentStatistic.htm.
- AADAC. (2004). Crystal meth and youth: Effective treatment and prevention practices. Extrait le 15 janvier 2008 de http://www.aadac.com/documents/crystal_meth_and_youth.pdf
- AADAC. (2006). The Alberta Youth Experience Survey (TAYES) 2005 summary report. Edmonton Alb. Extrait le 15 janvier 2008, de http://corp.aadac.com/content/corporate/research/TAYES05_summary_report.pdf
- Adlaf, E.M., Begin, P., et Sawka, E. (Éds.). (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Adlaf, E.M. et Paglia-Boak, A. (2005). Ontario Student Drug Use Survey highlights: Drug use among Ontario students—1977–2005. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/StudentStatistic.htm
- Adlaf, E.M. et Paglia, A. (2003). Drug use among Ontario students 1977 01502003. Detailed OSDUS findings. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999–2003*. Ministère de la Santé. N° HP5-15/2006F au catalogue.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 609–621.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition. (DSM-IV)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2001). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, texte révisé (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Anderson, R.L. et Glitter, J. (2005). Unmet need for community-based mental health and substance use treatment among rural adolescents. *Community Mental Health Journal*, 41(1), 35–49.
- Armstrong, T.D. et Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric co-morbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1224–1239.
- Association des centres de santé de l'Ontario. (1999) *Best practices: A new name for an old idea*. Document de discussion. Extrait le 4 février 2005 de www.aohc.org/Articles/Discussion_Paper_11.doc

- Baer, J.S. et Peterson, P.L. (2002). Motivational interviewing for adolescents and young adults. Dans W.R. Miller et S. Rollnick (dir.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (p. 320–332). New York : Guilford Press.
- Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Blume, A.W., McKnight, P. et Marlatt, G.A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health, 91*, 1310–1316.
- Bailey, K.A., Baker, A.L., Webster, R.A. et Lewin, T.J. (2004). Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug and Alcohol Review, 23*(2), 157–166.
- Ballon, B.C., Courbasson, C.M.A. et Smith, P.D. (2001). Physical and sexual abuse issues among youths with substance use problems. *Revue canadienne de psychiatrie, 46*, 617–621.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C. et Feighner, J.A. (2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics, 106*(4), 792–797.
- Bodnarchuk, J., Patton, D. et Rieck, T. (2006). Adolescence without shelter: A comprehensive description of issues faced by street youth in Winnipeg. Winnipeg : Fondation manitobaine de lutte contre la dépendance.
- Boivin, J.-F., Roy, E., Haley, N. et Galbaud du Fort, G. (2005). The health of street youth: A Canadian perspective. *Revue canadienne de santé publique, 96*(6), 432–437.
- Bonomo, Y.A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J.B. et Patton, G.C. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: A cohort study over seven years. *Addiction, 99*, 1520–1528.
- Borsari, B. et Carey, K. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 728–733.
- Boyd-Ball, A.J. (2003). A culturally responsive, family-enhanced intervention model. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27*(8), 1356–1360.
- Bray, J.H., Adams, G.J., Getz, J.G. et Baer, P.E. (2001). Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: A growth curve approach. *Journal of Family Psychology, 15*(2), 301–314.
- Brown, S.A. et D’Amico, E.J. (2001). Outcomes of alcohol treatment for adolescents. *Recent Developments in Alcohol, 15*, 307–327.
- Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E. et Delis, D.C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24*(2), 164–171.
- Burke, P.J., O’Sullivan, J. et Vaughan, B.L. (2005). Adolescent substance use: Brief interventions by emergency care providers. *Pediatric Emergency Care, 20*(11), 770–776.
- Caputo, T., Weiler, R. et Green, L. (1996). *Initiative de pairs aidants pour les jeunes marginaux*, Ottawa : Santé Canada.
- Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies. (n.d.(a)) Profil canadien 1999. Extrait le 26 mars 2006 de <http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/CanadianProfile1999.htm>
- Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies. (n.d.(b)) Jeunes, exposé général. Extrait le 5 mai 2006 de <http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Topics/Populations/YouthOverview.htm>

- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2006). Exposé général sur les LGBTTTBIQ. Extrait le 7 juin 2006 de <http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Topics/Populations/LGBTTTIQOverview.htm>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2005). Enquête sur les campus canadiens 2004. Faits saillants.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2004). L'ETC fait état d'une augmentation de la consommation excessive d'alcool et de cannabis chez les jeunes. *Action Nouvelles*, xiv(4), 1–4.
- Chung, T. et Martin, C. S. (2001) Classification and course of alcohol problems among adolescents in addictions treatment programs. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 1734–1742.
- Clark, D. (2004). The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 5–22.
- Coleman, H., Charles, G., et Collins, J. (2001). Inhalant use by Canadian Aboriginal youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10(3), 1–20.
- Collaborative Community Health Research Centre. (2002). *Research review of best practices for provision of youth services*. Rapport au ministère du Développement de l'enfance et de la famille de la C.-B. Université de Victoria.
- Cook, L.S. (2001). Adolescent addiction and delinquency in the family system. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 151–157.
- Crome, I. et Bloor, R. (2005). Substance misuse and psychiatric co-morbidity in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(4), 435–439.
- D'Amico, E.J., McCarthy, D.M., Metrik, J. et Brown, S.A. (2004). Alcohol-related services: Prevention, secondary intervention, and treatment preferences of adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 14(2), 61–80.
- D'Amico, E.J., Metrik, J., McCarthy, D.M., Frissell, K.C., Appelbaum, M. et Brown, S.A. (2001). Progression into and out of binge drinking among high school students. *Psychology of Addictive Behavior*, 15, 341–349.
- Deas, D., Riggs, P., Langenbucher, J., Goldman, M. et Brown, S. (2000). Adolescents are not adults: Developmental considerations in alcohol users. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 24, 232–237.
- Deguire, A.E. (2005). *Fiche de renseignements : La méthamphétamine*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Dell, C.A. et Beauchamp, T. (2006). *FAQ sur l'abus de solvants volatils chez les jeunes*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Dell, C.A. et Garabedian, K. (2003). *Réseau communautaire canadien d'épidémiologie et des toxicomanies (RCCET), Rapport national de 2002 : Les tendances en toxicomanie et le réseau du RCCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- DeMatteo, D., Major, C., Block, B., Coates, R., Fearon, M., Goldberg, E., King, S.M., Millson, M., O'Shaughnessy, M. et Read, S.E. (1999). Toronto street youth and HIV/AIDS: Prevalence, demographics and risks. *Journal of Adolescent Health*, 25(5), 358–366.
- Dembo, R. et Walters, W. (2003). Innovative approaches to identifying and responding to the needs of high risk youth. *Substance Use and Misuse*, 38(11-13), 1713–1738.
- Développement des ressources humaines Canada. (2006). *Update of the Greater Moncton Homelessness Plan*. Document interne du gouvernement.

- Dishion, T.J., McCord, J. et Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755–764.
- Dunn, C., Deroo, L. et Rivara, F.P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.
- Eckstein, B. (2005). New Brunswick Intensive Support Program. Dans B. Morrison, C. Doucet et M. LeBlanc (dir.), *New Brunswick perspectives on crime prevention: Promising practices for children, youth and families* (pp. 79–99). Kentville N.-É. : Gaspereau Press.
- Edwards, R.W., Jumper-Thurman, P., Plested, B.A., Oetting, E.R. et Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28, 291–307.
- Elgar, F.L., Knight, J., Worrall, G.J. et Sherman, G. (2003). Behavioural and substance use problems in rural and urban delinquent youths. *Revue canadienne de psychiatrie*, 48(9), 633–636.
- Ellickson, P.L. et Morton, S.C. (1999). Identifying adolescents at risk for hard drug use: Racial/ethnic variations. *Journal of Adolescent Health*, 25, 382–395.
- Ellickson, P.L., Tucker, J.S., Klein, D.J. et Saner, H. (2004). Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Preventive Medicine*, 39, 976–984.
- Erickson, P.G. et Butters, J.E. (2005). How does the Canadian juvenile justice system respond to detained youth with substance associated problems? *Substance Use and Misuse*, 40(7), 953–973.
- Friedman, A., Terras, A. et Glassman, K. (2002). Multimodel substance use intervention program for male delinquents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11(4), 43–65.
- Gil, A.G., Wagner, E.F. et Tubman, J.G. (2004). Associations between early-adolescent substance use and subsequent young-adult substance use disorders and psychiatric disorders among a multiethnic male sample in South Florida. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1603–1609.
- Gleghorn, A.A., Clements, K.D. et Sabin, M. (1998). Elements of an intensive outreach program for homeless and runaway street youth in San Francisco. Dans J.B. Greenberg et M.S. Neumann (dir.): *What we have learned from the AIDS evaluation of street outreach projects*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Gouvernement du Yukon, Bureau de promotion des intérêts de la femme et ministère de l'Éducation. (2002). A Capella North 2 (ACN2) 2001. *Bulletin 5 Alcohol and Drugs* Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/
- Grant, B.F., Stinson, F.S. et Harford, T.C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse*, 13, 493–504.
- Grossberg, P.M., Brown, D.D. et Fleming, M.F. (2004). Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 474–480.
- Hawkins, E.H., Cummins, L.H. et Marlatt, G.A. (2004). Preventing substance abuse in American Indian and Alaska Native Youth: Promising strategies for healthier communities. *Psychological Bulletin*, 130(2), 304–323.
- Helmkamp, J.C., Hungerford, D.W., Williams, J.M. et al. (2003). Screening and brief intervention for alcohol problems among college students treated in a university hospital emergency department. *Journal of American College Health*, 52(1), 7–16.

- Hopfer, C.J., Khuri, E., Crowley, T.J. et Hooks, S. (2002). Adolescent heroin use: A review of the descriptive and treatment literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 231–237.
- Hulse, G.K., Robertson, S.L. et Tait, R.J. (2001). Adolescent emergency department presentations with alcohol- or other drug-related problems in Perth, Western Australia. *Addiction*, 96, 1059–1067.
- Hurdle, D.E., Okamoto, S.K. et Miles, B. (2003). Family influences on alcohol and drug use by American Indian youth: Implications for prevention. *Journal of Family Social Work*, 7(1), 53–68.
- Imagine Canada. (2006). Le bénévolat d'anciens délinquants. Toronto : Imagine Canada, Centre de développement des connaissances.
- Jenson, J.M. et Potter, C.C. (2003). The effects of cross system collaboration on mental health and substance abuse problems of detained youth. *Research on Social Work Practice*, 13(5), 588–607.
- Kelly, T.M., Cornelius, J.R. et Clark, D.B. (2004). Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 87–97.
- Kendall, P. et Kessler, R. (2002). The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: Policy implementations, comments, and recommendations. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 70, 1303–1306.
- Kirby, M.J.L. et Keon, W.J. (2004). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*. Extrait le 15 janvier 2008, de www.parl.gc.ca (Travaux des comités - Sénat - Rapports; 38^e Législature, 1^{re} session).
- Knight, J., Shrier, L., Bravender, T., Farrell, M., VanderBilt, J. et Shaffer, H. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, 591–596.
- Knight, J.R., Sherritt, L., Harris, S.K., Gates, E.C. et Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(1), 67–73.
- Knight, J., Sherritt, L., Shrier L., Harris, S.K. et Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156, 607–614.
- Koposov, R.A., Ruchkin, V.V., Eisemann, M. et Sidorov, P.I. (2005). Alcohol abuse in Russian delinquent adolescents: Associations with comorbid psychopathology, personality and parenting. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 254–261.
- Kuperman, S., Schlosser, S.S., Kramer Jr., Bucholz, K., Hesselbrock, V., Reich, T. et Reich, W. (2001). Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2022–2026.
- Kurtz, P.H., Lindsay, E.W., Jarvis, S. et Nackerud, L. (2000). How runaway and homeless youth navigate troubled waters: The role of formal and informal helpers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(5), 381–402.
- Landau, T.C. (1996). The prospects of a harm reduction approach among Indigenous people in Canada. *Drug and Alcohol Review*, 15, 393–401.

- Letters, P. et Stathis, S. (2004). A mental health and substance abuse service for a youth detention centre. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 126–129.
- Levy, S., Vaughan, B.L. et Knight, J.R. (2002). Office-based intervention for adolescent substance abuse. *Pediatric Clinics of North America*, 49, 329–343.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A. et Henderson, C.E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 49–63.
- Liu, J., Jones, B., Grobe, C., Balram, C. et Poulin, C. (2002). Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick. Points saillants. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/
- Lopez, B., Turner, R.J. et Saavedra, L.M. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 275–294.
- MacLean, S.J. et d'Abbs, P.H.N. (2002). Petrol sniffing in Aboriginal communities: A review of interventions. *Drug and Alcohol Review*, 21(1), 65–72.
- Maio, R.F., Shope, J.T., Blow, F.C., Copeland, L.A., Gregor, M.A., Brockmann, L.M., Weber, J.E. et Metrou, M.E. (2000). Adolescent injury in the emergency department: Opportunity for alcohol interventions? *Annals of Emergency Medicine*, 35, 252–257.
- Manning, V., Best, D., Rawaf, S., Rowley, J., Floyd, K. et Strang, J. (2001). Drug use in adolescence: The relationship between opportunity, initial use and continuation of use of four illicit drugs in a cohort of 14-16 year olds in South London. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 8(4), 397–405.
- Martinez, J., Bell, D., Dodds, S., Shaw, K., Siciliano, C., Walker, L.E., Sotheran, J.L., Sell, R.L., Friedman, L.B., Botwinick, G. et Johnson, R.L. (2003). Transitioning youths into care: Linking identified HIV-infected youth at outreach sites in the community to hospital-based clinics and or community-based health centers. *Journal of Adolescent Health*, 33S, 23–30.
- Masterman, P.W. et Kelly, A.B. (2003). Reaching adolescents who drink harmfully: Fitting intervention to developmental reality. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(4), 347–355.
- McCambridge, J. et Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39–52.
- McCambridge, J. et Strang, J. (2005). Deterioration over time in effect of motivational interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction*, 100(4), 470–478.
- McCreary Centre Society. (2004). *Healthy youth development: Highlights from the 2003 Adolescent Health Survey III*. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/

- McMorris, B.J., Tyler, K.A., Whitbeck, L.B. et Hoyt, D.R. (2002). Familial and 'on-the-street' risk factors associated with alcohol use among homeless and runaway adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(1), 34–43.
- Mills, K.L., Teeson, M., Darke, S., Ross, J. et Lynskey, M. (2004). Young people with heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 67–73.
- Millstein, S.G. et Marcell, A.V. (2003). Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. *Pediatrics*, 111(1), 114–122.
- Ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B. (2005). *Fetal alcohol spectrum disorder: A strategic plan for British Columbia*. Extrait le 15 janvier 2008, de <http://www.mcf.gov.bc.ca/fasd/index.htm>
- Ministère de la Sécurité publique du N.-B. (2000). *Intensive Support Program, Moncton*. Document interne du gouvernement.
- Ministère de la Sécurité publique du N.-B. (2004). *Provincial consultation on integrated service delivery for youth justice*. Document interne du gouvernement.
- Ministère des Services de santé, de santé mentale et de toxicomanie de la C.-B. (2004). *Crystal meth and other amphetamines: An integrated BC strategy*. Extrait le 15 janvier 2008, de <http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd>
- Molidor, C.E., Nissen, L.B. et Watkins, T.R. (2002). The development of theory and treatment with substance abusing female offenders. *Child Maltreatment*, 19(3), 209–225.
- Monahan, G. et Colthurst, T. (2001). Internet-based information on alcohol, tobacco, and other drugs: Issues of ethics, quality, and accountability. *Substance Use and Misuse*, 36(14), 2171–2180.
- Montgomery, S.B., Hyde, J., Johnson de Rosa, C., Rohrbach, L.A., Ennett, S., Harvey, S.M., Clatts, M., Iverson, E. et Kipke, M.D. (2002). Gender differences in HIV risk behaviours among young injectors and their social network members. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(3), 453–475.
- Monti, P., Colby, S., Barnett, N., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M., Wollard, R. et Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 989–994.
- Murnaghan, D. (2006). *Better practices model resource guide: Informing future researchers, policy makers and organizations*. Charlottetown : Université de l'Île-du-Prince-Édouard.
- Murray, L.F. et Belenko, S. (2005). CASASTART: A community-based, school-centered intervention for high-risk youth. *Substance Use and Misuse*, 40(7), 913–933.
- Nissen, L.B., Hunt, S.R., Bullman, S., Marmo, J. et Smith, D. (2004). Systems of care for treatment of adolescent substance use disorders: Background, principles and opportunities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(4), 429–438.
- Noell, J.W. et Ochs, L.M. (2000). Relationship of sexual orientation to substance use, suicidal ideation, suicide attempts, and other factors in a population of homeless adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 31–36.

- Nyamathi, A.M., Christiani, A., Winkokun, F., Jones, T., Strehlow, A. et Shoptaw, S. (2005). Hepatitis C virus infection, substance use and mental illness among homeless youth: A review. *AIDS, 19*(Suppl 3), s34–s40.
- ONUSIDA. (1999). Récapitulatif des meilleures pratiques dans le domaine du VIH/SIDA. Extrait le 14 mai 2006 de <http://data.unaids.org/Publications/ISC-pub02/JC-SummBookl-fr.pdf>
- O’Leary Tevyaw, T. et Monti, P.M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *Addiction, 99*(Suppl 2), 63–75.
- Patton, D., Mackay, T.L. et Broszeit, B. (2005). *Alcohol and other drug use by Manitoba students*. Manitoba High School Survey 2004. Winnipeg : Fondation manitobaine de lutte contre la dépendance. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/
- Perron, B. et Loiselle, J. (2003). *Portrait de la situation en 2002 et principales comparaisons avec 2000, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002 (résultats sommaires)*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/
- Ploem, C. (2000). *Profil de l’utilisation de drogues injectables au Canada atlantique : Rapport final*. Préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique – Région de l’Atlantique, Santé Canada.
- Poole, N. et Dell, C.A. (2005). *Toxicomanie au féminin*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies.
- Poulin, C. (2002). *Nova Scotia student drug use 2002 technical report*. Province de la Nouvelle-Écosse. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/
- Poulin, C., Martin, D.S. et Murray, M. (2005). *Newfoundland and Labrador (Island Portion Only) Student Drug Use Survey 2003 summary report*. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/
- Prochaska, J. et DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. Dans W.R. Miller et N. Heather (éd.). *Treating addictive behaviours: Processes of change* (p. 3–27). New York : Plenum.
- Raphael, B., Wooding, S., Stevern, G. et Connor, J. (2005). Co-morbidity: Cannabis and complexity. *Journal of Psychiatric Practice, 11*(3), 161–176.
- Rhodes, T. (1996). *Approche et rencontre des usagers de drogues : Principes et pratiques*. Rapport final de consultation. ISBN 92-871-3110-4. Groupe Pompidou.
- Riggs, D.S., Rukstalis, M., Volpicelli, J.R., Kalmanson, D. et Foa, E.B. (2003). Demographic and social adjustment characteristics of patients with co-morbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Potential pitfalls to PTST treatment. *Addictive Behaviors, 28*, 1717–1730.
- Roberts, G. (2003). *Est-ce que la marijuana est sans danger?* Article produit pour le Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies. Extrait le 19 mars 2007 de <http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1052490786377&pagename=CHN-RCS/CHNResource/CHNResourcePageTemplate&c=CHNResource&lang=En>

- Rotheram-Borus, M.J., Murphy, D.A., Kennedy, M., Stanton, A. et Kuklinski, M. (2001). Health and risk behaviours over time among youth living with HIV. *Journal of Adolescence*, 24, 791–802.
- Rowe, C.L., Liddle, H.A., Greenbaum, P.E. et Henderson, C.E. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Use Treatment*, 26, 129–140.
- Santé Canada. (1996). *Initiative de pairs aidants pour les jeunes marginaux : Rapport et abrégé*. Ottawa. N° H39-353/1996F au catalogue.
- Santé Canada. (1999). *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie - traitement et réadaptation*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H39-438/1998 au catalogue.
- Santé Canada. (2001a). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H39-599/2001-2F au catalogue.
- Santé Canada. (2001b). *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H49-156/2001F au catalogue.
- Santé Canada. (2001c). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H49-153/2001F au catalogue.
- Santé Canada. (2001d). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H49-154/2001F au catalogue.
- Santé Canada. (2001e). *L'hépatite C et l'utilisation de drogues injectables : Pleins feux sur les jeunes*. Extrait le 15 janvier 2008, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/iduyth-udijns/index.html>
- Santé Canada. (2001f). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes : Un compendium des meilleures pratiques*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H39-580/2001F au catalogue.
- Santé Canada. (2002a). *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H49-164/2002F au catalogue.
- Santé Canada. (2002b). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H46-2/03-295F au catalogue.
- Santé Canada. (2004). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des contrevenants dans les cas de conduite avec facultés affaiblies*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H46-2/04-321F au catalogue.

- Santé Canada. (2006a). *Meilleures pratiques – Intervention précoce, service d’approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° H128-1/06-460F au catalogue.
- Santé Canada. (2006b). *Sommaire des résultats de l’Enquête de 2004-2005 sur le tabagisme chez les jeunes*. Extrait le 8 septembre 2006 de http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/survey-sondage/2004-2005/result_f.html
- Saskatchewan Health. (n.d.). *A strategic plan for crystal meth and other amphetamines in Saskatchewan*. Extrait le 14 mai 2006 de http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_crystalmeth_sk_strategy.pdf
- Self, B. et Peters, H. (2005). Street outreach with no streets. *Canadian Nurse*, 101(1), 21–24.
- Simkin, D.R. (2002). Adolescent substance use disorders and co-morbidity. *Pediatric Clinics of North America*, 49(2), 463–477.
- Simons-Morton, B., Haynie, D.L., Crump, A.D., Eitel, P. et Saylor, K.E. (2001). Peer and parent influence on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education and Behavior*, 1, 95–107.
- Skinner, H., Maley, O., Smith, L., Chirrey, S. et Morrison, M. (2001) New frontiers: Using the internet to engage teens in substance abuse prevention and treatment. Dans P.M. Monti, S. M. Colby et T.A. O’Leary (éd.). *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions* (p. 297–318). New York : Guilford Press.
- Slesnick, N. et Meade, M. (2001). System youth: A subgroup of substance-abusing homeless adolescents. *Journal of Substance Abuse*, 13, 367–384.
- Smart, R.G. et Ogborne, A.C. (2000). Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors*, 25(3), 455–460.
- Statistique Canada. (2003a). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être. *Le Quotidien*, le 3 septembre 2003.
- Statistique Canada. (2003b). *Recensement de 2001 : Série « analyses » : Peuples autochtones du Canada : Profil démographique*. Ministère de l’Industrie. N° 96F0020XIF2001007 au catalogue.
- Statistique Canada. (2006a). Population selon le sexe et le groupe d’âge. Extrait le 15 juin 2006 de www40.statcan.ca/101/cst01/demo10a.htm
- Statistique Canada. (2006b). Services communautaires et placement sous garde des jeunes. *Le Quotidien*, 28 mars 2006. Extrait le 15 janvier 2008, de <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/060328/d060328a.htm>
- Steensma, C., Boivin, J.F., Blais, L. et Roy, E. (2005). Cessation of injection drug use among street-based youth. *Journal of Urban Health*, 82(4), 622–637.
- Stewart, S.H., Conrod, P.J., Marlatt, G.A., Comeau, N., Thush, C. et Krank, M. (2005). New developments in prevention and early intervention for alcohol abuse in youths. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(2), 278–286.
- Stice, E., Meyers, M.G. et Brown, S.A. (1998). A longitudinal grouping analysis of adolescent substance use escalation and de-escalation. *Psychology of Addictive Behavior*, 12, 14–27.

- Stockburger, J., Parsa-Pajouh, B., de Leeuw, S. et Greenwood, M. (2005). Youth voices on the prevention and intervention of youth substance abuse. Centre of Excellence for Children and Adolescents with Special Needs and UNBC Task Force on Substance Abuse.
- Storr, C.L., Westergaard, R. et Anthony, J.C. (2005). Early onset inhalant use and risk for opiate initiation by young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 253–261.
- Stueve, A. et O'Donnell, L.N. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviours among urban youths. *American Journal of Public Health*, 95(5), 887–893.
- Sung, M., Erkanli, A., Angold, A. et Costello, E.J. (2004). Effects of age at first substance use and psychiatric co-morbidity on the development of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 287–299.
- Sussman, S., Dent, C.W. et Stacy, A.W. (2002). Project Towards No Drug Abuse: A review of the findings and future directions. *American Journal of Health Behavior*, 26, 354–364.
- Tait, R.J., Hulse, G.K. et Robertson, S.I. (2004). Effectiveness of brief-intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 289–296.
- Tait, R.J., Hulse, G.K., Robertson, S.I. et Sprivulis, P. (2002). Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs. *Addiction*, 97, 1269–1275.
- Tapert, S.F., Aarons, G.A., Sedlar, G.R. et Brown, S.A. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28, 181–189.
- Tjepkema, M. (2004). Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. *Rapports sur la santé, vol. 15 Supplément*, 9–63. Statistique Canada N° 82-003SPF au catalogue.
- Trumper, R. (2004). *Health status and health needs of Aboriginal children and youth: Literature review*. Report prepared for the Southern Alberta Child and Youth Health Network, and the Calgary Health Region Aboriginal Health Program. Extrait le 26 juin 2006 de http://www.calgaryhealthregion.ca/hecomm/aboriginal/Health_Status_Health_Needs_of_Aboriginal_Children_and_Youth.pdf
- Turner, W.C., Muck, R.D., Muck, R.J., Stephens, R.L. et Sukumar, B. (2004). Co-occurring disorders in the adolescent mental health and substance abuse treatment systems. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(4), 455–462.
- Usher, K., Jackson, D. et O'Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 209–214.
- Van Leeuwen, J.M., Hopfer, C., Hooks, S., White, R., Petersen, J. et Pirkopf, J. (2004). A snapshot of substance abuse among homeless and runaway youth in Denver, Colorado. *Journal of Community Health*, 29(3), 217–229.
- Van Til, L. et Poulin, C. (2002). *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves de l'Î.-P.-É. : Faits saillants*. Extrait le 15 janvier 2008, de http://www.cclat.ca/CCSA/FR/Statistics/Student_Statistics/

- von Sydow, K., Lieb, T., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H. et Wittchen, H.-U. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: A longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 347–361.
- von Sydow, K., Lieb, T., Pfister, H., Höfler, M. et Wittchen, H.-U. (2002a). Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults – A transient phenomenon? Results from a longitudinal community study. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 147–159.
- von Sydow, K., Lieb, T., Pfister, H., Höfler, M. et Wittchen, H.-U. (2002b). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 49–64.
- Wagner, E.F., Brown, S.A., Monti, P.M., Myers, M.G. et Waldron, H.B. (1999). Innovations in adolescent substance abuse intervention. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(2), 236–249.
- Waller, M.A., Okamoto, S.K., Miles, B.W. et Hurdle, D.E. (2003). Resiliency factors related to substance use/resistance: Perceptions of native adolescents of the Southwest. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 30(4), 79–94.
- Warner, L.A. et White, H.R. (2003). Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance Use and Misuse*, 38(14), 1983–2016.
- Welsh, J., Domitrovich, C.E., Bierman, K. et Lang, J. (2003). Promoting safe schools and healthy students in rural Pennsylvania. *Psychology in the Schools*, 40(5), 457–472.
- Whitbeck, L.B., Hoyt, D.R. et Bao, W.-N. (2000). Depressive symptoms and co-occurring depressive symptoms, substance abuse, and conduct problems among runaway and homeless adolescents. *Child Development*, 71(3), 721–732.
- Woods, E.R., Samples, C.L., Melchiono, M.W., Keenan, P.M., Fox, D.J., Harris, S.K. et al. (2002). Initiation of services in the Boston HAPPENS program: Human immunodeficiency virus-positive, homeless, and at-risk youth can access services. *AIDS Patient Care*, 16(10), 497–510.
- Wu, L.-T., Schlenger, W.E. et Galvin, D.H. (2003). The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17. *Journal of Adolescent Health*, 32, 5–15.
- Zilberman, M.L., Tavares, H., Blume, S.B. et El-Guebaly, N. (2002). Towards best practices in the treatment of women with addictive disorders. *Addictive Disorders*, 1(2), 39–46.
- Zimmerman, P., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R.C. et Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211–1222.

Annexe A :

Stratégies de préparation communautaire

de Edwards et al., 2000, p. 302–304.

Stade 1. Aucune connaissance

But : Faire mieux connaître l'enjeu.

- Visite personnelle à des dirigeants et des membres de la collectivité.
- Visite de petits groupes existants et établis pour les informer de l'enjeu.
- Appels téléphoniques individuels à des amis et à des partisans éventuels.

Stade 2. Dénier

But : Faire savoir que le problème ou l'enjeu existe dans la collectivité.

- Poursuivre les visites individuelles et encourager vos interlocuteurs à aider.
- Discuter d'incidents locaux descriptifs liés à la question.
- Communiquer avec des programmes locaux d'approche en éducation/santé et les faire participer à l'effort en produisant des dépliants, des affiches ou des brochures.
- Commencer à indiquer des articles dans des médias qui décrivent des incidents critiques locaux.
- Préparer et soumettre des articles pour des bulletins paroissiaux, locaux, de clubs de bienfaisance, etc.

- Présenter de l'information à des groupes communautaires.
- Exemples de messages aux médias :
« La violence faite aux enfants, est-ce l'affaire de quelqu'un d'autre? La violence conjugale affecte les enfants. »

Stade 3. Vague connaissance

But : Faire savoir que la collectivité peut faire quelque chose.

- Présenter de l'information au cours d'événements communautaires locaux et à des groupes communautaires non liés.
- Afficher des dépliants, des affiches et des panneaux-réclame.
- Commencer à organiser vos propres événements (les repas-partage, les potlachs, etc.) afin de présenter de l'information sur la question.
- Organiser des sondages/entrevues locaux informels auprès de membres de la collectivité, par téléphone ou de porte à porte.
- Publier dans des journaux des éditoriaux et des articles contenant des renseignements généraux, mais relier l'information à la situation locale.
- Exemple de message aux médias : « Notre collectivité peut changer leur monde » (avec des photos d'enfants).

Stade 4. Planification préliminaire

But : Sensibiliser davantage la population par des idées concrètes afin de lutter contre le problème.

- Présenter de l'information sur la question au cours de conférences et dans les médias.
- Rendre visite aux dirigeants communautaires et les amener à appuyer la cause.
- Revoir les efforts existants dans la collectivité (les programmes d'études, les programmes, les activités, etc.) afin de déterminer les bénéficiaires et l'importance de la réussite.
- Organiser des groupes de discussions locaux afin de discuter de problèmes et d'élaborer des stratégies.
- Accroître l'exposition dans les médias par la radio et des messages d'intérêt public.

Stade 5. Préparation

But : Réunir de l'information existante afin d'aider à planifier des stratégies.

- Organiser des sondages sur l'usage des drogues et de l'alcool dans les écoles et y inclure des questions générales sur la prévalence de la violence.
- Réaliser des enquêtes communautaires.
- Parrainer un pique-nique communautaire pour initier l'effort.
- Présenter des statistiques locales détaillées.
- Déterminer les coûts du problème et les faire connaître à la collectivité.
- Organiser des forums publics pour élaborer des stratégies.
- Recourir aux services de chefs de file et de gens d'influence clés pour s'adresser à des groupes et participer à des émissions à la radio et à la télévision locale.

Stade 6. Lancement

But : Fournir de la formation particulière à la collectivité.

- Fournir de l'information en cours d'emploi aux professionnels et aux paraprofessionnels.
- Planifier des efforts de publicité associés au lancement du programme ou de l'activité.
- Assister à des réunions pour présenter des mises à jour sur les progrès réalisés par l'effort.
- Organiser des entrevues auprès de consommateurs afin de repérer les lacunes des services et d'améliorer les services existants.
- Lancer une recherche de ressources ou de financement en bibliothèque ou sur Internet.

Stade 7. Stabilisation

But : Stabiliser les efforts ou le programme.

- Planifier des événements communautaires afin de maintenir le soutien accordé à la question.
- Donner de la formation aux professionnels de la collectivité.
- Donner de la formation aux membres de la collectivité.
- Implanter l'évaluation de programmes par la formation et des articles dans les journaux.
- Organiser des réunions trimestrielles afin de revoir les progrès réalisés et de modifier les stratégies.
- Tenir des activités spéciales de reconnaissance à l'intention des partisans ou des bénévoles locaux.
- Préparer et présenter des articles de journaux décrivant en détail les progrès réalisés et les plans d'avenir.
- Entreprendre des activités de maillage entre fournisseurs de services et systèmes communautaires.

Stade 8. Confirmation/expansion

But : Étendre et améliorer le service.

- Officialiser le maillage au moyen d'ententes portant sur des services définis.
- Préparer un profil d'évaluation des risques communautaires.
- Publier un répertoire de programmes et de services locaux.
- Tenir une base de données détaillées.
- Mettre sur pied un service local de conférenciers.
- Commencer à mettre en œuvre des changements stratégiques avec l'appui des dirigeants municipaux locaux.
- Organiser des activités d'approche des médias portant sur des données et des tendances précises qui ont trait à la question.

Stade 9. Professionnalisation

But : Poursuivre sur la lancée et maintenir la croissance.

- Mettre à contribution les milieux d'affaires locaux et solliciter leur aide financière.
- Diversifier les ressources de financement.
- Poursuivre une formation plus poussée des professionnels et des paraprofessionnels.
- Continuer de réévaluer la question et les progrès réalisés.
- Utiliser les évaluations et la rétroaction de l'extérieur pour modifier le programme.
- Suivre les données sur les résultats pour les utiliser dans de futures demandes de subvention.
- Continuer à produire des rapports d'étape pour le bénéfice des dirigeants communautaires et des commanditaires locaux.

Annexe B :

Sections du document appuyant les énoncés de meilleures pratiques

La présente annexe indique les sections du document qui appuient chaque énoncé de meilleures pratiques.

Renforcement des orientations de prestation de services

Modèle de réceptivité au changement

Sources :

2.3.4 Dépistage des stades de la consommation et réceptivité au changement

3.4.1 Orientations théoriques ou appliquées des services d'intervention précoce et d'évaluation

Méthodes fondées sur les forces

Sources :

2.2.9 Jeunes en conflit avec la loi

2.3.6 Aspects d'interventions brèves

2.3.7 Entrevue motivationnelle

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.3.3 Facteurs importants dont il faut tenir compte dans le cas de populations précises de jeunes

3.4.1 Orientations théoriques ou appliquées des services d'intervention précoce et d'approche

3.4.3 Mise en œuvre de méthodes d'intervention précoce, de dépistage et d'évaluation

3.4.6 Travailleurs des services d'approche

4.4 Intervention précoce

4.4.5 Concentrer les efforts sur les points forts des jeunes

4.6.2 Fournir des expériences d'éducation pratiques et significatives

Perspectives des jeunes

Sources :

2.3.3 Formats de dépistage

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.4.6 Travailleurs des services d'approche

3.4.8 Évaluation des stratégies d'intervention précoce et d'approche

3.5.4 Stratégies coordonnées et intégrant de prestation de services

4.4.1 Offrir des possibilités d'échanges ouverts et positifs au sujet de l'usage de l'alcool et d'autres drogues

4.6.1 Fournir aux jeunes des lieux de rencontre sécuritaires et positifs

Services spécifiques aux jeunes

Sources :

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

2.5.4 Gestion des cas

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.4.1 Orientations théoriques ou appliquées des services d'intervention précoce et d'approche

4.6.4 Fournir des services d'aide à la transition et de traitement axés sur les jeunes

Politiques inclusives ou exclusives

Sources :

2.3.7 Entrevue motivationnelle

2.3.10 Efforts d'intervention axés sur les parents/tuteurs et les membres de la famille

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.4.1 Orientations théoriques ou appliquées des services d'intervention précoce et d'approche

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

4.5.1 Manifester un intérêt réel

4.5.3 Prendre le temps d'établir une relation

4.5.5 Éviter de recourir aux sanctions seulement

Considérations axées sur les clients

Antécédents de violence et de traumatismes

Sources :

2.1.2 Considérations sexospécifiques

2.2.9 Jeunes en conflit avec la loi

2.3.10 Efforts d'intervention axés sur les parents/tuteurs et les membres de la famille

3.3.1 Circonstances auxquelles font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

4.3.3 Antécédents de violence, de traumatismes et de problèmes familiaux complexes

Besoins fondamentaux

Sources :

2.1.1 Prévalence générale

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

3.3.1 Circonstances auxquelles font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

3.4.6 Travailleurs des services d'approche

3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

4.3.1 Sentiments de désespoir et de perte de contrôle

Influences des pairs

Sources :

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

3.3.1 Circonstances auxquelles font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.4.2 Structuration de stratégies d'intervention précoce

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

4.3.2 Influences des pairs

4.6.3 Créer des réseaux de soutien positif de pairs

Troubles concomitants de santé mentale

Sources :

2.2.6 Jeunes qui ont des troubles concomitants de santé mentale

2.3.2 Dépistage de l'usage de l'alcool et d'autres drogues

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

2.5.6 Coordination des services de santé mentale et de traitement de l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues

3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

Sensibilité culturelle

Sources :

2.2.10 Ethnicité et culture diverses

2.5.4 Gestion des cas

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

Jeunes Autochtones

Sources :

2.2.7 Jeunes Autochtones

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

Jeunes en conflit avec la loi

Sources :

2.2.9 Jeunes en conflit avec la loi

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

Processus de dépistage

Rôle des fournisseurs de services communautaires

Sources :

2.3.2 Dépistage de l'usage de l'alcool et d'autres drogues

2.3.3 Formats de dépistage

3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche

Domaines de recherche pour le dépistage

Sources :

2.3.3 Formats de dépistage

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

3.4.3 Mise en œuvre de méthodes d'intervention précoce, de dépistage et d'évaluation

Intervention précoce

Intervention précoce auprès des jeunes adolescents

Sources :

2.1.4 Alcool

2.1.5 Cannabis

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

4.3.5 Exposition à l'usage de l'alcool et d'autres drogues par des membres de la famille ou des personnes plus âgées

4.4.4 Intervenir auprès des adolescents plus jeunes

Brèves interventions

Sources :

2.3.5 Interventions brèves

3.4.1 Orientations théoriques ou appliquées des services d'intervention précoce et d'approche

3.4.5 Stratégies d'approche

Entrevue motivationnelle

Sources :

2.3.7 Entrevue motivationnelle

3.4.1 Orientations théoriques ou appliquées des services d'intervention précoce et d'approche

Interventions de groupe

Sources :

2.3.9 Interventions de groupe

2.4.4 Les aidants pairs dans les activités d'approche

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

3.4.2 Structuration de stratégies d'intervention précoce

Services d'approche

Lieux et périodes d'approche

Sources :

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.4.5 Stratégies d'approche

4.6.1 Fournir aux jeunes des lieux de rencontre sécuritaires et positifs

Compétences des travailleurs de services d'approche

Sources :

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

3.4.6 Travailleurs des services d'approche

Activités d'approche préliminaire

Sources :

2.4.1 Introduction à l'approche

2.4.2 Évaluation du besoin et ciblage des services d'approche

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

3.4.5 Stratégies d'approche

Activités d'approche et interventions de suivi

Sources :

2.4.1 Introduction à l'approche

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

Moyens de soutien communautaires pertinents

Organismes axés sur les jeunes

Sources :

2.4.1 Introduction à l'approche

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

3.4.2 Structuration de stratégies d'intervention précoce

3.4.5 Stratégies d'approche

Possibilités et politiques sur le logement

Sources :

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

3.3.1 Circonstances auxquelles font face les jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

4.6.4 Fournir des services d'aide à la transition et de traitement axés sur les jeunes

Collaboration familiale

Sources :

2.3.1 Introduction à l'intervention précoce

2.3.10 Efforts d'intervention axés sur les parents/tuteurs et les membres de la famille

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

Stratégies scolaires

Sources :

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche

Mentorat des jeunes

Sources :

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

Activités récréatives et de loisir

Sources :

2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

4.4.2 Faire participer les jeunes à des activités récréatives et de loisir très intéressantes

Coordination et intégrations des approches communautaires

Collaboration avec les services scolaires

Sources :

- 2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité*
- 3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes*
- 3.4.2 Structuration de stratégies d'intervention précoce*
- 3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche*

Stratégies de mobilisation des écoles

Sources :

- 2.5.2 Liens essentiels avec la collectivité*
- 4.3.4 Désengagement des activités scolaires ou du travail*
- 4.6.2 Fournir des expériences d'éducation pratiques et significatives*

Échanges d'information

Sources :

- 2.5.7 Établissement de liens entre fournisseurs de services*
- 3.4.5 Stratégies d'approche*

Pratiques de gestion de cas

Sources :

- 2.5.4 Gestion des cas*
- 3.5.4 Stratégies coordonnées et intégrantes de prestation de services*

Stratégies de prestation de services fondés sur la coordination et la collaboration

Sources :

- 2.5.4 Gestion des cas*
- 3.5.4 Stratégies coordonnées et intégrantes de prestation de services*

Consultation et sensibilisation de la collectivité au sujet de l'usage de l'alcool et d'autres drogues

Sources :

2.3.3 Formats de dépistage

2.3.7 Entrevue motivationnelle

2.4.3 Personnel et activités des services d'approche

3.3.2 Interventions clés pour travailler avec des jeunes qui ont des problèmes d'usage de l'alcool et d'autres drogues

3.3.3 Facteurs importants à considérer dans le cas de populations précises de jeunes

3.4.5 Stratégies d'approche

3.4.6 Travailleurs des services d'approche

3.4.7 Soutien de l'intervention précoce et de l'approche

4.6.5 Aider les membres de la collectivité à mieux comprendre et apprécier les jeunes

Évaluation

Sources :

2.4.5 Évaluation des programmes d'approche

3.4.8 Évaluation des stratégies d'intervention précoce et d'approche